LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE

QUATRE-VINGT-DEUXIÈME ANNÉE

1909

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1909

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A NOS CONFRÈRES ITALIENS. — Profondément émus par l'épouvantable malheur qui vient de frapper le sud de l'Italie et la Sicile, nous adressons aux médecins italiens l'expression de profonde sympathie de leurs confrères de France.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 30 décembre 1908 : MM. Saint-Girons, 12; Fabre, 13; Gillard, 11; Boulan, 10; Guilmet, 6; Magron, 3; Molina, 6; Samson, 11; Besnard (Jean), 4.

Séance du 3 janvier 1909 : MM. Bruel (Léon), 8; Godlewski, 7; Ferry (Charles), 9; Aubry, 11; Fouchet, 12; Thiers, 9; Corpechot, 10; Ségard, 12.

Anatomie. — Séance du 31 décembre 1908 : MM. Renaud-Badet, 8; Miginiac, 10; Théry (André), 6; Mlle Condat, 8; MM. Brocq, 13; Sourdille, 7; Roy, 5; Ramadier, 11; Séguinot, 10.

La prochaine séance aura lieu le mardi 5 janvier.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — Un concours s'ouvrira le 19 juillet 1909 devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Lugeol, chirurgien honoraire des hôpitaux de Bordeaux; Malbot-Pastureau, ancien médecin-major de deuxième classe; Vitalien, docteur en médecine en Ethiopie.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin inspecteur Vaillard, directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Landriau, Monart, Polin et Reverchon; M. le médecin principal de deuxième classe Pierron.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Brico, Busquet, Courtet, Deumier, Duron, Iversenc, Maré, Roy, Spillmann, Vialaneix, Vigneron, Vuillaume, Beaujean et Laporte; MM. les médecins-majors de deuxième classe Démery et Jaulmes.

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors de première classe Cardeillac et Patriarche; M. le médecin-major de deuxième classe Rul.

— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Mutations :

Médecin principal de première classe. — M. Cahier passe à l'hôpit. de Versailles.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Salle passe à l'hôpit. du camp de Châlons.

Médecin-major de première classe. — M. Viéla passe au 108e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Beaussenat, maintenu au 50e d'inf.; de Libessart, passe au 148e d'inf.; Rudler, aux hôpit. de la division d'Alger; Dopter, à l'hôpit. Saint-Martin, à Paris; Regnault, rappelé aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la cinquante-deuxième semaine, 902 décès, au lieu de 840 pendant la semaine précédente et de 940, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 168 décès, au lieu de 155 pendant la semaine précédente (moyenne 168).

La phtisie pulmonaire a causé 187 décès (moyenne 201).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre Grattery (de Paris).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — MALADIES DU NOURRISSON. — M. le docteur Lesage, médecin de l'hôpital des enfants (Hérold), commencera son cours sur les maladies du nourrisson, le vendredi 8 janvier 1909, à deux heures, à l'hôtel des Sociétés savantes, et le continuera tous les vendredis à la même heure.

CONFÉRENCES. — Une conférence pour l'Internat des asiles de la Seine commencera le 15 janvier, sous la direction de deux internes des asiles de la Seine.

S'adresser à M. Lerat, asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).

OCCLUSION INTESTINALE ET GROSSESSE

Par M. LEMERCIER,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Depuis la plus haute antiquité l'occlusion intestinale nous est connue, mais ses formes variées et surtout ses formes rares n'ont guère été bien étudiées que durant ces cinquante dernières années. L'occlusion intestinale venant compliquer la grossesse est relativement rare, à en juger par le nombre très restreint des observations qui en ont été publiées. Ce fait est peut-être dû, ainsi que le fait remarquer le professeur Pinard, à la difficulté que présente le diagnostic par suite de la présence dans la région hypogastrique de l'utérus développé. Et de plus, si à cet obstacle mécanique viennent encore s'ajouter les différentes manifestations du travail, on conçoit aisément, que le plus souvent, l'observateur en sera réduit à des hypothèses.

C'est ce qui faisait dire à M. Lepage : « Le diagnostic de l'occlusion intestinale est encore plus difficile pour l'accoucheur que pour le chirurgien. » L'absence fréquente de lésions que les observateurs ont noté soit au cours des interventions, soit pendant les autopsies, est encore une difficulté pour un diagnostic précis d'occlusion ou d'obstruction intestinale.

De 1804 à 1908, 76 observations, prises la plupart dans la littérature étrangère, ont été publiées sur l'occlusion intestinale compliquant la grossesse à l'une quelconque de ses périodes : grossesse proprement dite, travail et suite de couches. Ces chiffres, mieux que toute dissertation prouvent surabondamment la rareté de cette complication gravidique.

Etiologie. — Si, d'une manière incontestable, l'occlusion intestinale gravidique s'est surtout montrée pendant la grossesse, néanmoins on l'a rencontrée également pendant le travail et pendant les suites de couches, mais beaucoup plus rarement.

L'âge de la grossesse a certainement une influence sur l'apparition des accidents. D'après les observations publiées nous relevons :

Le premier mois.............	néant.
Le deuxième mois...........	1 cas.
Le troisième mois...........	3 cas.
Le quatrième mois..........	8 cas.
Le cinquième mois..........	6 cas.
Le sixième mois.............	4 cas.
Le septième mois...........	7 cas.
Le huitième mois...........	2 cas.
Le neuvième mois...........	9 cas.

L'occlusion intestinale fait donc surtout son apparition après le troisième mois et devient plus fréquente au terme de la grossesse. De plus elle se montre entre trente et quarante ans et on ne la note pas au-dessous de vingt ans. Les grossesses antérieures sont une cause prédisposante et les multipares sont plus fréquemment atteintes que les primipares.

La question qui se pose alors est des plus intéressantes et des plus importantes. Existe-t-il une relation de cause à effet entre l'occlusion intestinale et la grossesse ou bien doit-on simplement considérer l'occlusion comme une affection intercurrente tout à fait indépendante de la puerpéralité.

La majorité des observations tend indûment à prouver qu'il y a entre l'utérus habité et l'occlusion intestinale plus qu'une simple coïncidence d'existence. Le fait que l'utérus gravide se développant quitte le bassin pour remonter dans la cavité abdominale, repoussant ainsi au-dessus de lui le paquet des anses intestinales, plaide en faveur de la relation de cause à effet.

Les causes occasionnelles et déterminantes les plus habituelles de l'occlusion intestinale gravidique sont d'abord les brides péritonéales, appendiculaires, utéro-annexielles et post-opératoires, et ensuite les compressions exercées par l'utérus depuis la simple diminution du calibre intestinal jusqu'à son obturation complète. Il faut encore ajouter la constipation, opiniâtre parfois, des femmes enceintes qui sera plutôt une cause d'obstruction, les matières ne s'évacuant pas par suite du manque de contractilité de l'intestin.

Pathogénie. — Il y a donc :

A. Des occlusions engendrées par la grossesse ;
B. Des occlusions influencées par la grossesse ;
C. Des occlusions influencées par le travail ;
D. Des occlusions indépendantes de la grossesse.

A. L'utérus normal, en position anatomique normale, entre en contact par sa face postérieure avec le rectum et par son fond avec l'intestin grêle et l'S iliaque. Il est aisé de concevoir qu'une modification, apportée dans le volume de l'utérus par l'état de gravidité, ou dans sa position par la rétroversion en particulier, peut engendrer une perturbation dans les rapports anatomiques normaux du pelvis et créer des troubles du côté de l'intestin.

Ces troubles intestinaux seront peu apparents au début de la grossesse, car, nous l'avons déjà dit, ce n'est guère avant le quatrième mois que se montrera l'occlusion. Cependant récemment R. Zachen (1) a rapporté l'observation d'une femme morte d'occlusion intestinale et enceinte de six semaines.

Budin a montré que les troubles observés sont liés à la compression directe soit du fond de l'utérus sur le paquet intestinal, soit de la tête du fœtus sur le rectum, et cette « coprostase » par compression pourrait bien être considérée comme le premier temps de l'occlusion par compression utérine.

C'est surtout au cours de la grossesse et principalement dans les derniers mois que se fera sentir l'action de l'utérus sur l'intestin. Ce qui le prouve c'est la constipation rebelle observée une ou plusieurs semaines avant l'éclosion des accidents, l'amélioration subite suivie de guérison après un accouchement favorable, enfin parfois la guérison à l'aide d'un purgatif énergique.

B. Le mode d'action dont nous venons de parler ne semble pas représenter la majorité des cas : c'est

(1) R. Zachen. Th. de Leipzig, 1907.

surtout la bride péritonéale qui paraît être le principal agent d'occlusion.

A l'intérieur de la cavité abdominale ces brides peuvent affecter les dispositions les plus diverses. On peut néanmoins les ramener à trois types. Elles peuvent s'insérer : 1° par leurs deux extrémités sur les parois; 2° d'une part sur les parois et de l'autre sur un des organes contenus; 3° de part et d'autre sur un ou plusieurs organes contenus.

Tantôt une anse intestinale repoussée par un utérus gravide rencontre une bride péritonéale et là elle se coude. Tantôt les deux extrémités étant assez éloignées, il en résulte une sangle plus ou moins prononcée à travers laquelle l'intestin s'engagera et s'étranglera. Si les deux extrémités de la bride sont très rapprochées un anneau se trouve constitué.

Il semble que la grossesse par le travail auquel elle donne lieu dans l'excavation et principalement par celui des vaisseaux, du péritoine et des annexes, est susceptible de réveiller de vieux foyers inflammatoires et de provoquer aussi des adhérences pathologiques.

Ces lésions existaient certes, avant la grossesse, mais à l'état latent, inoffensives et incapables de créer par elles-mêmes des troubles graves. En intervenant, la grossesse rompt l'équilibre des organes abdominaux, car elle exagère l'action d'anciennes brides péritonéales inoffensives jusqu'alors.

Nous classerons encore dans cette catégorie des occlusions influencées par la puerpéralité, les occlusions par paralysie intestinale. Normalement pendant la grossesse l'intestin est paresseux, il se vide mal. Si cet état s'exagère, l'ensemble symptomatique, vomissements, ballonnement du ventre, suppression des matières et des gaz, pouls fréquent, rappelle les phénomènes de l'occlusion intestinale. Lepage (1) en a rapporté des exemples et il insiste avec raison sur la difficulté du diagnostic de l'occlusion vraie avec la pseudo-occlusion par parésie intestinale.

C. Nous serons brefs sur les occlusions influencées par le travail, car elles reconnaissent le même mécanisme que la précédente. Un travail inflammatoire antérieur a créé des brides péritonéales et une de celles-ci, au moment des contractions utérines du travail, étrangle une anse intestinale.

D. Si une occlusion intestinale se montre pendant la grossesse, peut-elle être absolument indépendante de cette grossesse, peut-il n'y avoir qu'une simple coïncidence? L'affirmer d'une façon péremptoire serait s'avancer beaucoup. Néanmoins disons qu'il peut y avoir des occlusions intestinales, à titre de complication intercurrente, par exemple les grossesses ne dépassant pas le troisième mois et chez lesquelles la femme n'a jamais, à aucun moment, de symptôme péritonéal. Mais encore dans ces cas il s'agira le plus souvent d'obstruction intestinale plutôt que d'occlusion vraie. Semblant encore indépendantes de la puerpéralité nous citerons les occlusions survenant pendant les deux ou trois jours qui suivent l'accouchement.

(1) Lepage. *C. r. de la Soc. d'obstét., de gynécol. et de pédiat.*, 1901.

Anatomie pathologique. — Nous avons dit que la bride péritonéale était la cause la plus fréquente de l'occlusion intestinale gravidique.

Ces brides peuvent se diviser en deux grandes classes : les unes creuses, ou mieux, composées d'organes creux (appendice iléo-cæcal, diverticules), les autres pleines. Ces dernières résultent soit d'une disposition accidentelle d'organes pleins, à structure normale, soit d'une production nouvelle, pseudo-membraneuse, d'origine inflammatoire.

La première catégorie comprend tous les cas d'étranglements occasionnés par le mésentère tordu ou enroulé sur lui-même comme une corde, ou ce qui est plus fréquent, par une portion de l'épiploon fixée en un point quelconque de la cavité abdominale.

La seconde catégorie comprend tous les agents de constriction constitués exclusivement ou principalement par des néo-membranes.

C'est Bonnet qui, le premier, établit que la fosse iliaque droite est le lieu d'élection des brides péritonéales. Malgré cela le nombre des cas d'occlusions intestinales par brides appendiculaires au cours de la grossesse est très restreint. Rudaux et Chartier en 1905 en ont rapporté un cas très net où l'étranglement avait eu lieu dans un anneau constitué par l'appendice iléo-cæcal et son méso « recourbés sous l'anse étranglée et terminés par une bride adhérant fortement au mésentère au niveau de sa continuation avec le méso-appendice ».

Les brides utéro-annexielles et post-opératoires (hystéropexie-césarienne) sont ou bien de larges brides ou de simples tractus. Elles ne diffèrent pas des précédentes au point de vue anatomo-pathologique. Ces brides sont tantôt dures, résistantes, tantôt molles, friables : il suffit alors de la moindre traction pour les rompre.

En ce qui concerne l'intestin, les lésions sont, on le conçoit, très variables. Disons tout d'abord que l'intestin grêle paye à l'occlusion un tribut plus grand que le gros intestin. Il y a alors une grande différence d'aspect et de calibre des deux bouts de l'intestin. Le supérieur est dilaté, distendu par les gaz et les matières, tandis que l'inférieur est flasque, vide, rétracté. Extérieurement l'anse porte les traces plus ou moins nettes de l'étranglement et parfois s'y ajoute ou la gangrène ou la perforation.

Symptomatologie. — Tantôt les accidents éclatent brusquement, évoluent rapidement, il faut intervenir, c'est l'occlusion aiguë. Tantôt au contraire, les accidents se déroulent progressivement, l'intervention est moins urgente : c'est l'occlusion chronique ou mieux l'obstruction intestinale.

Forme aigue. — A. *Pendant la grossesse.* — Le début est banal et ne présente rien de particulier. Parfois il est brusque, brutal, parfois il est insidieux, accompagné de malaises vagues, de douleurs mal définies dans le ventre, d'une constipation opiniâtre.

Mais nous ne parlerons ici que des signes qui font défaut ou présentent un caractère particulier par

suite de l'utérus gravide. Nous passerons donc en revue les quatre grands signes de l'occlusion intestinale et nous verrons quelle physionomie leur imprime l'utérus gravide. Ces signes sont : la douleur, les vomissements, la constipation, le météorisme.

Généralement c'est la douleur qui ouvre la scène. Si elle fait défaut, elle est généralement remplacée par de faibles coliques abdominales. Elle se montre soit sous la forme continue à crises paroxystiques, soit sous la forme intermittente. La douleur continue est due à la striction permanente de l'intestin et les paroxysmes aux contractions péristaltiques et antipéristaltiques de cet intestin.

Ordinairement elle occupe un point fixe qui est soit la fosse iliaque droite, soit la fosse iliaque gauche, soit l'épigastre. Cependant la malade se plaint de tout le ventre. La pression est particulièrement douloureuse à l'ombilic, ce qui tiendrait d'après Trèves à ce que le plexus solaire correspond à cette région.

« Les douleurs peuvent disparaître plusieurs heures pour reparaître plus tard. D'après plusieurs auteurs ce serait un signe de mauvais augure. »

Dans l'occlusion intestinale gravidique les vomissements sont plus rares ou tout au moins moins abondants. La cause en est peut-être due à ce que les matières sont arrêtées progressivement dans leur cours ou bien à ce que le siège de l'occlusion est le plus souvent bas situé sur le rectum ou l'S iliaque. Ils sont d'abord alimentaires, puis muqueux, bilieux et enfin fécaloïdes. Ils apparaissent soit au début, accompagnant la douleur, soit quelques heures et même quelques jours après ce début. Parfois peu fréquents, se renouvelant deux ou trois fois dans la journée, ils se montrent dans d'autres cas presque toutes les heures.

Certains auteurs ont prétendu que la constipation était moins opiniâtre dans l'occlusion intestinale gravidique que dans l'occlusion ordinaire. Ils invoquent comme cause le développement graduel de l'utérus. Néanmoins, d'après les observations publiées à ce sujet, on peut dire que la constipation paraît constante, et ce sera même le principal signe à rechercher. Il ne faudra pas craindre de renouveler son interrogatoire à plusieurs reprises sur la suppression des matières et des gaz.

Quelquefois, rarement à la vérité, la constipation a fait place à la diarrhée. C'est alors, à notre avis, la manifestation de la lutte de l'intestin contre l'obstacle au passage des matières, lutte qui se traduit par l'exagération des fonctions sécrétoires.

Le météorisme existe dans presque tous les cas. Le ventre est gros, déformé irrégulièrement et cette déformation même peut mettre sur la voie du siège de la lésion. Dans l'occlusion intestinale gravidique le météorisme paraît toujours plus accentué, probablement du fait de l'utérus gravide.

Passons maintenant aux renseignements fournis par l'examen physique.

Dès le début de l'occlusion le ventre se rétracte : les muscles abdominaux sont tendus et gênent ainsi la palpation. Parfois il est même difficile d'apprécier les contours de l'utérus.

Quand le ventre se laisse facilement interroger on peut sentir un empâtement diffus près ou loin de l'utérus, empiétant vers l'une des fosses iliaques, en tous cas siégeant le plus souvent au point maximum de la douleur.

Le toucher vaginal fournit également d'utiles renseignements. Supposons que nous ayons affaire à un utérus gravide rétrofléchi ou mieux rétroversé et incarcéré et comprimant le rectum sur la concavité sacrée. Le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur nous fera sentir ce basculement et donnera ainsi l'explication des accidents observés. Ce toucher donnera de plus des renseignements sur l'état du col.

Symptômes généraux. — Tantôt ils sont extrêmement intenses et laissent prévoir une fin prochaine. Tantôt au contraire, ils sont lents à se montrer, sont mal définis, ont une marche tout à fait insidieuse. L'on hésite à intervenir, car il semble que « rien ne presse ». Et la malade succombe alors à l'empoisonnement stercorémique.

Le pouls est petit, fréquent, dépressible, abdominal. Il oscille entre 110 et 140. Le facies est grippé, terreux, les yeux excavés, les narines pincées, les lèvres cyanosées; la voix s'éteint, le hoquet apparaît, la peau est froide, couverte de sueurs visqueuses, la terminaison est prochaine.

Pendant ce temps la température est restée normale ou au-dessous de la normale. Enfin la malade tombe dans la prostration quelquefois complète.

L'examen des urines ne fut jamais pratiqué et l'on ne sait rien sur leur modification en quantité et en qualité. Seul le professeur Meyer a rapporté une observation d'occlusion intestinale gravidique où il aurait observé une incontinence d'urine durant depuis quatre semaines et semblant avoir débuté avec l'aggravation des symptômes.

B. *Pendant le travail.* — Pendant le travail est presque toujours brusque. La malade avait déjà commencé à ressentir les premières contractions utérines douloureuses, lorsque tout à coup, sans prodromes, elle perçoit une douleur violente, profonde, lui donnant la sensation d'une déchirure dans le ventre.

L'observateur est alors embarrassé pour savoir quelle part revient à l'occlusion et quelle part au travail. On se rappellera alors que les contractions utérines du travail sont intermittentes et que leur intensité va croissant.

Au contraire, l'occlusion frappe d'emblée avec violence et la douleur est plus tenace. Rapidement l'état général empire.

Le travail peut donc au début marquer les signes de l'occlusion, mais il ne modifie pas les symptômes.

C. *Pendant les suites de couches.* — Dans ce cas les signes de l'occlusion sont identiques à ceux de l'occlusion intestinale ordinaire. L'état puerpéral ne prend qu'une très faible part dans la genèse des accidents.

Forme chronique. — C'est surtout dans les premiers mois de la grossesse que se montre cette forme de l'occlusion intestinale. C'est plutôt une parésie intestinale, manifestée par une constipation opiniâ-

tre et accompagnée d'un mauvais état général. La symptomatologie a beaucoup d'analogie avec la forme aiguë, mais elle est caractérisée par sa lente évolution, par des débâcles diarrhéiques et souvent elle cède à la médication appropriée.

Dans d'autres cas ce lent processus cesse brusquement; le grand syndrome abdominal aigu apparaît et la malade est enlevée rapidement.

(*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

L'EXAMEN OBJECTIF DE LA SENSIBILITÉ GASTRIQUE ET SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

D'après le docteur Jean-Ch. Roux (1).

L'étude objective des anomalies de la sensibilité gastrique fournit un certain nombre d'indications séméiologiques qui peuvent être utiles pour le diagnostic : mais cette étude est assez délicate et doit être conduite méthodiquement. On explorera d'abord la sensibilité du plexus solaire ; la plupart des gastropathes localisent leurs douleurs dans la région épigastrique sur la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde, cette douleur s'explique par une hypéresthésie du plexus solaire ; son siège répond exactement aux tractus nerveux très épais qui partent des ganglions solaires et descendent sur le tronc cœliaque. On peut apprécier par un chiffre le degré de sensibilité du plexus solaire, en employant l'esthésiomètre de MM. Roux et Millon ; c'est un ressort à boudin sur lequel on agit en comprimant le point déterminé ; on développe ainsi une pression de 1 à 5 kilogrammes et on mesure le degré de sensibilité du plexus solaire à une excitation mécanique. Il faut éviter quelques causes d'erreur, par exemple éliminer la sensibilité de la vésicule biliaire, les douleurs des pancréatites, la douleur épigastrique de l'emphysème et des cardiopathies, les douleurs de l'aortite abdominale ; on remarquera aussi que, pour apprécier la sensibilité du plexus solaire à l'esthésiomètre, il faut tenir compte de la résistance de la paroi abdominale très variable d'un sujet à l'autre.

Chez les gastropathes atteints de douleurs tardives, l'exploration de la sensibilité du plexus solaire révèle des variations qui sont en règle générale parallèles aux douleurs spontanées. Le matin, à jeun, il n'existe aucune sensibilité à la pression ; il en est de même immédiatement après le repas. L'hyperesthésie apparaît tardivement quand le malade commence à souffrir, et elle peut alors devenir très vive. Il est assez exceptionnel de trouver des malades qui n'ont aucune sensibilité à la pression du plexus solaire au moment de la crise douloureuse tardive.

Chez les nerveux, souffrant du fait de leur nervosisme et ayant des douleurs gastriques à des heures indéterminées, on trouve d'une façon permanente une hyperesthésie du plexus solaire à la pression. Cette hyperesthésie augmente par périodes, sous l'influence de causes morales ; quand la maladie s'améliore, l'hyperesthésie diminue, mais elle persiste parfois plusieurs mois, alors que le malade est à peu près rétabli.

On trouve encore cette même sensibilité du plexus solaire chez des malades atteints de quelque affection d'un organe abdominal: appendicite chronique, lithiase biliaire, ptoses abdominales, affections utérines ou annexielles. Cette hyperesthésie secondaire coïncide souvent avec quelques troubles dyspeptiques.

(1) *Arch. des maladies de l'app. digestif et de la nutrition*, sept. 1908, p. 523.

Enfin, dans un dernier groupe, on peut ranger les malades qui, ayant des douleurs spontanées très violentes, ne présentent pourtant aucune sensibilité du plexus solaire ; il en est ainsi dans les crises gastriques du tabes ; cette constatation peut avoir une grande importance pour le diagnostic de cas difficiles.

Après cette étude minutieuse de la sensibilité du plexus solaire, M. Roux indique les renseignements que peut fournir l'exploration de la sensibilité à la face antérieure de l'estomac et ensuite les modifications de la sensibilité cutanée. Pour la sensibilité de la face antérieure, on détermine la limite inférieure de l'estomac; on recherche la sensibilité à la pression au-dessus et au-dessous de cette limite. Dans certains cas, on trouve de l'hyperesthésie au niveau de la grande courbure ; c'est un signe précieux pour le diagnostic de la gastrite alcoolique (Mathieu).

Comme modifications de la sensibilité cutanée, il faut citer les plaques d'hyperesthésie ou d'anesthésie épigastrique dans l'hystérie gastrique; M. Roux admet que ces plaques sont provoquées par l'examen chez les malades suggestibles. Les zones d'hyperesthésie décrites par Beard au niveau des dernières côtes gauches dans les dyspepsies douloureuses révèlent surtout un état névropathique.

Enfin Boas a décrit, dans l'ulcère de l'estomac, une zone douloureuse dorsale : c'est à gauche de la colonne vertébrale, sur la hauteur de la douzième vertèbre, un point nettement douloureux à la pression. Ce signe permet, dans un cas douteux, de différencier les crises douloureuses tenant à l'ulcère gastrique des accès analogues observés dans la colique hépatique.

L. BABONNEIX.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ A L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Le 31 décembre, le *Temps* publiait une note apportant des « renseignements nouveaux » sur les événements qui se sont produits au moment du concours d'admissibilité à l'agrégation. Ces renseignements contenaient des inexactitudes telles qu'un groupe de candidats a jugé bon de les relever et de publier la rectification que voici.

RÉPONSE A L'ARTICLE DU *Temps* DU 31 DÉCEMBRE 1908

Les « renseignements nouveaux, puisés à source sûre », que vous apportez dans le *Temps* du 31 décembre, contiennent « quelques vérités et bon nombre d'erreurs », et nous ne ferons pas à qui vous les a donnés, l'injure d'ajouter : « les unes inconscientes, les autres voulues », comme vous le dites à propos des nouvelles antérieurement publiées.

« Le barrage d'appariteurs destinés à ne laisser pénétrer dans la cour de la Faculté que les seuls candidats fut forcé par les manifestants... La cour fut ainsi envahie par la foule. » La foule ! c'est peut-être beaucoup dire, car la poussée ne fit entrer que 150 à 200 personnes, parmi lesquelles étaient *nombre de candidats*, qu'on refusait de laisser pénétrer. Le fait, qui est vrai, ne prouve qu'une chose : c'est que le service d'ordre extérieur et la surveillance de l'entrée n'étaient pas suffisants — à qui la faute ?

Mais voici à ce propos des renseignements nouveaux. Les candidats, n'étant point tenus d'avoir sur eux leur feuille de convocation (à qui la faute ?), étaient reconnus (!!) à l'entrée de la grille par les appariteurs ; mais ceux-ci n'étaient point familiarisés avec les visages des provinciaux ; ils ignoraient les traits de certains candidats parisiens. Aussi laissaient-ils pénétrer des non candidats, et inversement arrêtaient-ils des

candidats qui ont dû recourir à une poussée pour entrer : à qui la faute ?

Vous parlez plus loin de « l'amphithéâtre où les candidats auraient dû être réunis, et qui était encore vide ». Mais les candidats *ignoraient totalement* dans quel amphithéâtre ils devaient se réunir. Ils étaient convoqués « à la Faculté de médecine ». Ils y arrivent, *on les parque dans la cour* où ils grelottent, ils n'en peuvent sortir toutes les issues étant fermées. *A aucun moment on ne leur indique où ils doivent aller.* Le grand amphithéâtre où se fait l'appel au début de tous les concours d'agrégation est clos. Des garçons, interrogés à travers les vitres, font signe qu'on n'entre pas non plus dans le petit amphithéâtre, au moins pour l'instant. Comment pouvaient-ils deviner le lieu où les attendaient impatiemment les juges ?

Nous nions de la façon la plus absolue qu'aucun acte regrettable ait été commis avant l'irruption intempestive de la police dans la Faculté : c'est son entrée au contraire qui déchaîne les colères, et alors, mais alors seulement, les carreaux volent en éclats et une porte vitrée est forcée.

Votre correspondant trouve la justification de la présence d'agents en bourgeois à la composition écrite, dans les violences antérieures et la crainte de violences nouvelles. Pourquoi au lieu d'agents en bourgeois, c'est-à-dire de policiers *déguisés* pour nous donner le change, ne pas nous donner comme surveillants les gardes municipaux dont regorgeaient les cabinets ? Nous l'eussions trouvé moins choquant, mais peut-être ces derniers savent-ils moins bien pratiquer le passage à tabac dont quelques-uns d'entre nous connaissent maintenant les douceurs !

Le jury était d'ailleurs fort mal renseigné sur nos intentions, peut-être parce que nous avions donné à dessein des indications contradictoires. Sans doute, dans nos réunions, on avait parlé de violences extrêmes : elles n'ont même pas été discutées. Certains ont insisté pour une tactique de « douce violence » que *demandaient* des faibles, qui n'avaient pas le courage de leur opinion, et qui auraient voulu pouvoir dire, qu'on les avait *empêchés* de composer. La majorité a décidé de *respecter de façon absolue* la liberté des candidats : des candidats qui ont remis des copies ont assisté à la discussion et pourraient en témoigner. Et de fait, le mot d'ordre de silence, de dignité et de respect a été merveilleusement suivi à la stupéfaction de ceux qui auraient préféré nous voir donner dans le piège des provocations policières.

« On aurait même, d'après ce qu'on nous affirme, la preuve certaine de violentes pressions morales, exercées sur ceux des candidats qui étaient disposés à prendre part au concours ». Sans doute, nous avons demandé à nos camarades, de s'abstenir comme nous, au nom de la dignité et de la solidarité, en sacrifiant au besoin, comme nous, leurs intérêts. Est-ce là cette violente pression morale ? n'est-elle pas plutôt autre part ? Ignorez-vous que *tous* les candidats parisiens qui ont remis des copies, ont composé *par ordre ?* que certains d'entre eux ont décidé de ne pas lire leur copie *après que liberté leur eût été rendue* (une note à la presse nous en a informés)? Certains candidats provinciaux qui, spontanément, avaient aussi renoncé à lire leur copie, reprendront peut-être leur parole, parce qu'ils ont reçu de l'un des juges, l'*injonction* de continuer le concours. Nos lecteurs jugeront de quel côté est l'intimidation dans cette histoire.

Comme vous, nous ne voulons pas préjuger du résultat de l'enquête prescrite par M. le ministre sur le concours ; nous nous plaisons cependant à espérer qu'il n'enquêtera pas uniquement du côté des juges, qu'il demandera aussi quelques renseignements aux candidats : ceux-ci ont peut-être encore beaucoup de faits nouveaux et inédits à préciser, et qui pourraient être utiles à l'enquête.

UN GROUPE DE CANDIDATS.

NOUVELLES PROTESTATIONS

Un certain nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux, de médecins praticiens et de délégués de l'Association corporative des étudiants en médecine, se sont réunis mercredi soir, 30 décembre 1908, chez M. le docteur Caussade, médecin de l'hôpital Tenon.

Ils ont décidé de protester énergiquement contre certaines déclarations tendancieuses et inexactes et contre quelques articles de journaux contestant la réalité de l'occupation préventive des locaux de la Faculté de médecine par la police. Ces faits ont été du reste reconnus exacts par M. le préfet de police lui-même, devant M. le Président du conseil et à la tribune du Conseil municipal de Paris.

Ils adressent un chaleureux appel à la solidarité médicale par l'intermédiaire des syndicats médicaux, des groupements professionnels, des associations d'étudiants en médecine de Paris et de province, pour obtenir des pouvoirs compétents :

« *Le retrait définitif et l'annulation de tous les décrets relatifs à l'admissibilité à l'agrégation en médecine qui fait revivre avec tous ses inconvénients le certificat d'études médicales supérieures.* »

Une prochaine réunion aura lieu mercredi 6 janvier, à quatre heures, chez le docteur Caussade, 10, square de Latour-Maubourg (153, rue de Grenelle).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1908)

Sur le pigment vert de la bile. — M. PIETTRE. On admet, avec tous les auteurs classiques, qu'il existe une étroite relation entre la bilirubine pigment de la bile et l'hémoglobine pigment du sang. Un cas d'ictère grave chez une femme ayant une fistule de la vésicule biliaire, observé par M. Piettre dans le service de M. F. Widal, apporte à cette théorie un fait tiré de l'observation pathologique.

Les recherches chimiques et spectroscopiques ont prouvé que, dans la grande majorité des échantillons successifs de bile, le seul pigment était de la bilirubine partie en solution, partie en dépôt lamelleux. Il y avait transformation directe, rapide et totale en bilirubine de l'hémoglobine libérée par suite d'une destruction globulaire intense.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1908)

M. LEREBOULLET donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de Blache. Il a retracé, en termes heureux, la vie toute de bonté et de dévouement de notre regretté collègue. Cette lecture est accueillie par des marques unanimes d'approbation.

Injections de paraffine. — M. LAGARDE a lu une note sur les résultats éloignés de la prothèse nasale par les injections sous-cutanées de paraffine froide ramollie sous pression.

Signe de la toux et de la voix lointaine. — M. MARTIN DU MAGNY, médecin des hôpitaux de Bordeaux, présente sous le nom de « signe de toux et de la voix lointaine » un signe pathognomonique des compressions bronchiques. Ce signe très précoce se rencontre dans toutes les compressions des bronches quelle qu'en soit la nature. Par la facilité de sa recherche, par sa précocité, par sa proportionnalité à l'intensité de la compression, il est appelé à rendre de réels services.

Les adénopathies intertrachéobronchiques de diagnostic si

difficile chez l'adulte sont aisément reconnues et peuvent être traitées dès le début.

Les observations qui accompagnent cette communication portent sur des adénopathies de différentes origines : coqueluche, streptococcie, cancer, tuberculose, anévrisme et dilatation de la crosse de l'aorte.

Les conditions de recherche du signe de M. Martin du Magny sont les suivantes : le malade est placé dans la station assise, il tousse, crie (enfants) ou répète le nombre 333; l'observateur ausculte la partie postérieure de la poitrine et porte alternativement son oreille au sommet puis à la base (derniers espaces intercostaux sur la ligne de l'omoplate). Au sommet la voix ou la toux sont sous l'oreille, à la base elles semblent s'éloigner. La diminution du son à la base est d'autant plus considérable que la compression est plus intense.

Dans le cas de lésions unilatérales, l'auscultation comparative des deux bases mettra en lumière la lésion du côté comprimé, dans le cas de lésions bilatérales elle permettra de diagnostiquer le côté dont la compression est plus considérable, l'éloignement est en effet proportionnel à l'intensité de la compression.

Rectification pour le programme du prix Orfila en 1910. — Le prix Orfila n'ayant pu être décerné en 1908, par suite d'une interprétation erronée du règlement, la question posée doit être reportée, d'après le testament, au concours de 1910.

En conséquence, le programme pour 1910 est le suivant :

Prix Orfila (6000 francs). — *Partage interdit* (pli cacheté). — Question : *De l'épuration des eaux usées des villes et des eaux résiduaires des usines.*

LIVRES NOUVEAUX

Traité de technique opératoire [2e édition, tome II (1)], par Ch. Monod et J. Vanverts.

Le grand succès remporté par cet ouvrage prouve qu'il répondait à un besoin; les auteurs viennent de le rajeunir en une seconde édition dont ils nous donnent aujourd'hui le tome II.

Les modifications apportées à ce second volume ont été faites dans le même esprit que pour le premier : condenser les descriptions sans rien sacrifier de la clarté; supprimer tout ce qui semblait tombé en désuétude et cela pour pouvoir donner place dans ce livre, sans en exagérer les dimensions, à certaines opérations nouvelles ou récentes intentionnellement omises dans la première édition, parce que non encore consacrées par l'usage. Telles sont les nouvelles interventions sur le pharynx et l'œsophage, la chirurgie des canaux cystique et hépatique, la chirurgie du pancréas, l'omentopexie, la décortication du rein, la taille sous-pubienne, la prostatectomie hypogastrique, les anastomoses du canal déférent, le traitement opératoire de l'inversion utérine, etc.

En outre, la plupart des chapitres anciens ont été remaniés, quelques-uns même complètement transformés soit pour les présenter sous un meilleur jour, soit pour les mettre au courant des progrès de la technique. On constatera ces changements en parcourant les articles consacrés à l'étude du mode de réparation des lèvres, aux opérations sur le pharynx, l'estomac, l'intestin, les voies biliaires; au traitement de l'exstrophie de la vessie, de l'hypospadias, à l'hystérectomie vaginale et abdomino-vaginale pour cancer, etc., l'ambition des auteurs restant cette fois, comme dès le début de leur entreprise, de faire une œuvre à la fois complète et vraiment moderne, mais débarrassée des détails inutiles sans intérêt pour le praticien.

Signalons enfin l'augmentation de l'illustration de cette seconde édition : elle comprend actuellement 2337 figures (un grand nombre d'entre elles sont originales), alors que la première édition n'en possédait que 1907. Ainsi augmentée, la seconde édition de ce *Traité* résume l'état actuel de la technique opératoire si perfectionnée depuis quelques années. Cet ouvrage est le traité le plus complet qui existe en France sur la technique opératoire. L. Gayard.

(1) In-8 de 1022 p. avec 1148 fig. dans le texte. — Prix : 18 fr. — L'ouvrage complet formant 2 vol. in-8 d'ensemble XII-2038 p., illustrés de 2337 fig. — Prix : 40 francs. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 JANVIER 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Gaucher, Sicard et André Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 12 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Albarran, Marion et Lenormant; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gouget et Jeanselme; — M. Claude, suppléant.

Mercredi 13 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Rieffel et Lecène.

2e (1re série) : MM. Gautier, Gley et Branca; — (2e série) : MM. Gariel, Langlois et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Déjerine et André Jousset.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Macaigne; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 14 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Lenormant.

2e : MM. Prenant, Gley et André Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Albarran, Remy et Jeannin; — (2e série) : MM. Bar, Launois et Marion; — (3e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Castaigne et Brumpt.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Balthazard; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 15 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie), *Necker* (1re partie) : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Proust; — M. Branca, suppléant.

Samedi 16 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 13 janvier 1909, à une heure. — Mlle Bernstein. Contribution à l'étude d'un mode de traitement de la bronchite asthmatique. (MM. Brissaud, président; Segond, Pierre Duval et Sicard.) — Mlle Montreuil. Réaction de Wassermann. (MM. Segond, président; Brissaud, Pierre Duval et Sicard.)

Jeudi 14 janvier, à une heure. — M. Morin. Etude critique sur les sanatoriums populaires dans la lutte contre la tuberculose. (MM. Chantemesse, président; Gilbert, Fernand Bezançon et Carnot.) — M. Laurent. Contribution à l'étude des ferments lactiques. (MM. Gilbert, président; Chantemesse, Fernand Bezançon et Carnot.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 46, 14 nov. 1908.) LESCHNEFF : Œdème bulleux de la vessie dans la tuberculose rénale.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 44, 29 oct. 1908.) CASSIRER : Pronostic et traitement des névroses tropho-vasomotrices. — BORUTTAU : Sur l'action de la bromglidine sur l'organisme. — PETERS : Sur l'isopral dans les cardiopathies. — VOGT et RONDONI : Sur la structure de l'écorce cérébrale. — MÖLLER : Polycythémie et pression sanguine. — HENKEL : Pronostic et traitement de l'infection puerpérale. — ORZELLITZER : Arbre généalogique d'une famille atteinte de cataracte juvénile. — OPPENHEIMER : Un cas particulier de conjonctivite de Parniaud. — WOHLGEMUTH : Sur la sécrétion des fistules pancréatiques et sur l'influence qu'a sur elle la diététique antidiabétique. — (N° 45, 5 nov.) LUBARSCH : Sur la pathologie comparée de la tuberculose. — BALLNER et DECASTELLO : Sur l'emploi clinique de la réaction de fixation du complément pour le séro-diagnostic de la tuberculose. — DIESNIG : Le principe biologique du traitement du cancer par la lumière. — REHBERG : Sur la circulation artérielle défectueuse du cerveau et des extrémités supérieures dans l'anévrisme de la crosse aortique. — RICHTER : Sur un cas de cardiopathie congénitale. — GÜMBEL : Sur la fossette rétro-cæcale et la hernie rétro-cæcale. — BOCK : Contribution au traitement interne de la lithiase biliaire. — HARNACK : Sur le café sans caféine. — (N° 46, 12 nov.) TREUPEL : Sur l'influence de l'exercice et de l'habitude sur la marche des processus réflexes et automatiques. — JACOBSOHN : Sur le réflexe de flexion des doigts. — RODENWALDT : L'action du courant de force sur le corps animal. — SEELIGMANN : Sur l'emploi de la stase de Bier en gynécologie. — RÖMER : Sérum spécifique ou non spécifique dans l'infection pneumococcique de l'œil humain. — PNICUS : Hématurie essentielle. — WECHSELMANN : Sur l'alopécie traumatique.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 83, 12 juillet 1908.) Prof. MARAGLIANO : La pathologie et la clinique de la tuberculose vues à la lumière des découvertes récentes. — Umberto SILVA : Notes cliniques sur certains cas de rhumatisme cérébral. — M. BIAGI : La façon dont se comporte le tissu élastique dans les sténoses intestinales expérimentales. Contribution à la genèse des altérations du tissu élastique. — (N° 86, 19 juillet.) Vittorio MARAGLIANO : Observations relatives à deux cas de rupture de l'aorte. — Giacomo BONANNO : Recherches expérimentales relatives à l'influence de la morphine sur les résistances des globules rouges. — Ulisse FIORE : Ligature de l'aorte abdominale. — Giacomo MERLI : Valeur séméiologique de la formule leucocytaire dans les anémies primitives. — Giulio BELLONI : Nouvel intubateur du larynx. — (N° 89, 26 juillet.) Enrico RONZANI : Contribution à l'étude de la prophylaxie de la pellagre. La conservation du maïs artificiellement desséché, au moyen de sacs imperméables ou de fosses mobiles. — F. SIMONELLI : La cornée syphilitique du lapin et la réaction de Wassermann. — Nicola D'ELIA : Contribution à l'étude de la constitution anatomique et de la cure radicale de la hernie inguinale. — D. FAUCELLO : Blessure de la carotide interne droite et mort par phlébothrombose diffuse et ramollissement cérébral. — (N° 92, 2 août.) Prof. Arrigo TAMASSIA : Les veines dorsales de la main comme signe d'identification personnelle. — Giovanni ROMANELLI : La valeur diagnostique de l'épreuve de Rivalta. — Augusto PLESSI et Carlo TOSSATI : L'ophtalmo-réaction de Calmette. — Pericle POZZILLI : Contribution clinique à la maladie de Dupuytren. — Aleardo CERIOLI : Hypertrophie des mamelles chez un homme atteint de maladie de Basedow. — Giovanni MIGLIACCI : A propos d'un cas de sclérodermie. — (N° 95, 9 août.) L. PANICHI : Le pneumocoque de Fränkel dans le sang des individus atteints de tuberculose pulmonaire. — R. GRENDI : Un nouvel hypnotique. — Prof. D. MARAGLIANO : La déviation fractionnée du complément. — Alberto MICHELAZZI : Syndrome clinique rare des anévrismes de l'aorte thoracique. — William ZANNINI : Deux beaux types de pharmacomanes. — Giovanni GENNARI : Pleurésie traumatique avec thorax intact. — (N° 98, 16 août.) GUYOT : Etudes anatomo-pathologiques et histologiques sur la pellagre expérimentale. — Francesco Felice MUSSO : Modifications de technique pour la recherche des fibres élastiques. — T. SALVETTI : Oscillations de la crosse urique, avec considérations spéciales sur la façon dont se comporte l'acide urique dans les affections névritiques et névralgiques, en rapport avec l'emphysème oxygéné comme traitement. — Oreste ORTALI : Les injections intra-veineuses de sublimé corrosif dans la polyarthrite rhumatismale. — Beniamino CHMELAR : Le traitement spécifique des tuberculoses d'après la méthode du professeur Maragliano. — Luigi NELLI : Recrudescence malarienne en automne, consécutive à une inondation. Rapports entre la malaria et les conditions météorologiques. — Pietro MAROGNA : Un cas de névralgie sciatique par kyste à échinocoque. — (N° 101, 23 août.) V. MARAGLIANO et G. ROMANELLI : L'ophtalmo-réaction tuberculeuse. — Italo GARDI, Luigi SIVORI et Ezio CALCATERRA : Antigènes et anticorps cellulaires dans des sérums de sang pathologiques, néphritiques et hépatiques. — T. PRANDI : Quelques considérations sur la cervicite et l'endocervicite pendant la grossesse et sur leur traitement respectif. — Roberto PASSINI : Importance de certains symptômes fonctionnels et physiques pour le diagnostic des tout premiers stades de la tuberculose pulmonaire. — (N° 104, 30 août.) Luigi PANICHI : Observations sur les tremblements. — L. TRINCAS : L'agglutination des staphylocoques. — Giuseppe COEN : La valeur du diviseur de Luys appliqué chez la femme. — Giacomo SARRA : Recherches sur le sang des blennorragiques. — Pietro BERTOLI : Un cas de lipomes multiples sous-pleuraux dans le médiastin antérieur. — (N° 107, 6 sept.) MOLON et TANFANI : Hémolysines artificielles et hématopoièse. — Luigi SAVINI-LOJANI : Etudes hématologiques sur la pellagre expérimentale. — A. BORINI : Helminthiase intestinale associée à des protozoaires d'espèces diverses, chez un ouvrier provenant des mines du Transvaal. — Manlio FERRARI : La fulguration par courants électriques. — Ubaldo GASPERINI : Le monobromure isovalérianilique de carbamide. — Carlo VISCONTINI : Deux cas d'épithélioma primitif de la vulve. — Attalo MUGGIA : Quelques applications ambulatoires de la stase de Bier. — Angelo CAMBIASO : Contributions cliniques à la thérapeutique spécifique de la tuberculose pulmonaire. Tuberculose pulmonaire guérie par l'antitoxine, guérison persistante. — MAZZOLANI : Le bleu de méthylène dans la stomatite mercurielle. — (N° 110, 13 sept.) Giuseppe PAGANO : Les premières recherches sur la lymphangiosclérose. — Guilio APPIANI : Le traitement local dans les infections diphtériques des premières voies aériennes. — Tiberio ZANNONI : Tubercule solitaire de la couche optique dans un cas d'hémichorée. — Walfredo CHIODI : Les symptômes de la syphilis héréditaire et l'allaitement. — Paolo BARABASCHI : Un cas d'empoisonnement aigu par le sous-nitrate de bismuth dans la pratique des rayons X. —

G. Campanella : Les inhalations de vapeurs d'acide nitrique dans les bronchites chroniques. — Filippo Bucarelli : La lutte contre la malaria en Calabre. — Giunta Zoda : Le danger de mort dans les plaies du thorax. — (N° 113, 20 sept.) G. A. Pari : A propos de la pathogénie de l'albuminurie orthostatique. — Gino Massini : Le traitement de l'hyperchlorhydrie. — Pericle Pozzilli : Le glycogène dans les crachats ; sa valeur diagnostique et pronostique. — (N° 116, 27 sept.) Francesco Pancrazio : Contribution au traitement du tétanos. — Giulio Appiani : Scarlatine et érysipèle. — L. Chierici : Contribution à l'étude de l'importance des premières voies aériennes et digestives dans les maladies infectieuses. — Arturo Campani : A propos du phénomène dit phosphaturie, comme symptôme précoce de tuberculose pulmonaire. — Giuseppe Giovannini : Contribution clinique à l'ophtalmo-réaction. — Giovanni Quadri : Un cas d'albuminurie gravidique guérie par la parathyroïdine. — Aly Belfadel : Empoisonnement par le pétrole chez un enfant. — Gino Massini : Le traitement opothérapique de l'épilepsie. — (N° 119, 4 oct.) T. Silvestri : Le calcium dans la pathogénie et le traitement des formes convulsives. Théorie parathyroïdienne. — Egisto Magni : Anasarque par rétention d'urine. — Francesco Laureati : Le souffle veineux de Smith. — Giacomo Silva : A propos de l'usage du tannigène. — Callisto Lupi : La dernière partie de l'article 4 du règlement (italien) sur les asiles d'aliénés et les aliénés, et les dangers qu'elle présente. — (N° 122, 11 oct.) Arturo Fontana : L'inoculabilité du bacille de Ducrey dans la cornée du lapin. — Mario Fasano : L'état actuel de la thérapeutique des formes crouposo-diphtériques des voies aériennes, avec considérations spéciales sur le mécanisme intime d'action du sérum antitoxique. — — Salvatore Lavagna : Fièvre méditerranéenne et syphilis hépatique. — Giovanni Tomaselli : Contribution à l'étude de la gangrène symétrique des extrémités dans le cours des maladies infectieuses. — Oreste Tedde : Observations pratiques sur la pneumonie épidémique. — Angelo Cambioso : Contribution clinique à la thérapeutique spécifique de la tuberculose pulmonaire. — G. Manara : Contribution à la symptomatologie et au diagnostic de la môle vésiculaire. — (N° 125, 18 oct.) Giovanni Volterrani : Contribution à l'étude de la maladie de Paget. Carcinome de la mamelle. — A. Graziani : Contribution à la prophylaxie de la malaria. — Pietro Desteffani : Considérations cliniques et histologiques sur les sarcomes musculaires primitifs. — A. de Blasi : Tachycardie paroxystique. — (N° 128, 25 oct.) Giovanni Galli : A propos des courants d'action du cœur. — Francesco Laureati : Recherches röntgenologiques dans l'adénopathie trachéo-bronchique. — I. Bruchi : Cysticerque du biceps brachial droit. — Francesco Pedrazzini : A propos des pseudo-rétrécissements mitraux fonctionnels et des bruits cardiaques anormaux en général. Nouvelle méthode d'examen de l'état fonctionnel du cœur. — Guido Salmoni : Diagnostic différentiel entre les crachats tuberculeux et ceux d'autre nature, au moyen de la réaction de Millon. — Romeo Pasquale : Deux cas d'érythromélalgie ou névralgie rouge. — Carlo Zille : Un cas de péritonite tuberculeuse à développement initial rapide. — (N° 131, 1er nov.) Gaetano Caponetto : Hémostose sus-momentanée dans les néphrolithotomies. — Guido Cavazzani : De l'oxalate neutre de potasse dans le traitement du phlegmon, de l'adénite et de la phlegmatia alba dolens. — Olimpio Cozzolino : Le bromural comme sédatif et hypnotique dans la thérapeutique infantile. — Roberto Passini : Contribution à la cure de quelques processus tuberculeux par les bains de mer. — Tonello et Confalonieri : Mort subite par décharge électrique. — Mario Lodi : Les coliques abdominales avec considération spéciale de la douleur épigastrique. — (N° 134, 8 nov.) Ettore Tedeschi : Sur un bruit scapulaire et sa signification diagnostique. — Aliprando Ciccarelli : Quelques examens de lait du commerce au point de vue de l'allaitement rationnel. — A. Borini : Recherches cliniques sur les poisons des vers intestinaux, à propos des épreuves de Yefimov. — B. Nicola : Sur la cuti et l'ophtalmo-réaction à la tuberculine chez l'adulte. — P. Volta : Cas rare de mort naturelle au cours d'une rixe. Son importance au point de vue médico-légal. — Alberto Bellini : Le traitement des plaies du diaphragme. — Leone Zanetti : Quelques usages de l'acide picrique. — (N° 140, 22 nov.) Egisto Magni : La mobilisation précoce des opérés. — Luigi Panichi et Ezio Calcaterra : Les anticorps du lait. — Cassanello Rinaldo : Un cas peu commun de chirurgie rénale conservatrice. — Zaccaria Capuzzo : Contribution à l'étude des myasthénies d'origine nerveuse périphérique. — Z. Guerra : Deux cas de tumeur du médiastin avec syndrome clinique particulier. — Giacomo Bianchera : Les spondylites et ostéites par bacille d'Eberth. — Nicolino Federici : Les plaies du poumon par pointe et par section. — Oreste Tedde : La méthode de Bacelli dans la pustule maligne. — (N° 143, 29 nov.) Torindo Silvestri : La goutte au point de vue de la théorie de Falkenstein. — Ezio Calcaterra : Recherches sur les exsudats agressiniques tuberculeux. — G. Breccia : Le réticulum neurofibrillaire des cellules motrices dans l'infection tétanique expérimentale. — Dario Maragliano : Trépanation du crâne pour tumeur du cerveau. — Oreste Ortali : La méthode de Mergari pour le traitement de l'infection puerpérale. — Pietro Bertocchi : Un cas d'infection par microcoque tétragène.

Medizinische Blætter. — (N° 44, 31 oct. 1908.) Braun : Affections des jambes. — (N° 45, 7 nov.) Bekess : Sur l'angine.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 44, 29 oct. 1908.) Pick et Yamanouchi : Etudes sur l'anaphylaxie. — Brecher et Laub : Sur les opsonines et leur signification pour le traitement par la tuberculine. — Grosz et Volk : Nouvelles recherches séro-diagnostiques sur la syphilis. — Breznia et Ranzi : Sur l'examen biologique des fèces. — Breznia : Sur l'emploi de l'absorption de l'oxygène dans la méthode de l'examen des eaux et des eaux d'égout. — Hemsmann : L'action sensibilisante des matières colorantes animales et leur importance physiologique. — Aschner : Sur un réflexe non encore décrit à point de départ oculaire, sur la circulation et la respiration. — (N° 45, 5 nov.) Schauta : Sur l'obstétrique à l'intérieur et à l'extérieur des établissements. — Landsteiner : Remarques sur la connaissance des tumeurs transmissibles. — Hecht : Sur les ferments agissant sur l'albuminurie et les graisses chez les nourrissons ; — Sur une forme particulière d'achylie gastrique chez les enfants ; — Un nouveau réactif microchimique du mucus dans les selles. — Weiss : Un cas de thrombose des sinus et de méningite avec examen bactériologique surprenant après une conjonctivite croupale. Bacilles non virulents du groupe diphtérique. — Homa : Sur les intoxications causées par le « fructus cocculi ». — Frænkel : Hernies ombilicales. — Donath et Landsteiner : Hémoglobinurie et hémolyse. — (N° 46, 12 nov.) Rüdinger : Sur les échanges en albumine dans la maladie de Basedow. — Pribram et Porgès : Sur l'influence des différentes diététiques sur la maladie de Basedow. — Gordon et Jagié : Sur le sang dans la maladie de Basedow et basedowoïde. — Moskiswicz : Sur les opérations intestinales aseptiques. — Paspischill : Sur l'emploi d'un tampon canule chez l'enfant atteint de laryngo-sténose infectieuse. — Paulicek : Un cas de maladie de Banti.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 2. — JEUDI 7 JANVIER 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 7 JANVIER 1909. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 4 janvier 1909 : MM. Duval, 8; Gautier (Claude), 10; Chataing, 3; Ferrand, 7; Passot, 13; Durand (Henri), 9; Pierret, 3; Gouguet de Girac, 11; Héricourt, 7.

Anatomie. — Séance du 5 janvier : MM. Cassard, 6; Moriez et Boivin, 7; Krebs, 8; Béraud (Henri), 3; Mairesse, 11; Pakowski et Dournay, 10; Vincent (Max), 8.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 7 janvier, à neuf heures du matin.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Dunkerque. — Un concours pour un emploi de médecin et un emploi de chirurgien au nouvel hôpital de Dunkerque, sis à Rosendael, sera ouvert à Lille, le lundi 29 mars 1909, à huit heures et demie du matin, en l'une des salles de la Faculté de médecine, 1, rue Jean-Bart.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices de Dunkerque, 37, rue des Vieux-Quartiers, avant le 15 mars 1909; passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

— Marseille. — Le concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux de Marseille s'est terminé par la nomination du docteur Henri Pons.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'admissibilité a l'agrégation. — Le Conseil municipal de Paris, à la suite d'une question posée par M. Joseph Denais, vient de voter l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil regrette les incidents tumultueux qui se sont produits dans la Faculté de médecine ou à ses abords;

Réprouve l'introduction préventive sur des réquisitions singulièrement intempestives de la force publique et notamment d'agents en bourgeois dans l'intérieur de la Faculté de médecine;

Invite M. le préfet de police à rappeler à ses collaborateurs et à tous ses agents qu'ils aient à garder un silence absolu à l'égard de la foule. »

— M. le docteur Darras, secrétaire de l'Association générale des médecins de France, vient de publier, dans le *Bulletin de l'Association générale*, les très intéressants tableaux suivants :

Diplômes de docteurs en médecine et d'officiers de santé délivrés par les Facultés et Écoles françaises pendant l'année scolaire 1907-1908.

FACULTÉS ET ÉCOLES	OFFICIERS de SANTÉ	DOCTEURS EN MÉDECINE — DIPLOME D'ÉTAT	DOCTEURS EN MÉDECINE — DIPLOME D'UNIVERSITÉ	TOTAL des THÈSES
Paris.............	»	436	25	461
Bordeaux.........	»	147	3	150
Lille..............	2	46	»	46
Lyon..............	»	137	3	140
Montpellier.......	»	102	11	112 (*a*)
Nancy.............	»	35	2	37
Toulouse.........	»	58	2	60
Beyrouth.........	»	30	»	» (*b*)
Reims (école prép.).	1	»	»	»
Totaux.....	3	991	46	1006

(*a*) Un diplôme d'État a été délivré, avec dispense de la thèse, à un docteur ayant obtenu un diplôme d'Université à Montpellier en 1903.
(*b*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

Nombre des diplômes d'Université (mention Médecine) par Facultés et par années scolaires.

FACULTÉS	1896-1897	1897-1898	1898-1899	1899-1900	1900-1901	1901-1902	1902-1903	1903-1904	1904-1905	1905-1906	1906-1907	1907-1908	TOTAL
Paris............	1	»	»	1	6	4	7	8	23	10	15	25	100
Bordeaux.........	»	»	»	»	»	1	1	1	1	2	»	3	9
Lille.............	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Lyon.............	»	»	»	»	»	4	8	5	3	6	6	3	35
Montpellier.......	»	»	»	»	»	5	17	13	9	22	7	11	84
Nancy............	»	»	»	»	»	2	3	5	2	1	2	2	17
Toulouse.........	»	»	»	»	»	1	»	2	3	2	1	2	11
Totaux......	1	»	»	1	6	17	36	34	42	43	31	46	257 (*)

(*) Dont 8 ont été, depuis, convertis en diplômes d'État.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ardouin, ancien médecin principal de la marine, à Rochefort; Cortyl, ancien directeur de l'asile de Bailleul (Nord), et de M. Jean Abeille, interne des hôpitaux de Marseille.

A PROPOS DU TÉTANOS

Par A. GUINARD,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Dans le numéro du 15 décembre dernier de la *Gazette des hôpitaux*, MM. Vennat, médecin-major de deuxième classe à l'île de Ré, et Micheleau, médecin des hôpitaux de Bordeaux, ont publié un article sur le sérum antitétanique. Ce travail fort intéressant a ému profondément ceux qui, comme moi, font un usage journalier de ce sérum comme préventif. Je viens donc demander quelques éclaircissements qui me paraissent indispensables.

En deux mots, je rappelle la lamentable histoire dont il s'agit.

Une femme de Saint-Martin-de-Ré meurt de tétanos : le docteur Louis H... en la soignant reçoit sur le visage « des gouttes de salive ». Et comme il porte à l'extrémité du nez une « petite excoriation, toute superficielle, épidermique », il se fait dès le lendemain, une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Huit jours après forte éruption sérique urticariée et le treizième jour trismus et tétanos confirmé qui tue le malade en huit jours. Trois frères du malheureux docteur Louis H... étaient à son chevet. Deux d'entre eux « pris de véritable tétanophobie » se font injecter le soir même de leur arrivée 10 centimètres cubes de sérum antitétanique comme préventif. L'un des deux au bout de six jours reçoit encore 10 centimètres cubes de sérum et deux jours après est saisi de fièvre avec éruption urticariée. Puis le tétanos se confirme avec trismus, etc. et guérit avec un type atténué de trois semaines de durée et une « très longue convalescence ».

L'autre présente de même une forte éruption ortiée, du trismus, de la raideur de la nuque et guérit.

Enfin le troisième frère ne reçut pas d'injection préventive et « seul de la famille » ne présenta aucun phénomène morbide. Et cependant, ajoutent MM. Vennat et Micheleau, « c'est certainement lui qui a approché de plus près et le plus souvent le défunt », alors que les deux autres ne le touchaient pas « sans procéder ensuite à une désinfection minutieuse : savonnage et formol ».

Les auteurs de ce mémoire font suivre ces observations de considérations parmi lesquelles je relève celle-ci incidemment à la fin de la page 1722 : « Les esprits paradoxaux ne manqueraient pas de dire que c'est le sérum seul qui a déterminé à notre malade son tétanos. »

Eh bien ! je crois, sans paradoxe, que c'est la seule conclusion à tirer de la lecture des observations rappelées ci-dessus : et tous ceux qui liront de près ces observations seront sans doute de cet avis. Et je pense que c'est de ce côté qu'il faut discuter, plutôt que de chercher des arguments pour la clinique et contre la bactériologie. Je demanderai donc un supplément d'informations. D'où venait ce sérum antitétanique? De quelle officine sortaient les flacons dont nos confrères ont fait usage? Les a-t-on pris dans une pharmacie ou les a-t-on eus directement de l'Institut Pasteur de Paris ou d'une autre ville? De quelle date étaient étiquetés les flacons ? Car dans certaines pharmacies où il n'en est pas souvent demandé, il peut y avoir des flacons depuis un an et même plus. Bref une enquête dans ce sens mérite d'être faite. On comprend très bien qu'une erreur de laboratoire puisse livrer des flacons toxiques, comme une erreur d'élève en pharmacie peut donner un poison au lieu d'un médicament. Pour ces cas particuliers, je peux dire à MM. Vennat et Micheleau que tous les confrères de mon entourage qui ont lu leur mémoire ont incriminé comme moi le sérum employé. Cette salive problématique projetée sur une excoriation problématique et donnant un tétanos mortel ; ces deux autres tétanos qui guérissent tous les deux (ce qui est plutôt rare) bien qu'ils aient été contractés en soignant un tétanos mortel ; ces deux tétanos se développant sur des sujets qui ont simplement approché un tétanique, et qui ont à chaque contact pris des précautions hygiéniques particulières ; enfin parmi ceux qui ont approché ce tétanique, les seuls contagionnés (?) sont ceux qui ont reçu une injection dite préventive de sérum. En vérité, si paradoxe il y a, le vrai paradoxe est de voir là autre chose que l'usage d'un sérum mal préparé, ou d'un sérum trop vieux, ou d'un sérum toxique substitué par erreur au sérum préventif. Et puisque nos confrères font appel à la clinique, je dirai que je n'ai jamais vu un cas de contagion du tétanos d'un malade à son entourage et je n'ai rien vu de semblable cité nulle part. Je ne sache pas non plus que la salive d'un tétanique ait pu être comparée à celle d'un rabique et communiquer le tétanos par simple contact sur une « excoriation insignifiante ». Enfin, n'est-il pas extraordinaire que sur trois cas de tétanos il y ait eu deux guérisons, ce qui s'explique si bien avec « le paradoxe » que je crois vrai.

En somme, on doit être reconnaissant à MM. Vennat et Micheleau de nous avoir fait connaître cette petite épidémie de tétanos, mais je crois nécessaire qu'ils fassent une enquête très serrée sur l'origine du sérum qui a été employé.

OCCLUSION INTESTINALE ET GROSSESSE [1]

Par M. LEMERCIER,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Complications. — Trois grandes complications peuvent surgir au cours de l'occlusion intestinale pendant la grossesse, ce sont :

A. L'expulsion prématurée du fœtus ;
B. La perforation intestinale ;
C. La péritonite sans perforation.

A. Expulsion prématurée du fœtus. — Il faut distinguer deux cas : ou bien l'expulsion s'est produite avant que l'on ne soit intervenu chirurgicalement et en ce cas elle est due à l'occlusion, ou elle s'est produite au cours ou après l'intervention et doit être mise alors sur le compte de cette intervention.

L'avortement et l'accouchement prématuré s'ob-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 1, p. 3.

servent assez fréquemment puisque d'après Vergez (1) sur vingt-huit cas d'occlusion pendant la grossesse, onze fois on a signalé l'expulsion du fœtus.

B. Perforation intestinale. — Cette complication est moins fréquente que la précédente.

Elle est due le plus souvent au sphacèle de l'intestin.

Elle peut aussi résulter du tiraillement exercé sur l'intestin par une bride péritonéale.

La péritonite déclarée se présente sous deux formes : soit diffuse, soit circonscrite.

Dans la forme diffuse le début est brusque, annoncé par une douleur violente, profonde, en un point de l'abdomen.

Cette forme correspond à l'inondation du péritoine par les matières fécales. La mort est presque toujours fatale, car l'intervention chirurgicale est fortement compromise.

Dans la forme circonscrite, c'est-à-dire dans la péritonite, la forme précédente répondant à la péritonite suraiguë, le début se manifeste par une aggravation de l'état général. Le pouls devient mou et accéléré. Cette forme est justiciable de l'intervention chirurgicale et guérit par elle.

C. Péritonite sans perforation. — C'est là une complication rare pour le sujet qui nous occupe. L'infection peut suivre deux voies : ou bien elle envahit le péritoine par contiguité, ou bien elle emprunte la voie circulatoire.

MM. Chantemesse, Widal et Legry, en 1893, ont publié une observation qui démontre qu'il peut y avoir septicémie au cours de l'occlusion. La femme dont il s'agissait était enceinte de quatre mois et présentait les signes de l'occlusion intestinale et de la péritonite. Elle avorte. Dans les débris, extraits par curetage de la cavité utérine, on constate la présence du bacterium coli commune. Ce bacille fut retrouvé après la mort dans le pus d'abcès multiples, dans le péritoine, dans le sang.

Aucun symptôme très net ne peut mettre sur la voie de cette grave complication. On tiendra compte surtout de l'aggravation de l'état général et de l'état du pouls qui deviendra petit, mou et accéléré.

Diagnostic. — Nous l'avons déjà dit le diagnostic de l'occlusion intestinale pendant la grossesse est extrêmement délicat. Cette difficulté est due pendant la grossesse à la présence de l'utérus gravide, pendant le travail aux contractions utérines, et pendant les suites de couches aux tranchées.

A. Pendant la grossesse. — Pendant la grossesse, on fera le diagnostic avec :

1° Toutes les affections douloureuses du ventre dont le début est brusque, telles que les coliques soit intestinales, soit hépatiques, néphrétiques, salpingiennes. Mais ces affections par leur évolution même, par leur amélioration rapide à la suite d'un traitement approprié se laisseront facilement diagnostiquer.

(1) Vergez. Th. de Paris, 1901.

2° *Travail*. — C'est évidemment la première idée qui vient à l'esprit dès qu'une femme enceinte souffre du ventre. Mais « l'absence de douleurs intermittentes apparaissant à des intervalles réguliers au moment d'une contraction utérine, et surtout l'absence de modifications du col permettront d'éliminer cette cause » [Constantin Daniel (1)].

Mais si la femme est près du terme et qu'on ait déjà perçu des contractions utérines, si le col est en voie d'effacement, le diagnostic est alors rempli de difficultés.

Les vomissements n'auront qu'une valeur relative, car on peut les confondre avec les vomissements de la grossesse.

Seule l'absence d'expulsion de gaz et de matières par l'anus aura de la valeur. C'est le grand symptôme à rechercher.

3° *Péritonite aiguë*. — « La péritonite aiguë, dit Duplay, présente dans bien des cas les symptômes de l'occlusion et le diagnostic ne repose que sur les nuances. » Et Mégrat (2) ajoute : « Nous savons aussi que la péritonite elle-même, quelle qu'en soit la nature, peut donner lieu par paralysie de la tunique musculeuse, par production rapide de gaz, par compression directe, à une inertie intestinale complète avec phénomène d'étranglement. »

Ce sera donc l'analyse minutieuse de chaque symptôme et la notion d'antécédents abdominaux qui mettront sur la voie du diagnostic.

D'autre part, dans la péritonite, le début est généralement marqué par un frisson et la douleur se généralise rapidement à tout l'abdomen. Le météorisme est égal des deux côtés, la constipation n'est pas aussi absolue. Le pouls est de suite rapide et la température est au-dessus de la normale.

Par contre dans l'occlusion, la douleur plus aiguë est plus localisée. Le ballonnement du ventre est considérable. Le frisson du début fait défaut.

La température est souvent au-dessous de la normale, ou bien normale.

4° *Appendicite*. — « Chaque fois que chez une femme enceinte on se trouvera en présence de phénomènes d'obstruction intestinale, il faudra penser à une grossesse extra-utérine ou à une appendicite. » (Pinard).

On recherchera alors le point de Mac-Burney. On songera que la constipation est moins tenace, que la température se maintient entre 38 et 39 degrés et que le pouls bat à 120.

Ce défaut de parallélisme entre le pouls et la température, le facies grippé, le ventre ballonné, la douleur au point d'élection, sont, comme le fait remarquer le professeur Pinard, autant de signes qui conduisent au diagnostic. Il ne faudra pas oublier également que l'occlusion peut s'accompagner de péritonite et d'hyperthermie. Le diagnostic est alors pour ainsi dire impossible.

5° *Etranglement herniaire*. — Pour éviter l'erreur on explorera tous les orifices accessibles et susceptibles d'être le siège de hernie. En ce cas la palpa-

(1) Constantin Daniel. *Revue pratique obst. et pæd.*, Paris 1902.
(2) Mégrat. *Ann. de gyn.*, oct. 1883.

tion montrerait une tumeur dure, irréductible, douloureuse et l'interrogatoire de la malade ferait connaître la suppression des matières et des gaz.

6° *Grossesse extra-utérine.* — Lepage a rapporté un cas où en présence de symptômes de péritonisme simulant une occlusion intestinale, on fit d'abord le diagnostic de rupture d'un kyste fœtal pour revenir à l'occlusion intestinale. Il s'agissait cependant bien d'une grossesse extra-utérine, l'œuf siégeant dans le ligament large.

Dans les deux affections, grossesse extra-utérine et occlusion intestinale, le début est le même. Cependant la rupture de grossesse extra-utérine s'accompagne d'un état syncopal qui lui est particulier. D'ailleurs Gauthier, Wegenec, Lettauer, ont signalé l'occlusion compliquant l'épanchement.

On peut donc hésiter à l'apparition des accidents, mais on songera de suite que l'occlusion n'est pas un accident des premiers mois.

7° *Parésie intestinale.* — Il est très difficile de distinguer, au cours de la grossesse, les accidents de parésie intestinale simulant l'occlusion, surtout chez les arthritiques nerveuses. Mais la parésie intestinale finit presque toujours par céder à la médication appropriée.

B. Pendant le travail. — Le diagnostic est presque impossible pendant le travail. Deux affections peuvent notamment être des causes d'erreur : la rupture utérine et la perforation.

La rupture utérine s'accompagne d'un cortège de symptômes subits et graves. C'est d'abord une douleur fixe, profonde et continue; les contractions utérines sont supprimées : elles peuvent cependant persister avec leur intensité normale. Parfois l'utérus est en état de rétraction et de contracture constante. L'état général, inquiétant, s'accompagne de sueurs froides, de nausées, de dyspnée.

La perforation intestinale par traction sur l'intestin d'une bride inflammatoire peut être prise pour une occlusion intestinale. « Dans le premier cas on aura une douleur aiguë et subite avec symptômes de perforation se surajoutant à ceux du travail : dans le deuxième cas, les signes d'hémorragie interne plus ou moins abondante, suivant la vascularisation des adhérences déchirées. Mais souvent ces questions ne peuvent être résolues qu'après l'expulsion du produit de conception ou même plus tard au moment de l'intervention » (Constantin Daniel).

C. Pendant les suites de couches. — Pendant les suites de couches ce sont surtout les tranchées qui peuvent induire en erreur. Ces tranchées survenant trois ou quatre jours après l'accouchement sont « tellement vives parfois, qu'elles arrachent des cris à l'accouchée et sont même plus fortes que les douleurs de l'accouchement » (Tarnier et Chantreuil). Pour le diagnostic on recherchera la douleur bien localisée de l'utérus, irradiant vers la région sacro-coccygienne, vers les lombes, vers l'aine, les cuisses et coïncidant avec une contraction utérine. Ces douleurs sont intermittentes et dans leur intervalle le calme est complet : fait caractéristique.

Le diagnostic d'occlusion posé, sur quelle partie du tractus intestinal siège la lésion?

D'une manière générale, on peut dire que pour l'occlusion aiguë le siège sera surtout sur l'intestin grêle et sur le gros intestin pour l'occlusion chronique.

On recherchera la douleur maximum sur un point bien limité.

R. Zachen (1) insiste sur la tuméfaction limitée. Malheureusement elle est vite masquée par les progrès du ballonnement.

Pronostic. — L'occlusion intestinale au cours de la grossesse est une affection grave. D'après les observations que nous avons relevées on peut en effet donner 57 p. 100 de mortalité.

L'avortement est un des facteurs principaux aggravant le pronostic, par les pertes de sang qu'il entraîne.

Quelle est l'influence de l'expulsion spontanée du fœtus sur la vie de la mère?

Six fois sur dix environ la mère succombe à l'expulsion spontanée du fœtus.

En ce qui concerne le pronostic de l'enfant il est également sombre. Vergez dit que sur 23 enfants 12 sont nés avant terme et dix fois la mort de la mère a entraîné celle de l'enfant.

Quand l'occlusion intestinale s'est montrée pendant le travail, le pronostic fut toujours fatal pour la mère. Quant à l'enfant sa vie n'a pas été compromise.

Pendant les suites de couches le pronostic est le même que pour l'occlusion intestinale ordinaire.

Traitement. — A. Pendant la grossesse. — Le diagnostic une fois posé, le seul traitement rationnel est l'intervention chirurgicale. Il faut aller à la recherche de l'obstacle et le lever immédiatement, malgré la perspective plus ou moins prochaine de l'avortement.

Néanmoins, le traitement médical ne doit pas être rejeté, par principe. Quand, en effet, on soupçonnera la pseudo-occlusion par parésie intestinale, les bains chauds, les purgatifs, les lavements électriques pourront être tentés. Bien entendu le traitement médical ne s'adresse qu'aux symptômes. Il faut surtout dès le début lutter contre l'affaiblissement progressif qui s'empare de la malade et la conduit au collapsus. C'est donc la douleur que l'on combattra d'abord car elle provoque l'épuisement nerveux. M. Moutard-Martin donne un centigramme d'extrait d'opium toutes les heures. Si l'on préfère on pourra donner de la morphine.

On luttera contre le météorisme par la glace et contre les vomissements par la glace également ou les autres moyens habituels.

Parfois, bien que rationnelle, l'intervention chirurgicale est contre-indiquée par la gravité de l'état général.

On pourra, en ce cas, avoir recours à la ponction capillaire préconisée par Curshaum, Frentzel et Fürhbringer. C'est un pis-aller, source d'infection souvent.

(1) Zachen. Th. de Leipzig, 1907.

Abstraction faite des cas précédents, le vrai traitement de l'occlusion intestinale pendant la grossesse est l'intervention chirurgicale.

On mettra donc en pratique le conseil de Verneuil, « opérer d'urgence les affections qui mettent immédiatement en danger la vie de la mère et contre lesquelles la thérapeutique serait insuffisante ». C'est également le conseil que donne le professeur Pinard.

Cependant le chirurgien peut être embarrassé ou tout au moins hésiter à intervenir en présence d'une femme enceinte, car les uns (Verneuil) pensaient que la gravité de l'opération est subordonnée à l'intensité de la fièvre traumatique. D'autres (Polaillon) pensaient qu'il fallait également songer à la quantité de sang perdu et à l'âge de la grossesse. Quoiqu'il en soit, la thérapeutique vraiment efficace est la laparotomie.

Sur les 34 observations que nous avons compulsées à ce sujet, la laparotomie a été pratiquée 14 fois. La guérison a été obtenue 7 fois. Pour ce qui est des autres cas, l'intervention avait été trop tardive et le résultat fut, par suite, négatif.

Il arrive parfois que la tumeur utérine gêne l'opérateur et l'empêche même de trouver la lésion. On sera alors autorisé à pratiquer l'anus contre nature.

Un argument, invoqué contre la laparotomie, surtout lorsque par suite d'une gangrène de l'intestin on est obligé d'en faire la résection, serait que la suture intestinale pourrait céder au moment des contractions du travail, et le succès opératoire être ainsi compromis. Or, nous avons parcouru des observations relatives à ce fait et nous avons constaté que l'intestin ne fut pas tiraillé du tout pendant le travail.

« Quels seront les résultats d'une laparotomie pratiquée à temps? Pour répondre à cette question il suffit de se rappeler que depuis les faits de Spencer Wells, de Barues, de Guéniot, de Verneuil, on ne compte plus les cas où une intervention chirurgicale a débarrassé une femme enceinte de lésions graves. Nous devons surtout tenir grand compte de ce fait que par la laparotomie, l'appendicite, qui présente avec l'occlusion des points communs, dépistée et décrite par des cliniciens éminents et traitée suivant leurs indications, est devenue un accident d'une gravité atténuée. » (Vergez.)

Il nous faut maintenant dire un mot de l'accouchement provoqué comme moyen de traitement. Ce moyen semblerait devoir être surtout employé lorsque l'utérus gravide comprimerait l'intestin.

« Dans des cas analogues, dit Baudera, la vie de la femme pourrait être sauvée par la désoccupation de l'utérus. Le moyen à employer consistera dans la ponction des membranes ou dans l'emploi des autres armes que la chirurgie met en notre pouvoir. » Mais quand le chirurgien ou l'accoucheur a essayé de déterminer les phénomènes du travail, les malades ont succombé. C'est donc une intervention qu'il faut absolument rayer.

B. Pendant le travail. — Lorsque le travail se manifeste pendant qu'apparaissent les signes de l'occlusion intestinale, on attendra l'expulsion spontanée du fœtus : on pourra même accélérer le travail et lorsque la délivrance aura été effectuée on pratiquera la laparotomie.

C. Pendant les suites de couches. — « Les accoucheurs savent bien que certains accidents fébriles qui surviennent pendant les suites de couches disparaissent après l'évacuation alvine spontanée ou provoquée par un léger purgatif » (Bouchard). Sinon on se comportera comme pour l'occlusion intestinale ordinaire et on « ira à la recherche de l'obstacle par la laparotomie ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 5 janvier 1909)

Séance de congratulations mutuelles, installation du nouveau bureau, discours du président sortant, discours du nouveau président.

Signalons d'abord parmi les pièces de la correspondance, l'annonce, pour le 10 juillet 1909, de la célébration du 350e anniversaire de l'Université de Genève et, en même temps, du 400e anniversaire de la naissance de Calvin, fondateur de cette Université. L'Académie est invitée à se faire représenter à cette fête.

M. le Président, avant de prononcer l'allocution d'usage, propose à l'Académie d'envoyer un témoignage de sympathie à nos collègues d'Italie à l'occasion de l'épouvantable catastrophe qui a jeté ce pays dans le deuil et la désolation.

Cette proposition est appuyée par des marques d'unanime approbation.

M. Bucquoy, après l'expression de ses sentiments de reconnaissance et la satisfaction évidente d'avoir pu remplir sa tâche sans une défaillance, se plaît à constater que le bilan des travaux de l'Académie a été, cette année, particulièrement important et a démontré, de la part de la compagnie, une activité scientifique dont on avait malheureusement un peu perdu l'habitude. Il rappelle les principales communications et les discussions les plus importantes, telles que l'ophtalmo-diagnostic de la tuberculose, défendu par M. Calmette (de Lille), attaqué assez vigoureusement par M. Delorme qui en repousse l'emploi dans l'armée; les injections préventives de sérum antitétanique défendues avec tant de talent par M. Vaillard; le rapport magistral de M. Widal sur les épidémies, dans lequel notre confrère réclame, avec tant d'énergie, l'application de la loi sur la déclaration obligatoire des maladies transmissibles; l'intéressante communication de M. Cazeneuve (de Lyon) sur les dangers de l'arsenic dans la culture de la vigne; les communications de M. Chantemesse sur le choléra, de M. Vidal (d'Hyères) sur l'application de la loi Roussel dans le Var, l'intéressante communication de M. Dieulafoy sur un cas de simulation, etc.

En invitant M. Labbé, nouveau président, à prendre sa place au fauteuil, il l'assure que, peut-être plus encore que dans une grande assemblée parlementaire, il n'y trouvera que d'excellents collègues.

M. Labbé, après les remerciements habituels à ses collègues pour l'avoir honoré de cette haute fonction, à M. Bucquoy pour l'exactitude, la bienveillance et la courtoisie qu'il a constamment montrées dans ces fonctions, a été bien inspiré en rappelant l'histoire d'une des plus belles familles médicales de notre siècle, celle de M. Bucquoy : Boyer, le grand chirurgien du premier Empire, marie sa fille à Roux qui donne la

sienne à Danyau, le grand accoucheur, lequel prend pour gendre M. Bucquoy qui marie l'une de ses filles à M. Chauffard, lequel, à son tour, a pour gendre M. Guillain. M. Chauffard lui-même est le fils d'un professeur à la Faculté qui y a défendu, avec un grand talent, les doctrines vitalistes. Enfin, le grand-père de M. Chauffard était un des médecins les plus distingués d'Avignon. N'y a-t-il pas, dans cette famille, un curieux accaparement de gloire scientifique d'ailleurs bien méritée.

M. Labbé exprime à M. Troisier, secrétaire annuel sortant, tous ses regrets et les regrets de l'Académie. Il est heureux de se trouver aux côtés du secrétaire perpétuel, M. Jaccoud, dont il fut le concurrent, en 1854, pour la première place de l'externat, avec M. Benjamin Anger. Ce fut M. Jaccoud qui l'emporta. Il rappelle les magnifiques éloges qu'il a prononcés, en citant particulièrement, comme le plus beau, celui de Malgaigne. Enfin, il se félicite de voir au fauteuil de la vice-présidence l'un de ses premiers élèves, le professeur Dieulafoy.

L'allocution de M. Labbé est accueillie par les applaudissements de l'assemblée tout entière.

Sclérose en plaques. — M. Raymond analyse deux observations de sclérose en plaques améliorées par la radiothérapie, observations communiquées par M. Marinesco.

Emploi des arsenicaux en agriculture. — Après la communication de M. Cazeneuve (1), qu'a rappelée M. le président, dans son allocution, il a été nommé une commission dont faisaient partie, entre autres membres de l'Académie, MM. Armand Gautier, Riche et M. Moureu, rapporteur. M. Moureu a donné lecture de son rapport dont les conclusions semblent être que l'Académie doit s'opposer à l'emploi des sels arsenicaux en agriculture. Ce rapport, très important, sera certainement le point de départ d'une discussion.

En voici le résumé :

1° Ces produits toxiques, manipulés par des ouvriers souvent illettrés, peuvent provoquer des intoxications arsenicales graves, par suite du peu de soins que les ouvriers prennent pour se nettoyer les mains et la figure, après avoir arrosé les vignobles avec une solution de ces sels;

2° Les ouvriers peuvent rapporter dans leurs maisons et dans les fermes où ils travaillent des quantités assez considérables de produits arsenicaux attachés à leurs chaussures et provenant du sol mouillé;

3° Quand on asperge les vignes, il tombe sur les feuilles, les salades, les légumes qui peuvent pousser dans le vignoble des parcelles arsenicales;

4° De nombreuses méprises peuvent, de plus, se produire. Des accidents graves ont eu lieu ainsi, notamment à Lyon, où toute une famille de viticulteurs est morte intoxiquée;

5° Des manœuvres criminelles peuvent facilement être perpétrées, car ces produits arsenicaux, qu'on ne peut se procurer chez les pharmaciens, se vendent par tonnes aux viticulteurs;

6° Les vins arseniqués par méprise peuvent enfin produire des empoisonnements chroniques, qui passent souvent inaperçus.

M. Moureu conclut que l'emploi de ces sels fera plus de mal que de bien à la viticulture, car les vins des vignes ainsi traitées seront toujours considérés comme suspects.

La commission conclut que les sels arsenicaux doivent être absolument prohibés et, par conséquent, n'est point d'avis d'adopter une réglementation même très sévère permettant leur emploi.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 12, p. 139; 21, p. 246, et 83, p. 990.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 26 décembre 1908)

Résultats éloignés des prostatectomies. — M. Desnos. Les nouveaux et importants progrès de la technique des prostatectomies quelle que soit la voie suivie, hypogastrique ou périnéale, ont écarté ou diminué les accidents ou les complications du début, la mortalité est très réduite; l'incontinence persistante, les fistules périnéales n'existent pour ainsi dire plus et la perte de la génitalité se voit rarement depuis que la voie hypogastrique est communément suivie. De nombreux malades, dont l'opération remonte maintenant à près de dix ans, restent guéris sans récidive locale et sans complication rénale. Ce résultat conduirait sûrement les chirurgiens à en étendre les indications opératoires au delà de ce que permet le bon sens clinique : une petite rétention ne suffit pas, non plus que la simple constatation d'une hypertrophie de la prostate. Il faut soit des accidents locaux graves, soit une atteinte des voies supérieures; or, même dans les cas où la rétention paraît bien supportée et ne provoque pas de troubles sérieux, le fonctionnement rénal peut être atteint; aussi dans toute rétention, multipliera-t-on les moyens d'investigation de la fonction rénale, analyse d'urine, bleu de méthylène, cystoscopie et, dès que cette fonction menace de faiblir, la prostatectomie est indiquée à bref délai.

Renouvellement des tissus. Rajeunissement des fonctions. — M. Guelpa. Après avoir démontré que la maladie, résultat de la perturbation apportée dans un organisme sain par l'intoxication provoquée par les déchets organiques et leurs productions toxiques, déchets et intoxications affaiblissant la résistance cellulaire et rendant plus faciles les infections et intoxications exogènes, l'auteur déclare qu'il importe pour rétablir l'état de santé de faire éliminer au plus tôt par l'organisme ces déchets et produits toxiques. Il est donc nécessaire tout d'abord d'empêcher les intoxications exogènes produites par l'alimentation et les putréfactions intestinales. L'auteur recourt dans ce but au jeûne absolu. Il déclare que si ce moyen n'a pas encore la place qu'il mérite dans la thérapeutique, c'est qu'il est nécessaire de lui adjoindre la purgation répétée pour assurer le charriage et l'évacuation des produits journaliers des infections intestinales. Il a appliqué sa cure dans de nombreux cas, plus particulièrement chez des affectés de maladies de la nutrition : diabète, asthme, états congestifs généraux et pulmonaires, et les résultats ont été des plus brillants.

Les maisons de régime et les tables de régime (*suite de la discussion*). — M. Laussedat. Le travail de M. Dedet sur les tables de régime aboutit à l'impossibilité d'instituer en méthode générale les régimes de table d'hôte et conclut à la nécessité de la carte de régime prescrite par les médecins. C'est à ce résultat que la Société médicale de Royat est arrivée, après les essais infructueux de l'établissement des tables de régime, essais remontant à 1895. M. Laussedat a étudié cette carte avec M. Frédet et la Société médicale qui l'a fait imprimer en deux colonnes pour les aliments permis et les aliments défendus sur lesquels on peut ajouter ou effacer.

Depuis cinq ans, M. Laussedat a insisté avec MM. Heitz et Mougeot auprès des hôteliers sur la nécessité d'instituer un régime déchloruré absolu ou très restreint suivant les cas chez nos cardiopathes et artério-scléreux, rénaux ou simplement hypertendus. Le pain sans sel et le régime déchloruré sont d'un usage courant dans la plupart des hôtels de Royat.

M. Maurice Faure (de Lamalou). Les maisons de régime et les tables de régime sont entrées dans les mœurs sinon des stations et des médecins, du moins dans les mœurs des malades et nous ne pouvons éviter de les étudier et de les accepter. Ce n'est là d'ailleurs qu'une des formes de l'évolution

de la médecine telle qu'elle se poursuit à notre époque, évolution qui tend à réunir les formes principales de thérapeutiques d'une affection déterminée dans un lieu unique et sous la direction d'un médecin responsable et compétent, ce qui donne au malade le maximum de facilités et de garanties.

NÉCROLOGIE

RENÉ BLACHE

Par M. L. Lereboullet (1).

Messieurs,

Lorsqu'un médecin a consacré sa vie presque tout entière à faire le bien et, pour le mieux faire, à assurer le développement et la prospérité des œuvres de prévoyance ou d'assistance confraternelle, son nom doit rester à jamais inscrit dans nos annales. Sa mémoire mérite tous les honneurs que notre Compagnie tient à rendre à ceux qui l'ont bien servie.

C'est pourquoi l'Académie de médecine et l'Association générale des médecins de France m'imposent aujourd'hui le devoir de faire revivre devant vous la vie de René Blache. Mais comment le pourrais-je sans exprimer la douleur que nous cause la perte d'un collègue dont la bienveillante courtoisie charmait tous ses collaborateurs, dont l'activité et le dévouement ont été toujours à la hauteur de toutes les tâches?

René Blache est né à Paris, le 10 avril 1839. Petit-fils de Guersant, il était fils de l'un des médecins les plus justement honorés qu'ait vus le XIXe siècle. Elevé par ce père, chez qui toutes les qualités du cœur s'unissaient à un savoir, à un sens clinique et une expérience tout à fait exceptionnels, il n'hésita pas à abandonner la carrière qu'il avait primitivement choisie le jour où son frère, Henri Blache, interne des hôpitaux, succomba à une diphtérie contractée au chevet d'un malade.

Ce malheur lui fit donner à son père une preuve nouvelle de sa respectueuse affection. Il se décida à entreprendre l'étude de la médecine et surtout celle des maladies de l'enfance. Bientôt il se signala par d'importants travaux.

Dès l'année 1866, à son tour interne des hôpitaux, il lisait à l'Académie de médecine un mémoire sur les *Causes de la mortalité des nouveau-nés*, il communiquait à la Société anatomique plusieurs observations dignes d'intérêt. Enfin, en 1869, il soutenait une thèse intitulée : *Essai sur les maladies du cœur chez les enfants*, et ce travail lui valait une récompense de l'Institut et une médaille d'or à la Faculté.

Ce qu'il devait être comme médecin praticien, tous ses camarades d'internat pourraient venir le proclamer ici. Il fut toujours soutenu par les amitiés illustres qu'il devait à la grande situation de son père, et il avait été si bien guidé dès ses débuts ! Son père d'abord, son maître Henri Roger ensuite lui avaient appris quelles sont les qualités de médecin d'enfant. « Avant tout, disait Henri Roger, il devra être doux et patient, qu'il ait l'art d'aborder ses petits malades, qu'il leur sourie, qu'il s'accommode à leur langage et se prête même à leurs jeux, qu'il aime les enfants, qu'il soit bon et affable, qu'il ait *le cœur maternel*. »

Le cœur maternel ! C'est presque en ces termes que peu d'heures après sa mort une de ses filles bien-aimées me parlait de Blache, et les conseils que donnait Henri Roger ne semblent-ils pas avoir été écrits en pensant à notre ami?

Le dévouement de René Blache ne pouvait cependant limiter son activité à l'exercice de la médecine.

L'année qui précéda la mort de son père, celui-ci, qui avait été l'un des fondateurs de l'Association générale des médecins de France, l'y avait fait admettre. Dès cette année, pendant le siège de Paris où sa belle conduite lui fit obtenir la croix de la Légion d'honneur, Blache se donna sans retour à l'œuvre qui lui doit tant. Bientôt secrétaire de la Société centrale, puis du Conseil général, il n'hésita pas à accepter la suppléance de M. Brun le jour où l'âge et la maladie forcèrent le premier trésorier général de l'Association à ralentir son activité. Deux années plus tard, il succédait à celui dont la gestion financière avait été admirable.

Depuis ce jour, tous les actes, toutes les pensées de notre ami ont eu pour objet la prospérité et la marche régulière de l'œuvre; pendant près de vingt années, les rapports de tous ceux de nos collègues qui assument la tâche de contrôler nos budgets, n'avaient, comme conclusion, qu'un éloge aussi enthousiaste que justifié du vigilant administrateur de notre fortune.

Mais Blache était de ceux qui croient à la contagion du bien. Sans ostentation et sans bruit, tout ce qu'un honnête homme peut mettre au service d'une cause juste, il l'offrait dès qu'on lui en manifestait le désir. C'est ainsi qu'il avait accepté les fonctions de secrétaire général de la Société protectrice de l'enfance et qu'il avait contribué à fonder l'Œuvre des enfants tuberculeux d'Ormesson.

Triste et douloureuse coïncidence! Le jour même où Blache succombait aurait dû être pour lui l'occasion d'une touchante fête de famille, car ce jour-là l'Œuvre d'Ormesson, qui lui tenait tant à cœur et qui occupait une si large place dans sa vie, s'apprêtait à célébrer la vingtième année de sa fondation.

C'est en effet le 24 décembre 1888 que celui qui n'est plus fondait, avec quelques amis, l'Œuvre dont, après M. Hérard, il devait être le président.

Et, pendant vingt ans, tous les jours, sans jamais compter ni avec le temps ni avec l'argent, il prodigua son dévouement, ses conseils et son appui à cette institution dont les débuts furent modestes, mais qui devait prendre une si grande place dans la lutte entreprise en France contre la tuberculose.

Les collaborateurs de la première heure furent Villemin, Guéneau de Mussy, Dujardin-Beaumetz, Grancher, Gouël, disparus eux aussi. Nos vénérés maîtres MM. Hérard et Bucquoy avec le docteur Léon-Petit et sœur Candide sont les seuls survivants.

Les milliers d'enfants tuberculeux que l'Œuvre d'Ormesson a assistés furent pour Blache une seconde famille (1).

Membre du Comité départemental de la protection des enfants du jeune âge, du conseil d'administration des crèches, du conseil de l'Œuvre des hôpitaux marins, président de l'Œuvre des petites mendiantes, René Blache acceptait et remplissait avec un zèle infatigable ces fonctions si absorbantes.

Il en profitait pour écrire sur l'application de la loi Roussel, sur l'hygiène des crèches, et surtout sur la protection de l'enfance dans le département de la Seine, toute une série de rapports et de mémoires dont l'utilité pratique et l'intérêt social ne pouvaient manquer d'appeler l'attention.

Aussi l'Académie de médecine, qui tient à honneur de récompenser tous les mérites, voulut-elle, en le nommant dans la classe des membres libres, lui conférer la plus haute distinction que puisse aujourd'hui ambitionner un médecin praticien. Blache fut élu le 31 décembre 1895, en remplacement de Marjolin, l'un de ses maîtres, le président de la Société protectrice de l'enfance, l'un des plus grands bienfaiteurs du corps médical.

Voici en quels termes le rapporteur de son élection, M. Duclaux, le présentait à nos suffrages : « M. Blache, disait-il, porte un nom connu et vénéré à l'Académie et il ne l'a pas laissé déchoir, car, tout en faisant de la médecine, il a trouvé

(1) Discours prononcé aux obsèques de M. Blache au nom de l'Académie de médecine.

(1) Ces détails sur l'Œuvre d'Ormesson m'ont été fournis par le docteur Léon-Petit qui tenait à adresser un dernier hommage à son collaborateur et ami.

du temps pour des travaux scientifiques et du dévouement pour des œuvres d'intérêt public. »

Un pareil éloge, dans la bouche du savant disciple de Pasteur, avait comblé de joie notre excellent collègue. Il était fier d'appartenir à l'Académie, mais sa modestie n'en était pas troublée, et c'est avec la même simplicité, avec la même conscience qu'il continua de remplir ses fonctions multiples.

Ses collègues appréciaient les rapports qu'à diverses reprises, il y a quelques jours encore, il leur communiquait au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance.

Ce que tous aimaient en lui, c'était la droiture du caractère et l'honnêteté professionnelle, mais ceux d'entre nous qui le voyaient de plus près, qui vivaient près de son cœur, savaient ce qu'il contenait de tendresse et de bonté.

Ceux-là surtout s'associent aujourd'hui à l'inconsolable douleur de ses enfants et de son frère qu'il a tant aimés; ils compatissent à la peine de tant de médecins que, trésorier de l'Association, il consolait, soutenait avec une inlassable bienveillance. Mais, tout en le pleurant, ils pensent, ils doivent affirmer que les laborieux efforts de leur ami n'auront pas été stériles.

Si les hommes passent, les œuvres restent. Elles sont impérissables lorsqu'elles n'ont en vue que le bien public, lorsqu'elles sont dirigées par des médecins résolus à défendre toujours la probité et la dignité professionnelles.

Après les noms des fondateurs de l'Association générale, des bienfaiteurs du corps médical, de Rayer, Amédée Latour, Jeannel, Brun, Henri Roger, Marjolin, qui, presque tous, appartenaient à l'Académie de médecine, le nom de Blache sera rappelé à chacune des solennités qui nous réunissent.

Ce nom a été illustré par l'un des maîtres de la clinique française. Son fils a continué à le faire aimer de tous. Ses collègues de l'Académie, ses amis de l'Association générale, les médecins et les familles de médecins qui ont reçu par lui l'adoucissement de leur infortune, tous ces enfants, riches ou pauvres, qui lui doivent la santé, garderont précieusement sa mémoire, et le nom de Blache sera toujours pour eux synonyme de dignité, de bienfaisance et de bonté.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Medizinische Blætter. — (N° 46, 14 nov.) MOSLER : Les cures d'amaigrissement en général et la cure de Karell en particulier.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 44, 3 nov. 1908.) PROWAZEK et H. DE BEAUREPAIRE : Recherches sur la variole. — WERNER : Sur l'influence du rouge écarlate sur les tumeurs des souris. — WANDEL : Sur les troubles nerveux des extrémités supérieures dans l'artério-sclérose. — BRUCK : Sur l'albuminurie orthostatique. — ENGEL et BAUER : Sur la signification et la spécificité des anticorps fixant le complément dans la tuberculose, et sur leurs rapports avec les processus de guérison. — BITTORF : Sur le pneumothorax chronique. — MEYER : Sur l'état actuel de la doctrine de la cirrhose du foie. — ACH : Corps étrangers de l'œsophage. — MOHR : Sur le traitement de l'hypospadias périoscrotal des adultes. — DOBISCH : Sur l'étiologie de la maladie osseuse de Köhler. — BOAS : Sur l'histoire de l'appendicite. — (N° 45, 10 nov.) WOLFF-EISSNER : L'importance de la réaction conjonctivale d'après 4000 cas cliniques. — KAUFFMANN : Sur la pathogénie de l'épilepsie. — RAUKE : Sur l'état actuel de l'histopathologie de l'écorce cérébrale. — HARRASS : Sur la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire. — MOELLER : Sur l'administration interne de tuberculine et de préparation analogue à la tuberculine. — SCHÖNWERTH : Sur les fractures du crâne compliquées. — BRUNING : Sur l'opération radicale des hernies épigastriques et sub-ombilicales de la ligne blanche par séparation transversale des aponévroses et décortication musculaire. — MESSMER : Sur la méthode d'anesthésie de l'œil et de ses annexes. — TOLLEUS : Le kéfir comme nourriture des nourrissons dans les troubles chroniques de la digestion. — SCHMIDT : Un cas particulier de kyste des racines dentaires du maxillaire supérieur. — WEISS : La correction complète de la myopie dans l'enfance comme nécessité de l'éducation. — (N° 46, 17 nov.) ANTON : Démence choréo-asthénique avec hyperplasie nodulaire juvénile du foie. — ZIELER : Sur l'emploi de mixtures mercurielles à un pourcentage élevé dans le traitement de la syphilis (huile grise, calomel). — VERTH : Sur la narcose dans la circulation artificiellement diminuée. — HAENISCH : Sur une affection fréquente et apparemment inconnue jusqu'ici, de quelques os des enfants. — GRASMANN : Deux cas de blessure par piqûre du cœur droit. Suture du cœur. — BRUEGEL : Sur la rumination humaine. — LUSTIG : Un cas de maladie de Raynaud. — HELLWIG : Contribution à l'étude de la maladie d'Hirschprung. — FEDERSCHMIDT : Un cas de fracture de la colonne cervicale. — JÆGER : Nouveau traitement de l'appendicite. — KÄPPELI : Pneumonies abortives. — RÜHL : Sur la pneumonie abortive. — HUFNAGEL : Maladie de Basedow à la suite d'affections tuberculeuses. — RAUKE : Etat actuel de l'histopathologie de l'écorce cérébrale (*suite*).

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 44, 1er nov. 1908.) SCHEIN : La disparition du pigment dans la peau et les poils. — LADANYI : Sur des cas de tétanos guéris. — (N° 45, 8 nov.) PREIS : Sur la valeur pratique de la formation diagnostique des ganglions dans la syphilis.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 49, 5 déc. 1908.) CARTAZ : Troubles vasomoteurs de la face. — DE MILLY : Observation de méningite cérébro-spinale otitique; évidement pétro-mastoïdien ; guérison. — (N° 50, 12 déc.) E. ESCAT : Troubles otiques fonctionnels et trophiques dans le zona total ou partiel du trijumeau. — Max SCHEIER : Sur l'importance des rayons de Röntgen pour la détermination des cavités accessoires du nez et de leurs maladies. — G. ESTRADÈRE : Quelques détails sur la pratique du cathétérisme de la trompe d'Eustache à Luchon.

Revue médicale de l'Est. — (N° 22, 15 nov. 1908.) H. ROBERT : Règles et précautions à observer pour la récolte de l'urine en vue de l'analyse chimique. — (N° 23, 1er déc.) G. MICHEL et R. DRIOUT : Occlusion intestinale par diverticulite de Meckel.

Revue neurologique. — (N° 22, 30 nov. 1908.) H. CLAUDE et LÉVI-VALENSI : Diplégie brachiale polynévritique à début apoplectiforme, avec troubles mentaux, au cours d'une intoxication saturnine chronique. — Fr. MOUTIER : Anarthrie corticale (réponse à P.-L. Ladame et von Monakow).

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES MÉTRORRAGIES

DÉFINITION. — Hémorragies non fonctionnelles de l'utérus, c'est-à-dire celles qui ne sont pas liées à l'expulsion normale de l'ovule ou du placenta. Il faut donc les distinguer des ménorragies qui sont une exagération des règles.

DIAGNOSTIC POSITIF. — 1° HÉMORRAGIE. — Son *abondance* va du léger suintement à l'hémorragie foudroyante. Sa *couleur* est plus ou moins claire; souvent on trouve de gros caillots dans le vagin. Le sang peut être mélangé de *pus*, de *débris de tissu*. Son *odeur* est souvent fade, parfois fétide. Tous ces symptômes très variables avec la cause ont une grande importance pour le diagnostic. Il faudra encore rechercher soigneusement le *mode d'écoulement*, continu ou intermittent, le *début des accidents*.

2° SIGNES CONCOMITANTS. — Ils sont aussi très variables.

Ce sont : 1° des douleurs dans la sphère génitale, des symptômes de voisinage, pollakiurie, troubles intestinaux, rectaux, dus à la même cause que l'hémorragie; 2° des signes de réaction générale : malaise, céphalée, palpitations, etc.; 3° dans les métrorragies abondantes ou très prolongées les signes de toutes les grandes hémorragies : pâleur extrême de la peau et des muqueuses, faiblesse, nausées, refroidissement, etc.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Il faut d'abord s'assurer qu'on a bien affaire à une métrorragie. Un simple examen y suffit :

1° Les hémorragies vulvo-vaginales peuvent être dues à des varices ou à des bourgeons néoplasiques d'ailleurs rarement isolés;

2° L'hématurie sera jugée par un cathétérisme urétral;

3° Les hémorragies ano-rectales dues à des hémorroïdes, à un cancer du rectum seront facilement dépistées;

4° Les ménorragies sont souvent pathologiques; il faut donc rechercher leur cause comme celle des métrorragies qu'elles précèdent parfois. L'abondance et la durée des règles étant très variables, il faudra toujours questionner la malade sur la manière dont elle est habituellement réglée.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — Il faut se baser surtout pour le faire sur la période génitale de la malade. Les causes de métrorragies varient en effet au cours de la vie. Les plus fréquentes sont celles de la période d'activité sexuelle et celles de la ménopause, ces dernières presque toujours dues à la dégénérescence cancéreuse.

D'une façon générale les très grosses métrorragies sont du domaine de l'accoucheur.

Mais il y a un certain nombre d'*affections générales* qui peuvent s'accompagner de métrorragies. On peut donc les rencontrer un peu à tout âge, mais le plus souvent le diagnostic sera facile dans ces cas, l'hémorragie n'étant qu'un symptôme encadré dans un syndrome clinique. Les *causes locales* sont plus difficiles à dépister.

I. AFFECTIONS GÉNÉRALES. — 1° *Troubles de l'état général.* — 1. Maladies infectieuses à forme hémorragipare : *variole*, rougeole, *fièvre typhoïde* (souvent au début : épistaxis utérine de Gubler); scorbut, *ictère grave*, *purpura*, leucémie; tuberculose au début parfois (à dépister), syphilis secondaire;

2. Maladies de la nutrition : diabète, goutte, *hémophilie*, la chlorose en donne rarement (forme métrorragique de Trousseau);

3. Intoxications : *nicotisme*, saturnisme, alcoolisme, phosphorisme.

2° *Troubles nerveux.* — Des métrorragies peu fréquentes ont été attribuées à une peur, une fatigue. On en observe à la suite d'opérations, en particulier sur les organes génitaux externes et la mamelle; elles sont sous une influence nerveuse. Dans les maladies mentales on en trouve, probablement dues à des troubles vaso-moteurs.

3° *Troubles circulatoires.* — Toutes les causes de stase veineuse peuvent occasionner des métrorragies : stase dans le système cave : *asystolie*, hyposystolie d'origines diverses, lésion valvulaire, lésion pulmonaire, emphysème, *néphrite interstitielle* qui peut agir par hypertension artérielle; stase dans le système porte : congestion passive du foie, cirrhose, compressions diverses, etc. Toutes ces lésions sont des causes assez peu fréquentes et banales de métrorragie. Une place un peu plus importante est à faire au *rétrécissement mitral* pur qui, toujours insidieux, peut se révéler tout d'abord chez une jeune fille par une métrorragie.

II. CAUSES LOCALES. — Elles sont généralement plus difficiles à dépister.

A. *Chez les nouveau-nées.* — Parfois on observe une légère perte vers le quatrième ou le cinquième jour; elle cesse très vite. On est mal fixé sur son origine.

B. *Avant la puberté.* — En dehors d'un traumatisme, on n'en trouve guère à cet âge que dans certaines maladies infectieuses aiguës. La précocité de la menstruation peut tromper.

C. *A la puberté.* — Il faut savoir que les règles sont souvent irrégulières au moment de leur établissement; parfois plus fréquentes elles reviennent entre deux époques formant les *règles de quinzaine*.

En dehors de ces cas il faut penser à une déviation utérine, une rétroversion surtout, à l'endométrite virginale, parfois gonococcique, plus rarement à un polype de l'utérus.

Citons enfin des congestions réflexes (onanisme) et les fausses métrites de Doléris, dues à une sclérose utéro-ovarienne d'origine arthritique.

D. *Chez les jeunes femmes.* — Il faut avant tout poser la question de la grossesse, rechercher le retard des règles, les signes dits sympathiques et les symptômes positifs de grossesse.

1° *La femme est enceinte.* — 1. *Dans les six premiers mois* de la grossesse, la cause de beaucoup la plus fréquente est l'avortement.

a. *Avortement.* — α. *Dans les vingt premiers jours*, il y a un simple retard suivi d'une hémorragie un peu abondante à gros caillots avec quelques douleurs.

β. *Dans le deuxième mois*, il y a eu quelques signes sympathiques de grossesse; avortement en un temps, douleurs utérines, hémorragie abondante; on trouve le col ramolli, entr'ouvert; l'œuf est expulsé en bloc, puis le col revient sur lui-même. Mais il peut y avoir infection utérine, rétention de débris membraneux, nouvelles causes d'hémorragie.

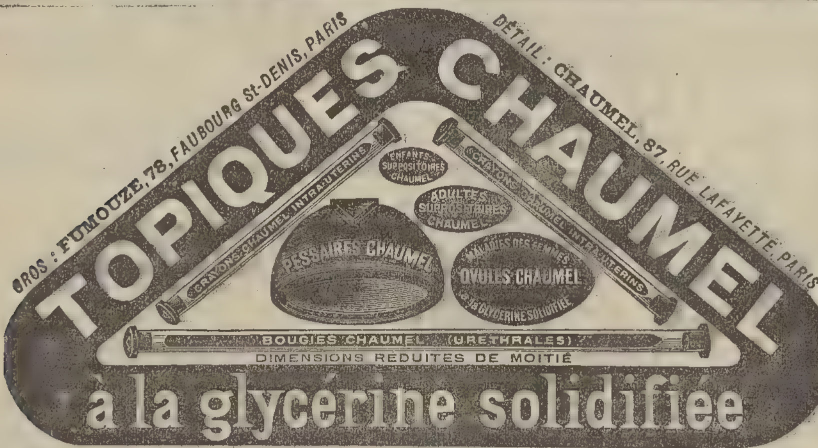
γ. *Du troisième au sixième mois*, l'avortement se fait en deux temps comme un travail normal. Les hémorragies qui l'accompagnent sont très variables. C'est surtout après la délivrance qu'on peut en observer par rétention placentaire totale ou partielle fréquente dans ces avortements.

b. La *grossesse extra-utérine* donne souvent un écoulement sanguin peu abondant, parfois marc de café, très irrégulier. Quand la rupture se produit, déterminant une hématocèle rétro-utérine, il y a généralement une perte de sang assez considérable avec caillots et débris de caduque. Elle accompagne les symptômes graves d'hémorragie interne qui révèlent la rupture.

c. La *môle hydatiforme*, extrêmement rare, donne lieu à des hémorragies répétées et abondantes. Dès le deuxième mois, elle se traduit cliniquement par une exagération de volume de l'utérus gravide et aboutit entre le troisième et le sixième mois à un avortement molaire avec expulsion de caillots et de vésicules hydatiformes. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


TOPIQUES CHAUMEL
GROS : FUMOUZE, 78, FAUBOURG St-DENIS, PARIS
DÉTAIL : CHAUMEL, 87, RUE LAFAYETTE, PARIS
ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
PESSAIRES CHAUMEL
OVULES CHAUMEL
CRAYONS CHAUMEL INTRAUTERINS
BOUGIES CHAUMEL (URETHRALES)
DIMENSIONS REDUITES DE MOITIÉ
à la glycérine solidifiée

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 6 janvier 1909 : MM. Angot, 4 ; Poisson, 3 ; Delort, 8 ; Mondor, 12 ; Bodineau, Petit (Charles) et Fourrière, 7 ; Charrier, 3 ; Sédillot, 9 ; Gougelet, 5.

La prochaine séance aura lieu le samedi 9 janvier, à cinq heures du soir.

Anatomie. — Séance du 7 janvier : MM. Huber, 10 ; Fallot et Guerrero, 5 ; Bobrie, 6 ; Zislin, 10 ; Kahn, 7 ; Swiécinski, 4 ; Bloch (Marcel), 11 ; Fortin, 6.

La prochaine séance aura lieu le samedi 9 janvier, à huit heures du matin.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Mutations :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. de Kermabon, maintenu au 41e d'inf. ; Lecercle, au 73e d'inf. ; Pouponneau, aux hôpit. de la division d'Alger ; Andrieu, passe au 19e dragons ; Rabaïoye, à la comp. sahar. du Tidikelt ; Groc, au 123e d'inf. ; Marnata, au 7e génie.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Augé, passe au 6e dragons ; Millet, au 62e d'inf.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 25 décembre 1908, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Henric, maintenu à l'île Mayotte ; Le Gendre, au 6e d'inf. colon. à Brest ; Gautier, au Tonkin ; Vassal, à Madagascar ; Arnould, au ministère des colonies ; Foutrein, au 3e tirailleurs sénégalais ; Roquemaure, à Madagascar.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Peltier, maintenu en congé de convalescence ; Cloitre, en Indo-Chine ; Asselin, en Indo-Chine ; Esserteau, en Indo-Chine ; Magunna, en Indo-Chine ; Lacroix, à Madagascar ; Jauneau, à Madagascar ; Bruas, au 3e d'art. colon., à Toulon ; Lehardy, en Cochinchine.

MARINE. — Sont promus au grade de médecin de troisième classe : MM. Féret, Lepeuple et Fournier, élèves du service de santé de la marine, reçus docteur en médecine.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Médailles attribuées pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Chatenoud (de Fangy), Lardier (de Rambervillers) et Olivier (de Lille).

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Sont nommés membres du Conseil :

MM. Caillemer, ancien doyen de la Faculté de droit, membre du Conseil général d'administration des hospices de Lyon ; Fougerolle, vice-président de la Commission administrative des hospices de Saint-Etienne ; Herriot, maire de Lyon ; docteur Lande, ancien maire de Bordeaux ; Lefèvre (André), ancien président du Conseil municipal de Paris ; docteur Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard ; docteur Magnan, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne ; Marbeau, ancien conseiller d'Etat ; docteur Martin (A.-J.), inspecteur général des services d'hygiène de la ville de Paris ; docteur Millon (René), vice-président de l'Union des syndicats médicaux de France ; de Mouy, conseiller d'Etat ; professeur Pinard, membre de l'Académie de médecine ; Ricordeau, vice-président de la Commission administrative des hospices de Nantes ; docteur Roubinovitch (Jacques), médecin de la Salpêtrière, à Paris ; docteur Thulié, ancien président du Conseil municipal de Paris ; van Cauvenberghe, maire de Saint-Pol-sur-Mer ; Voisin (Félix), ancien conseiller à la Cour de cassation.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la cinquante-troisième semaine, 1017 décès, au lieu de 902 pendant la semaine précédente et de 940, moyenne ordinaire de la saison.

Les maladies épidémiques sont toujours rares.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 117 décès, au lieu de 168 pendant la semaine précédente (moyenne 168).

La phtisie pulmonaire a causé 210 décès (moyenne 201).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Courses de Nice.* — *Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés jusqu'au 26 janvier 1909.

Ces billets sont valables vingt jours (dimanches et fêtes compris) ; leur validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours (dimanches et fêtes compris) moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe, 182 fr. 60 ; 2e classe, 131 fr. 50.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 34.*)

REVUE GÉNÉRALE (1)

DES RÉFLEXES CUTANÉS ET TENDINEUX
DANS L'HYSTÉRIE
VALEUR SÉMIOLOGIQUE

Par M. Henri ROGER,

Interne des hôpitaux de Montpellier.

Les discussions sur l'hystérie des congrès de neurologie de Genève-Lausanne (1907) et d'Amsterdam (1907), les débats plus récents encore de la Société de neurologie (1908) ont attiré à nouveau l'attention sur cette névrose. Un des paragraphes du questionnaire adressé aux membres de cette Société posait en partie le problème des réflexes dans l'hystérie sous une formule qui peut paraître un peu étroite : « La suggestion, la persuasion ont-elles une action sur les réflexes? » Il est donc intéressant de reprendre actuellement cette étude.

Les réflexes que nous étudierons rentrent dans le groupe des réflexes profonds (tendineux, osseux et musculaires) ou celui des réflexes superficiels [cutanés (2)].

I

Réflexes cutanés. — Sous ce nom de réflexes cutanés, on comprend certains réflexes dont le point de départ réside dans une excitation cutanée et qui aboutissent à la contraction de quelque muscle ou de quelques fibres musculaires. Les principaux qu'on étudie en clinique sont les réflexes abdominaux, crémastériens ou inguinaux, plantaires. A côté des réflexes cutanés normaux, il existe certains réflexes anormaux, encore appelés, par Van Gehuchten, pathologiques : nous les passerons ensuite en revue.

A. Réflexes normaux. — Ces réflexes seraient dans leur ensemble plutôt affaiblis qu'exagérés dans l'hystérie. Leur état est assez variable; ils correspondent souvent à l'état de la sensibilité cutanée. On les a vus toutefois conservés malgré l'anesthésie de la peau [Bruns (3)].

1° *Réflexes abdominaux* (réflexe de Rosenbach). — On en distingue trois : supérieur, moyen, inférieur. Ils consistent en une contraction unilatérale des muscles de l'abdomen sous l'influence du chatouillement de la peau de la paroi. Ils ne sont pas constants chez l'individu sain; ils manquent souvent chez les vieillards, chez les femmes à ventre flasque et possédant un panicule graisseux plus ou moins épais.

L'état du réflexe abdominal est assez variable dans l'hystérie. Sur 100 cas, Crocq l'a trouvé normal dans 42, aboli dans 24, exagéré dans 20, affaibli dans 14. Dans 33 observations d'hystériques de la littérature neurologique, nous trouvons les proportions suivantes : exagéré 36,36 p. 100, normal 33,33 p. 100, diminué 12,12 p. 100, aboli 18,18 p. 100. Pitres qui considère tous les réflexes au chatouillement comme généralement abolis croit le réflexe de Rosenbach moins diminué que les autres dans la névrose.

Charpentier, pour qui les réflexes abdominaux, pas plus que les autres réflexes, ne peuvent être modifiés par l'hystérie, ne voit dans leur abolition qu'un phénomène factice. Il la croit liée à une contraction volontaire des muscles abdominaux : si on attend la régularisation du rythme respiratoire et si on excite par surprise la peau de l'abdomen, on trouve le réflexe conservé.

Dans les *anesthésies* hystériques les réflexes seraient normaux, ce qui permettrait le diagnostic d'avec les anesthésies organiques, où on les trouve abolis (Binswanger). Pitres les a toutefois trouvés abolis des deux côtés dans l'hémianesthésie hystérique, Pontoppidan les a vus exagérés du côté anesthésié.

On a voulu faire de leur conservation du côté paralysé au cours d'une *hémiplégie* un signe en faveur de l'hystérie, car ce réflexe serait habituellement aboli dans les cas d'hémiplégie organique (Rosenbach). C'est un signe qui est loin d'être pathognomonique.

D'une part, l'abolition est loin d'être la règle dans l'hémiplégie organique : réflexe aboli 7 fois et affaibli 5 fois du côté malade, aboli 3 fois et affaibli 4 fois du côté sain (Zlataroff); réflexe aboli dans 45 p. 100, affaibli dans 33 p. 100, normal dans 18,5 p. 100 du côté hémiplégié [Ganault (1)]. Chez 13 hémiplégiques organiques (hommes) nous l'avons trouvé 10 fois, soit 76,92 p. 100 égal des deux côtés (1 fois affaibli, 4 fois aboli, 3 fois normal, 2 fois vif), 3 fois seulement, soit 23,08 p. 100 inégal; dans ces trois cas cette inégalité correspondait à la loi de Rosenbach, réflexe aboli ou plus faible du côté hémiplégié. Encore faut-il se souvenir dans ces recherches, que le réflexe est, à l'état normal, moins intense à droite (Rosenbach).

D'autre part, dans l'hémiplégie hystérique, le réflexe abdominal peut, tout comme dans la lésion organique, être absent du côté hémiplégié : 2 fois sur 36 cas d'hémiplégie fonctionnelle (Ferrier). (Dans les 34 autres cas, où le réflexe abdominal était égal des deux côtés, il était également exagéré dans

---

(2) Pour la bibliographie de cet article consulter Crocq : Phénomène plantaire combiné. Etude de la réflectivité dans l'hystérie, *Revue neurol.*, 1904, p. 1060, et notre thèse : *De l'exagération des réflexes tendineux dans l'hystérie*, Montpellier 1908; n° 95, 258 p., Coulet éditeur.

Nous laisserons de côté dans cette étude sur les réflexes de l'hystérie :

1° Les réflexes muqueux (conjonctival, pharyngien) et pupillaires que nous avons étudiés dans un précédent travail, *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 138, p. 1647.

2° Les réflexes vaso-moteurs et sécrétoires que quelques auteurs éliminent de l'hystérie (Babinski) ou rattachent à une névrose spéciale (névrose sécrétoire, vaso-motrice) et qui en tout cas mériteraient à eux seuls une étude spéciale.

(3) La question des rapports entre les réflexes cutanés et la sensibilité cutanée au point de vue physiologique est assez discutée : Crocq, Ganault croient à leur parallélisme constant; Agostini, Déjerine, Fayet, Richard, Geigel, Goldscheider ont vu fréquemment leur dissociation.

(1) Ganault. *Contribution à l'étude de quelques réflexes dans l'hémiplégie organique*, Th. de Paris, 1898.

20 cas, normal dans 12, absent dans 2.) Sur 7 cas d'hémiplégie hystérique, que nous empruntons aux auteurs, les réflexes étaient égaux et vifs des deux côtés dans 4 cas, mais ils étaient par contre diminués du côté paralysé dans 3 autres (Ferrand, Bitot, Lyonnet et Bonne).

2° *Réflexes crémastériens.* — L'ascension du testicule à la suite d'une excitation de la peau de la face interne de la cuisse a été moins étudiée dans l'hystérie que le réflexe abdominal. 26 observations empruntées aux auteurs nous donnent les proportions suivantes : réflexes normaux 61,53 p. 100, abolis 23,07, exagérés 11, 53 p. 100, diminués 3,84 p. 100. Mais chez l'homme à l'état normal, les réflexes crémastériens présentent aussi pas mal de variations individuelles en rapport surtout avec l'âge.

Dans l'*hémiplégie* hystérique, Ferrier trouve ces réflexes normaux dans 9 cas examinés. Dans 4 cas nous les trouvons 3 fois égaux des deux côtés, [également abolis (Michaud), normaux (Ferrand) ou vifs (Chadzinski)]; une seule fois le réflexe crémastérien est plus vif du côté paralysé que du côté sain (Grasset). Par contre dans l'hémiplégie organique le réflexe est souvent aboli ou diminué du côté paralysé; dans 12 cas personnels nous notons les chiffres suivants : égalité des deux côtés 6 fois (1 fois normal, 1 fois exagéré, 1 fois diminué, 3 fois aboli), inégalité 6 autres fois (5 fois le réflexe du côté malade était aboli ou affaibli par rapport au côté sain, 1 seule fois il était exagéré). La statistique de Ganault, qui porte sur 79 hémiplégiques organiques, indique l'abolition des deux côtés dans 29 p. 100 des cas, l'abolition du côté paralysé avec affaiblissement du côté sain dans 22,7 p. 100, l'affaiblissement du côté paralysé avec état normal du côté sain dans 16,4 p. 100, enfin l'affaiblissement des deux côtés dans 13,9 p. 100 des cas.

L'état des réflexes crémastériens est donc trop inconstant, aussi bien dans l'hémiplégie hystérique que dans l'hémiplégie organique, pour servir de base au diagnostic différentiel entre ces deux affections.

3° *Réflexes plantaires.* — Les réflexes plantaires dans l'hystérie ont été l'objet d'études particulières de la part du professeur Lemoine (de Lille) et de son élève Rouche, de Crocq (de Bruxelles), du professeur Teissier (de Lyon) et de son élève Fayet. Leurs avis sont loin d'être concordants : les deux premiers publient de nombreux cas avec réflexes plantaires exagérés; pour les autres leur diminution ou leur abolition est la règle.

Dans 89 observations d'hystériques où nous avons trouvé noté l'état des réflexes plantaires, la proportion est de 43,82 p. 100 abolis, de 15,73 p. 100 affaiblis, de 24,71 p. 100 normaux, de 15,73 p. 100 exagérés. Chadzinski trouve le réflexe en flexion, normal dans 51 p. 100, aboli dans 10,5 p. 100, désordonné dans 38,5 p. 100 des cas d'hystérie qu'il a examinés; parfois le réflexe peut être tout à fait irrégulier, exagéré à un moment, affaibli à un autre sans qu'il y ait une cause locale. Sur 15 observations de chorée hystérique (Sonneville) le réflexe plantaire est aboli 3 fois, diminué 2, normal 9, exagéré 1 fois. Dans 33 cas de maladie fonctionnelle examinés par Collier (1) le réflexe plantaire était : normal 15 fois, exagéré 3, aboli 7, diminué 10.

Son absence est assez fréquente dans les *paralysies hystériques* : dans la paraplégie on l'a rencontré 4 fois sur 15 cas (réflexes normaux, 5 fois; exagérés, 6); dans 48 cas d'hémiplégie hystérique (Ferrier, 36 cas; 12 cas que nous empruntons aux autres auteurs) l'absence unilatérale du réflexe plantaire du côté hémiplégié se rencontre 60 fois p. 100. Elle est par contre très rare dans l'hémiplégie organique récente. Ce signe ne peut guère servir toutefois au diagnostic différentiel : car, si dans l'hémiplégie organique récente l'affaiblissement du réflexe plantaire n'est que de 10 p. 100, il n'en est pas de même dans l'hémiplégie organique ancienne, où Ganault et nous-même (20 cas) trouvons les proportions suivantes : affaiblissement 62 p. 100, exagération 24 p. 100, état normal 13,4 p. 100.

Pour nous, le réflexe est plus souvent conservé dans les manifestations hystériques motrices que dans l'hystérie sans troubles moteurs : cependant Cestan et Le Sourd n'ont observé l'immobilité du gros orteil que 2 fois sur 44 cas d'hystérie sans symptômes moteurs.

Crocq distingue trois réflexes plantaires normaux, qui sont généralement en rapport avec l'intensité de l'excitation cutanée.

a. Le *réflexe plantaire en flexion* (réflexe plantaire normal de Babinski 1893); le chatouillement de la plante, particulièrement de son bord interne, amène la flexion des orteils, surtout celle du gros orteil, chez 90 à 95 p. 100 des individus normaux.

b. Le *réflexe du fascia lata* (réflexe plantaire normal de Brissaud 1897); l'excitation un peu plus énergique de la plante détermine une contraction vive, isolée du fascia lata.

c. Le *réflexe de défense, réflexe profond du pied*; à l'excitation plus forte ou à la piqûre correspond une contraction du couturier, des adducteurs, du jambier antérieur, des extenseurs des orteils et de celui du gros orteil; le pied se fléchit sur la jambe, la jambe sur la cuisse, la cuisse sur le bassin; il y a un mouvement de rétraction de tout le membre.

Pour Crocq ces trois réflexes n'auraient pas la même origine : le réflexe en flexion aurait son point de départ dans l'écorce, la moelle serait le siège du centre des deux autres.

L'étude de chacun des trois réflexes plantaires montre de nombreuses divergences dans l'hystérie.

Pour Crocq, qui a tout particulièrement étudié cette question, il y a souvent antagonisme entre les réflexes superficiels (cortical et médullaire), qui sont abolis, dans 65 et 59 p. 100 des cas, et le réflexe plantaire profond (réflexe de défense), qui est exagéré dans 50 p. 100 des cas. Cette *déséquilibration exagérée de la réflectivité* serait un signe en faveur de la névrose (Teissier). L'abolition simultanée des deux réflexes plantaires, cortical et médullaire, *phénomène plantaire combiné* de Crocq, peut coexister avec la conservation du réflexe

(1) COLLIER. An investigation upon the plantar reflex, *Brain Journ. of Neurol.*, 1899.

profond (33,90 p. 100) ou même avec son exagération (22,03 p. 100); mais, si ce dernier est aboli (10 p. 100), cette disparition va de pair avec le phénomène plantaire combiné.

L'état des trois réflexes peut varier avec les diverses manifestations de l'hystérie : pour les accès, abolition du réflexe plantaire cortical dans 65,07 p. 100, abolition du réflexe médullaire dans 57,14 p. 100, exagération du réflexe plantaire profond dans 49,20 p. 100; pour les anesthésies, abolition des réflexes cortical et médullaire dans 72,72 p. 100, exagération du réflexe profond dans 45,45 p. 100; pour les paralysies et contractures, abolition du réflexe cortical dans 61,53 p. 100, du réflexe médullaire dans 57,73 p. 100, exagération du réflexe profond dans 53,83 p. 100 (Crocq). Schüller, dans la grande hystérie avec hémianesthésie, note l'absence bilatérale du réflexe plantaire. Pour Binswanger, dans l'hypoesthésie, le réflexe plantaire en flexion peut être normal, le réflexe plantaire profond diminué ou aboli. Ce dernier serait au contraire très vif dans les cas d'hyperesthésie.

L'état des réflexes plantaires est-il en relation constante, dans l'hystérie, avec la sensibilité de la plante? « Sur 59 p. 100 des cas où les deux réflexes étaient abolis nous ne trouvons que 34 cas, soit 57,62 p. 100 où il y avait anesthésie. Ce fait prouve que l'anesthésie n'est pas une condition *sine qua non* de la disparition des réflexes cutanés » (Crocq). « Il n'y a pas de relation entre l'anesthésie et la présence ou l'absence de réflexes » (Ferrier).

B. Réflexes anormaux. — Ces réflexes, ainsi appelés parce qu'on ne les trouve pas d'habitude chez l'homme sain, ont été encore dénommés par Van Gehuchten « pathologiques » : on les rencontre surtout dans certaines paraplégies, hémiplégies ou autres affections liées à une altération du faisceau pyramidal. Babinski leur conteste la qualité de « pathologiques » : s'ils n'apparaissent qu'à l'état de maladie, c'est qu'ils étaient jusqu'alors masqués par les réflexes dits normaux. Ces réflexes spéciaux ont-ils été rencontrés dans l'hystérie?

Le plus important d'entre eux, le plus étudié est certainement le phénomène des orteils, extension du gros orteil sous l'influence du chatouillement de la plante, en particulier de son bord externe (*signe de Babinski*). Ce phénomène est considéré comme pathognomonique d'une lésion du faisceau pyramidal par la plupart des neurologistes. Il est en effet très fréquent dans les paralysies organiques : Rossolimo 50 p. 100, Walton et Paul 75 p. 100, 72 p. 100 d'après notre statistique, Hombourger 76 p. 100, Ganault 85 p. 100, Marinesco 90 p. 100. Si on le trouve absent dans certaines altérations du faisceau pyramidal, c'est, peut-être, qu'il est parfois mal recherché : on l'obtient mieux en chatouillant la région externe de la plante qu'en excitant son bord interne (Babinski). Il n'a été signalé que de très rares fois, dans la névrose, à l'état passager [quelques heures, trois jours (Becco)] ou d'une manière tout à fait inconstante (Grasset). Malgré quelques exceptions le vrai Babinski garde donc toute sa valeur sémiologique.

L'extension du gros orteil, à la suite du pincement de la peau du tendon d'Achille (*réflexe de Schäfer*) ou à la suite de frictions de haut en bas sur la partie inférieure de la jambe (*réflexe d'Oppenheim*) ne se rencontrerait pas non plus dans la névrose. Il en est de même du réflexe adducteur du pied (adduction du pied par l'excitation légère du bord interne au niveau de la racine du gros orteil, *réflexe d'Hirschberg*), si fréquent dans les lésions du faisceau pyramidal (34 fois sur 52 cas, Hirschberg et Rose).

Par contre l'*abduction réflexe des orteils* (Babinski) ou *signe de l'éventail* (Dupré) a été notée assez souvent dans l'hystérie (Chadzinski, Crocq 8 p. 100 des cas) et n'a pas la même valeur sémiologique. Stcherbak l'a réalisée chez l'homme sain au moyen de la vibration locale.

II

Réflexes tendineux. — On comprend sous le nom de réflexe tendineux la contraction qui se produit dans un muscle lorsqu'on percute son tendon : cette contraction détermine un déplacement grâce auquel le réflexe devient appréciable à nos yeux. Les principaux réflexes tendineux étudiés en clinique sont : les réflexes rotulien et achilléen aux membres inférieurs, bicipital, tricipital et radiaux aux membres supérieurs, massétérin à la face. Sont-ils normaux dans l'hystérie? Peuvent-ils être modifiés par elle?

A. État normal. — Pour Babinski et un certain nombre de neurologistes, ni la suggestion, ni l'hystérie (ce qui est pour eux à peu près la même chose) ne produisent de changement dans l'état des réflexes. Ceux-ci sont toujours normaux, ou en tout cas leur exagération ou leur abolition ne sont jamais dues à cette névrose.

La statistique de Crocq portant sur 100 cas d'hystérie ne donne cependant qu'une proportion de 9 p. 100 pour les réflexes normaux; dans 340 cas empruntés à la littérature neurologique nous trouvons la proportion de 30 p. 100.

B. Exagération. — Qu'entend-on par réflexe tendineux exagéré? En l'absence d'appareil pratique destiné à mesurer l'intensité du réflexe, il est difficile de dire quand celui-ci dépasse la normale. Quel est l'élément caractéristique de l'exagération? La rapidité avec laquelle le muscle se contracte? L'intensité de la contraction mesurée d'après le degré de soulèvement du membre? La brusquerie avec laquelle la contraction s'effectue une fois qu'elle est commencée? Ce sont souvent tous ces éléments réunis. En pratique c'est surtout l'intensité de soulèvement du membre. Ce terme mériterait d'être précisé, car il y a des sujets normaux et des névropathes à réflexes vifs, mais non toutefois considérablement exagérés.

A l'exagération des réflexes tendineux se rattache l'*épilepsie spinale* ou *clonus du pied*, série d'oscillations rythmées qu'on obtient en fléchissant brusquement le pied et qui persistent pendant toute la durée de la flexion passive. L'extension brusque du tendon rotulien peut déterminer un phénomène analogue, *clonus ou danse de la rotule*. Ces phénomènes sont

liés à l'exagération même des réflexes et ne sont qu'un procédé spécial destiné à la mettre en évidence [Vulpian, Charcot, Crocq, Joffroy, Grasset (1)].

L'exagération des réflexes tendineux et particulièrement le clonus ne se rencontrent pas à l'état physiologique, sauf peut-être après des efforts violents (Pintaud-Dessales, Milt Œkonomakis). Mais on peut les trouver dans certaines infections : tétanos, rage, rhumatisme articulaire aigu (Lévi, Jendrassik), pneumonie, fièvre typhoïde, surtout au cas de perforation intestinale (Chantemesse), tuberculose pulmonaire (Lévi et Follet), rhumatisme chronique (Perrochaud); dans certaines intoxications : strychnine, thébaïne, atropine, oxyde de carbone, sulfure de carbone (Rendu), brome, et surtout alcool; dans certaines auto-intoxications et insuffisances antitoxiques, hépatique, rénale (Grasset, Germain, Lévi), dans le cancer (de Buck, Laborderie). Le clonus du pied peut être lié à une lésion locale, à une arthrite du cou de pied (Babinski).

En dehors de ces quelques circonstances assez exceptionnelles, l'exagération des réflexes tendineux est généralement liée à une altération du faisceau pyramidal (2), et est ainsi un symptôme d'une affection nerveuse organique. Peut-on la rencontrer dans l'hystérie? Important problème tant au point de vue du diagnostic et du pronostic de certaines paralysies qu'au point de vue de l'indemnité à fixer dans certaines expertises médico-légales pour accidents du travail.

Charcot a peu insisté sur les réflexes dans les diverses manifestations hystériques; il cite toutefois dans ses *Cliniques* quelques observations de paralysies avec réflexes exagérés. Richer, Bourneville, Voulet, Blocq et Olive, Grasset et Rauzier dans certaines contractures, Brissaud dans le spasme saltatoire, Kinnosuke-Muira dans quelques monoplégies, Souques dans la pseudo-sclérose en plaques, Rendu, Dutil dans des tremblements, Sternberg, Crames, Oppenheim, Bechterew dans certaines paralysies hystériques notent l'exagération des réflexes tendineux. Mais Babinski s'élève en 1893 dans une importante communication à la Société médicale des hôpitaux contre l'opinion régnante et il n'a cessé depuis de la combattre. Dès lors les neurologistes se partagent entre ces deux doctrines adverses :

1. *Pour Babinski l'hystérie n'exagère pas les réflexes tendineux.* Si l'on a cru trouver ces réflexes exagérés dans cette névrose, c'est que :

a. Ou bien il s'agissait d'une erreur de diagnostic, d'une association névroso-organique (cas de Hauser et Beauvy, Dufour et Chaix);

b. Ou bien l'exagération était liée à une autre cause, à l'une de celles que nous venons de passer en revue;

c. Ou bien encore les prétendus réflexes exagérés, le prétendu clonus n'étaient que des réflexes ou un clonus illégitimes. Surajouté à la secousse musculaire normale d'ordre réflexe, un facteur psychique, volontaire peut, en effet, étendre davantage ce mouvement : le réflexe paraît exagéré, mais ce n'est là qu'un réflexe illégitime, un faux réflexe, fréquent chez les hystériques. Il se distingue du vrai réflexe exagéré (par lésion organique) en ce que son temps perdu est plus long et qu'il présente une inconstance et une variabilité extrêmes. La production d'un mouvement analogue au pseudo-réflexe par la percussion d'une région voisine du tendon permet encore de le différencier.

Le clonus vrai peut être simulé par un tremblement névrosique à forme de trépidation et d'une façon plus complète par l'*épilepsie spinale fruste* qu'on peut rencontrer chez l'hystérique, comme parfois chez l'homme sain. L'épilepsie spinale fruste nécessite des manœuvres plus ou moins compliquées et ne s'obtient pas comme le vrai clonus par la simple flexion brusque du pied; elle est inconstante, peu intense, se résumant souvent à quelques secousses; enfin son principal caractère, le seul qui la distingue souvent du vrai clonus, c'est la contraction volontaire du triceps sural nécessaire à sa production.

Claude et Rose ont cherché par la méthode graphique à différencier le clonus névrosique d'avec le clonus organique : au lieu du tracé régulier du vrai clonus ils ont obtenu un tracé inégal, de vitesse beaucoup plus grande, présentant un trait troublé, ondulé, moins plein, se rapprochant assez des caractères du tremblement. Stcherbak a étudié chez les animaux le clonus dû à une lésion médullaire et le clonus fonctionnel obtenu soit par vibrations imprimées au membre avec le diapason ou le vibrateur électrique, soit par immobilisation prolongée de l'animal, soit par légères commotions médullaires; il constate des différences analogues à celles signalées par Claude et Rose.

Telle est l'opinion de Babinski à laquelle on peut rattacher aussi celles de Bernheim, Brissaud, Gilbert Ballet, Dubois (de Berne), Jendrassik, Klippel, Laignel-Lavastine, Cestan, Gasne, Gowers, Mills, Charpentier.

2. *D'autres auteurs admettent que, si l'exagération des réflexes tendineux et le clonus sont rares dans l'hystérie, on peut toutefois les y rencontrer* (Roth, Ferrier, Bechterew, Sudnick, Bruns, Guillain, Déjerine, Steiner, Westphall, Raymond, Acchioté, Romberg, Sollier, Van Gehuchten, Ingegnieros, notre maître M. le professeur Grasset).

Il est établi que les réflexes tendineux des hystériques présentent parfois certaines particularités : sensations désagréables plus ou moins indéfinies, perçues par le malade et aboutissant dans certains cas à des mouvements peu concordants avec le réflexe habituel (Binswanger, Szuman); production du phénomène du genou avant le choc du tendon rotulien, toute simulation étant écartée (Bernheim, Bruns); tremblement de tout le membre ou de tout le corps aussitôt après la percussion du tendon. Les réflexes tendineux peuvent bien présenter le type du réflexe

---

(1) Pitres, de Fleury, Delom-Sorbé, Weil, Albouze, Beaujeu, Jendrassik, Brissaud, ne le croient pas de même ordre que l'exagération des réflexes, mais ils sont d'accord pour constater l'apparition du clonus en même temps que les réflexes exagérés.

(2) Gilbert Ballet a décrit un clonus du pied lié à la simple irritation du faisceau pyramidal par une lésion du voisinage.

illégitime (1) décrit par Babinski (Guillain, Van Gehuchten, Schnyder [de Berne (2)]. Mais l'*exagération vraie peut exister dans la névrose.* Stcherbak a pu d'ailleurs par la vibration locale appliquée au genou, au cou de pied, à la plante, obtenir l'exagération graduelle des réflexes profonds, en dehors de toute lésion organique.

Sans doute le clonus chez les hystériques n'est parfois qu'un tremblement à forme de trépidation, comme l'avaient déjà montré Charcot, Dutil, Souques. On peut constater, comme nous avons pu le faire chez une de nos malades, la contraction du triceps caractéristique de l'épilepsie spinale fruste, mais cette contraction est-elle toujours si facile à apprécier, qu'on puisse baser sur elle le diagnostic? L'intensité du clonus est souvent moindre que chez l'organique, et n'atteint guère, comme chez ce dernier, 360 vibrations à la minute (Ferrier); mais par contre, combien de cas où le clonus organique n'est lui-même qu'à l'état d'ébauche! L'irrégularité du rythme constatée chez les névrosiques n'est pas absolue; le malade s'éduque et, de l'aveu de Claude et de Rose, il n'existe alors dans le tracé que des différences « relativement insignifiantes ». « Malgré tous les caractères distinctifs, il est parfois impossible de distinguer la fausse trépidation de la vraie » (Roux). *Le vrai clonus n'est pas incompatible avec l'hystérie.* Il y a donc des cas, rares il est vrai, mais incontestables, où « il ne peut être question de pseudo-clonus, à moins d'appeler pseudo-clonus tout clonus du pied survenant dans l'hystérie » (Van Gehuchten).

Nous avons pu constater nous-même l'exagération des réflexes chez 16 hystériques et le clonus chez 10 hystériques dont nous rapportons les observations dans notre thèse. Nous avons relevé dans la littérature neurologique 191 cas d'exagération dont 61 avec clonus sur 340 observations d'hystérie recueillies. Un grand nombre de ces malades ont été suivis assez longtemps pour que, malgré toutes les difficultés soulevées d'ordinaire par le diagnostic d'hystérie, celui-ci ait pu être porté d'une façon à peu près certaine. L'amélioration ou la guérison brusques de quelques-uns par la suggestion (Anfimow, Scherb), par l'isolement, par le bleu de méthylène, par une émotion ou une crise, sont venues parfois confirmer ce diagnostic. Le résultat négatif de certaines autopsies (Westphall, Parrhon et Goldstein, Giraud et Remlinger) plaident même en faveur de l'exagération hystérique des réflexes. Particulièrement démonstratives sont quelques observations d'hémiplégie hystérique, car l'exagération unilatérale des réflexes ne peut être mise sur le compte de quelques variations physiologiques ou d'un trouble de l'état général.

Certains auteurs vont jusqu'à croire l'exagération des réflexes tendineux non plus exceptionnelle, mais bien très *fréquente* dans l'hystérie : Teissier, Fayet, Pic, Chavigny, Parkes-Weber, Binswanger, Lemoine, (88 fois sur 132). « L'exagération des réflexes tendineux (79 p. 100), plus fréquente que l'abolition du réflexe pharyngien (73 p. 100), constitue un signe au moins aussi précieux que ce dernier pour établir le diagnostic » (Crocq). Les 340 cas d'hystérie de notre statistique nous donnent le pourcentage suivant : réflexes exagérés 55 p. 100, normaux 30 p. 100, diminués 8,82 p. 100, abolis 3,82 p. 100, inconstants et variables 1,97 p. 100.

Le clonus du pied est moins fréquent : 4 p. 100 (Romberg), 10 p. 100 (Crocq), 17,74 p. 100 (statistique personnelle), 20 p. 100 (Binswanger), 37 fois sur 132 cas (Lemoine). Pour celui de la rotule les proportions sont les suivantes : 2,3 p. 100 (statistique personnelle), 5 p. 100 (Crocq). Le clonus de la main est excessivement rare; nous ne connaissons que deux cas où, fait curieux, il a été signalé par Babinski lui-même en 1886.

Pour Parkes-Weber l'exagération hystérique des réflexes est non seulement fréquente, mais elle peut atteindre des limites auxquelles n'arrivent jamais l'exagération par lésion des centres nerveux.

L'exagération des réflexes affecte-t-elle de préférence tel ou tel groupe de manifestations hystériques? D'après Crocq, elle se rencontrerait dans 84,12 p. 100 des accès, 73,68 p. 100 des paralysies ou contractures, 63,63 p. 100 des anesthésies; le clonus du pied aurait une fréquence à peu près égale dans ces trois ordres de troubles (9 à 11 p. 100); le clonus de la rotule est surtout noté dans les paralysies (11,53 p. 100). D'après notre statistique, c'est surtout dans les contractures, l'astasie-abasie, la pseudo-sclérose en plaques (89 p. 100), les paralysies (monoplégies, paraplégies, hémiplégies, 46 p. 100), et d'une façon générale dans les formes motrices de l'hystérie qu'on constate l'exagération; le clonus du pied se trouve dans 12 p. 100 des paralysies et dans 34 p. 100 des manifestations motrices. Cette constatation est des plus importantes, c'est surtout dans les paraplégies, les hémiplégies que l'état des réflexes tendineux est intéressant à connaître.

L'hystérie peut exagérer tous les réflexes, simulant par exemple une sclérose en plaques, mais elle peut limiter ses effets aux seuls réflexes d'un membre ou d'un côté frappé par la paralysie. D'une façon exceptionnelle la localisation de cette exagération peut ne pas correspondre au siège du trouble moteur; le plus souvent les deux se superposent, par exemple, dans certaines monoplégies, paraplégies ou hémiplégies en état de contracture avec « état spastique ». Le diagnostic devient alors bien malaisé entre la lésion du faisceau pyramidal ou la névrose. Une étude détaillée des anamnestiques, le mode de début, la marche de la maladie, l'influence de la suggestion, la présence du signe de Babinski ou de quelque autre petit signe permettront au clinicien de résoudre ce problème.

La *pathogénie* de l'exagération des réflexes dans l'hystérie peut être aussi variable que la conception de cette névrose ou la théorie physio-pathologique des réflexes dont elle découle. Pour Féré, elle trouverait son explication dans l'excitabilité sensitivo-

(1) Le réflexe illégitime n'est pas absolument particulier à la névrose. Nous l'avons rencontré dans un cas d'hémiplégie organique pure.

(2) Schnyder (de Berne). Recherche du réflexe rotulien chez les névrosés, *Journ. de neurol.*, 1903.

sensorielle de l'hystérique beaucoup plus marquée que celle de l'homme sain : si l'on projette un faisceau de lumière rouge sur la rétine d'un hystérique, le réflexe rotulien est augmenté. Parkes-Weber invoque « un état fonctionnel spécial de l'écorce cérébrale » mis en jeu par l'hystérie et qui peut être produit aussi par les émotions, certaines intoxications (urémie), voire même par les maladies organiques à leur stade initial. (La lésion organique « imiterait » dans ce cas le trouble fonctionnel.) Fayet se rallie à la doctrine qui voit surtout dans les phénomènes hystériques des troubles de la sensibilité, des phénomènes d'anesthésie; il rattache l'exagération des réflexes tendineux dans la névrose à une sorte d'engourdissement de l'écorce cérébrale qui, inhibée, d'une part ne donne plus naissance aux réflexes cutanés (abolition du réflexe plantaire), et d'autre part, n'exerce plus son rôle modérateur habituel sur les réflexes tendineux (exagération du réflexe rotulien). Steiner fait jouer le plus grand rôle à l'anesthésie cutanée. Van Gehuchten ne pense pas que l'exagération organique des réflexes tendineux soit liée indissolublement à une dégénérescence descendante ou une lésion destructive des fibres cortico-spinales ; il croit qu'elle dérive d'une suspension dans leur fonctionnement « soit par lésion destructive (interruption anatomique), soit par simple compression (interruption physiologique) ». Partant de cette conception de l'exagération des réflexes, il n'a pas de peine à expliquer celle-ci dans l'hystérie par une « interruption psychique » des mêmes fibres cortico-spinales.

Etant donné la fréquence de l'exagération hystérique des réflexes rotuliens, les auteurs qui l'ont constatée se sont empressés de l'opposer à l'abolition du réflexe plantaire et de donner cette *dissociation du phénomène patellaire et du phénomène plantaire* comme un véritable *stigmate de la névrose*. Cette dissociation pourrait servir au diagnostic d'avec certains cas d'épilepsie, de neurasthénie, de simulation (Fayet). Stcherbak a pu chez l'homme sain obtenir cette dissociation au moyen de la vibration locale. Mais cet antagonisme est-il si fréquent dans l'hystérie? Chadzinski le conteste; il n'a constaté qu'une très grande irrégularité dans le rapport entre les réflexes tendineux et cutanés. Il fait remarquer que cette dissociation est au contraire bien plus fréquente dans la sclérose en plaques 75 p. 100, la paraplégie spasmodique 70 p. 100, la syringomyélie 90 p. 100, le tabes 80 p. 100. Depuis longtemps, en effet, les auteurs ont signalé l'affaiblissement ou l'abolition des réflexes cutanés au cours des lésions organiques et l'ont plus ou moins opposé à l'exagération des réflexes tendineux (Marshall, Hall, Jastrowitz, Jendrassik, Rosenbach, Nothnagel, Gowers, Moelli, Lion, Schwartz, Ganault, Strümpell, Muskens, etc.). Cette dissociation a été surtout mise en lumière dans les affections organiques du système nerveux par les travaux de van Gehuchten (1). L'antagonisme entre le réflexe patellaire et le réflexe plantaire ne peut donc être considéré comme un stigmate hystérique.

A côté des réflexes tendineux exagérés, on voit apparaître dans les lésions organiques, avec ou sans signe de Babinski, certains *réflexes profonds, musculaires ou osseux* que l'on ne constate pas chez l'homme sain : réflexe paradoxal des fléchisseurs (extension du gros orteil ou de tous les orteils à la suite de la pression profonde des muscles du mollet : *réflexe de Gordon*), *réflexe* du dos du pied de *Mendel-Bechterew* (flexion de quatre derniers orteils, lorsqu'on percute la région latérale du dos du pied au niveau du cuboïde et du troisième cunéiforme). Ces réflexes seraient liés à une lésion du faisceau pyramidal et ne se rencontreraient pas habituellement dans la névrose [Bechterew, Gordon, Mendel, Lissmann, Meyer (1)]. On aurait toutefois signalé dans l'hémiplégie hystérique la flexion des orteils à la place de l'extension physiologique qui suit la percussion du dos du pied (réflexe de Mendel-Bechterew) et ce signe a pu être provoqué chez l'homme normal par la vibration locale (Stcherbak).

C. Abolition. — Les réflexes tendineux peuvent-ils être abolis par l'hystérie?

Un assez grand nombre d'observations avec réflexes simplement *affaiblis* ont été publiées par divers auteurs; elles entrent dans une proportion de 8,8 p. 100 dans notre statistique générale ; ce sont surtout des cas de monoplégie ou d'hémiplégie.

L'*abolition* est beaucoup plus rare dans l'hystérie et son existence a été très discutée même par ceux qui admettent l'exagération des réflexes dans la névrose (Binswanger, Déjerine). Elle a été signalée tout d'abord par Nonne, Marie, Souza-Leite; sa fréquence varie d'après les statistiques : 0,75 p. 100 pour Lemoine, 0,98 p. 100 pour Rouche, 3,82 p. 100 pour nous, 5,83 p. 100 pour Chadzinski, 6 p. 100 pour Crocq. Elle est une des caractéristiques du pseudo-tabes hystérique (Féré, Souques, Petit); elle se rencontre du côté paralysé dans certaines monoplégies (Chauffard), dans certaines hémiplégies hystériques (Dumontpallier, Ingelrans, Chadzinski, Charon). Elle est souvent temporaire (quatre semaines dans le cas de Köster).

On ne peut, pour expliquer l'absence des réflexes rotuliens dans l'hystérie, invoquer un certain état physiologique, comme on l'invoquait pour certains réflexes vifs : à l'état normal, les réflexes rotuliens sont à peu près constants (Oppenheim, Walton et Paul). Kollarits (de Buda-Pesth) ne les a jamais vus manquer chez 1000 sujets, ni Charpentier chez 1200 soldats; Glorieux ne les a trouvés absents qu'une fois chez 500 soldats. Les chiffres donnés par Eulenberg chez les enfants (9 abolitions sur 214 sujets examinés, 7 sur 124) sont considérés

(1) Van Gehuchten. *Revue neurol.*, 1904, p. 481-485. Cette dissociation des réflexes cutanés et tendineux ne serait pas absolue dans la lésion organique d'après Babinski (*Revue neurol.*, 1904, p. 94): elle est fortement battue en brèche dans les travaux récents de Noica, *Presse méd.*, 25 mars 1908.

(1) Bechterew. *Revue de psychiat. russe*, 1904, p. 21. — Mendel. *Neurol. Centralbl.*, 1904, p. 137, et 1906, p. 293. — Lissmann. *Münch. med. Wochens.*, 1907, n° 21. — Meyer. *Berl. klin. Woch.*, 1907, n° 34; *Gaz. d. Osped.*, 1907, p. 1180.

comme exceptionnels. Tout au plus, au-dessus de cinquante ans, les réflexes rotuliens s'affaibliraient-ils et pourraient-ils manquer (Sommer et O. Kopine). Les réflexes du membre supérieur n'ont pas la même constance; ils peuvent être abolis chez l'homme sain jusque dans une proportion de 5,3 p. 100 (Bechterew et Nikitine), de 13 à 33 p. 100 (L. Mohr, de Berlin).

Cette absence peut être mise par contre sous l'influence d'une association organique ou de phénomène de contracture empêchant l'apparition du réflexe (Determann, Sternberg). Dans certains cas où elle est bilatérale chez des sujets amaigris et alités depuis longtemps, elle dépend de l'atrophie du quadriceps et de la diminution du tonus; elle n'est qu'apparente et on peut par certains procédés faire réapparaître le réflexe (Binswanger).

D. Variabilité. — Il est enfin des cas où les réflexes présentent une variabilité considérable. A des époques plus ou moins rapprochées, on les trouve d'abord normaux, puis exagérés (Binswanger); disparus, réapparus, s'exagérant, puis diminués (Zilgien); abolis, puis exagérés (Coignet, Joffroy et Babinski). Dans un cas de Steiner on voit la sensibilité, les réflexes cutanés et les réflexes tendineux se modifier quatre à cinq fois en l'espace de deux ans, pour aboutir « à une interversion de la formule classique des réflexes dans l'hystérie : conservation des réflexes cutanés, abolition du réflexe rotulien ».

III

Résumé. — Les *réflexes cutanés* sont assez souvent affaiblis ou abolis dans l'hystérie, mais leur état ne peut servir au diagnostic entre la lésion et la névrose. Le *signe de Babinski* permet toutefois, d'une façon presque absolue, d'éliminer cette dernière.

Les *réflexes tendineux* ne sont pas toujours normaux dans la névrose. Leur abolition est très rare; leur exagération, légère ou d'intensité moyenne est assez fréquente; cette exagération peut dans quelques cas, il est vrai assez rares, être très accentuée. La trépidation épileptoïde du pied peut se rencontrer dans l'hystérie sous l'un des trois types suivants : fausse trépidation simulée par un tremblement névrosique; épilepsie spinale fruste (liée à la contraction musculaire volontaire); vrai clonus tout à fait analogue au clonus organique. L'exagération des réflexes (avec ou sans vrai clonus), localisée uniquement sur des membres frappés de troubles moteurs et réalisant parfois un tableau spastique, ne permet pas d'exclure la névrose, l'hystéro-traumatisme.

FORMULAIRE

VIN URANÉ POUR DIABÉTIQUES OU DÉBILITÉS

Nitrate d'uranium...............	1gr50
Glycérine.......................	50 grammes.
Vin de Bordeaux rouge.. Q. s. p.	1 litre.

(*Écho de la méd. et de la chir.*)

CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE

LA TRANSPLANTATION DES MEMBRES

D'après le docteur Alexis Carrel [de New-York] (1).

L'idée d'enlever un membre malade et de transplanter à sa place un membre sain est loin d'être originale ou nouvelle. On en trouve la trace dans différentes légendes. L'une d'elles fait même le sujet d'un tableau conservé aujourd'hui à Florence. On y voit des saints au pied du lit d'un malade dont une jambe est remplacée par la jambe brune d'un Maure.

A la vérité, il n'était pas permis de songer à transplanter un membre avant l'époque où il devint possible de rétablir la circulation entre les extrémités coupées des artères et des veines par des anastomoses d'une exécution facile et sûre. Ce simple petit progrès de la chirurgie vasculaire permit aux greffes de membres d'entrer dans le domaine des possibilités et bientôt d'être expérimentalement réalisées.

En avril 1907, M. Carrel a pu observer pour la première fois que la cuisse d'un chien extirpée peu de temps après la mort de l'animal et greffée à la place de la cuisse d'un autre chien pouvait commencer à se cicatriser d'une façon normale.

Cette expérience répétée montra que les résultats immédiats peuvent être très bons. Malheureusement dans chaque cas, quelque accident, rupture de la suture osseuse, ou infection, se produisit au bout de quelques jours.

Des expériences plus récentes sur le chien (1) ont démontré à M. Carrel que la transplantation d'un membre d'un animal sur un autre est possible. La nouvelle jambe reste normale et se réunit au moignon de son hôte par première intention. Malgré l'interruption temporaire de la circulation, la perfusion avec le liquide de Locke, sa séparation du système nerveux central et son changement de terrain, le nouveau membre demeure si semblable au membre normal du côté opposé qu'un observateur non prévenu ne pourrait pas supposer qu'il n'a pas toujours appartenu à l'animal qui en est actuellement porteur.

Au point de vue fonctionnel, M. Carrel a observé que les fonctions élémentaires, telles que le pouvoir de cicatrisation, persistent absolument après la transplantation. Il n'a pas observé de vaso-dilatation persistante, au bout de quelques jours le pied transplanté reprend sa température normale. Au point de vue des nerfs moteurs et sensitifs il n'y a pas de raison pour que la réparation ne se produise pas. Mais on ne pourra affirmer sa possibilité que le jour où on verra un animal marcher et courir avec son nouveau membre et les muscles de celui-ci fonctionner comme ceux de la jambe saine.

Si le nouveau membre peut récupérer une valeur fonctionnelle normale, il est probable que l'on cherchera à employer un jour la transplantation des membres en chirurgie humaine.

Il est à noter d'ailleurs que l'opération serait beaucoup plus facile sur l'homme que sur le chien. Le volume des organes anatomiques simplifierait dans une large mesure les manœuvres opératoires. « La véritable difficulté, dit M. Carrel, consisterait à se procurer un greffon de bonne qualité. L'idéal serait de pouvoir enlever immédiatement avant la transplantation un membre à un homme vivant, à un criminel par exemple. Cela ne serait malheureusement pas pratique. Il serait préférable de se servir des parties saines d'un membre amputé ou bien d'utiliser les cadavres des individus tués par accident ou des suicidés, en recueillant leurs membres immédiatement après la mort. Il faudrait aussi que les

(1) *Revue de chir.*, n° 12, 10 déc. 1908.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, p. 970. M. Delbet communique à la Société de chirurgie des expériences de M. Carrel sur des greffes de membres, vaisseaux et même viscères (rein).

membres pussent être conservés assez longtemps en dehors de l'organisme sans subir de désintégration cadavérique, pour qu'on pût prévenir le sujet auquel le nouveau membre serait destiné et préparer son moignon. Les tissus d'un membre sont résistants et peuvent probablement supporter sans danger une anémie de plusieurs heures. La période d'interruption de la circulation dura, dans un cas, trois heures et dix minutes. Et cependant les tissus se cicatrisèrent de façon normale. »

Au point de vue pratique, on peut dès maintenant conserver des artères pendant dix, vingt ou trente-cinq jours et les transplanter ensuite avec succès. Il est donc permis d'espérer qu'il deviendra possible de conserver des tissus en dehors de l'organisme assez longtemps pour qu'ils puissent être employés à des transplantations. Mais ainsi que conclut très sagement M. Carrel, on ne saurait être trop prudent dans l'application à la clinique des résultats de laboratoire. Aujourd'hui un seul fait est acquis et il est suffisamment important en lui-même : c'est que la transplantation d'un membre a été expérimentalement réalisée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE (professeur : M. F. de Lapersonne). — COURS D'OPHTALMONEUROLOGIE. — M. le docteur Rochon-Duvigneau, ophtalmologiste de l'hôpital Laënnec, ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, commencera le lundi 11 janvier 1909, à dix heures et demie, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren), et continuera les lundis suivants, à la même heure, une série de conférences sur les divers types cliniques des paralysies motrices de l'œil, étudiées au point de vue de leurs localisations (avec projections et présentations de malades).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — Sous la direction de MM. Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie, et L.-M. Pautrier, MM. Macaigne et Claude commenceront le mardi 12 janvier une série de 18 conférences de bactériologie et les poursuivront les mardis, jeudis et samedis suivants à deux heures.

1. Technique générale. Etuves. Inoculations. — 2. Coloration des microbes dans les cultures et les produits pathologiques. — 3. Technique des coupes et recherche des microbes. — 4. Préparation des milieux de culture. — 5. Charbon. — 6. Pyogènes. Staphylocoques. Streptocoque. Pyocyanique. — 7. Filtration des cultures. Toxines. Isolement des microbes. — 8. Colibacille. Paracolibacille. Matières fécales. — 9. Bacilles d'Eberth. Bacilles paratyphiques. Séro-diagnostic. — 10. Pneumocoque. Méningocoque. Entérocoque. — 11. Bacille de Friedlander. Tétragène. Bacille de Pfeiffer. Bacille de Nocard. — 12. Examen des angines. Bacille de Lœffler. Vaccination. — 13. Choléra. Dysenterie. — 14. Tuberculose. — 15. Pseudo-tuberculoses. Aspergillose. Actinomycose. Morve. Lèpre. — 16. Saprophytes. Teignes. Muguet. — 17. Maladies vénériennes. — 18. Anaérobies. Tétanos. Vibrion septique.

Le nombre des auditeurs est limité à 10.

L'inscription est gratuite pour les internes des hôpitaux. Un droit d'inscription de 50 francs est exigé des autres auditeurs.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — Les cours et conférences commenceront à partir du mardi 12 janvier 1909.

HORAIRE DES COURS. — Les lundis : conférences générales; — les mardis : à cinq heures, M. Grollet; à cinq heures et demie, M. Lépinay; — les mercredis : à cinq heures, M. Broda; à cinq heures et demie, M. Scié-Ton-Fa; — les jeudis : à cinq heures, M. Bérillon; à cinq heures et demie, M. P. Mégnin; — les vendredis : à cinq heures, M. Guilhermet; à cinq heures et demie, M. Demonchy; à six heures, M. R. Pamart; — les samedis : à cinq heures, M. P. Farez; à cinq heures et demie, M. Binet-Sanglé.

Les cours et conférences sont publics.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DU 18 AU 23 JANVIER 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Déjerine, André Jousset et Lœper; — M. Sicard, suppléant.

Mardi 19 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Quénu, Auvray et Lenormant; — M. Jeanselme suppléant.

Mercredi 20 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Rieffel et Lecène.

2e : MM. Gautier, Langlois et Macaigne.

3e (oral, 2e partie) : MM. Déjerine, Roger et Lœper; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 21 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Albarran, Marion et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

2e : MM. Prenant, Gley et André Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Launois et Jeannin; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Lenormant; — (2e partie) : MM. Pierre Marie, Fernand Bezançon et Castaigne; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 22 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie) : MM. Reclus, Gosset et Pierre Duval; — M. Proust, suppléant.

Samedi 23 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Renon et Claude; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Gouget et Fernand Bezançon; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 20 janvier 1909, à une heure. — M. CESBRON. Histoire critique de l'hystérie. (MM. Brissaud, président; Gaucher, Legry et Sicard.) — M. ROUSSEL. La syphilis du lapin. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Legry et Sicard.) — M. BONNAFÉ. Les pseudo-hernies ventrales latérales dans la paralysie infantile. (MM. Kirmisson, président; Segond, Nicolas et Branca.) — M. CUINET. L'œsophagoscopie. Instrumentation et technique. (MM. Segond, président; Kirmisson, Nicolas et Branca.) — M. MORLET. Branches thoraciques intérieures du plexus brachial. (MM. Nicolas, président; Kirmisson, Segond et Branca.)

Jeudi 21 janvier, à une heure. — M. LUBIN. Contribution à l'étude des sarcomes primitifs du poumon. (MM. Hutinel, président; Pozzi, Gilbert Ballet et Brumpt.) — M. BELLO Y RODRIGUEZ. Le fémur et le tibia chez l'homme et les anthropoïdes (variations suivant le sexe, l'âge et la race). (MM. Pozzi, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Brumpt.) — M. BOUZIGUES. Des hallucinations chez les tabétiques. Leur rapport avec les troubles de la vue. (MM. Gilbert Ballet, président; Hutinel, Pozzi et Brumpt.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 4. — MARDI 12 JANVIER 1909. 82e ANNÉE. MARDI 12 JANVIER 1909. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie*. — Séance du 9 janvier 1909 : M. Madre, 10; Mlle Lévy et MM. Vinay, 5; Girou, 11; Pinchon, 8; Philippon, 10; Butin, 6.

Séance du 10 janvier : MM. Vignes, 10; Bénazet, 9; Brodin, 12; Vivier, 2; Piot, 7; de Berne-Lagarde et Bougot, 8; Lévy (Alfred), 11; Gastaud, 5; Photiadès, 4; Genil-Perrin, 6.

Anatomie. — Séance du 9 janvier : M. Brenot, 7; Mlle de Pfeffel, 8; MM. Huygues de Beaufond, 6; Alexandre, 9; Bourrouillou, 2; Feil, 9; Jumon, 10; Mossé, 5; Stréhaiano, 8; Avezou, 7.

La prochaine séance aura lieu le mardi 12 janvier, à huit heures du matin.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien-adjoint des hôpitaux sera ouvert le lundi 1er mars 1909, à trois heures précises, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, jusqu'au lundi 22 février inclusivement, de deux heures à six heures du soir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le conseil de la Faculté, à l'unanimité des membres présents, a voté la nomination d'une commission chargée d'aller, par une délégation, exposer au ministre de l'Instruction publique les raisons qui ont donné naissance au mouvement qui agite si profondément le monde médical.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille :

Professeur adjoint d'anatomie chirurgicale : M. le médecin-major de deuxième classe Imbert.

Professeur adjoint de clinique interne : M. le médecin-major Thibault.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Concours pour l'emploi d'aide-major élève au Val-de-Grace. — Voici, d'après le *Caducée*, les questions qui ont été posées au concours d'admission à l'emploi de médecin aide-major élève à l'Ecole du Val-de-Grâce (concours du 16 décembre 1908).

Composition écrite : « De l'aphasie. »

Examen des malades : « Pleurésie chronique de l'hémithorax droit avec adhérences diaphragmatiques. — Luxation du gros orteil gauche en haut. — Pleurésie chronique de l'hémithorax droit avec rétraction thoracique considérable. — Corps étranger articulaire du genou gauche avec hydarthrose à répétition. »

Médecine opératoire : « Ligature de l'artère humérale au pli du coude. — Désarticulation médio-tarsienne. — Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter. — Désarticulation tarso-métatarsienne. »

Epreuve d'hygiène : « Qualités principales des filtres destinés à épurer les eaux de boisson. Donner quelques exemples. »

MARINE. — Le jury du concours pour l'emploi de professeur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Brest, qui doit s'ouvrir dans ce port le 20 janvier 1909, sera composé ainsi qu'il suit :

M. le médecin général de première classe Bertrand, président.

M. le médecin en chef de première classe Duval, membre.

M. le médecin en chef de deuxième classe Geay de Couvalette, membre.

— Le jury du concours pour l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchements à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux, qui doit avoir lieu à Brest le 21 janvier 1909, sera composé ainsi qu'il suit :

M. le médecin général de première classe Bertrand, président.

M. le médecin en chef de deuxième classe Bellot, membre.

M. le médecin en chef de deuxième classe Pungier, membre.

Les noms des candidats désireux de prendre part à ces concours devront être télégraphiés au ministère cinq jours au moins avant l'ouverture des épreuves.

ANAPHYLAXIE ET PLEURÉSIE TUBERCULEUSE
SÉRO-FIBRINEUSE

Par M. G. FROIN.

La notion de l'anaphylaxie repose sur des données très précises grâce à la dissociation artificiellement réalisée par l'expérimentateur, du processus qui la met en œuvre.

C'est ainsi que M. Richet injecte à un chien une certaine dose d'un poison, l'actino-congestine, extrait des tentacules d'orties de mer ou anémones. Après douze ou quinze jours, il existe un tel état de sensibilité de ce chien à l'influence d'une nouvelle dose de cette substance, qu'il suffit d'en injecter une quantité minime, cent fois inférieure à celle qui avait été injectée la première fois, pour tuer l'animal. On doit en conclure qu'il a été hypersensibilisé, mais M. Richet emploie par opposition au mot de prophylaxie, le terme d'anaphylaxie, qui veut dire absence de protection.

Voici comment M. Richet explique cette anaphylaxie. La première injection, après une phase de toxicité passagère, provoque la formation d'une substance particulière, la toxogénine, qui se combine lors de la seconde injection avec l'actino-congestine pour donner naissance à un nouveau poison, l'apotoxine (1).

La maladie expérimentale comporte donc, que l'on emploie l'actino-congestine ou un autre poison, quatre stades bien tranchés :

1° Une période de début ou d'intoxication primitive, passagère, et plus ou moins marquée, selon la dose et la violence du poison injecté;

2° Une période d'incubation ou plutôt d'élaboration de la toxogénine, qui ne s'accompagne pas de symptôme morbide. Lorsque la toxogénine apparaît, il n'y a plus d'actino-congestine, sinon de l'apotoxine prendrait naissance et l'animal présenterait des phénomènes d'intoxication. Il résulte de cela que l'actino-congestine d'une même injection subit une transformation globale et non fractionnée, pour donner la toxogénine;

3° Une période d'état ou d'anaphylaxie proprement dite : la toxogénine peut engendrer, si l'expérimentateur pratique une injection d'actino-congestine, une intoxication beaucoup plus grave que la première;

4° Si l'on ne tue pas l'animal par intoxication, alors, dans une quatrième période, la toxogénine disparaît ainsi que l'anaphylaxie et l'on peut même aboutir à une période de prophylaxie ou d'immunité.

En somme, c'est un état pathologique dont on peut saisir la raison intime des diverses phases, ou de deux au moins d'entre elles, la première et la troisième, puisqu'elles dépendent seules de la volonté de l'expérimentateur. Elles résultent également de l'emploi de substances dont on connaît parfaitement la dose et qu'on fait agir à un moment déterminé.

(1) Ch. Richet: *Presse méd.*, 21 mars 1908, n° 24; *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1908, n° 6, p. 465; Soc. de biol., 23 mai 1908.

On peut superposer assez bien à ces différentes étapes de la maladie expérimentale, l'évolution générale de certaines maladies infectieuses observées en clinique humaine. A vrai dire la décomposition des actes morbides ne s'y montre point d'une façon aussi tranchée et il semble impossible de différencier, dans une maladie d'origine microbienne, ce qui est dû au germe, à sa toxine et aux dérivés de cette toxine. De plus, le microbe, agent vivant, varie souvent de siège, de quantité et de virulence, pendant les différents stades de la maladie, émettant sans trêve des doses de toxine dont la quantité et la qualité échappent à toute appréciation.

Néanmoins il apparaît comme trop simple, aujourd'hui, avec la notion de l'anaphylaxie, de penser que les réactions sont dues à la même substance s'accumulant dans l'organisme. Il est vrai que le problème sera peut-être difficilement résoluble par injection simple de toxine microbienne. Ainsi M. Richet a essayé en vain de provoquer l'anaphylaxie par injection de tuberculine. Il semble bien cependant que la sensibilité des animaux à la tuberculine constitue une véritable anaphylaxie. M. Richet suppose que la vraie substance anaphylactisante serait sécrétée *in vivo*, soit par le microbe tuberculeux, soit par les tissus de l'organisme infecté; on ne la retrouverait pas dans les tuberculines extraites des cultures.

Est-il donc possible de reconnaître le processus anaphylactique au cours d'une maladie tuberculeuse provoquée par le bacille de Koch? Nous pensons que la pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse présente, dans certains cas, une évolution symptomatique permettant d'incriminer la création d'un état anaphylactique. Cette tentative d'assimilation avec les maladies anaphylactisantes repose sur des observations cliniques et des constatations expérimentales.

Les observations cliniques, dont nous possédons plusieurs exemples, sont loin d'être exceptionnelles. Nous allons en indiquer le schéma, à l'occasion de l'histoire d'un malade que nous venons d'observer tout récemment.

Un homme, âgé de trente-neuf ans, de bonne santé habituelle, est pris d'un point de côté sous le mamelon gauche, avec un peu de gêne respiratoire. Il peut néanmoins, malgré la fatigue qu'il ressent, continuer son travail pendant une huitaine de jours. Il entre alors à l'hôpital et l'on constate, le dixième jour de sa maladie, des signes d'épanchement peu abondant (au-dessous d'un litre). L'état général est satisfaisant, l'appétit seulement diminue et la température oscille entre 37°5 et 38°5, avec tendance à s'abaisser à partir du douzième jour de la maladie. Mais très rapidement, le quatorzième jour de la maladie, l'épanchement augmente avec déviation du cœur et dyspnée. Le quinzième jour l'épanchement très abondant (au-dessus de 2 litres) nécessite une ponction évacuatrice. En même temps la fièvre s'est élevée aux environs de 39 degrés, la perte d'appétit est complète, le malade a de l'insomnie que n'explique pas entièrement la gêne respiratoire, et de l'oligurie avec rétention chlorurée. A partir du vingt et unième jour ces signes s'amendent, et du vingt-troisième au trentième jour le liquide se résorbe graduellement, pendant que la température descend à 37 degrés et que l'appétit reparaît; il se fait une abondante polyurie avec polychlorurie. Les forces reviennent rapidement et le malade sort de l'hôpital, convalescent, environ un mois après son entrée.

Cette observation montre deux stades très nets ; une première période pendant laquelle les réactions pleurale et générale sont atténuées, et une deuxième période, à partir du quinzième jour, pendant laquelle les réactions pleurale et générale subissent toutes deux une exagération manifeste.

Or, cette évolution en deux phases, une première phase torpide et une deuxième phase de réaction plus vive, s'applique à la majorité des cas de pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse primitive. Ces pleurésies sont d'ailleurs variables dans leur évolution, mais il est très rare que la grande réaction séro-fibrineuse survienne avant le huitième ou le dixième jour. A ce fait clinique indiscutable, les constatations anatomiques et bactériologiques faites dans ces dernières années n'ont apporté aucun éclaircissement. Nous pourrions même dire qu'il existe plus de résultats opposés que concordants entre la clinique et les renseignements fournis par le laboratoire.

Disons tout d'abord que l'étude bactériologique de la pleurésie séro-fibrineuse, rapprochée de celle de ses réactions humorales, est d'une grande valeur. D'une façon générale, l'écueil en matière de maladie microbienne résulte surtout de notre faculté très limitée à établir l'enchaînement et la succession des divers phénomènes en rapport avec leur cause intime. Aussi on les constate plutôt qu'on ne les analyse. Et c'est surtout quand le microbe envahit tout l'organisme, que la complexité des causes et des effets s'accroît en même temps que leur intrication. Avec la pleurésie tuberculeuse on échappe en partie à ces difficultés, parce que toutes les recherches modernes tendent à montrer que le processus de la pleurésie tuberculeuse est avant tout local ou tout au moins que les transformations anatomiques de la plèvre ont tendance à isoler le processus.

MM. Kelsch et Vaillard, Péron, Widal et Ravaut ont décrit sur la paroi pleurale une membrane fibrineuse et surtout une néomembrane conjonctivo-vasculaire qui enkyste le foyer. Corrélativement à ce fait anatomique, MM. F. Ramond et Tourlet, Castaigne, A. Guérin, Widal et Ravaut, ont montré que la perméabilité pleurale était diminuée. Telles sont les constatations anatomo-physiologiques les plus importantes.

En ce qui concerne le bacille tuberculeux des pleurésies séro-fibrineuses, MM. Bezançon et Griffon ont vu d'une part qu'il était pathogène pour le cobaye et non pour le lapin et d'autre part, fait que j'ai constaté également avec L. Ramond, qu'un liquide pleural tuberculeux est d'autant plus virulent qu'il a été prélevé à une date plus proche du début de la pleurésie.

On voit déjà l'opposition qui se manifeste entre ces constatations et l'évolution de la maladie. C'est quand la cavité pleurale est plus ou moins fermée, quand la plèvre est moins absorbante et alors que le liquide est plutôt moins virulent, que les réactions locale et générale s'exagèrent, que la fièvre s'élève, en un mot que la maladie s'aggrave. La même opposition se retrouve dans les réactions cellulaires. On sait que d'une façon générale le bacille de Koch, comme la plupart des microbes, provoque la diapédèse leucocytaire, et surtout la diapédèse des polynucléaires neutrophiles. Aussi MM. Widal et Ravaut, Wolf, Sacquepée, Barjon et Cade, L. Ramond, etc. ont signalé l'existence d'une polynucléose, d'autant plus appréciable que la pleurotuberculose est près de son début. Mais quand l'inflammation s'exagère et quand la forte exsudation séro-fibrineuse se produit, pouvant nécessiter la ponction, on voit presque toujours les polynucléaires disparaître rapidement, s'ils existaient encore ; c'est une lymphocytose presque pure qui subsiste, fait de valeur indiscutable pour le cyto-diagnostic (Widal et Ravaut). Mais sans insister sur la nature des éléments cellulaires, j'ai vu avec L. Ramond que plus l'épanchement augmente, plus les leucocytes diminuent. Ceci est contraire à l'action habituelle du bacille de Koch qui ne solliciterait plus ici parallèlement la diapédèse leucocytaire et l'exsudation ; il créerait des réactions tout à fait dissociées. Il est donc difficile d'admettre que les grands épanchements séro-fibrineux sont dus à l'action directe du bacille.

Il doit exister quelque chose de spécial dans cette maladie tuberculeuse, et qui ne se retrouve pas ou ne se rencontre pas au même degré dans les autres localisations du bacille de Koch. Ce fait spécial concernant la pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse a été nettement établi par l'expérimentation qui a montré une toxicité toute particulière des liquides tuberculeux séro-fibrineux.

Avant d'aborder l'étude de cette toxicité, il faut d'abord établir en quoi elle consiste. Des liquides pleuraux peuvent en effet se comporter comme substances toxiques, de diverses façons. MM. Debove et Renault en inoculant du liquide pleural à un sujet atteint de lupus, ont déterminé une réaction locale et générale semblable à celle que provoque la tuberculine elle-même. M. Maragliano a reproduit la réaction spécifique sur le cobaye tuberculeux, tandis que Péron ne l'a pas constatée. En tout cas, si cette toxicité existe parfois et relève de la tuberculine on ne peut la déceler que par l'injection à un animal déjà tuberculeux. Un autre mode de toxicité a été constaté par M. P. Courmont. En injectant de petites doses de liquide pleural, à plusieurs jours d'intervalle, il a vu que le liquide était toxique. M. P. Courmont identifie ce phénomène avec celui de l'anaphylaxie. Il est certain, puisque la sérosité pleurale tuberculeuse n'est autre chose qu'une sérosité sanguine plus ou moins diluée, qu'il peut s'agir ici de la Serumkrankheit de von Pirquet et Schick.

Le mode de toxicité que nous envisageons est celui qui est mis en évidence, quand on injecte en une seule fois, 20 ou 30 centimètres cubes de liquide pleural dans le péritoine d'un cobaye sain. Dans ces conditions, M. Ravaut n'a guère constaté de toxicité que dans les liquides provenant de pleurésies tuberculeuses et il a tué les cobayes dans 36,4 p. 100 des cas. J'ai constaté de même avec L. Ramond que les liquides pleuraux non tuberculeux et non éosinophiliques ne sont pas toxiques pour le cobaye. Les liquides tuberculeux au contraire se sont montrés

toxiques dans la proportion de 39,02 p. 100. J'insiste sur ce fait que ces liquides étaient généralement peu ou pas éosinophiliques, et en quantité plutôt abondante dans la cavité pleurale. Lorsqu'un liquide tuberculeux est éosinophilique d'une façon appréciable (4, 5, 7 p. 100), il est habituellement peu abondant et très toxique.

A quelle substance est due cette toxicité particulière aux liquides tuberculeux séro-fibrineux? Tout le monde a naturellement pensé à la tuberculine. Mais le cobaye sain est très résistant à l'action de cette substance. Bien que la tuberculine ne soit pas un corps chimique toujours identique, le cobaye résiste très bien à de fortes doses toxiques, de 2 centimètres cubes et plus. Supposons que 30 centimètres cubes de liquide pleural le tuent parce qu'ils contiennent 2 centimètres cubes de tuberculine. Dans un litre de liquide nous aurions 66 centimètres cubes de cette substance : je passe sur une telle invraisemblance. Pour éliminer cette question de la tuberculine, j'ai procédé encore à l'expérience suivante. Chez deux malades atteints de méningite tuberculeuse, j'ai recherché l'ophtalmo-réaction avec une goutte d'un liquide qui se montrait très toxique pour le cobaye, à la dose de 30 centimètres cubes. L'ophtalmo-réaction, négative avec ce liquide pleural, fut positive au contraire avec une solution de tuberculine contenant, pour une goutte de liquide, huit centièmes de milligramme. Comme cette goutte représentait un vingt-cinquième de centimètre cube dans lequel étaient dilués 2 milligrammes de tuberculine, j'obtenais l'ophtalmo-réaction avec une solution qui, pour 30 centimètres cubes, correspondait à 0,06 centigrammes de tuberculine. L'injection intra-péritonéale de 0,06 centigrammes de cette tuberculine diluée dans 30 centimètres cubes d'eau physiologique ne tuait pas le cobaye. On avait donc ici, d'une part un liquide toxique et qui ne pouvait pas provoquer l'ophtalmo-réaction, d'autre part une solution de tuberculine qui, employée dans les mêmes proportions que le liquide toxique, enflammait très facilement la conjonctive mais ne pouvait tuer le cobaye. La solution de tuberculine se différenciait donc nettement du liquide pleural.

Tout nous entraîne à supposer qu'il s'agit d'un poison nouveau, dérivé du bacille de Koch ou de la tuberculine. Voici comment on peut interpréter les faits, à la lueur des connaissances nouvelles sur l'anaphylaxie.

Reprenons le cas du malade dont nous avons rapporté plus haut l'observation. Nous dirons que pendant une première période, de quinze jours environ, il a été seulement ou surtout impressionné par le bacille de Koch et sa toxine. Ce bacille, comme tous les microbes, a provoqué d'abord de la diapédèse leucocytaire avec réaction séro-fibrineuse peu marquée. Comme il s'agit d'une infection atténuée, et surtout d'une infection atténuée tuberculeuse, l'état général était peu atteint. Vers le quatorzième ou quinzième jour, est apparue une substance nouvelle, la toxogénine : un état nouveau était créé, l'état anaphylactique. La toxogénine se rencontrant aussitôt avec la substance qui l'engendre, incessamment produite par le germe vivant ou constituée par ce germe lui-même, il en résulte une nouvelle substance, l'apotoxine, beaucoup plus toxique que la première, susceptible de provoquer une réaction éosinophilique et de tuer le cobaye à coup sûr si le liquide reste peu abondant, mais pouvant entraîner aussi une forte réaction pleurale avec abondante exsudation séro-fibrineuse, fièvre, oligurie, rétention chlorurée, perte d'appétit, etc., comme chez notre malade. Dans ce cas, le liquide se montre probablement moins souvent toxique pour le cobaye, à cause de la forte dilution de l'apotoxine tuberculeuse. Si cette substance provoque une abondante extravasation séro-fibrineuse, elle ne suscite point la diapédèse leucocytaire, en particulier la diapédèse des polynucléaires neutrophiles. Aussi, à la phase prétoxogénique on voit souvent dans le liquide pleural des polynucléaires neutrophiles qui disparaissent complètement d'habitude pendant la phase toxogénique ou phase de grand épanchement.

Après cette période d'état, de sept ou huit jours, nous avons vu l'épanchement se résorber. On voit souvent comme un temps d'arrêt assez brusque dans les grands épanchements pour commencer alors une période de résorption plus ou moins rapide. Cela ne résulte pas d'une destruction complète et définitive du bacille de Koch. On peut encore tuberculiser quelquefois le cobaye à cette période de résorption. De plus, les bacilles ne sont pas absolument anéantis par la toxogénine ou l'apotoxine. J'ai inoculé le liquide d'un malade à trois reprises différentes : il a tuberculisé aux première et troisième ponctions, tuant deux cobayes par toxicité à la période intercalaire. Il est donc certain que le liquide peut se résorber bien que des bacilles vivants se trouvent encore dans le liquide et sur la paroi pleurale. Ces bacilles seront d'ailleurs enkystés lorsque les feuillets pleuraux reviendront en contact. Et s'ils échappent à l'enkystement, ce ne sera pas surprenant de leur voir reprendre une vie nouvelle.

En effet, la période de résorption correspond plutôt à une disparition de la substance qui provoque la grande extravasation séro-fibrineuse qu'à la mort du bacille. Comment disparaît cette substance et la toxogénine? Dans l'état actuel de la question de l'immunité, la réponse la plus conforme aux idées régnantes est de dire qu'il se fait une substance neutralisante, une antitoxogénine. Certes pendant l'élaboration de la toxogénine, les bacilles de Koch sécrètent constamment la substance qui lui donne naissance, mais comme ces bacilles diminuent graduellement de nombre et surtout de virulence, il arrive un moment où leur poison est en si petite quantité, si peu actif, tellement dilué, que toutes les réactions s'effacent, plus ou moins vite d'ailleurs, selon les conditions dans lesquelles interviennent les facteurs si multiples que nous avons vus en œuvre. De là la terminaison si variable et nous pourrions dire aussi l'évolution générale si protéiforme des pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses.

En somme, il peut naître dans la plèvre, aux dépens du bacille de Koch, une toxogénine, à action

antibacillaire douteuse ou plutôt peu marquée. En effet, M. P. Courmont a signalé une action bactéricide du liquide pleural à l'égard du bacille de Koch. Cette toxogénine serait un antigène. Ceci ne doit pas surprendre. Il en est de même dans le phénomène si étudié de l'hémolyse. Le globule rouge avec ses constituants, le stroma albuminoïde et l'hémoglobine, produit une substance nouvelle que l'on appelle sensibilisatrice. Cette sensibilisatrice isolée n'a pas une action destructive directe sur le globule rouge. Il lui faut trouver une aide dans l'alexine. La sensibilisatrice est un antigène et donne naissance à une antisensibilisatrice (Bordet). Il est donc permis de supposer qu'on ne pourra dans l'organisme obtenir facilement avec le bacille de Koch, par les moyens classiques, une toxogénine active, sans que celle-ci, justement en rapport avec son degré d'activité, ne provoque la formation d'une antitoxogénine. En tout cas, la pleurésie séro-fibrineuse tend à montrer que la toxogénine est très rapidement neutralisée.

Mais je n'insiste pas aujourd'hui sur cette théorie, voulant me borner à la seule interprétation de faits très précis, qui sont les différents phénomènes de la pleuro-tuberculose séro-fibrineuse confrontés avec ceux de l'anaphylaxie (1).

MÉDECINE PRATIQUE

LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SÉRUM PHYSIOLOGIQUE ET D'EAU DE MER CHEZ LES NOURRISSONS ATTEINTS DE GASTRO-ENTÉRITE. LEUR INFLUENCE RESPECTIVE SUR LA COURBE DES POIDS ET LES RÉACTIONS DE LA MOELLE OSSEUSE.

D'après M. L. Tixier (2).

Pour étudier comparativement la valeur thérapeutique des injections sous-cutanées d'eau de mer et celle des injections de sérum physiologique, M. Tixier a recherché l'influence de ces injections sur l'état général et la courbe des poids chez dix enfants chétifs, âgés de quelques jours à cinq mois et présentant des symptômes cliniques à peu près semblables de gastro-entérite. Cinq d'entre eux, pris au hasard, reçurent de l'eau de mer en injections sous-cutanées et cinq autres du sérum physiologique; huit de ces enfants ayant succombé, l'examen de la moelle osseuse fut pratiqué dans ces cas.

Il résulte de ces recherches que l'eau de mer n'est pas nettement supérieure au sérum physiologique; les différences dans l'évolution de la courbe des poids sous l'influence des deux sérums sont très peu sensibles. Au point de vue anatomique, le sérum physiologique et le sérum marin produisent une prolifération assez intense des éléments cellulaires de la moelle osseuse : myélocytes et hématies nucléées; les réactions produites par l'eau de mer sont de même nature que celles engendrées par le sérum physiologique; la réaction myéloïde était cependant légèrement plus accentuée chez les nourrissons qui reçurent du sérum marin.

L. BABONNEIX.

(1) On trouvera l'indication bibliographique des auteurs cités, dans la thèse de L. Ramond : *Pleuro-tuberculose primitive et méningite tuberculeuse*, Th. de Paris, 1907.

(2) *Arch. de méd. des enf.*, n° 8, août 1908, p. 547.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1909)

Réunion consacrée presque entièrement à la transmission des pouvoirs, M. Oulmont succédant comme président à M. Chauffard, et à la lecture par le très distingué et très dévoué secrétaire général, M. Siredey, des notices biographiques sur les membres décédés pendant l'année.

Une seule communication de M. Chauffard avec présentation de malade, sur les **rapports du rhumatisme noueux avec la tuberculose.**

M. Chauffard ayant constaté, en expérimentant la méthode dite de l'intra-dermo-réaction par la tuberculine, que les nodules ainsi produits avaient une ressemblance frappante avec les nodules de l'érythème noueux classique, a étudié une jeune malade, d'apparence chétive, entrée dans son service pour un érythème noueux typique, présentant, avec des lésions de tuberculose d'un sommet, un rétrécissement de l'artère pulmonaire. On pratiqua chez elle l'intra-dermoréaction et chaque fois on put obtenir des nodules ayant tous les caractères des lésions habituelles de l'érythème noueux. L'aspect de ces différentes lésions était si exactement le même qu'en les examinant pour la première fois, il était impossible de les différencier.

Comme contre-épreuve on injecta à la malade de l'eau salée, et on n'obtint rien de semblable.

Cette question des rapports de l'érythème noueux et de la tuberculose est déjà ancienne, et différents auteurs s'en sont occupés; on a prouvé que des malades atteints d'érythème noueux étaient atteints en même temps de septicémie bacillaire; Landouzy et Lœderich, Gougerot et Laroche ont publié des faits semblables que l'observation de M. Chauffard vient confirmer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1908)

Kystes hydatiques du foie. — M. Cranwel, membre correspondant de Buenos-Ayres, fait une intéressante communication sur ce sujet. Il résulte des nombreux cas qu'il a eu l'occasion d'observer que, chez quelques malades, ces kystes entraînent tantôt de l'atrophie, tantôt de l'hypertrophie partielle ou totale du foie. Dans les cas d'atrophie presque totale, les malades meurent par insuffisance hépatique. M. Cranwel a quelquefois observé une cirrhose atrophique coïncidant avec les kystes. C'est là une complication grave qu'il faut connaître. Il rapporte, en détails, une observation de ce genre.

Echinococcose sous-diaphragmatique. — M. Cranwel rapporte également l'observation d'un homme de cinquante ans qui, deux ans après une chute de cheval, éprouva de vives douleurs dans le ventre. Il existait une tumeur dans l'hypocondre droit. Un ictère foncé survint, coma. La laparotomie montra qu'il s'était produit une rupture d'un kyste hydatique du foie ; le péritoine était rempli de kystes. Le malade mourut de péritonite. A l'autopsie on trouva des kystes dans la plupart des organes et de nombreuses petites tumeurs dures, adhérentes à la face inférieure du diaphragme.

M. Monod a observé deux cas analogues. Dans deux de ces cas il a eu recours aux injections de formol.

M. Routier a vu plusieurs de ces malades mourir de tuberculose.

M. Quénu fait observer qu'il faut se méfier des injections

de formol. Chez un de ces malades ces injections semblent avoir amené une anurie mortelle.

MM. Auvray, Potherat, Guinard, Villemin et Mauclaire citent des observations analogues.

Rupture de la crosse de l'aorte. — M. Demoulin a présenté, il y a quelques mois, un rapport sur une observation de la rupture de la crosse de l'aorte, qui s'était produite chez un employé de chemin de fer âgé de vingt-six ans, et qui avait été considérée par le tribunal comme un accident du travail, à la suite de l'autopsie qui avait révélé cette rupture. L'examen histologique de la pièce a été pratiqué par M. Letulle, qui va en donner connaissance.

M. Letulle a constaté chez ce jeune homme des lésions exceptionnelles. A l'endroit où s'est faite la rupture on note que les éléments normaux de la paroi du vaisseau ont disparu et qu'il y a une véritable atrophie scléreuse. Par suite de l'existence d'un petit caillot dans un point voisin de la rupture, celle-ci a dû se faire en deux temps. Par quel mécanisme a-t-elle eu lieu? La paroi artérielle, dans une assez large étendue est le siège d'une dégénérescence athéromateuse. Il y avait donc une aortite chronique qu'une seule maladie peut produire à cet âge, la syphilis héréditaire. Il y avait des lésions de péricardite chronique et, au niveau de la languette d'un poumon, une cicatrice correspondant à une ancienne sclérose atrophique. En résumé, on peut conclure que, chez ce sujet de vingt-six ans, il existait une aortite chronique d'origine syphilitique et qu'il n'était pas nécessaire d'un traumatisme pour produire la rupture du vaisseau.

M. Perier fait observer que ce fait, au point de vue de la loi sur les accidents du travail, offre une réelle importance. Un procès avait été engagé et le tribunal avait alloué une rente à la veuve en incriminant le traumatisme. L'affaire est allée ensuite en Cour d'appel et les nouveaux juges ont infirmé le premier jugement, en alléguant qu'il y avait une lésion chronique de l'aorte antérieure à l'accident.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1909)

Recherches expérimentales relatives à l'extirpation et à la destruction des capsules surrénales. — MM. Moussu et Le Play, reprenant des expériences déjà anciennes, étudient les effets de l'extirpation et de la destruction des capsules surrénales sur des carnivores et des herbivores adultes.

A la suite de l'extirpation totale, ils n'ont pas observé une survie aussi longue que celle signalée en général en pareil cas.

Si l'on ne pratique pas l'extirpation, ou si celle-ci est incomplète, il est nécessaire pour que des accidents rapidement mortels surviennent, que les connexions vasculaires de la glande soient supprimées. Des fragments d'organe, placés dans la cavité abdominale, après extirpation, n'ont pas entraîné une survie très appréciable.

Dans le cas où les connexions vasculaires subsistent avec le tissu glandulaire, la mort survient rapidement lorsque ce dernier est détruit dans ses divers éléments (substance médullaire et substance corticale), et non partiellement (substance corticale seule).

Troubles cardiaques produits par la toxine typhique pure ou combinée à d'autres toxines microbiennes. — MM. Fernand Arloing et De Lagoanère. Chez le chien les toxines du bacille d'Eberth provoquent surtout des troubles de rythme cardiaque, alors que celles du staphylocoque ont plutôt une action hypotensive et celle du streptocoque des effets respiratoires et tardivement cardiofrénateurs.

La combinaison de ces divers poisons aboutit à des intoxications associées qui ont une influence certaine sur la production plus constante des troubles cardiaques qui sont seulement exagérés.

Les toxines du streptocoque renforcent les effets de celles d'Eberth qu'elles rendent plus précoces; elles-mêmes sensibilisent l'organisme vis-à-vis du poison streptococcique. Les produits solubles du staphylocoque sont plus hypotenseurs lorsqu'ils sont donnés à un sujet ayant déjà reçu les deux autres toxines dont ils favorisent ainsi l'action.

L'injection d'un mélange des trois toxines considérées ne révèle pas l'action prédominante de l'une d'entre elles. L'action du pneumogastrique sur le cœur n'est pas sensiblement modifiée au cours de ces divers empoisonnements microbiens.

Etude d'un aspergillus pathogène nouveau : aspergillus fumigatoïdes. — MM. G. Bainier et A. Sartory décrivent une nouvelle espèce d'aspergillus pathogène présentant certaines ressemblances avec l'aspergillus fumigatus type *Fresenius*. Il en diffère néanmoins : 1° par la forme de ses spores qui sont ovales; 2° par la présence constante de penthèces contenant des asques sphériques contenant le plus souvent huit axospores; 3° par la couleur des vieilles cultures sensiblement différente des aspergillus fumigatus, Fresenius et Costantin, et Lucet. Il diffère également de l'aspergillus fumigatus à penthèce signalé par Dungeart. Il est très pathogène pour le lapin et le cobaye auxquels il communique rapidement une pseudo-tuberculose généralisée de tous les organes. Cette espèce se rapproche néanmoins beaucoup de l'aspergillus fumigatus. Les auteurs lui proposent le nom d'aspergillus fumigatoïdes. Dans un prochain travail, MM. Bainier et Sartory donneront une série de figures pour bien montrer les différences d'avec les aspergillus fumigatus décrits avant eux.

Emploi des rongeurs (lapins) pour la recherche et le dosage de l'oxyde de carbone dans les mines de houille et dans les appartements. — M. N. Gréhant, en comparant un mélange titré d'oxyde de carbone et d'air à un millième, et en le faisant respirer à un lapin pendant deux heures, a trouvé que 100 centimètres cubes de sang artériel renfermaient $4^{cc},2$ d'oxygène et $5^{cc},4$ d'oxyde de carbone, c'est-à-dire une proportion plus grande de ce dernier gaz.

Chez un lapin qui respire pendant deux heures un mélange à un dix millième d'oxyde de carbone, on trouve 1 centimètre cube de ce gaz dans 100 centimètres cubes de sang.

Ce procédé physiologique, appliqué dans les houillères ou dans les appartements, pourra donner de nombreux et intéressants résultats.

Paralysie alcoolique expérimentale par poliomyélite. — MM. Aubertin et Lhermitte ont observé chez des animaux intoxiqués lentement par l'absinthe, de la paralysie du train postérieur avec atrophie et escares. Ces faits, qui constituent les premiers exemples de paralysies alcooliques expérimentales, présentent de plus un certain intérêt au point de vue de l'interprétation des paralysies alcooliques chez l'homme. On discute en effet pour savoir s'il s'agit d'une névrite périphérique vraie ou d'une névrite consécutive à des modifications fonctionnelles ou organiques des cellules médullo-ganglionnaires.

Or dans les faits expérimentaux étudiés par les auteurs, les nerfs périphériques étaient intacts alors que les cellules de la moelle présentaient des altérations considérables, aboutissant à la disparition d'un grand nombre des éléments, avec forte prolifération névroglique. Ces lésions différaient des altérations infectieuses aiguës déjà connues en pathologie expérimentale et étaient indépendantes de toute altération vasculaire (poliomyélite toxique chronique). Les lésions cérébrales étaient beaucoup moins accentuées.

Il existe donc des paralysies alcooliques expérimentales d'origine médullaire avec intégrité des nerfs périphériques.

Mécanisme de l'action de l'atoxyl dans les trypanosomiases. — M. Levaditi. L'atoxyl agit dans les trypanosomiases après s'être transformé, au contact des organes, en un produit toxique pour les trypanosomes. Ce produit est une toxalbumine arséniée, formée par un noyau albuminoïde spécifique et propre à l'organisme, dans la constitution duquel entre l'arsenic. Il est possible d'isoler cette toxalbumine arséniée et d'en étudier les propriétés. Elle est toxique non seulement pour les trypanosomes, mais aussi pour les éléments cellulaires de l'organisme qui la fabrique aux dépens de l'atoxyl, éléments sur lesquels elle se fixe. Elle est thermolabile et sa constitution est semblable à celle des hémolysines complexes; en effet, le noyau albumineux sert à la fixation de l'arsenic sur les cellules, tout comme l'ambocepteur sert à fixer le complément sur les hématies. Ces données expliquent d'une part le mécanisme de l'atoxyl-résistance, et d'autre part le fait qu'une race de trypanosomes atoxyl-résistants chez une espèce animale, ne l'est plus chez une autre espèce.

Un nouveau micrococcus. — MM. Clerc et Sartory font l'étude biologique d'un micrococcus rose, trouvé dans l'intérieur d'une algue marine. Ce microbe, bien que ne liquéfiant pas la gélatine, doit être rattaché au groupe du micrococcus cinnabareus. Sur bloc de sel, les auteurs ont pu obtenir des cultures peu abondantes.

VARIÉTÉS

LE ROLE DES MOUSTIQUES DANS LA CONTAGION DU PALUDISME PRESSENTI DÈS 1754.

Par M. Bonnette,
Médecin-major, lauréat de l'Institut.

On sait que les troupes royales et impériales redoutaient tout particulièrement le séjour de l'île Walcheren, en Hollande, de Rochefort, de la Sologne, des Dombes, en France, et des marais de Mantoue, en Italie, à cause des fièvres palustres qui les anémiaient et les décimaient.

« Ne placez point des troupes dans les endroits malsains », écrivait Napoléon à ses lieutenants. « Je vous recommande par dessus tout la santé des troupes. Si on les place mal, l'armée se réduit à rien. Voyez ce que nous coûtent Walcheren et Mantoue. »

Dans cette dernière ville, il existait encore un autre danger pour les armées de la liberté, c'était le péril vénérien, car « les femmes y étaient belles et pas cruelles, mais quand elles vous faisaient un cadeau, on s'en souvenait longtemps ».

Dès 1754, de Meyserey, dans sa *Médecine d'armée*, pressentait la cause de l'insalubrité de ces régions :

« L'air qu'on respire aux environs du lac de Mantoue, écrivait-il, est extrêmement funeste pendant les mois de juin, juillet, août, septembre et octobre, à la garnison de la place, surtout dans les années chaudes, parce que la corruption et l'évaporation des eaux y sont alors beaucoup plus considérables et plus dangereuses que dans un temps froid et même tempéré. Ce pays est encore sujet à un autre inconvénient : l'air est rempli d'une *quantité prodigieuse de moucherons et de cousins* dont les piqûres ou les morsures rendent la peau rouge et boutonnée, y causent de grandes démangeaisons, accompagnées de quelques douleurs, d'où naissent des inquiétudes et des insomnies capables de fatiguer les corps même les plus robustes et *d'exciter la fièvre*. On peut se garantir de ces accidents par le secours des *cousinières*, si on a l'occasion et le moyen de s'en procurer et, à leur défaut, on doit se couvrir avec un linge ou autrement la plus grande partie du visage et les mains, surtout quand on veut dormir au grand air, ou dans les appartements ou sous une tente mal fermés. »

Cet illustre ancêtre du corps de santé militaire avait donc pressenti, dès le XVIIIe siècle, le rôle fâcheux des moustiques qui, en suçant le sang d'impaludés, se font les convoyeurs et les inoculateurs des hématozoaires, que le médecin-major Laveran a découverts, il y a vingt ans, à l'hôpital militaire de Constantine.

LIVRES NOUVEAUX

Le Régime alimentaire des malades (1). Considérations pratiques sur les aliments et les boissons diététiques et sur l'hygiène de l'alimentation, par le docteur Paul Cornet.

Voilà un excellent ouvrage qui rend des services considérables aux médecins, puisque nous sommes devenus à l'heure actuelle, les conseillers intimes de la cuisine.

Le docteur Paul Cornet, dont on connaît la compétence en matière de diététique, n'a pas voulu faire œuvre théorique ; et d'autre part il n'a pas eu l'intention d'écrire un livre de cuisine. « Les formules que nous donnons ou reproduisons, dit-il, ne sont que des indications que les personnes préposées à l'alimentation des malades se chargeront d'exécuter. De même nos régimes diététiques sont plutôt des schémas auxquels nous avons essayé de conserver leur caractère de permanence, en laissant au médecin le soin de varier, d'adopter, de doser, suivant les cas particuliers. »

Un ouvrage de ce genre ne s'analyse pas. On en étudie la disposition générale, et on le consulte quand on a besoin de lui, ce qui ne laisse pas que d'arriver fréquemment. La façon claire et nette dont il est édité facilite d'ailleurs les recherches, et achève de faire de ce livre pratique un excellent recueil de documents. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les tumeurs du sein (1), par V. Cornil, professeur à la Faculté de médecine.

Cette œuvre est la dernière à laquelle le célèbre anatomo-pathologiste ait consacré ses soins, il avait toujours eu une prédilection particulière pour cette question et il a voulu nous laisser condensé en un volume tout le fruit de son expérience sur les tumeurs du sein.

Il a non seulement étudié les néoplasmes dans l'espèce humaine, mais il a réuni encore tous les documents qu'il possédait sur les animaux dont la pathologie est assez voisine de celle de la femme.

M. Cornil, après avoir exposé l'anatomie normale de la mamelle, indique comment on doit examiner à l'œil nu ses tumeurs et quelles sont les parties qu'on doit prélever pour le microscope.

Dans une seconde partie, il passe en revue successivement la mastite chronique, les tumeurs du mamelon, les tumeurs bénignes du sein, les lipomes, chondromes, ostéomes.

Les cancers du sein avec ses différentes variétés : sarcomes épithéliomas papillaires à cellules cylindriques, acineux, muqueux, colloïdes, sont l'objet d'une étude minutieuse.

L'ouvrage se termine par un chapitre très intéressant sur l'incurabilité du cancer.

Ce livre illustré de très nombreuses figures sera lu avec le plus grand profit aussi bien par les pathologistes que par les chirurgiens, car autant les tumeurs du sein sont variées, autant il est délicat et important d'en préciser le diagnostic, même si on est familiarisé avec l'anatomie pathologique.

ÉTIENNE LE SOURD.

(1) In-8 de 484 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Steinheil.
(1) Paris, Félix Alcan.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Des divers médicaments employés dans l'épilepsie, chez l'enfant comme chez l'adulte, il ne faut retenir que ceux qui sont vraiment utiles : les bromures, et en particulier celui qui est le plus fréquemment employé, le bromure de potassium.

Les doses quotidiennes pour les enfants de quatre à cinq ans sont de 2, 3, 4 grammes de bromure; à partir de dix ans on peut presque donner les doses de l'adulte; la dose suffisante sera atteinte lorsque le réflexe pharyngien sera supprimé. Une fois que le traitement bromuré est commencé, il ne faut l'interrompre sous aucun prétexte, sauf en cas de bromisme aigu ou de maladie aiguë grave : *le bromure est un aliment pour l'épileptique*, disait A. Voisin; il faut le continuer même lorsqu'il y a amélioration, même lorsqu'il y a guérison, sans cela le malade « se rattrape », comme le disait familièrement Legrand du Saulle, il « liquide son arriéré » et peut mourir en quelques heures en état de mal. Le bromure a réellement une action utile; même s'il ne guérit pas il espace les accès encore assez souvent.

Le bromure de potassium doit être chimiquement pur, on emploiera donc le sirop de Henry Mure que les enfants prennent volontiers. On l'administrera au commencement du repas. Se rappeler qu'il est titré à 2 grammes de sel par cuillerée à soupe et 50 centigrammes par cuillerée à café.

CONGRÈS

CONGRÈS D'HYDROLOGIE, CLIMATOLOGIE ET PHYSIOTHÉRAPIE (Alger, 4-10 avril 1909). — Le secrétariat général a élaboré un programme d'excursions extrêmement complet. Ces excursions sont classées en trois catégories suivant les loisirs dont disposeront les congressistes :

I. Avant le Congrès, 1° excursion à Oran, le Sud oranais, Figuig; 2° à Tlemcen.

II. Pendant le Congrès, Haumam R'hira, Cherchell, Blida, les gorges de la Chiffa, la Kabylie, l'oasis de Bou-Saada.

III. Après le Congrès, Biskra, Timgad, Constantine, la Tunisie.

Demander le programme complet au secrétariat général : docteur L. Raynaud, 7, place de la République, Alger.

Le Comité a pensé à organiser une exposition des objets et appareils ayant des rapports avec les sciences traitées dans le Congrès. Un certain nombre de stations hydrominérales ont déjà envoyé leur adhésion.

L'Exposition se tiendra dans un local, à proximité des séances du Congrès; elle pourra comprendre des planches, gravures, photographies, dessins, graphiques, brochures, indiquant l'importance de la station, ses avantages, le chiffre de ses visiteurs, des bouteilles d'eau expédiées, etc., des appareils de physico-thérapie, des plans en relief.

Une buvette, où seront délivrées les eaux minérales représentées au Congrès, sera ouverte aux congressistes, et le public sera admis à l'Exposition pendant les derniers jours.

Il ne sera pas fixé de conditions pour l'espace que pourront occuper les objets exposés; l'emplacement nécessaire sera largement aménagé; les exposants s'inscriront seulement comme membres associés du Congrès et détermineront eux-mêmes la subvention qu'ils croiront devoir donner au Comité d'organisation, proportionnellement à l'importance de leur exposition.

Les demandes de renseignements devront être adressées à M. Hérail, professeur à l'Ecole de médecine, 14, rue d'El-Biar, Alger, ou au secrétariat général du Congrès.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 28 nov. 1908.) J. BRŒCKAERT : Contribution à l'étude des kystes prélaryngiens. — BORDET : Etiologie de la coqueluche. Etat actuel de la question. — HERMAN : Sur la pénétration du bacille tuberculeux à travers la paroi intestinale. — LAUWERS : Deux cas d'obstruction de la cavité péritonéale par du tissu cellulaire lâche; — Résultats et indications de la gastro-entérostomie dans le cancer de l'estomac. — DULIÈRE : A propos de médicaments secrets.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 12, déc. 1908.) DARRÉ : Les symptômes cutanés de la trypanosomiase humaine. — TEREBINSKY : Contribution à l'étude de la structure histologique de la peau chez les singes. — G. THIBIERGE : Deux cas de gangrène cutanée, consécutifs l'un à une injection sous-cutanée de benzoate de mercure, l'autre à une injection sous-cutanée d'huile grise.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Janv. 1909.) VIBERT : Des témoignages en justice. — J. CHATIN : Vente des huîtres. — J. SIMONIN : Les dégénérés dans l'armée. — THOINOT-CHASSEVANT et BALTHAZARD : Suspicion d'empoisonnement par les chaussures. — REILLE : Le premier Congrès international du froid.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 252, 25 déc. 1908.) TRIBONDEAU et LAFARGUE : De l'emploi des rayons X dans la région oculaire. — Stéphane LEDUC : Etudes d'électro-psycho-physiologie. — Th. NOGIER : Electrode dynamométrique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 12, déc. 1908.) RAOUL : Le diagnostic précoce de la scarlatine. — BOUCABEILLE : Sur trois cas de syphilis à localisation peu fréquente. — MAFFRE : Ecrasement du poumon, mort après vingt jours par hémorragie pulmonaire sans lésions du squelette. — VINCENT : Les méthodes de vaccination antityphoïdique, leur emploi dans l'armée.

Archives de médecine navale. — (N° 12, déc. 1908.) NOLLET : Etude hygiénique sur le cuirassé *République*. — DONNARD : Etude hygiénique du croiseur-cuirassé *Victor-Hugo* (*fin*). — ETOURNEAU : Une page d'hygiène professionnelle. — DARGEIN : Le rein polykystique de l'adulte. — BELLILLE : Explosion d'un collecteur à vapeur à bord du *Descartes*. Six décès. — COROLLEUR : Trois abcès du foie ouverts dans le péricarde. — COLOMB : Ponction lombaire dans un traumatisme du crâne, guérison.

Archives médico-chirurgicales du Poitou. — (N° 12, 15 déc. 1908.) MARTINEAU : Un cas de mutisme. — MORICHAU-BEAUCHANT : La diathèse angio-neurotique. — GAUDICHARD : Note sur un nouveau procédé d'enrobage des pilules devant se dissocier dans l'intestin grêle.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 déc. 1908.) LONDE : La méthode préventive en thérapeutique. — (15 déc.) A. ROBIN : Traitement des anévrismes de l'aorte. — (23 déc.) A. ROBIN : Traitement de l'adénite tuberculeuse.

Bulletin médical. — (N° 99, 15 déc. 1908.) A. PINARD : Eloge de Tarnier. — (N° 100, 19 déc.) E. BARIÉ : La dyspnée chez les cardiaques. — RENAUT (de Lyon) : L'opothérapie dans l'imperméabilité rénale de cause brightique. — (N° 101, 23 déc.) DIEULAFÉ et GILLES : Sur la pathogénie de l'hydramnios et de l'oligo-amnios. — P. LE GENDRE : La question des purgatifs. — (N° 102, 30 déc.) LE GENDRE : La question des purgatifs (*suite et fin.*)

Medical Record. — (Vol. LXXIV, n° 5, 1er août 1908.) Harry Atwood FOWLER : Calculs autochtones de l'urètre, relation d'un cas. — William H. DUKEMAN : Technique chirurgicale sans emploi d'antiseptiques ; quarante et un cas consécutifs d'opérations abdominales suivies de succès. — Charles G. POLK : L'épilepsie dans la pratique privée ; l'épilepsie de cause réflexe. — (N° 6, 8 août.) R. G. ECCLES : Darwinisme et diabète. — Mary L. H. Arnold SNOW : La vibration mécanique dans le traitement de la constipation et de certaines affections pelviennes. — Harry BRITENSTOOL : L'emploi des vaccins bactériens. — (N° 7, 15 août.) P. T. O'CONNOR : Traitement chirurgical de l'empyème. — Willy MEYER : Perfectionnement de l'anesthésie générale basée sur le principe de l'adaptation du point d'ébullition de l'anesthésique à la température du corps. — Eugène H. EISING : Amputation dans la gangrène diabétique. — (N° 8, 22 août.) W. E. CASSELBERRY : Paralysies du larynx. Diagnostic et traitement. — G. R. CRUIHSHANK : Traitement médical de l'appendicite. — Charles Greene CUMSTON : Le mariage au point de vue médical. — B. S. TALMEY : Notes sur la stérilité chez la femme. — (N° 9, 29 août.) J. C. PERRY : La peste : son mode de dissémination. — Edward Milton FOOTE : Diagnostic précoce du carcinome de l'anse sigmoïde. — H. BEECKMAN : Quatre cas d'ulcères perforants du tube digestif. — (N° 10, 5 sept.) W. Edward MAGRUDER : Hernie ombilicale congénitale ; une observation. — J. Mc FADDEN GASTON : Cas d'occlusion intestinale simulant l'appendicite. — Martin L. BODKIN : La sigmoïdite. — Charles J. DOUGLAS : Traitement du morphinisme par la méthode narcotique. — (N° 11, 12 sept.) Edward W. PETERSON : Remarques sur l'occlusion intestinale aiguë et en particulier sur l'intersusception. — Milton R. BARKER : La motilité anormale de l'estomac comme élément de diagnostic dans les lésions gastriques. — J. Philip KANOKY : Le lupus érythémateux. — Henry R. LESSER : Kératoplastie. — (N° 12, 19 sept.) L. L. HILL : Blessures du cœur : conclusions à propos de trois observations. — Andrew J. Mc COSH : Observations sur le traitement du goitre exophtalmique. — Williams B. CADWALABER : Poliomyélite antérieure aiguë. Etude pathologique de trois cas. — Walther S. REYNOLDS : Quelques observations sur la longueur de l'urètre. — (N° 13, 29 sept.) W. Sohier BRYANT : Tuberculose de l'oreille. — Margaret A. CLEAVES : Les rayons chimiques facteurs de vie et d'énergie. Leur mode d'action et leurs usages thérapeutiques. — A. Ernest GALLAINT : Vaginó-ureterostomie apres néphrectomie pour pyonéphrose. — (N° 14, 3 oct.) Henry KOPLIK : La sérothérapie et le pronostic dans les diverses formes de méningite cérébro-spinale. — W. E. DECKS : La pneumonie dans l'isthme de Panama. — Paul H. RINGER : Tuberculose précoce et malaria ; leur diagnostic différentiel. — A. J. DAVIDSON : Exostoses gonococciques du calcaneum ; relation d'un cas compliqué de métatarsalgie. — (N° 15, 10 oct.) Wendel C. PHILIPS : L'état actuel de l'opération radicale de la mastoïdite dans le traitement de l'otite moyenne purulente chronique. — C. T. NESBITT : Contribution à l'étude des états diathésiques. — Leroy S. PETERS : Traitement de l'anémie secondaire de la tuberculose par des injections hypodermiques de fer. — (N° 16, 17 oct.) Dudley ROBERTS : Diagnostic de l'ulcère peptique. — J. Madison TAYLOR : Traitement rationnel de la splanchnoptose ; déplacement des viscères thoraciques et abdominaux. — J. N. HALL : Abcès du poumon par infection ascendante provenant d'une appendicite. — Wilbur WARD : Anastomose vasculaire obtenue au moyen de tubes de caoutchouc. — (N° 17, 24 oct.) N. Gilbert SEYMOUR : Quelques traits de la croisade antituberculeuse actuelle à New-York. — Ira S. WILE : Interprétation des examens de sang. — Abr. L. WOLBARST : Contribution à l'étude de la prophylaxie de la syphilis par la pommade au calomel. — (N° 18, 31 oct.) George M. GOULD : Le mythe et le mystère de la maladie de Ménière. — Richard Ward WESTBROOK : Quels sont les facteurs nécessaires, en plus de l'asepsie, pour assurer la réunion d'une plaie par première intention. — V. G. HEISER : Notes préliminaires sur un cas de lèpre paraissant guérie au moyen des rayons X. — (N° 19, 7 nov.) Frank de Witt REESE : Traitement opératoire et non opératoire des fibromes de l'utérus. — Alfred WIENER : Otite moyenne chronique purulente. — Geo Herbert WILLIAMS : Fracture et luxation de la sixième vertèbre cervicale chez un homme de soixante ans. Guérison. — (N° 20, 14 nov.) George Knowles SWINBURNE : Observations sur le sérum antigonococcique Rogers-Torrey. — Wur. N. BERKELEY : Quelques notes sur le traitement médical des inflammations des voies biliaires. — Isaac LEVIN : Synovite du genou comme manifestation tardive de la syphilis acquise. — Warren Philo ELMER : Action et dosage de la phénolphtaléine. — (N° 21, 21 nov.) Willy MEYER : Possibilité d'éviter les cicatrices apparentes dans les ganglions tuberculeux ramollis de la région cervicale. — BEECKMAN-DELATOUR : Endothélium de la plèvre. — C. W. TRUCHEART : Trois cas très rares d'appendicite. — (N° 22, 28 nov.) John ANDERSON : Différenciation du mode de début de la fièvre typhoïde suivant son origine ; infection par l'eau, le lait, les mouches et contact direct. — Albert H. BUCK : Impressions recueillies à la suite d'une visite aux sources chaudes de Virginie. — H. W. BETTMANN : Cholécystite ; la prophylaxie des calculs biliaires. — L. S. MANSON : Un cas de syringomyélie ; possibilité de sa relation avec une méningite cérébro-spinale datant de dix-huit ans.

Semaine gynécologique. — (N° 48, 1er déc. 1908.) PICHEVIN : De la colpotomie. — (N° 49, 8 déc.) PICHEVIN : De l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus.

Semaine médicale. — (N° 48, 25 nov. 1908.) LHERMITTE : De la valeur du phénomène de « l'opposition complémentaire » comme moyen de diagnostic, entre les hémiplégies organiques et les hémiplégies fonctionnelles. — (N° 49, 2 déc.) CHEINISSE : La gastrite phlegmoneuse. — (N° 50, 9 déc.) R. DE SOVIS : La théorie placentaire de l'éclampsie puerpérale.

Tribune médicale. — (N° 48, 28 nov. 1908.) J. REVEL : Contribution à l'étude de la tuberculose inflammatoire. — (N° 49, 5 déc.) BRISSAUD, GOUGERET et GY : Diagnostic rétrospectif de sporotrichose fait par la clinique, contrôlé par la sporo-agglutination et la fixation, affirmé par la culture de sporotrichum Beurmanni, reste saprophyte dans le bucco-pharynx. — (N° 50, 12 déc.) William OSLER : Endocardites infectieuses chroniques.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 22, 30 nov. 1908.) CONSTANT : Un cas d'insuffisance mitrale passagère due à l'urémie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 11 janvier 1909 : MM. Gauchery, 9 ; Donzelot, 10 ; Larcher, 8 ; Prost, 9 ; Caudrelier, 12 ; Lévy (Pierre), 11 ; Castex, 9 ; Maréchal, 11.

Anatomie. — Séance du 12 janvier : MM. Desplas, 9 ; Chichmanian et Crétaux, 8 ; Mlle Neveux, 11 ; MM. Le Savoureux, 5 ; Lévy (Georges), 8 ; Lechevallier, 10 ; Toulant, 9 ; Delagenière, 7.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 14 janvier, à huit heures du matin.

— MÉDAILLE D'OR (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS). — Le jury du concours se compose de MM. Quénu, Auvray, Pozzi, Demoulin et Tissier.

Les candidats inscrits sont MM. Bodolec, Planson, Dupont, Hautefort, Caraven, Lemeland.

(MÉDECINE). — Le jury du concours se compose de MM. Barth, Tapret, Claude, Babinski, Guinon.

Les candidats inscrits sont MM. du Castel, Milhit, Giroux. Descomps, Sezary, Monier-Vinard, Harvier, Aynaud, Feuillié, Abrami, Bory, Lian, Brulé, Faroy, Boudon, Gy, Vincent, Clunet.

— FONDATION BREZIN. — Le jury du concours pour la place vacante de médecin de la fondation Brezin, à Garches, se compose de MM. Rist, Laffitte, Letulle, Blum et Morestin.

Les candidats inscrits sont MM. Estrada, Byasson, Brisoy, Burgaud, Jacquemin, Peyron, Bonzon, Rolet, Huguet.

ANNULATION DES OPÉRATIONS DU CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ A L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le ministre de l'Instruction publique...,

« Considérant :

Que 147 candidats se sont inscrits pour prendre part à ce concours;

Que le 21 décembre, jour de l'ouverture du concours, des troubles graves ont eu lieu à l'extérieur et à l'intérieur de la Faculté de médecine, que la cour a été envahie, que la police a dû être requise pour la faire évacuer, et que ces violences avaient pour but d'entraver les opérations du concours ;

Que dans la salle même où siégeait le jury, des désordres se sont produits, que les manifestants ont tenté d'empêcher les candidats de répondre à l'appel de leur nom, qu'ils ont proféré à leur adresse des injures et des menaces, que malgré l'intervention de la police, l'appel n'a pu être fait intégralement, que la séance a dû être suspendue et renvoyée au lendemain;

Que le 24 décembre, jour où avait lieu la composition écrite, le président du jury, usant des pouvoirs qui lui sont conférés par l'article 11 de l'arrêté du 16 novembre 1874, a été obligé, pour assurer l'ordre, de requérir et de maintenir dans la salle cinquante-deux inspecteurs de police;

Que, néanmoins, le jury a constaté que des tentatives d'intimidation ont été exercées par des candidats sur d'autres candidats pour les empêcher de composer ;

Que, malgré la vigilance du jury et les mesures prises par le président pour sauvegarder la régularité des opérations, sur 127 candidats qui avaient répondu à l'appel, 28 seulement ont remis des compositions;

Que, en raison de ces troubles, le ministre a été obligé, par décision en date du 25 décembre 1908, d'interrompre les opérations du concours,

Considérant :

Qu'il résulte des procès-verbaux signés par le président et les membres du jury et ci-dessus résumés que les premières opérations du concours se sont effectuées dans des conditions anormales ;

Que des violences matérielles, d'une part, des menaces, des injures, des actes d'intimidation, d'autre part, ont eu pour objet d'amener les candidats à renoncer à ce concours ;

Que ces actes matériels et cette contrainte morale ont eu pour conséquence d'empêcher que les épreuves eussent lieu, même en ce qui concerne les candidats qui ont remis des copies, avec les garanties de liberté et de sincérité indispensables,

Arrête :

Les opérations du concours d'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine, qui ont commencé le 21 décembre 1908 et qui ont été interrompues par la décision ministérielle du 25 du même mois, sont annulées. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décision du ministre de l'Instruction publique, en date du 11 janvier 1909, les élèves de première et deuxième années seront admis, à partir du 15 janvier, à suivre les cours et exercices pratiques de la Faculté de médecine.

Le ministre autorisera, en outre, à partir du 1er mars (date fixée pour la réouverture de la Faculté), les élèves de première et deuxième années à prendre cumulativement l'inscription de janvier avec celle de mars, « s'il ne se produit aucun manquement à la discipline ou à l'ordre scolaire ».

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

TRAITEMENT DE L'ÉPITHÉLIOMA DE LA PEAU

ET DES MUQUEUSES DERMO-PAPILLAIRES

PAR LES APPLICATIONS DE RADIUM

Par le professeur GAUCHER (1).

Depuis une année environ, je suis les effets des applications du radium au traitement des épithéliomas de la peau et des muqueuses que le docteur Dominici exécute dans mon service de l'hôpital Saint-Louis avec les appareils que M. Armet de l'Isle a mis à notre disposition avec la plus extrême obligeance. C'est grâce à l'amitié de M. Dominici et à la générosité de M. Armet de l'Isle que je puis soigner les malades pauvres qui se présentent à ma consultation.

Avant de vous exposer les résultats de ces recherches thérapeutiques, je rappellerai les conditions dans lesquelles fut découvert le radium, la façon dont on l'extrait de certains minerais, enfin les propriétés physiques d'où dépend son action curative à l'égard de divers processus morbides d'ordre inflammatoire ou néoplasique.

Découverte du radium, ses propriétés physiques. — C'est en 1900 que M. et Mme Curie isolèrent le radium, quelques années après l'époque où M. H. Becquerel avait trouvé la radioactivité de l'uranium, propriété extraordinaire qui consiste en la *production spontanée d'un rayonnement à la fois continu et constant.*

Cette propriété, le radium la possède à un degré beaucoup plus élevé que l'uranium et tel que l'intensité du rayonnement du radium, autrement dit son activité, est 2.000.000 de fois supérieure à celle de l'uranium.

En étudiant, après la découverte de M. H. Becquerel, la radioactivité de différents minerais, Mme Curie s'aperçut que la pechblende qui est un minerai impur d'oxyde d'uranium, était quatre fois plus active que l'uranium métallique.

Elle en conclut que ce minerai devait renfermer des principes de radioactivité supérieurs à ceux de l'uranium.

La justesse de cette induction fut démontrée par la découverte de corps radioactifs, parmi lesquels figure le radium, dont je vais très brièvement signaler les propriétés physiques, après avoir dit quelques mots de ses procédés de fabrication.

Préparation des sels de radium. — Le radium s'extrait de différents minerais lourds, tels que la carnotite, l'autunite et enfin la pechblende qui est constituée par de l'oxyde d'uranium et une gangue complexe formée de vanadium, de molybdène, de silice, d'arsenic, de soufre, d'oxyde de plomb, de manganèse de nickel, etc., etc.

Cette gangue contient en proportions notables des corps radioactifs qui sont l'uranium, l'actinium, le polonium.

Pour extraire le radium, on commence par enlever au résidu ou extrait un mélange de bromure de radium et de bromure de baryum, dont on sépare graduellement le sel de radium par une série de fractionnements. En définitive une tonne de pechblende fournit de 5 à 30 centigrammes au maximum du précieux produit (bromure de radium) que l'on peut transformer à volonté en chlorure, en carbonate ou en sulfate de radium.

Le centigramme de sel de radium coûte 4.000 fr. ce qui élève à 400.000 francs le prix d'un gramme du sel ainsi obtenu.

Caractères des sels de radium. — Les sels de radium apparaissent sous la forme d'une poudre qui, à première vue, ressemble aussi bien à du chlorure de sodium qu'à tout autre sel pulvérulent de couleur blanche.

Toutefois, les propriétés particulières de ce corps se manifestent de façon à attirer l'attention en dehors de toute recherche spéciale : placé dans des ampoules de verre scellées, il en colore rapidement la paroi de violet ; dans l'obscurité, il est lumineux à la façon des substances phosphorescentes.

Une étude plus approfondie des sels de radium a démontré, entre autres faits importants, qu'ils étaient radioactifs et produisaient une sorte de gaz spécial, l'émanation, laquelle confère aux substances qui se trouvent à son contact une radioactivité induite et temporaire.

Je laisserai de côté l'histoire de l'émanation pour ne m'occuper que de la radioactivité qui nous importe seule car c'est par le rayonnement du radium qu'ont été soignés les épithéliomas dont je vais exposer le traitement après vous avoir expliqué les caractères du rayonnement du radium.

Rayonnement du radium. — Le rayonnement du radium est triple et se compose de rayons dits α, β et γ, que l'on peut ranger en deux groupes constitués, l'un par les α et les β, l'autre par les γ.

Les α et les β sont des rayons corpusculaires, c'est-à-dire formés par la projection de particules matérielles électrisées : les particules constituant les α sont chargées d'électricité positive, celles qui constituent les β sont chargées d'électricité négative.

Les γ sont des *rayons vibratoires* consistant en la propagation d'un ébranlement de l'éther causé par la production des rayons α et β, laquelle résulte de la désintégration des atomes du radium.

Les rayons γ ont été assimilés aux rayons X, dont ils *diffèrent pour la majorité d'entre eux, par une plus grande puissance de pénétration*, et on les a comparés à des rayons X produits par une ampoule infiniment dure.

Si l'on classe les rayons par ordre de pénétrabilité on placera en tête les γ, en queue les α, les moins pénétrants de tous ; entre les α et les β, s'échelonneront des β mous, ou peu pénétrants, des β dits durs, ou très pénétrants, et enfin des β dits intermédiaires.

Quelle que soit la dissemblance qui sépare ces divers rayons, ils n'en ont pas moins une propriété

(1) Leçon recueillie par M. Giroux, interne du service.

commune, qui est d'ioniser l'air, et par conséquent de le rendre conducteur d'électricité.

Par ce fait même, les rayons α, β et γ ont la propriété de décharger les corps électrisés. Or la rapidité de la décharge est proportionnelle à l'ionisation de l'air, laquelle est elle-même proportionnelle à l'intensité du rayonnement. Il en résulte la possibilité de mesurer d'une façon rigoureusement précise l'intensité du rayonnement du radium par la rapidité de décharge de l'électroscope ou de l'électromètre.

L'activité du radium, c'est-à-dire l'intensité de son rayonnement, s'évalue soit directement en unités électriques, soit relativement à l'activité de l'uranium prise comme unité.

Je vous ai déjà dit que l'activité du radium était deux millions de fois supérieure à celle de l'uranium, mais il s'agit là de l'activité globale.

Or il est possible de mesurer d'une façon précise l'intensité respective des rayonnements α, β et γ.

Le principe de cette dernière mesure est basé sur l'emploi méthodique de divers écrans qui permettent d'absorber successivement les α, puis une fraction des β, puis une fraction des γ eux-mêmes.

Ainsi une lame d'aluminium de 4/100 de millimètres arrête tous les α. Si on défalque de l'activité totale ce qui reste de l'activité, on a celle des α.

Ces méthodes de mesure s'appliquent naturellement aux divers appareils qui constituent l'outillage radiumthérapique.

Outillage radiumthérapique. — L'outillage radiumthérapique comprend deux sortes d'appareils principaux qui sont :

1° Les appareils à sels collés;

2° Les appareils à sels libres.

Les *appareils à sels collés* sont ainsi dénommés parce qu'ils sont constitués par des supports de métal ou de toile, à la surface desquels un sel de radium pulvérisé est étalé et maintenu au moyen d'une substance adhésive qui est ordinairement le vernis de Danne.

Le radium, bromure, carbonate ou surtout sulfate, est pur ou mélangé, suivant des proportions variables, à un sel inerte, bromure, carbonate ou sulfate de baryum.

Les supports métalliques sont découpés en forme de disques, de lames quadrilatères, de boules, d'oves, de cylindres courts et allongés, de spatules lamelliformes, etc., suivant la conformation des régions auxquelles on désire les appliquer. On peut les apposer à des surfaces planes ou convexes, les enfoncer dans des cavités cylindriques comme celle du conduit auditif externe, les insinuer entre la paupière et le globe oculaire, etc.

Quant aux supports de toile, ils sont assez malléables et se laissent incurver dans une certaine mesure, de telle façon qu'il est possible de les adapter à des surfaces planes, concaves ou convexes.

Les *appareils à sels libres* sont des tubes ou des ampoules de verre contenant un sel de radium pur ou mélangé en certaines proportions à un sel de baryum.

Désignation des appareils. — Pour désigner un appareil, il ne suffit pas de savoir qu'il est à sels collés ou à sels libres.

En ce qui concerne la désignation des appareils à sels collés sur métal ou sur toile, on doit connaître :

1° La surface sur laquelle est étendue le sel de radium;

2° Le poids de ce sel;

3° Son activité théorique et effective.

Ainsi, un appareil formé par une lame métallique ou une toile quadrilatère de deux centimètres de côté, supportant un centigramme de sulfate de radium pur, est désigné comme il suit :

Appareil :	S (surface)..	4 cent. carrés.
	P (poids)....	1 centigr.
	A (activité)..	2.000.000.

Mais il s'agit en l'espèce d'un appareil à sel de radium pur. Or, dans la règle, le sel de radium est mélangé suivant diverses proportions à un sel de baryum, et l'on admet que l'intensité du mélange radium-baryum est divisée par le chiffre qui exprime les proportions respectives du radium et du baryum.

Ainsi, les appareils les plus communément utilisés dans le traitement des épithéliomas sont des appareils dits d'activité 500.000, parce que la poudre radifère est un mélange d'une partie de sel de radium pur et de trois parties de sel de baryum.

Empressons-nous d'ajouter qu'il s'agit ici de l'activité théorique et non de l'activité réelle, laquelle peut être modifiée par diverses causes qui sont : l'absorption d'une partie du rayonnement par le vernis qui contient les grains de radium, la superposition de ceux-ci, etc.

La différence est sensible entre l'activité des appareils à sels collés sur métal et celle des appareils à sels collés sur toile.

Les grains de radium des premiers appareils sont complètement enrobés dans la pâte adhésive qui les unit à leur support métallique, tandis que les grains de radium des seconds appareils font saillie à la surface de la couche de vernis qui les unit à la toile sous-jacente.

Il en résulte que l'activité des premiers appareils est moins considérable que celle des seconds à égalité de surface de répartition et de poids de sel de radium pur, parce que le vernis absorbe une partie du rayonnement.

Parmi les appareils à sels libres utilisés à la policlinique, pour le traitement des épithéliomas, il en est un qui rend les plus grands services. C'est une ampoule de verre cylindrique contenant 9 centigrammes de sel de radium pur. Cette ampoule est elle-même placée dans un étui d'argent de 1 millimètre d'épaisseur, dispositif qui permet d'utiliser le rayonnement suivant la méthode de filtrage Dominici, dont je vais exposer les principes et les applications en parlant des modes d'utilisation des appareils radifères.

Application des appareils radifères au traitement de l'épithélioma. — L'application des appareils radifères au traitement des épithéliomas s'exécute de deux façons :

1° En utilisant le rayonnement tel qu'il est fourni

par les appareils, ou après lui avoir fait subir un filtrage qui laisse persister sinon les α, au moins une grande partie des β et, naturellement, les γ;

2° En filtrant le rayonnement de manière à supprimer les α, la presque totalité des β et la fraction la moins pénétrante des γ.

C'est là la méthode de Dominici, que celui-ci appelle la méthode du *rayonnement ultra-pénétrant*.

Ces deux méthodes comportent des règles communes qui ont trait à la protection des tissus sains contre le rayonnement, et à l'asepsie des parties malades.

Pour protéger les tissus sains avoisinant les tumeurs contre le rayonnement des appareils, on utilise des lames de plomb que l'on recouvre de tarlatane. Quant à l'asepsie des parties malades, elle est nécessaire pour éviter l'érysipèle ou la lymphangite, et se réduit à des soins de propreté sur lesquels je n'ai pas à insister.

Méthode du rayonnement composite. — La *première méthode* peut être appelée méthode du *rayonnement composite*, puisqu'elle met en jeu, soit la totalité, soit la plus grande partie des divers rayonnements effectifs des appareils.

Dans le premier cas, on utilise ceux-ci sans interposition d'écrans, exception faite d'une gaine de baudruche de très faible épaisseur, destinée à protéger les appareils contre les liquides organiques;

Dans le second cas, on filtre le rayonnement d'une façon partielle, au moyen de substances relativement peu absorbantes, telles que la baudruche, le caoutchouc, l'ouate, la tarlatane, l'aluminium qui, de tous les métaux, est un des plus perméables au rayonnement, parce qu'il est l'un des moins denses.

L'utilisation des appareils suivant le premier procédé, s'effectue, elle-même, de deux manières, consistant l'une à éviter les escarres massives, l'autre à en déterminer la production.

La première méthode, dont M. Danlos a préconisé l'emploi, consiste à placer les appareils radifères sur les tumeurs, pendant un temps très court, dix minutes, par exemple, en répétant très fréquemment les applications. On peut obtenir ainsi la régression des tissus néoplasiques, sans provoquer d'escarre ni de radium dermite.

A vrai dire, ce procédé, excellent, ne s'applique qu'à des épithéliomas de petites dimensions, très sensibles au rayonnement. La durée du traitement est extrêmement longue, et certains cancers résistent à son action.

La méthode destructive, dont MM. Wickham et Degrais ont tiré un excellent parti, consiste à disposer à la surface des tumeurs des appareils d'activité 500 000, pendant une durée variant de six à dix heures, en moyenne, par zone d'application. Ces applications s'exécutent en deux ou trois séances, que l'on peut séparer par des intervalles d'un ou plusieurs jours. On suspend ensuite le traitement. Ses effets se manifestent par une réaction intense du tissu néoplasique, suivie de la production d'une escarre qui tombe vers la sixième semaine en découvrant une surface cutanée rouge et squameuse. Celle-ci prend, huit ou dix semaines après la fin du traitement, l'aspect d'une cicatrice blanche, souple et régulière.

Les docteurs Wickham et Degrais recommandent de faire précéder l'application des appareils d'une toilette soignée de la région malade, consistant surtout à enlever les croûtes qui la recouvrent, et à l'aseptiser.

On peut atténuer l'intensité de la réaction et l'épaisseur de l'escarre par le procédé du filtrage. A cet effet, certains praticiens ont placé les appareils à distance de la peau (Bongiovani, Bayet). D'autres radiumthérapeutes ont superposé aux appareils soit des lames d'aluminium, soit des feuilles de papier (Wickham).

D'autre part, il est à remarquer que le rayonnement peut être filtré dans des proportions relativement considérables, quand le radium se trouve, par exemple, placé dans des tubes de verre dont les parois arrêtent les α et une partie des β.

Mais le fait d'intercepter une partie du rayonnement des appareils radifères d'une façon empirique représente seulement un *procédé* et non pas une *méthode* de filtrage.

La méthode existe cependant. Elle a été innovée par Dominici. Je vais vous en exposer les principes et l'application suivant les conceptions de cet auteur.

Méthode du rayonnement ultra-pénétrant (de Dominici). — Cette méthode consiste :

1° A filtrer le rayonnement de manière à ne conserver que les rayons, appelés par Dominici, ultra-pénétrants;

2° A faire varier l'intensité du rayonnement ainsi obtenu.

Mais qu'est au juste le rayonnement ultra-pénétrant de Dominici ? Il est défini relativement à la nature et à l'épaisseur des écrans traversés, relativement au rayonnement propre du radium, relativement aux rayons X.

Dominici appelle rayons ultra-pénétrants ceux qui ont traversé des lames de plomb de 5/10 à plusieurs millimètres d'épaisseur (1).

Les rayons ainsi filtrés sont essentiellement des γ accompagnés d'une infime quantité de β.

Il existe naturellement toutes les transitions entre les γ et les β ultra-pénétrants et les γ et les β infra-pénétrants, ceux qui sont absorbés par les lames de plomb de 5/10 de millimètres d'épaisseur.

Toutefois, les γ et les β de la première variété, c'est-à-dire ultra-pénétrants, diffèrent de ceux de la seconde variété, non seulement parce qu'ils ont franchi les écrans qui arrêtent ceux-ci, mais parce qu'ils offrent, toutes proportions gardées, une résistance beaucoup plus considérable à l'absorption. Ils sont aussi beaucoup plus pénétrants que les rayons X, et ce caractère a une grande importance. En effet, le

(1) Il est évident que le plomb peut être remplacé par tout autre métal, de préférence un métal dense comme l'argent, l'or ou le platine. L'épaisseur de l'écran sera naturellement en proportion inverse de sa densité, l'absorption du rayonnement étant en rapport, suivant une certaine norme, avec la densité du métal.

rayonnement ultra-pénétrant est essentiellement composé de γ; or les γ sont assimilés aux rayons X.

Si cette homologie était absolue, la méthode de Dominici se ramènerait simplement à une application des rayons X à la fois banale et d'intensité insignifiante. Il n'en est rien, puisque les γ ultra-pénétrants sont des rayons qui ont traversé les écrans métalliques qui interceptent l'immense majorité des rayons X ordinaires.

C'est là un fait admis en physique, et qui ressort, au reste, pleinement des expériences que M. Beaudoin, le docteur Barcat et le docteur Dominici ont exécutées pour établir l'action respective des rayons ultra-pénétrants du radium et des rayons Roentgen sur les plaques photographiques, les corps luminescents et les corps électrisés.

Mais, me direz-vous, quel avantage y a-t-il à supprimer, du rayonnement du radium, les α, la presque totalité des β et la fraction des γ qui correspond aux rayons X ordinaires, pour ne conserver que des β et des γ ultra-pénétrants?

Cet avantage consiste en l'innocuité remarquable du *rayonnement ultra-pénétrant, innocuité qui ne compromet en aucune façon ses propriétés curatives à l'égard des processus gangréneux, inflammatoires et néoplasiques.*

D'ailleurs dans l'un et dans l'autre cas, qu'il s'agisse de rayons composites ou exclusivement des rayons γ filtrés, l'action du radium, à mon avis, ne s'exerce que par escarre cellulaire et destruction moléculaire; mais en employant seulement les rayons γ ultra-pénétrants, on n'a aucune action nocive sur la superficie.

Appareils employés. — Après vous avoir exposé les principes de la méthode, je vais vous en décrire les applications et ses résultats.

Pour appliquer sa méthode au traitement du cancer, Dominici a imaginé le dispositif suivant :

Il emploie des appareils de très forte activité qu'il entoure de lames de plomb, d'argent ou d'or, dont l'épaisseur est calculée de manière à ne laisser passer que des rayons ultra-pénétrants.

Envisageons le cas où l'on utilise des écrans de plomb. Ceux-ci sont superposés soit à des appareils à sels collés contenant par centimètre carré de 6 milligrammes à 1 centigramme de sulfate de radium, d'activité 500 000, soit à des ampoules de verre renfermant du bromure de radium pur. L'épaisseur de la gaine de plomb varie de 5/10 à plusieurs millimètres d'épaisseur, et on lui surajoute des feuilles de papier sur une épaisseur de 1 à 2 millimètres. L'ensemble constitué par l'appareil radifère, l'écran de plomb et le papier, est engainé de caoutchouc.

Comme je vous l'ai exposé précédemment, la lame de plomb ne laisse passer que les rayons ultra-pénétrants du radium représentés par un faible nombre de β extrêmement durs et par une fraction de γ différents des rayons X par leur plus grande puissance de pénétration.

Les rondelles de papier servent à arrêter un rayonnement secondaire émis par la lame de plomb, par suite du passage des rayons γ. Ce rayonnement secondaire, découvert par M. Sagnac, est à la fois peu pénétrant et irritant pour les tissus.

Le caoutchouc protège l'appareil contre l'action des liquides organiques.

Mais le dispositif que je viens de vous décrire comporte diverses modifications en rapport avec la conformation des appareils, la qualité et l'intensité du rayonnement utilisé.

Aux appareils à sels collés sur des lames métalliques de forme circulaire ou quadrilatère, on appose des lames de plomb, également circulaires ou quadrilatères. Les appareils à sels collés sur cylindres métalliques sont coiffés d'une chappe de plomb.

Pour loger les toiles radifères, le docteur Dominici a fait exécuter des boîtes de plomb, à couvercle engainant formé du même métal. La fermeture de ces récipients est assurée, soit au moyen de cire à modeler, soit au moyen de la paraffine, ou même par la soudure.

Pendant plusieurs mois, nous avons utilisé dans le service un appareil qui se composait à la fois d'une toile circulaire de 2 centimètres et demi de diamètre, supportant 6 centigrammes de sulfate de radium, d'activité 500 000, et d'une boîte de plomb concave-convexe, à parois épaisses de 2 millimètres. La toile était enfermée dans cette capsule de plomb qui était complètement fermée d'autre part.

Un autre appareil, également exécuté suivant les indications du docteur Dominici, était constitué par un boîtier de plomb creux contenant trois toiles circulaires de 2 centimètres de diamètre, contenant chacune 4 centigrammes de sulfate de radium, d'activité 500.000.

Ce dispositif permet d'augmenter l'intensité du rayonnement sans en modifier la qualité. Celle-ci, je le répète, est déterminée par l'épaisseur de l'écran de plomb traversé; quant à son intensité, elle varie avec celle du foyer de rayonnement primitif.

Par la superposition des trois toiles, Dominici a donc augmenté l'intensité du rayonnement ultra-pénétrant dont la qualité n'a pas été modifiée.

Applications du rayonnement ultra-pénétrant. — La manipulation des appareils fournissant le rayonnement ultra-pénétrant s'exécute de deux manières :

1° En plaçant ces appareils à la surface des tumeurs ou dans leurs anfractuosités;

2° En les introduisant à l'intérieur des néoplasmes par une opération chirurgicale.

Enfin, le traitement peut être complété ou aidé par l'action d'autres procédés thérapeutiques, parmi lesquels je signalerai l'injection de liquides radifères.

Je vais essentiellement envisager le premier procédé, celui qui consiste à appliquer directement les appareils à la surface des tumeurs ou dans les brèches d'origine pathologique.

Les appareils, montés de la façon que j'ai indiquée, et conformés aux régions où ils doivent être apposés, sont mis en place pendant un temps variant de vingt-quatre à cent vingt heures et plus, pour une seule série d'applications.

L'application est continue ou discontinue. Ainsi,

dans le cas où un malade répugnerait à porter un appareil pendant le jour, on ne laisse celui-ci en place que pendant la nuit, de neuf heures du soir, par exemple, à neuf heures du matin.

Dans tous les cas l'appareil sera enlevé une ou deux fois par jour pour être nettoyé, pendant que l'on procèdera à la toilette de la surface du néoplasme.

Les applications sont *unisériées* ou *multisériées*.

Les premières sont celles où les tumeurs reçoivent d'emblée la somme de rayonnement nécessaire à en déterminer la régression;

Les secondes sont celles où l'on recommence le traitement après un laps de temps variant de trois à quatre semaines.

La durée des applications, leur reprise, l'intensité du rayonnement varient avec l'étendue du cancer, sa masse et sa résistance spécifique à la radiumthérapie.

Quand la superficie de la tumeur est plus grande que celle des appareils dont on dispose, on la traite zone par zone.

Quand la régression commencée s'arrête, après s'être manifestée, on reprend naturellement le traitement, et, au besoin, en augmentant l'intensité du rayonnement et la durée de l'application.

Enfin, quand un cancer se montre rebelle à la radiumthérapie, il ne faut nullement le considérer comme réfractaire au traitement : pour le guérir, il suffit parfois d'augmenter l'intensité du rayonnement ultra-pénétrant.

Ainsi, Dominici a pu obtenir la régression de cancers qui paraissaient réfractaires à tous les modes de radiumthérapie usuels, en les soumettant au rayonnement d'un appareil puissant composé d'une ampoule de verre contenant 9 centigrammes de bromure de radium, engainée dans un étui d'argent de 1 millimètre d'épaisseur, et fournissant un rayonnement ultra-pénétrant d'intensité 17000 (mesurée en rayons ultra-pénétrants).

Effets thérapeutiques. — Sous l'influence du traitement, les douleurs névralgiques profondes s'abolissent, la gangrène disparaît, le processus néoplasique s'arrête et, finalement, la tumeur entre en régression, après une période de huit à quinze jours pendant laquelle se produit un flux plasmatique plus ou moins intense.

Les végétations se résorbent, les ulcérations se comblent peu à peu, les portions des organes qui n'ont pas été détruites se dégagent de la masse cancéreuse et, finalement, la cicatrisation s'établit après un temps variant de cinq à huit semaines. Mais ces résultats concernent les néoplasmes de type moyen et non point les cancers très étendus, très ulcéreux et très infiltrants.

La guérison des cancers de la peau demande parfois trois ou quatre mois, pendant lesquels on procède à une série d'applications que l'on règle d'après la marche de la régression. Celle-ci est parfois aidée par des injections de liquide radifère. Dominici a choisi à cet effet des sels de radium insolubles (sulfate ou carbonate), qui séjournent un temps considérable dans les tissus néoplasiques, ainsi qu'il résulte des recherches qu'il a faites en collaboration avec le docteur Faure-Beaulieu. Les résultats obtenus sont encourageants.

Dans le cas où l'on se trouve en présence d'épithéliomas énormes formant des blocs compacts, saillants de 4, 5 ou même 6 centimètres, on doit utiliser le procédé préconisé par Abbe et Morton, qui consiste à introduire, dans l'épaisseur même de la tumeur, des appareils radifères.

Dominici recommande à cet usage les appareils consistant en des ampoules de verre, contenant de 5 milligrammes à 9 centigrammes de bromure de radium, situés dans des étuis d'argent ou d'or de 5/10 à 1 millimètre d'épaisseur.

Il place ces appareils dans un drain de caoutchouc de 1 à 2 millimètres d'épaisseur et les enfonce au centre du néoplasme où ils séjournent pendant un temps variant de vingt-quatre à quarante-huit heures.

*
* *

Si la méthode du rayonnement ultra-pénétrant s'applique à tous les cancers de la peau, il ne faut pas croire qu'elle doit être utilisée à l'exclusion de tout autre procédé radiumthérapique.

Il est plus simple, par exemple, de traiter par la méthode du rayonnement composite suivi de la production d'une escarre tous les cancers de type moyen qui ne sont ni très étendus, ni très infiltrants, ni très ulcéreux.

Ce dernier procédé a l'avantage d'une moindre durée (six à dix heures d'application).

Par contre, on lui préférera l'emploi du rayonnement ultra-pénétrant dans les cas où les malades auront de la répugnance pour l'escarre, dans les cas aussi où les tumeurs sont très étendues, très ulcéreuses et très infiltrées en profondeur.

Mais les cas où l'utilisation du rayonnement ultra-pénétrant s'impose littéralement sont ceux où l'on a affaire aux cancers siégeant dans les régions cutanéo-muqueuses ou dans les muqueuses proprement dites.

TRAITEMENT DES CANCERS DES RÉGIONS CUTANÉO-MUQUEUSES. — Depuis les recherches d'Abadie, de Krylow, sur le traitement du cancer de la paupière par le radium, Wickham et Degrais ont démontré qu'il était possible de faire disparaître des cancers de la conjonctive palpébrale par des applications courtes et répétées d'appareils d'activité 500000.

Il n'en est plus de même en ce qui concerne les épithéliomas de la portion muqueuse de la lèvre qui ont été considérés comme des *noli me tangere*, non seulement pour la *radiothérapie*, mais *aussi pour la radiumthérapie*.

La raison en est due à ce fait que les cancers de cette *région sont aggravés*, *ainsi que je l'ai dit à maintes reprises*, *par les rayonnements de forte intensité*.

Par contre, les épithéliomas de cette zone sont améliorés ou guéris, par le rayonnement ultra-pénétrant, dont l'intensité est, comme vous le savez, relativement minime.

Les résultats obtenus dans le traitement de ces cancers, à la policlinique, sont on ne peut plus inté-

ressants. Je citerai à ce propos les trois cas suivants pris entre huit cas de guérison :

1° Un épithélioma superficiel de la muqueuse de la lèvre inférieure, durant depuis quatre ans, réfractaire aux cautérisations au nitrate d'argent et au thermocautère.

Guéri après vingt-quatre heures d'application d'un appareil fournissant un rayonnement ultra-pénétrant de 3500 environ (mesuré en γ) à travers 1 millimètre de plomb.

2° Cancroïde typique développé à la face postérieure de la lèvre inférieure sur une plaque de leucoplasie. Le cancroïde se présente sous l'aspect d'une ulcération croûteuse indurée, à bords surélevés, prédominant à la muqueuse.

Guéri en deux mois après quarante-huit heures d'application d'un appareil fournissant un rayonnement de 4500 γ à travers 2 millimètres de plomb.

3° Epithélioma bourgeonnant à marche rapide développé sur la muqueuse et à la commissure gauche de la lèvre inférieure.

Guéri après cent quarante heures d'application d'un appareil fournissant un rayonnement de 4.500 à travers 5/10 de millimètre de plomb. La guérison se maintient depuis neuf mois.

Le traitement a été appliqué au cancer de la langue et nous avons constaté que les épithéliomas érosifs et papillaires qui restent confinés au chorion de la muqueuse peuvent régresser d'une façon manifeste après vingt-quatre ou quarante-huit heures de rayonnement ultra-pénétrant fourni par des appareils d'activité 500 000, du genre de ceux que je vous ai déjà décrits, c'est-à-dire placés dans des boîtiers de plomb à parois de 1 à 2 millimètres d'épaisseur.

A fortiori, l'état précancéreux de la muqueuse, c'est-à-dire la leucoplasie buccale est, elle aussi, justiciable du traitement, comme en témoigne, par exemple, l'observation suivante :

V..., homme, cinquante-quatre ans.

Syphilis (depuis 1899).

Depuis mai 1907 : Leucoplasie de la langue et de la lèvre inférieure qui est uniformément blanche et opaline.

Quant à la leucoplasie de la langue, elle prédomine au bord gauche et à la face inférieure de l'organe.

Un papillome s'élève à la face interne de la commissure buccale à gauche.

DOULEURS VIVES PENDANT LA MASTICATION.

Traitement. — Du 22 avril au 30 mai, on traite les parties malades avec un appareil formé d'une toile de 4 centimètres carrés contenant 6 centigrammes de sulfate de radium, d'activité 500 000.

La lèvre inférieure a été irradiée huit heures.

La langue a été traitée trente heures du côté gauche, vingt-quatre heures du côté droit.

Depuis le mois de juillet, la lèvre inférieure et la langue sont complètement décapées ; les papillomes de la commissure labiale ont disparu.

Le malade ne souffre plus.

Quels sont les résultats du traitement du cancer infiltrant de la langue, celui qui s'étend au-dessous de la muqueuse ? Ils sont palliatifs, mais non curatifs, de telle sorte que, d'après les recherches de Dominici, les tumeurs de cette variété sont beaucoup plus réfractaires au rayonnement du radium que les tumeurs malignes des muqueuses, du gland, de l'utérus ou du rectum.

N'oublions pas toutefois que la radiumthérapie est une science neuve, dont les progrès sont tels que les insuccès d'aujourd'hui précèdent peut-être de fort peu les succès à venir.

DOCUMENTS OFFICIELS

RAPPORT DU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS, RELATIF A LA RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES.

Paris, le 11 janvier 1909.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter un décret délibéré en conseil supérieur de l'Instruction publique et portant réorganisation des études médicales.

Pour vous mettre à même de juger de l'importance de la réforme, et pour en justifier les dispositions essentielles, je tiens à placer sous vos yeux la plus grande partie du rapport présenté au conseil supérieur par M. Forgue, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, au nom de la commission chargée par le conseil d'examiner le projet que je lui avais soumis.

L'organisation actuelle de nos études médicales a des lacunes et des défectuosités. Assurément, à l'encontre de certaines critiques excessives, nous avons le droit d'affirmer la valeur de la science médicale française, la probité et le zèle de ses praticiens, leur moyenne de savoir et d'expérience équivalente à celle des médecins de n'importe quel pays, et notre éminent collègue, le professeur Bouchard, a fait entendre, sur ce point, une légitime protestation.

Mais il est réel que la formation professionnelle du jeune médecin n'est point assez pratique; que les sciences médicales ont, dans ces dernières années, développé considérablement leur champ de recherches et que l'éducation technique de l'étudiant doit évoluer selon ses progrès; que les programmes d'études et les répartitions d'examens sont en une grande discordance, très préjudiciable; que les examens sanctionnent un travail presque exclusivement « livresque » et de pure mémoire; que l'enseignement clinique et le stage sont insuffisamment réglés et contrôlés ; que le stagiaire ne participe pas assez activement à la pratique de l'hôpital; qu'il n'est pas convenablement instruit des éléments des spécialités.

Sur ces critiques, maîtres, praticiens et même élèves (car ils ont bien voix au chapitre) sont unanimes. Et le considérable mouvement d'opinion corporative qui s'est manifesté dans les Congrès de Paris et de Lille montre, à côté de points très discutables, cet accord des médecins à demander un enseignement professionnel plus conforme aux nécessités de l'heure présente.

Un arrêté en date du 4 mars 1907 a institué au ministère de l'Instruction publique une commission chargée de rechercher quelles modifications il y avait lieu d'apporter dans l'organisation des études médicales. Cette commission s'est réunie le 15 mars 1907 sous la présidence de M. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris. Elle a constitué une sous-commission, avec mandat d'élaborer un projet, et d'en faire un rapport. Cette sous-commission a tenu quatorze séances et a désigné comme rapporteur M. Pierre Teissier, agrégé près la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux.

Les travaux de la commission plénière ne se sont terminés que le 21 mars 1908. Ce sont les avis et les vœux qu'elle a formulés à la suite de la discussion détaillée du très remarquable rapport de M. Pierre Teissier qui constituent les bases fondamentales du projet de décret soumis à votre délibération. Il s'agit donc là, en vérité, d'une œuvre de réglementation longuement examinée. Sans doute, elle ne saurait prétendre être parfaite, en raison des imprévus et des détails d'application, ni définitive, en raison des incessantes transformations de la science médicale. Mais elle marque un effort considérable vers une amélioration pratique de notre ensei-

gnement. Elle est l'aboutissant de la collaboration, très libéralement autorisée, de membres du corps enseignant et de praticiens, également soucieux de l'intérêt général de notre état.

Un premier point, réglé par le titre premier, vise la durée des études, les conditions de grades, les inscriptions, le livret scolaire. Les études en vue du doctorat en médecine dureront cinq années. Avec le P. C. N., les deux années de service militaire, l'imprévu de la vie scolaire, il est certain qu'il sera désormais difficile d'être docteur avant vingt-six ans. Mais la commission a jugé que cette prolongation de scolarité était rendue nécessaire par l'étendue des matières à enseigner.

Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire est exigé de tous aspirants au doctorat en médecine. Les facultés, les associations médicales rappellent, avec une insistance très justifiée, que le futur docteur en médecine doit avoir, en raison même de l'importance sociale de sa profession, une forte éducation intellectuelle et littéraire. Déjà, nous voyons avec regret que cette culture humanitaire tend à fléchir. Il est tout à fait important, pour garder à notre état son niveau moral élevé, pour limiter la pléthore, pour préserver l'accès de notre profession de l'invasion en masse d'élèves ayant une préparation prémédicale insuffisante ou d'étrangers à certificats très contestables, qu'aucune infraction ne soit faite désormais à cette règle, que les étrangers voulant exercer la médecine en France soient soumis aux mêmes obligations que nos nationaux, et que les dispenses par lesquelles on arrive à tourner ce règlement soient entourées des garanties les plus sévères. Il y va de la sécurité et de la probité de notre profession.

Un livret scolaire est établi au nom de chaque étudiant: excellente disposition qui constituera, pour les examens, un élément d'appréciation autrement motivé que le hasard d'une trop brève interrogation.

Le futur médecin tirera son éducation professionnelle de trois sources : 1° la leçon théorique; 2° le travail pratique dans les laboratoires; 3° le stage à l'hôpital.

Le titre II du projet fixe la répartition de ces trois ordres d'enseignement.

Une disposition importante précise la concordance nécessaire des programmes d'enseignement et de travaux pratiques qui, chaque année, seront délibérés en assemblée, soumis au ministre, publiés au début de l'année scolaire et contrôlés comme application par le doyen. Cette mutuelle discipline des maîtres est indispensable. Sinon, le professeur dont rien ne limite l'initiative ou ne subordonne l'action personnelle à un programme d'ensemble se cantonne dans un enseignement fragmentaire ou bien donne à certains sujets, qui rentrent dans l'objet de ses études particulières, une ampleur démesurée ; les mêmes matières, d'intérêt professionnel plus attachant, sont reprises successivement par divers maîtres, tandis que d'autres, plus humbles comme sujet, mais de portée pratique considérable, comme les fractures et les plaies, demeurent intraitées. Parmi les enseignements annexes, signalons la déontologie, dont l'importance est bien justifiée par le besoin d'instruire le futur médecin de ses droits et de ses devoirs, et la stomatologie, innovation qui donne satisfaction aux vœux adoptés par nos congrès corporatifs.

A propos de l'enseignement de la physique appliquée à la médecine, la commission a appuyé un vœu de l'Académie des sciences, présenté par M. Bouchard, tendant à ce que, dans le projet de réforme des études médicales, une importance plus grande soit accordée aux études et aux examens pratiques de radiologie.

L'hôpital, dans une école médicale idéale, devrait être le centre de l'enseignement. En tout état de choses, le stage hospitalier, efficace et contrôlé, est le plus important élément de la formation professionnelle du futur médecin.

Des leçons théoriques courtes et soumises à un programme concerté; des travaux pratiques prolongés; un stage clinique qui commence dès l'inscription à la faculté : voilà les trois conditions d'une éducation médicale répondant à la pratique actuelle de notre état. C'est dans les salles de dissection, c'est dans les laboratoires, c'est surtout au lit des malades que se forme le praticien.

Les élèves de première année sont groupés dans des services réservés et y reçoivent un enseignement élémentaire de sémiologie : c'est la première étape d'initiation clinique, et il est sage d'écarter des salles d'opérations les élèves qui dissèquent.

Tous les stagiaires sont associés, dès la troisième année, aux consultations et aux gardes d'hôpital. Voilà un progrès important; cette disposition, qui nécessitera évidemment des ententes entre les facultés et les administrations hospitalières, répond à un vœu que tous nos confrères formulent. Au lieu de cette forme passive de l'instruction clinique des élèves qui, actuellement, hormis les internes et les externes, ne prennent aucune part aux besognes du service, le stagiaire remplira un rôle d'aide actif, plus intéressé, mieux responsable, suivant les malades avec plus de zèle et de profit, coopérant aux gardes et, par là, s'initiant aux premières occupations de son rôle de demain, à la médecine et à la chirurgie d'urgence.

Cette organisation du stage comporte, surtout à Paris, l'extension large des cliniques d'instruction, l'ouverture très libérale des services des hôpitaux à l'enseignement. Elle entraîne aussi, à notre sens, une réorganisation indispensable des laboratoires des cliniques : il faut que leur outillage et leurs ressources budgétaires s'adaptent à cette amplification de l'enseignement clinique.

Dans la répartition des enseignements, notons, dès la première année, et comme introduction à l'étude de la médecine, un enseignement facultatif de pathologie générale. Cet enseignement devra se borner évidemment aux notions élémentaires sur les grands processus : la fièvre, l'inflammation, l'infection, etc. Ces rudiments de la pathologie générale habitueront les jeunes étudiants à comprendre les actes morbides et les lois qui les régissent. Il appartiendra à chaque faculté d'organiser ces conférences élémentaires.

Pour les deux premières années, la rédaction du projet de décret est ainsi modifiée : l'histologie sera enseignée pendant les deux semestres d'été de la première et de la deuxième année; l'embryologie reportée au deuxième semestre de la deuxième année; l'anatomie est partagée entre les deux semestres d'hiver : pendant celui de la première année, ostéologie et anatomie descriptive, y compris le système nerveux périphérique; pendant celui de la deuxième année, achèvement de l'anatomie descriptive, y compris le système nerveux central, et anatomie topographique.

Les examens constituent, actuellement, le point très faible de l'organisation de notre enseignement médical. Ces examens éparpillés dans tout le cours de l'année, où nul compte n'est tenu des interrogations de travaux pratiques, ni de l'assiduité clinique, et qui se préparent à toute vitesse par la lecture du plus bref manuel, ne sont pas la constatation normale et juste d'études régulières.

Avec le projet actuel, de grands progrès sont réalisés : 1° le parallélisme de l'enseignement et de l'examen appelé à le contrôler; 2° le rétablissement de l'ancien examen de fin d'année qui, pour chaque période scolaire, dresse le bilan des notions acquises et oblige à une récapitulation méthodique; 3° les examens de travaux pratiques qui sanctionnent l'assiduité par une épreuve pratique et par des interrogations; 4° la suppression des examens à matières multiples; 5° le groupement des examens de fin d'année en deux sessions, ce qui ne peut qu'accroître notablement leur importance, la valeur exacte de leur contrôle par la comparaison des épreuves groupées en séries, leur autorité et leur constante rigueur, au lieu du laisser-aller qui résulte, actuellement, de l'irrégulier échelonnement des examens en ordre dispersé.

A propos de l'article 39 visant la soutenance de la thèse, il doit être entendu que le mot professeur, mentionné par l'article 20 du décret de 1883, s'applique aux agrégés aussi bien qu'aux titulaires.

Telles sont, monsieur le Président, les grandes lignes du décret portant réorganisation du doctorat en médecine. J'ai le ferme espoir que ces nouvelles dispositions fortifieront les garanties dont l'État a le devoir d'entourer le droit d'exercer la médecine et contribueront à maintenir et à développer le bon renom de la science médicale française.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
GASTON DOUMERGUE.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES MÉTRORRAGIES [1]

2. *Dans les trois derniers mois.* — a. *Placenta prævia.* — Le placenta prævia donne lieu à des hémorragies *spontanées*, silencieuses, *indolores*, de sang liquide, qui *se répètent* et amènent une anémie intense. Le toucher révèle l'insertion vicieuse sur le segment inférieur avec souvent mauvaise présentation.

b. *Décollement du placenta normalement inséré.* — Il donne surtout une hémorragie intra-utérine avec métrorragie légère de sang noir, le col est très dur.

Les métrorragies dues à ces deux causes sont d'ailleurs assez rares, quoique le placenta prævia soit relativement fréquent.

3. *Pendant le travail.* — On peut avoir quelques hémorragies par déchirure du col ou décollement prématuré du placenta.

4. *A la délivrance.* — Ce sont les grosses métrorragies à craindre; elles reconnaissent plusieurs causes principales :

a. *Placenta prævia.* — L'absence de fibres musculaires dans le segment inférieur laisse béants les sinus, d'où hémorragie énorme se faisant à la fois dans l'utérus et au dehors.

b. *La rupture utérine et l'inversion utérine* sont exceptionnelles.

c. *Inertie utérine.* — C'est la cause de beaucoup la plus fréquente, elle se voit dans des utérus fatigués ou surdistendus; l'hémorragie très abondante est généralement mixte, interne et externe; l'utérus est distendu, mou, sa pression fait sortir des caillots et on observe les signes généraux des grandes hémorragies surtout si la femme est déjà anémiée par des pertes antécédentes; la mort est fatale si on n'intervient pas énergiquement.

d. *Rétention d'arrière-faix.* — Dans les jours qui suivent la délivrance; l'hémorragie est plus abondante s'il y a rétention de tout ou partie du placenta (cotylédon aberrant) que s'il ne s'agit que de rétention membraneuse. L'infection peut se surajouter comme cause d'hémorragie.

5. *Pendant l'allaitement.* — On observe parfois de petites hémorragies réflexes chez les nourrices primipares.

2° **La femme n'est pas enceinte.** — Beaucoup d'affections utérines s'accompagnent de métrorragies plus ou moins abondantes, mais chez une jeune femme il faudra penser avant tout au fibrome ou aux métrites.

1. *Fibrome.* — Les hémorragies sont d'autant plus abondantes que le fibrome est situé plus près de la muqueuse. Elles sont précoces dans les fibromes sous-muqueux, les polypes fibreux, plus tardives dans les fibromes du corps ou les fibromes sous-péritonéaux. Elles sont dues surtout à la métrite provoquée et entretenue par la présence de la tumeur, rarement à l'ulcération d'un fibrome sous-muqueux. On voit d'abord de la ménorragie, les règles augmentent de durée, sont plus abondantes, puis les pertes deviennent continues. Elles sont de sang presque pur, généralement inodores (sauf dans le polype fibreux ulcéré). Leur abondance augmente et entraîne toujours à la longue une anémie parfois intense qui rend plus difficile une intervention tardive. On observe parfois des écoulements hydrorrhéiques brusques. La douleur est généralement peu marquée. A l'examen on trouve une tumeur utérine variable, régulière ou bosselée, à développement abdominal ou enclavée dans le petit bassin pouvant y déterminer des symptômes de compression; parfois le corps utérin est simplement hypertrophié et dur. Le toucher et le spéculum permettent de déceler un fibrome pédiculé, saillant dans le col. L'hystéromètre montre une cavité utérine généralement très allongée. Le diagnostic en est donc généralement assez facile. Il faudra songer aux formes rares de *cancer* chez les jeunes femmes et surtout aux métrites.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 2, p. 22.

2. *Métrites.* — Elles ne donnent que rarement de grosses métrorragies chez les jeunes femmes et peuvent revêtir des aspects très divers.

Métrites aiguës. — Généralement gonococciques avec écoulement de pus jaune verdâtre parfois strié de sang, douleur, fièvre, col rouge et tuméfié.

Métrites chroniques. — Souvent après une phase aiguë, pertes peu abondantes, glaireuses, purulentes, un peu sanglantes. On trouve des exulcérations du col, parfois de l'ectropion. L'évolution en est très lente.

Endométrites exfoliatrices avec expulsion de membranes et de caillots augmentant à chaque époque.

Métrites déciduales post-abortum liées à une subinvolution utérine et à une infection datant de l'avortement, elles donnent souvent des hémorragies assez abondantes.

Métrites angiomateuses de Quénu. — Il faut rapprocher de ces affections ce que Doléris appelle les *fausses métrites* : elles sont dues à un état congestif de la muqueuse utérine, en dehors de causes infectieuses. On les attribue surtout à des causes générales, à une diathèse neuroarthritique liée à l'artério-sclérose. Elles coïncident souvent avec l'entéro-colite, la néphroptose.

Des causes locales peuvent les provoquer : *tumeurs utéro-annexielles*, kystes de l'ovaire ou para-ovariens, tumeurs enclavées dans le petit bassin.

La *salpingite* donne rarement des métrorragies par métrite concomitante.

La *rétroversion utérine* s'accompagne assez souvent par endométrite d'hémorragies, qu'exaspèrent le repos et le décubitus dorsal. Le toucher montrera facilement la déviation utérine.

Les *polypes muqueux* donnent des métrorragies souvent abondantes, fétides quand ils sont ulcérés. Les douleurs d'expulsion, la constatation de la tumeur après dilatation du col si besoin est, en feront faire facilement le diagnostic.

E. Chez les vieilles femmes. — La *ménopause* s'accompagne souvent de troubles de la fonction menstruelle, de ménorragies et même de métrorragies; les règles sont irrégulières, parfois abondantes. Si ces irrégularités persistent un peu longtemps, il faut se méfier de l'évolution d'un néoplasme fréquent à cet âge.

Le *cancer* de l'utérus est de beaucoup la principale cause des métrorragies chez les femmes de cinquante ans — rare chez les jeunes femmes, il devient moins fréquent chez les très vieilles femmes.

Dans le cancer du col, la métrorragie est un des premiers symptômes; la femme après une interruption de quelques années voit reparaître ce qu'elle croit ses règles, mais irrégulières. D'abord peu abondantes, faites de sang pur, sans gros caillot, ces pertes deviennent bientôt plus pâles, séreuses, puis s'établit un écoulement roussâtre, ichoreux, horriblement fétide, écœurant. Ces pertes sont peu abondantes souvent, mais continues, s'accompagnant de quelques douleurs, déterminant un érythème prurigineux autour de la vulve. A l'examen on trouve une tumeur infiltrée ou végétante en chou-fleur, ulcérée, dure, mais saignant et s'effritant très facilement; l'utérus est plus ou moins immobilisé.

Dans le cancer du corps le début est plus insidieux, l'hémorragie, premier symptôme, paraît souvent sans cause. L'exploration de la cavité utérine après dilatation permettra le diagnostic, mais dans ce cas il pourra être très difficile de distinguer d'un cancer, une métrite.

La *métrite hémorragique* des vieilles femmes, métrite fongueuse, donne en effet des symptômes assez analogues, mais l'écoulement est généralement plus muqueux, épais, et non séro-sanguinolent; il est peu odorant, sauf le cas de sphacèle de la muqueuse. Le col est moins dur, élastique; les végétations qu'il porte ne s'effritent pas et saignent moins quand on les gratte.

Souvent on ne pourra faire le diagnostic que par examen histologique des débris retirés par curetage; on y trouvera dans le cas de néoplasme les boyaux épithéliaux caractéristiques. Dans le doute, l'abondance et la persistance des hémorragies commanderont souvent dans un cas comme dans l'autre une hystérectomie curatrice.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 15 janvier 1909.

Parmi les nominations dans la Légion d'honneur il en est une qui mérite d'être particulièrement signalée. C'est la nomination au grade de chevalier de Louis Bazy, interne des hôpitaux de Paris, fils de M. Pierre Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Le *Journal officiel* la fait suivre de la mention suivante : « Titres exceptionnels : bien qu'atteint d'un jet de pus dans l'œil au cours d'une grave opération à l'hôpital, a fait preuve du plus grand courage et de l'abnégation la plus complète en continuant l'opération ; cet accident a déterminé chez M. Bazy une conjonctivite qui a nécessité l'ablation de l'œil et provoqué une grave altération de la santé. »

Louis Bazy est le deuxième interne décoré en exercice. Le premier fut Georges Herbelin, interne de troisième année, mort de la diphtérie en 1880, qui reçut la croix de la Légion d'honneur quelques heures avant sa mort.

La croix de notre jeune collègue sera bien accueillie par tous, car elle récompense un acte de bravoure professionnelle accompli avec simplicité ; elle s'adresse en outre au fils d'un homme qui est la bonté et la droiture personnifiées, et qui pendant son internat se distingua lui-même en prenant part à la dure campagne russo-turque de 1877 dans l'ambulance française dirigée par Maunoury.

La *Gazette des hôpitaux* est heureuse d'adresser ses bien affectueuses félicitations à M. Bazy et à son fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 13 janvier 1909 : MM. Monod (Robert), 10 ; Lataillade, 6 ; Carrié, 12 ; Reynier et Weber, 9 ; Vandescal, 8 ; Lefèvre, 5 ; Monin, 6 ; Bergeret, 9.

Anatomie. — Séance du 14 janvier : MM. Huard, 3 ; Séjournet, 13 ; Vallery-Radot, 7 ; Pizon, 10 ; Tissier, 7 ; Mlle de Jong, 9 ; MM. François (René), 8 ; Rolland, 10 ; Turquety, 9.

La prochaine séance aura lieu le samedi 16 janvier, à huit heures du matin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté a désigné en première ligne M. Pierre Delbet pour la chaire de clinique et M. Hartmann pour la chaire d'opérations et appareils.

— Prix décernés pour l'année 1908 :

PRIX CORVISART (médaille de vermeil et 400 francs. — Question : *De l'étiologie de l'appendicite.* — Le prix est accordé à M. René Rocher (de Paris).

PRIX BARBIER (2000 francs). — A M. Hennequin (de Paris) pour l'instrumentation qu'il a imaginée pour la réduction des luxations.

PRIX JEUNESSE (HYGIÈNE) (1500 francs). — A M. Dupuy, pour son travail sur *les stations de défenses sanitaires maritimes.*

PRIX SAINTOUR (3000 francs). — Question : *Les auto-intoxications d'origine intestinale.* — A M. Marcel Garnier (de Paris).

PRIX BÉHIER (1800 francs). — Question : *Des causes de la mort dans la fièvre typhoïde.* — A M. Chabrol (de Paris).

PRIX LACAZE (10000 francs). — A M. Léon Bernard (de Paris), pour ses travaux sur *la tuberculose.*

THÈSES RÉCOMPENSÉES POUR L'ANNÉE 1908. — *Médailles d'argent.* — MM. Baldenweck, Blain, Blaizot, Camus, Albert Cauchoix, Cerise, Coutelas, Daunay, Dupic, Duval, Lardennois, Malloizel, Moutier, Nathan, Prével, Ravaud, Rivet.

Médailles de bronze. — MM. Badin, Barbé, Claeys, Marcel Crespin, Descomps, Desmarest, Dudébat, Esmein, Halmagrand, Heitz-Boyer, Helbecque, Laurans, Magitot, Malterre, Maugeais, Charles Monnier, Oppert, Papin, Rendu, Serbource, Octave Simonot, Tanon, Verney.

Mentions honorables. — MM. J.-R.-A. Berthaux, Cabiran, Cassard, Cottard, Charles David, Mlle Frison, MM. Gréhant, Jossu, Léonce Minot, Morellet, Séron, Stépanof, Vieillard, Weil.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Richelot, chirurgien honoraire des hôpitaux ; M. le professeur Albarran ; M. le docteur Desnos ; M. Yves Delage, professeur à la Faculté des sciences.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Faivre, inspecteur général adjoint des services administratifs du ministère de l'Intérieur ; J. Voisin, médecin du Dépôt et de la Conciergerie ; Campenon, chirurgien honoraire des hôpitaux, agrégé ; Pierre Teissier et Achard, médecins des hôpitaux, agrégés ; Triboulet, médecin des hôpitaux ; Sainton (Raymond), Queudot, Gaillard et Hugenschmidt (de Paris), Hudellet (de Bourg), Marchand (de Soissons), Peschaud (de Murat), Bonneau (de Toulouse), Pouey (de Tarbes), Brouillet (de Dornes), Hallette (de Montreuil-sur-Mer), Cazalas (de Bagnères-de-Bigorre), Latouche (d'Autun), Melisson (du Mans), Bonneville (de Mazamet), Séguy (d'Alger), Brunon (de Rouen), Gauchot (du Pin-Orne).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henry Lamy, médecin de l'hôpital Tenon.

Puissance et innocuité de l'ANIODOL comme antiseptique interne

Qui disait « antiseptique » équivalait dans l'esprit des praticiens, il y a peu de temps encore, à l'idée de causticité et de toxicité, propriétés inséparables de tout agent antiseptique, croyait-on ; ainsi s'explique-t-on comment la génération médicale actuelle, désabusée par les accidents relevant de cette antisepsie, caustique, pourrions-nous dire, finit sous l'influence du développement de la chirurgie, par se détacher peu à peu de l'antisepsie pour faire de l'asepsie.

Que de mécomptes à l'avoir de celle-ci appliquée systématiquement ! A part quelques services spéciaux où une organisation toute particulière permet d'obtenir les *desiderata* qu'elle exige, nous pouvons hardiment nous écrier que l'asepsie, dans la grande majorité des cas, est un *mythe* et que neuf fois sur dix elle n'est pas réalisée.

Cette constatation amena des observateurs à abandonner les anciens antiseptiques pour faire usage d'agents nouveaux doués d'une puissance bactéricide scientifiquement contrôlée (Fouard, chimiste, Institut Pasteur, fév. 1907) tout en étant dénués de causticité et de toxicité, dont l'Aniodol est le type.

Des expériences répétées permettent d'affirmer aujourd'hui qu'en employant l'Aniodol, le médecin est certain, s'il panse une plaie, un phlegmon, un anthrax, un panaris, de même que s'il fait, à l'exemple du professeur Pinard, une irrigation de 10 litres de solution d'Aniodol à la dilution d'une à deux grandes cuillerées par litre d'eau dans l'utérus d'une femme atteinte d'infection puerpérale (et cela sans la moindre intoxication, alors qu'on sait combien l'absorption est facile dans ces cas), le médecin est certain de détruire, à l'aide de cette puissante antisepsie toujours inoffensive, la pullulation microbienne, cause des accidents qu'il est appelé à combattre, sans jamais nuire à la vitalité cellulaire.

Fort de ces données, le docteur Parmentier conseilla chez deux enfants âgés de trois et de neuf ans, qui étaient atteints de diarrhée cholériforme, chez lesquels la médication usuelle avait échoué, une à deux cuillerées à café d'Aniodol (solution au 1/100e) dilué dans un litre d'eau, à prendre par verrées, comme tisane désinfectante du tube digestif. Le moyen réussit au delà de son attente. En vingt-quatre à quarante-huit heures, la diarrhée, la mauvaise haleine, le météorisme disparurent et les enfants guéris criaient la faim.

Bientôt le docteur Janvier, directeur du service des nourrissons à la Maternité de Bruxelles, renchérissant sur ce qu'avait fait son confrère Parmentier, prit indistinctement, sans choisir, dix nourrissons âgés de un à dix mois atteints de gastro-entérite ou de diarrhée verte, et, *sans rien changer à aucun moment à leur mode d'alimentation*, aseptisa leur tube digestif en ajoutant de 1 à x gouttes d'Aniodol, et même une cuillerée à café à l'enfant âgé de dix mois, dans le lait du biberon pour les huit qui étaient nourris artificiellement. A ceux qui étaient élevés au sein, l'Aniodol était donné dans un peu d'eau après la tétée.

Aucun accident ne survint et les dix *enfants guérirent* très rapidement en quelques jours, sous l'influence de la seule ingestion de l'Aniodol. (Communication au Congrès de Genève, sept. 1908.)

Ces faits frappèrent l'attention des médecins qui nous confirmèrent l'absence de toxicité de l'Aniodol constatée par eux dans des cas de méprise des malades.

Nous citerons, dans le grand nombre, deux observations seulement qui édifieront nos lecteurs.

1° Le docteur Vallée, médecin en chef des mines d'Anzin, rapporte le fait suivant : Une malade souffrait d'une métrite. Comme son état général était mauvais, le docteur lui ordonna un ferrugineux à prendre et un flacon d'Aniodol dont elle devait faire usage en injections trois fois par jour.

Au bout d'une semaine, visite du docteur Vallée qui demande de ses nouvelles à Mme X..., laquelle lui répond qu'elle va mieux, voire même bien, et qui ajoute : Faut-il que je continue le médicament que vous m'avez prescrit? Et elle lui montre le flacon d'Aniodol complètement *vide*. Elle avait *bu* trois fois par jour une grande cuillerée d'Aniodol pur (solution au 1/100e) sans éprouver d'autres phénomènes qu'une amélioration marquée de son état.

2° Le docteur X... exerce aux environs d'une grande ville du sud-ouest. Il est appelé un matin auprès d'une fermière âgée de trente-deux ans, chez laquelle il constate une infiltration ganglionnaire du cou avec la gorge tapissée de fausses membranes.

Que faire ? Il n'a pas de sérum, et ne pourra, vu la distance, se retrouver auprès de la malade que le soir à cinq heures.

En attendant, il conseille d'ajouter une grande cuillerée d'Aniodol dans un verre d'eau et de se gargariser toutes les heures jusqu'à son retour. Eh bien! demanda-t-il à la brave fermière, vous vous êtes bien gargarisée? Oh ! oui, dit-elle, j'ai *bu* la potion toutes les heures.

Devant cette méprise, croyant qu'il l'avait tuée en conseillant un antiseptique aussi puissant que le sublimé, le docteur s'en va, les jambes chancelantes et se disant : Elle sera morte cette nuit.

Le lendemain matin, visite du médecin à cinq heures (c'était au mois de juillet) et, stupéfaction de celui-ci, qui trouve Mme X... balayant sa cour. « J'ai bien dormi, dit-elle, et je ne souffre plus de la gorge. » A l'examen, celle-ci ne présentait plus de fausses membranes et l'infiltration du cou avait disparu.

Ces faits se passent de commentaires. Il était néanmoins utile, avons-nous pensé, de les mettre sous les yeux de nos confrères, afin de leur confirmer l'absence complète de toxicité de l'Aniodol pris à l'intérieur, puisque des nourrissons et des personnes plus âgées, l'ont non seulement absorbé sans le moindre inconvénient, mais s'en sont toujours bien trouvés dans des cas relevant d'une infection ou d'une intoxication profondes.

Nous conseillerons donc de faire usage, sans crainte, de l'Aniodol à l'intérieur, dans tous les cas d'infection du tube gastro-intestinal, fièvre typhoïde ou autres maladies infectieuses, où l'Aniodol est appelé à rendre, croyons-nous, les plus signalés services.

Dr HEPT.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES
D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Par M. LANCE,
Ancien interne des hôpitaux.

I

Historique. — Si l'histoire des abcès sous-phréniques en général remonte déjà à près de quarante ans (mémoire de Von Leyden, 1872), celle des abcès sous-phréniques d'origine appendiculaire est beaucoup plus récente. L'appendicite était en effet à peu près inconnue au moment des premiers travaux sur les collections sous-diaphragmatiques; son étude ne date que des travaux de R. Fitz, Trèves, Talamon, Reclus, Roux vers 1888.

Cependant il existe des observations anciennes de ces abcès.

Les premières furent des découvertes d'autopsie : Hillairet (1849), Hamernjk (1853), Bamberger (2 obs., 1858), Duddenhausen (1869), Bruzelius et Kay (1876), Audouard (1876), Eisenlohr (1877) trouvent des collections purulentes entre le diaphragme et le foie et les rattachent à une pérityphlite suppurée.

Paetch, Jaffé en 1881 en publient des cas très nets, puis Starcke (1882) rapporte le cas d'un opéré de pérityphlite suppurée qui fit pendant sa convalescence un abcès sous-phrénique avec pleurésie; l'abcès s'ouvrit dans le poumon et le malade guérit spontanément. C'était le premier cas de guérison.

Peu après, en 1885, dans un article du *Progrès médical*, P. Blocq décrit cinq cas de phlegmons sous-péritonéaux de la région hépatique sans soupçonner leur origine. Cependant pour au moins trois d'entre eux (obs. de Gouraud, Gosselin, Poisson), l'origine appendiculaire est nette. Le dernier concerne plutôt un ulcère duodénal; ces quatre malades ont guéri après incision.

Dès que l'appendicite est mieux connue, on voit de nombreux travaux apparaître sur ce sujet :

α. Les publications de nombreux cas à des sociétés dans tous les pays :

Thacher (*New-York Pathological society* 1892), Térillon, Jalaguier (soc. de chirurgie 1894), Dieulafoy (acad. de médecine 1902), Toubert, P. Delbet, Segond (soc. de chirurgie 1908).

β. Des travaux d'ensemble sur la question :

Les thèses de Croizat (1892), Sallet (1894), Piard (1896), Laizé (1898), Van olden Barneweld (1902), Spire (1903).

Les articles de journaux de :

Sachs (1895), Deaver (1900), Lockwood (1901), Lapeyre (1901), Weber (1900 et 1901), Elsberg (1901), Christian et Lehr (1903), Sprenzel (1906), Cavaillon et Chabanon (1907), Vignard (1907).

γ. Des chapitres sont consacrés à cette variété d'abcès sous-phréniques dans les travaux d'ensemble soit sur les abcès sous-phréniques, soit sur l'appendicite. Parmi les premiers il convient de citer les articles de Beck (1896), Maydl (1896), Lejars (1902), Gruneisen (1903), Perutz (1905), Carnot (1906). Parmi les seconds, les ouvrages de Kellinack (1893), Hawkins (1895), Trèves (1905), Kelly et Hurdon (1905), Lokwood (1907).

II

Etiologie. — Fréquence. — Pour l'apprécier nous avons plusieurs données :

1° Les statistiques des autopsies ;
2° Les statistiques des cas d'appendicite;
3° Les statistiques d'abcès sous-phréniques.

1° *Statistiques d'autopsies.* — Christian et Lehr déclarent que sur 4028 autopsies pratiquées en deux ans, on a trouvé 7 abcès sous-phréniques appendiculaires; sur ces 4028 cas, la mort était due 86 fois à l'appendicite et 7 fois à l'abcès sous-phrénique. On les constaterait donc dans 8 p. 100 des cas d'appendicite mortelle et 0,2 p. 100 des cas de mort en général.

Kelly et Hurdon notent que sur les 410 autopsies pratiquées en 2 ans au Boston City Hospital (1903-1904) il y avait 13 cas d'abcès sous-phrénique (3,1 p. 100), 7 d'entre eux étaient dus à l'appendicite (1,7 p. 100).

En regard nous pouvons placer les statistiques d'autopsies d'appendicites comme celle de Langheldt (1890). Sur 112 cas d'appendicite autopsiés à l'hôpital de la Charité de Berlin, on trouve : 4 cas de phlébite et thrombose, 2 d'abcès du foie, 2 d'hépatite suppurée, 2 d'abcès sous-phrénique.

2° *Statistiques d'appendicites.* — α. *Appendicites en bloc opérées ou non.* — Caley (1900) note que sur 200 cas d'appendicite, il s'est produit 2 cas d'abcès du foie et 1 seul cas d'abcès sous-phrénique.

β. *Appendicites opérées.* — J. Weber (1900) : sur 600 cas d'appendicites opérées par Sonnenburg, il y avait 350 cas d'abcès appendiculaires, et 9 abcès sous-diaphragmatiques, soit 1,5 p. 100 de toutes les appendicites et 2,5 de celles qui suppuraient. L'année suivante (1901) il ajoute 5 autres cas d'abcès sous-phrénique. Elsberg (1901) sur 91 cas d'appendicites opérées par lui observa 2 cas d'abcès sous-phrénique (2,2 p. 100) et dans sa statistique de 73 cas d'abcès sous-phréniques appendiculaires, 50 cas (68 p. 100) succédaient à des appendicites suppurées opérées. Perutz (1904) sur les 57 cas qu'il a réunis note que 23 fois (40 p. 100) l'abcès sous-phrénique est un accident post-opératoire. Kelly et Hurdon (1905) sur 86 cas d'appendicite opérée trouvent 7 abcès sous-phréniques (8,1 p. 100) qui ont tous été mortels. Fr. Trèves (1905) sur 1000 opérations d'appendicite a vu 6 abcès sous-phréniques (0,6 p. 100) 499 de ces cas étaient des appendicites suppurées et pas un seul de ces *abcès primitifs* n'intéressait la région sous-phrénique. Au contraire, les *abcès secondaires* post-opératoires se classaient ainsi : 12 cas d'abcès secondaires, dont 6 sous phréniques (50 p. 100) et 7 empyèmes dont 4 avec abcès sous-phrénique.

En résumé, si l'abcès sous-phrénique ne survient que dans 0,5 p. 100 des cas d'appendicite, on le rencontre plus souvent dans les cas qui nécessitent l'opération (1,33 p. 100) et surtout dans les cas suppurés (3 p. 100). En règle générale (plus des 2/3 des cas) il ne survient pas comme localisation primitive de la suppuration, mais comme un abcès secondaire, une complication de la période post-opératoire.

3° *Statistiques d'abcès sous-phréniques.* — Le rôle joué par l'appendicite dans la production des abcès sous-phréniques comparativement aux autres causes varie selon les auteurs. D'après Nowack (1891) elle cause 10 p. 100 des abcès sous-phréniques, Maydl

(1894) donne 14 p. 100, Lang (1895) 14,7 p. 100, Martinet (1898) 6,1 p. 100, Körte (1902) 45 p. 100, E. R. Hunt (1904) 18 p. 100, Perutz (1904) 27 p. 100, Barnard (1908) 16 p. 100.

Toutes ces statistiques donnent un total de 191 cas d'abcès sous-phréniques appendiculaires pour 944 collections sous-diaphragmatiques (20 p. 100).

Nous avons collecté les observations des thèses de Martinet, Gely, Spire, Cauderay, des travaux des Gruneisen, Perutz, Barnard, et les observations isolées parues dans la littérature médicale des 10 dernières années et nous arrivons aux chiffres suivants :

Sur 943 cas d'abcès sous-phréniques, 222 soit 23 p. 100 sont dus à des lésions appendiculaires.

Les autres causes principales d'abcès sous-phréniques sont l'ulcère de l'estomac et du duodénum (311 cas — 33 p. 100), les lésions du foie et des voies biliaires (130 cas — 13 p. 100). On peut donc dire, et toutes les statistiques récentes concordent sur ce point que l'ulcère de l'estomac et du duodénum cause 1/3 des abcès sous-phréniques, que l'appendicite la produit dans 1/4 des cas, et avec les lésions du foie et des voies biliaires (abcès, kystes hydatiques, lithiases, cholécystites, etc...) constitue un deuxième tiers dans l'Etiologie. Le dernier tiers revient enfin à des lésions diverses (pancréas, gros intestin, rate, rein, organes thoraciques, génitaux, métastases, traumatismes, etc...).

Ce chiffre de 23 p. 100 comme fréquence de l'origine appendiculaire des abcès de la zone sous-phrénique est bien plus élevé que celui fourni par les plus anciennes statistiques (6 p. 100, 10 p. 100). Au contraire, dans ces dernières on relevait un nombre énorme (13 p. 100 Nowack, 21 p. 100 Lang) de cas de « cause inconnue » ou « primitifs », cas qui ont presque totalement disparu des dernières statistiques. On doit donc penser que la grande majorité de ces cas d'origine inconnue étaient d'origine appendiculaire. A cette époque cliniquement l'appendicite était méconnue, et à l'autopsie l'examen de la région appendiculaire n'était pas pratiqué systématiquement.

Etat de l'appendice. — Toutes les formes et modalités de l'appendicite peuvent donner naissance à un abcès sous-phrénique. C'est à tort que Sonnenburg affirmait que seule une appendicite suppurée pouvait provoquer sa formation. Körte et Elsberg ont bien prouvé le contraire.

Voici les modalités que nous avons relevées :

Tantôt la crise a été si légère qu'elle est passée inaperçue (Lockwood, Deaver, Homer Gage, Leedham Green 2 obs.). Tantôt on a eu affaire à une appendicite chronique (Schlesinger, Baron, Reizenstein, Baldwin) ou à une crise très légère (Khrone), subaiguë (Elsberg, Bamberger). Le plus souvent on a affaire à de l'appendicite aiguë. Celle-ci peut évoluer sans qu'il y ait d'abcès (3 cas de Blocq, Wolbrecht, Croizet, etc...) ou même être terminée et opérée à froid (Marchand). Mais, bien plus souvent on trouve comme cause une appendicite suppurée, avec gangrène ou non de l'appendice. Ce sont les formes avec suppuration localisée de l'appendicite qui donnent lieu d'habitude aux abcès sous-phréniques.

Les formes suraiguës avec péritonite généralisée sont au contraire rarement notées (Mohr, Gray Turner, Reynier, Weber, 4 obs. de Siron, Cavaillon et Chabanon). Les abcès sous-phréniques résiduels d'une péritonite généralisée qui a régressé sont rares, car ces péritonites sont le plus souvent mortelles.

Les chiffres suivants donneront une idée de la fréquence des diverses formes d'appendicite.

Sur les 73 observations d'Elberg, l'état de l'appendice est indiqué 57 fois : dans 7 cas il y avait de l'appendicite sans abcès (10 p. 100), dans 50 cas de l'appendicite gangréneuse avec abcès (68 p. 100).

Sur les 57 cas de Perutz, la nature de l'appendicite est notée dans 37 observations : 2 appendicites chroniques, 4 appendicites non suppurées, 28 appendicites aiguës avec abcès, 3 appendicites subaiguës avec péritonite généralisée. Sur ces 57 cas, 23 ont été opérés, soit 40,3 p. 100, dont 2 au 2ᵉ jour de la crise.

Dans notre statistique personnelle de 222 observations, nous ne trouvons l'état de l'appendice suffisamment indiqué que dans 139 observations. Les lésions se répartissent ainsi : 3 appendicites chroniques (2 p. 100), 7 appendicites légères ou subaiguës (5 p. 100) dont une opérée à froid, 22 appendicites aiguës non suppurées (16 p. 100) dont 5 ont été opérées, 98 appendicites aiguës suppurées (72 p. 100) dont 63 étaient opérées, 9 péritonites généralisées appendiculaires (6 p. 100) toutes opérées.

Résumé des conditions étiologiques. — On peut tirer de tous ces chiffres les déductions suivantes : d'une façon absolue, l'abcès sous-phrénique post-appendiculaire est rare, comme tous les abcès sous-phréniques. Il constitue environ 25 p. 100 de leur totalité. Il survient de préférence dans les cas graves, avec suppurations localisées, ce qui explique sa fréquence dans les statistiques d'autopsies comparées aux statistiques cliniques.

Ce qui frappe surtout, c'est la fréquence énorme des cas survenus après les opérations (statistiques de Trèves, Perutz, la nôtre).

Cela tient-il à une mauvaise technique de l'opération ?

Est-ce parce qu'on intervient trop tard ? On a vu des cas survenir chez des malades opérés au deuxième jour de leur appendicite (Lapeyre, Baldwin) ou même vingt-trois heures après le début (Cavaillon et Chabanon).

Est-ce parce qu'on s'est contenté de l'ouverture de l'abcès sans enlever l'appendice ? Nous l'avons recherché dans nos observations, et nous avons constaté que l'appendice avait été enlevé plus souvent qu'on ne l'avait négligé.

Est-ce parce que le drainage est insuffisant ? Les contre-ouvertures négligées ? Rien ne permet de le penser, et des cas analogues entre les mains du même opérateur ont donné, dans un cas une guérison rapide, dans l'autre la production d'un abcès sous-phrénique.

En réalité, quoiqu'on fasse, lorsqu'on opère, on ne peut arrêter la complication si elle est déjà en voie de se produire.

Lorsqu'on incise un abcès sous-phrénique, bien souvent l'opération n'empêche pas la production ultérieure de complications pleurales ou pulmonaires, parce que la propagation de proche en proche ou par les voies lymphatiques existait déjà. Il en est de même ici ; lors de l'intervention, l'infection peut avoir dépassé les limites de la région appendiculaire et progressé par des voies diverses vers les espaces sous-phréniques.

Il nous faut étudier les dispositions anatomiques qui favorisent cette propagation, et les diverses voies qu'elle emprunte. Elles sont multiples.

Voici celles qui méritent de retenir l'attention :

a. *Position haute de l'appendice.* — Il n'y a pas de situation entre le bassin et le diaphragme que le segment iléo-cæcal ne puisse occuper, et cela par suite de deux causes : *la présence d'un mésentère libre et de longueur anormale, un arrêt de développement fœtal.*

Dans le premier cas, le cæcum est complètement enveloppé de péritoine et l'appendice est long et libre. Il se trouve alors soit très bas dans le petit bassin, dans un sac herniaire, soit, par retournement du méso, dans le voisinage du côlon transverse. Ce sont des cas exceptionnels.

Le deuxième cas est plus fréquent. Durant la rotation embryonnaire de l'anse intestinale, le cæcum et l'appendice peuvent se fixer en un point de leur course : à l'hypocondre gauche près de la rate et de l'estomac (septième, huitième semaine), près de l'ombilic (huitième, neuvième semaine, hernies ombilicales), dans l'hypocondre droit (dixième semaine). D'après Robinson, le cæcum se rencontre en position anormalement haute dans 3 p. 100 des femmes et 7 p. 100 des hommes. On comprend qu'un appendice en position élevée donnera facilement lieu à un abcès sous-phrénique. Weber l'a rencontrée 6 fois sur 9 opérés d'abcès sous-phrénique. Dans 4 de nos observations (Broca, J. Weber, Deaver, Barnard), le cæcum était très élevé, en contact avec le foie. Dans les deux derniers cas, l'appendice se trouvait même en contact direct avec le diaphragme.

b. *Position rétrocæcale de l'appendice.* — *Appendice ascendant.* — La fréquence de ce type dans les cas d'abcès sous-phréniques n'est pas douteux. Sachs l'a constatée « fréquemment ». Weber signale que sur 8 cas, 6 fois l'appendice était replié vers le haut et se trouvait dans le voisinage immédiat du foie, en avant ou en arrière du côlon. Elsberg sur 73 cas a relevé 29 fois la position exacte de l'appendice : 17 fois, il était derrière le cæcum et le côlon ascendant (59 p. 100); 12 fois devant le cæcum ou au-dessous de lui.

Dans une clinique sur la pleurésie appendiculaire, M. Dieulafoy insiste aussi sur cette donnée.

Nous avons dans nos observations trouvé la position de l'appendice notée avec soin seulement dans 40 cas : 5 fois le cæcum était haut situé et l'appendice très élevé; 4 fois l'appendice très long remontait en dedans du cæcum le long du côlon ascendant; 5 fois il était en avant du côlon; 2 fois on le trouvait en dedans du cæcum; 24 fois il était derrière le cæcum ou en position ascendante derrière le côlon, soit 60 p. 100.

Donc dans 60 p. 100 des cas d'abcès sous-phréniques d'origine appendiculaire l'appendice était en position rétro-cæcale ou rétro-colique.

Quelle est, normalement, la fréquence de cette position de l'appendice?

Les travaux sur la position normale de l'appendice abondent et donnent des chiffres très variables. Cela tient surtout à ce que les positions multiples décrites ne sont pas superposables d'un travail à l'autre.

En ne retenant que les chiffres qui ont trait aux positions postérieures de l'appendice, nous trouvons ceci :

Fergusson sur 200 autopsies constate cette position 75 fois (37,5 p. 100); Tuffier et Jeanne donnent 16 p. 100; Lafforgue 13 p. 100 (26 sur 200 cas); Vallée 31 p. 100 (31 sur 100 cas); Marchand 38 p. 100 (23 sur 60); Kelly et Hurdon 34 p. 100, Fowler 25 p. 100 (37 sur 144). Ces chiffres varient donc de 13 à 38 p. 100. Vignard auquel nous empruntons la plupart de ces chiffres fait remarquer que les chiffres les moins élevés, ceux de Tuffier et Jeanne par exemple, ne comptent que l'examen d'adultes. Dans la statistique de Lafforgue, si on ne prend que les adultes, on arrive au chiffre 9 p. 100. Au contraire Vallée (31 p. 100) n'a examiné que des enfants, et dans la statistique de Lafforgue les enfants donnent un chiffre de 29 p. 100.

Vignard en conclut que : 1° l'appendice est fréquemment situé derrière le cæcum et le côlon descendant; 2° ce dispositif est, sinon spécial à l'enfance, du moins réalisé chez elle plus souvent que chez l'adulte.

Vignard, cherchant l'explication du fait, rappelle que, d'après Mariau, les situations postérieures et hautes de l'appendice sont plus fréquentes dans les statistiques opératoires que dans les statistiques anatomiques, donc l'appendice enflammé tend à se placer derrière le cæcum. Au début de la crise, le cæcum en se distendant s'abaisse, vient se fixer devant l'appendice, qui, attiré par son pédicule, tend à se placer, pointe en haut, derrière le cæcum abaissé. La position rétro-cæcale de l'appendice serait donc pathologique. Elle serait le résultat de cette période d'inflammation chronique qui, pour Sonnenburg et bien des auteurs, précéderait toute crise aiguë.

Trèves pense au contraire que c'est le développement excessif du cæcum, résultat de la stase intestinale, qui entraîne la situation postérieure et ascendante de l'appendice, position favorable au développement de l'appendicite.

Quoiqu'il en soit de ces explications, il reste acquis que cette situation de l'appendice est très fréquemment observée dans les cas d'appendicite, partant dans les cas d'abcès sous-phrénique appendiculaire.

C. *Situation rétro-péritonéale de l'appendice.* — Quels sont les rapports du péritoine et de l'appendice?

Au début de la vie intra-utérine, l'anse iléo-colique est entièrement recouverte de péritoine et rattachée à la paroi postérieure de l'abdomen par un méso. Le cæcum accomplit dans ces conditions sa migration qui résulte de la torsion de l'anse intestinale. Lorsqu'elle est terminée, le méso s'accole à la paroi postérieure et se fusionne avec elle. Cette fusion procède du centre à la périphérie; elle débute au quatrième mois, progresse de façon très inégale, créant ainsi des types très divers. Au niveau où finit la fusion, on dit que se fait la réflexion du péritoine pariétal sur le viscère : la partie qui est en dedans de cette réflexion est dite intra-péritonéale, celle qui est en dehors extra-péritonéale. Telle est la description classique.

De l'avis de tous les auteurs (Trèves, Bardeleben, Tuffier), le cæcum est en général entièrement intra-péritonéal, la réflexion du péritoine se faisant à 10 centimètres de son sommet. L'appendice est intra-péritonéal.

C'est la règle, mais il est loin d'en être toujours ainsi. Dans leur ouvrage, Kelly et Hurdon décrivent avec soin 8 types différents de cette réflexion du péritoine. Dans les 6 premiers types, soit 66 p. 100 des cas, l'appendice entier est intra-péritonéal; dans les deux derniers, soit 14 p. 100, son origine seule est intra-péritonéale, il ne tarde pas à s'enfoncer

dans le péritoine. Dans tous les types, une portion plus ou moins longue de l'appendice peut être sous-péritonéale si l'appendice est très long et de type postérieur ascendant.

Ancel et Cavaillon ont repris cette étude. Leurs travaux embryologiques et leurs dissections les ont amenés à des conclusions toutes différentes. L'accolement du côlon à la paroi abdominale postérieure ne procède pas du centre à la périphérie. Il se produit au contraire, chez le fœtus d'abord, une adhérence le long du bord externe du côlon et la soudure se fait à partir de ce point de dehors en dedans. La présence d'un méso au cæcum et au côlon est bien plus fréquente chez l'adulte que chez le fœtus. Sa formation n'est donc pas un arrêt d'accolement, un vice de développement. Ce méso est au contraire une formation secondaire par traction du cæcum qui attire loin de la paroi abdominale postérieure les feuillets péritonéaux qui l'y retiennent.

Le résultat de ces constatations, c'est que même dans les cas où le cæcum est accolé, la dissection montre la présence d'un feuillet péritonéal pariétal constant en arrière du côlon et du cæcum. Le cæcum et l'appendice sont donc *anatomiquement* toujours intra-péritonéaux.

L'appendice, quand il est sous-cæcal avec un cæcum accolé, est dans un plan de clivage où l'infection progresse rapidement, créant le phlegmon rétro-colique. De là l'infection s'étend facilement au tissu cellulaire lombaire et aux espaces sous-phréniques. La collection n'est pas sous-péritonéale d'emblée, mais bien intra-péritonéale : c'est un abcès rétro-colique et non un phlegmon iliaque et une psoïte.

Quant à la fréquence du cæcum adhérent, voici les chiffres des diverses dispositions rencontrées par Cavaillon et Ancel chez l'adulte :

Cæcum flottant	8,5	p. 100.
Cæcum à fond libre	43	—
Cæcum fixé	22	—
Fossette rétro-cæcale	18	—
Méso-cæcum	8,5	—

D. *Disposition des sinus péritonéaux.* — Outre le plan de clivage sous-cæcal dont nous venons de parler, il existe d'autres dispositions naturelles du péritoine favorisant la progression de l'infection appendiculaire vers les régions sous-phréniques. Lorsqu'il se produit une collection dans la fosse iliaque, le malade étant couché, le pus, bridé en bas par le ligament inférieur du cæcum qui protège le petit bassin, a tendance à se propager dans une gouttière naturelle formée par le côlon ascendant et la paroi latérale : le sinus pariétocolique droit de Lapeyre, qui aboutit à l'espace sous-hépatique. On sait la fréquence de ces collections sous-hépatiques dans l'appendicite; combien de fois après l'ouverture et l'évacuation d'un petit abcès iliaque, le doigt en explorant la partie supérieure de la poche ne fait-il pas jaillir tout à coup « un flot de pus qui semble venir de dessous le foie ». De cette collection sous-hépatique l'infection, en contournant le bord externe ou antérieur du foie, gagne l'espace sus-hépatique.

Bien que beaucoup plus rare, ce mode de propagation peut exister à gauche. Par suite d'une position basse de l'appendice par exemple, il existe une collection pelvienne qui dépasse la ligne médiane, elle peut progresser dans la fosse iliaque gauche, et le long du sinus pariéto-colique gauche jusqu'à la loge splénique.

Du petit bassin, le pus peut suivre, pour gagner le diaphragme, une autre voie indiquée par Barnard qui en cite une observation (cas de Fitzpatrick). Le pus progresse dans une fosse située profondément dans la région lombaire, entre le bord droit du côlon descendant à gauche, la saillie de la colonne vertébrale à droite. En bas, elle s'ouvre dans le cul-de-sac vésico-rectal ou utéro-rectal. En haut, elle franchit le côlon transverse qui s'enfonce dans la fosse lombaire, et s'ouvre en avant de la grande courbure de l'estomac.

E. *Disposition du tissu cellulaire.* — L'appendice est relié au tissu cellulaire sous-péritonéal par deux pédicules conjonctifs.

Le premier, constant, n'est autre que celui de son méso, prolongement du pédicule mésentérique. Körte et Sänger ont montré que quand on injecte un liquide coloré entre les feuillets du méso-appendice, le liquide gagne le tissu cellulaire rétro-cæcal, remonte derrière le côlon, et gagne la face postérieure du foie. La propagation n'est pas régie par la pesanteur, mais par la moindre résistance du tissu cellulaire.

Le deuxième est le pédicule d'accolement qui n'existe que dans les cas de cæcum accolé. Nous avons vu que d'après Cavaillon et Ancel cette communication n'est pas directe, mais se fait par l'intermédiaire de deux feuillets péritonéaux accolés. Au-dessous de ceux-ci « le tissu cellulaire forme une nappe étendue entre la séreuse pariétale et les plans musculaires de la paroi. Il existe là un vaste espace décollable qui conduit en haut jusqu'au contact de la face inférieure du diaphragme, après avoir enveloppé le rein ».

F. *Disposition des lymphatiques.* — Alors que certains auteurs n'admettent qu'une voie lymphatique pour l'appendice, la voie mésentérique (Polya et Navratil, Cunéo), d'autres admettent une deuxième voie le long du bord interne du cæcum et sous le côlon (Lockwood, Tuffier et Jonnesco, Piard, Tixier et Viannay). Croizat a montré qu'il existe des anastomoses lymphatiques étendues entre l'appendice et les espaces sous-phréniques en arrière du côlon ascendant. Lennander décrit aussi de larges anastomoses entre les ganglions de l'appendice et les ganglions rétro-péritonéaux, et aussi entre les ganglions du pourtour de la veine porte et ceux du hile du foie.

Cavaillon et Chabanon, qui les ont étudiés récemment, confirment ainsi ces données : le système lymphatique de l'appendice vient se résumer en trois courants principaux : le premier suit les vaisseaux mésentériques et gagne avec eux la région hilaire du foie, s'anastomosant avec les voies lymphatiques intra-hépatiques. Le second suit la chaîne rétro-mésocolique, se continuant jusqu'au niveau de l'angle droit du côlon. Le troisième, constitué par les anastomoses entre les systèmes intra et rétro-péritonéal, vient se déverser dans des ganglions situés dans l'espace décollable et n'existe que dans le cas de cæcum accolé.

Barnard a observé dans un cas un autre mode de propagation par les voies lymphatiques. Un abcès de la fosse iliaque infecta les lymphatiques de la paroi abdominale antérieure entourant l'artère épigastrique. L'infection gagna ainsi le tissu cellulaire du ligament falciforme, une collection s'y forma en le dédoublant, extra-péritonéale, saillante au niveau de l'appendice xiphoïde.

G. *Disposition des veines.* — Elles suivent deux voies différentes. La principale est la veine iléo-appendiculaire, se jetant dans la mésentérique supérieure et de là au foie par la veine porte. En plus, Cavaillon et Chabanon ont montré que dans les cæcums accolés ou avec méso, il s'établit un système de dérivation secondaire par anastomose de ces veines avec celles de la paroi.

Voyons maintenant comment et dans quelle mesure l'infection partie de l'appendice utilise ces voies diverses pour gagner les espaces sous-phréniques.

MODE DE FORMATION DES ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES DANS L'APPENDICITE. — α. *Infection directe.* — Lorsque le cæcum et l'appendice sont en situation très élevée comme les cas que nous avons cités plus haut, l'abcès peut se trouver d'emblée sous le diaphragme. Ce sont des raretés.

β. *Propagation à distance.* — Partie d'un appendice en situation normale, l'infection peut théoriquement se faire :

1° Par voie sanguine (infection pyohémique);
2° Par la veine porte (pyléphlébite, abcès du foie et de la rate);
3° Par les lymphatiques;
4° Par le tissu cellulaire rétro-péritonéal;
5° Par voie intra-péritonéale.

Nous ne connaissons pas d'exemple du premier mode de production d'abcès sous-phrénique, bien qu'on l'admette pour la pleurésie appendiculaire en s'appuyant sur quelques faits fort discutables.

Infection par la veine porte. — L'infection du foie, souvent légère, parfois grave à la suite de l'appendicite, est bien connue depuis les publications d'Achard, Feltz, Jorand et la thèse de Berthelin. Cette infection est très fréquente ; elle peut parfois prendre la forme d'hépatite suppurée, mais c'est exceptionnellement qu'un abcès superficiel donne lieu à un abcès sous-phrénique.

Reginald Fitz sur 257 autopsies d'appendicite a trouvé 11 fois de la pyléphlébite avec hépatite, pas de périhépatite; Langheldt sur 112 appendices autopsiés : 4 phlébites et thromboses, 2 abcès du foie, 2 hépatites suppurées, 2 périhépatites; Einhorn sur 100 autopsies d'appendicite : 6 embolies de la veine porte avec pyléphlébite et abcès du foie, pas de périhépatite; Caley sur 200 cas d'appendicite note : 2 cas d'abcès du foie, 1 abcès sous-phrénique dont il n'indique pas la pathogénie.

Les observations sont aussi rares si on prend les cas d'appendicite compliqués d'abcès sous-phréniques. Sur les 73 cas d'Elsberg, les 9 de Weber, les 55 de Perutz, 3 seulement sont dus à un abcès du foie. Sur les 12 cas de Barnard un seul reconnaît cette origine. Enfin sur les 222 observations que nous avons réunies nous ne trouvons que 5 cas de propagation de l'infection à la région sous-phrénique par pyléphlébite (obs. de Körte, Loison, Tolot, Kelly et Hurdon, Barnard).

Sonnenburg dit avoir opéré 15 cas d'abcès du foie compliquant l'appendicite et dont 5 se compliquaient d'abcès sous-phrénique. Mohr cite bien deux autres cas, un de Bierhoff et un malade de Fisher chez lequel la complication s'est produite un an après l'opération. Mais ces auteurs ne donnent aucun détail.

Dans l'observation de Kelly et Hurdon, il s'agissait non d'une périhépatite, mais d'une périsplénite, suite d'une infection veineuse de tout le territoire porte, à point de départ appendiculaire.

Infection par voie lymphatique. — Cette voie de propagation a d'abord été indiquée par Piard, Grandsire, puis par Dieulafoy : les germes infectieux sont transportés par voie lymphatique de la région cæcale au diaphragme, à la plèvre, au poumon. Piard et Grandsire considèrent les pleurésies suppurées et les abcès sous-phréniques appendiculaires comme des abcès d'origine lympathique à distance, sans connexions avec le foyer appendiculaire intra-péritonéal. Cette conception est en contradiction avec les faits. Toutes les autopsies démontrent la continuité de la fusée purulente, avec l'échelle des zones enflammées ou suppurées : zone intra-péritonéale, rétro-cæcale, rétro-colique ou prérénale, rétro-hépatique, sus-hépatique, pleurale. C'est la conception que Lapeyre oppose à la description toute théorique de Piard des abcès lymphatiques à distance : « Les microbes ne sont pas transportés au loin pour y coloniser; ils marchent d'une façon continue, créant la lésion sur place à mesure que l'invasion avance; les lymphatiques guident l'infection, pour ainsi dire, en jalonnant sa marche le long de la paroi. C'est ainsi que s'explique la localisation des lésions sur la paroi inférieure du diaphragme et non sur la face supérieure du foie. C'est à ce rôle des lymphatiques pariétaux que sont dus ces foyers purulents occupant la paroi, avant même d'aller au diaphragme, et que nombre d'autopsies signalent. »

Propagation par le tissu cellulaire. — Körte à la suite de ses expériences avec Sänger, Shœmaker se sont fait les premiers défenseurs de cette voie de propagation. Sur le terrain clinique, Körte avance 2 observations particulièrement probantes : au début, à l'opération pour appendicite, on a constaté un abcès dans l'origine du mésentère; huit jours après, un abcès sous-phrénique était constitué sans qu'il y ait eu infection de la cavité péritonéale. L'appendice était situé derrière le cæcum et à type remontant, enfoui par sa pointe dans d'épaisses adhérences. La pointe était perforée et s'ouvrait dans une cavité suppurée rétropéritonéale qui, de proche en proche, s'étendait jusqu'au diaphragme.

Dans ces cas la suppuration est continue, dans d'autres on trouve une série de petits abcès, jalonnant la marche de l'infection entre le cæcum et le diaphragme, en passant devant le rein (Gruneisen).

Nous ne voyons pas la possibilité de séparer ces cas des précédents. La propagation par les lymphatiques et le tissu cellulaire suit les mêmes voies anatomiques, et l'infection est certainement presque toujours mixte sans qu'on puisse préciser la part qu'y prennent l'un ou l'autre tissu.

Propagation intrapéritonéale. — Ce sont les travaux de Robinson, Lapeyre, Perutz qui l'ont bien mise en évidence. Nous avons vu plus haut les voies anatomiques diverses que peut suivre le pus pour aller du cæcum au diaphragme. D'ordinaire cette propagation du pus se fait de proche en proche. Par exception on peut observer des abcès résiduels d'une péritonite généralisée, c'est-à-dire que l'appendicite a d'abord déterminé de la péritonite généralisée qui s'est ensuite localisée formant des collections multiples (fosse iliaque, petit bassin, abcès sous-phrénique).

En résumé on voit que sauf quelques cas d'infection par la veine porte, l'infection se transmet de l'appendice au diaphragme, soit par la voie des lym-

phatiques et du tissu cellulaire, soit par voie intrapéritonéale.

Voici quelques chiffres qui peuvent donner une idée de la fréquence de ces divers modes d'infection :

Elsberg sur 55 cas où cette notion est indiquée trouve 35 fois la propagation intrapéritonéale, 20 fois extrapéritonéale. H. Kelly sur 7 cas autopsiés trouve : 1 fois infection extrapéritonéale, par la veine porte, 4 fois par le péritoine (dont 2 avec péritonite généralisée), 2 fois propagation extrapéritonéale. Weber sur 9 cas, 7 fois par propagation intrapéritonéale. Perutz sur 55 cas, 35 fois propagation intrapéritonéale.

Les chiffres que nous donnent nos observations sont peu différents des précédents. Sur 103 cas où la voie de propagation est indiquée nous trouvons qu'elle s'est faite : 5 fois par la veine porte, 41 fois par les lymphatiques ou le tissu cellulaire, 52 fois par voie intrapéritonéale (dont 12 abcès résiduels de péritonite généralisée), 2 fois la voie de propagation était mixte, 2 fois un abcès extrapéritonéal se serait ouvert dans le péritoine.

De l'origine intra ou extrapéritonéale des abcès résule un ensemble de caractères qui peuvent ainsi s'énoncer :

Abcès d'origine extrapéritonéale. — 1° Ils siègent toujours à droite ; 2° ils résultent le plus souvent de l'infection d'un appendice à type postérieur et ascendant. Ils succèdent aux abcès rétrocoliques et rétrocæcaux ; 3° ils comprennent la grande majorité des abcès gazeux consécutifs à l'appendicite ; 4° ils présentent un type clinique particulier que nous verrons plus loin ; 5° ils se compliquent presque toujours de pleurésie car le diaphragme est atteint dans son épaisseur dès le début. Il existe une véritable diaphragmatite par continuité avec sus et sous-diaphragmatite ; 6° l'intervention même précoce de l'appendicite n'arrête pas la marche de l'infection par voie lymphatique ou cellulaire.

Abcès d'origine intrapéritonéale. — Ils peuvent dans quelques cas se former avec un cæcum en position anormalement haute et la propagation est peu éloignée. Avec un cæcum en position normale, l'appendice occupe des positions variées, en dehors du cæcum, et le pus progresse par le sinus pariétocolique droit (Robinson, Lapeyre, Spire, Wollert, etc.), en dedans, et le pus progresse en dedans du côlon (Dieulafoy). Avec un cæcum en position basse et un abcès pelvien l'abcès peut progresser vers l'hypocondre gauche dans le sinus pariétocolique gauche, le long du bord gauche du côlon (Barnard) ou en suivant la face inférieure du mésentère (cas de Rezeinstein).

Dans les cas qui sont résiduels de péritonite généralisée on trouve des exemples d'abcès de toutes les loges sous-phréniques aussi bien à gauche qu'à droite.

Dans le cas de propagation intrapéritonéale les abcès siègent d'ordinaire à droite, mais peuvent aussi siéger à gauche (abcès pelviens, péritonite généralisée). De même, toutes les autres particularités des abcès d'origine extrapéritonéale n'existent plus ici.

(*A suivre.*)

DOCUMENTS OFFICIELS

DÉCRET RELATIF A LA RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu les décrets du 31 juillet 1893 et du 24 juillet 1899, relatifs au doctorat en médecine ;

Vu les décrets et arrêtés des 31 mai et 22 juillet 1902, relatifs au baccalauréat de l'enseignement secondaire ;

Vu les décrets et arrêtés des 31 juillet et 31 décembre 1893 et l'arrêté du 20 février 1907, relatifs au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ;

Vu les lois des 30 novembre 1892, 27 février et 18 mars 1880, et 10 juillet 1896 ;

Vu les décrets du 21 juillet 1897 ;

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

Décrète :

TITRE PREMIER

Durée des études. — Conditions de grades. — Inscriptions. — Livret scolaire.

Article premier. — Les études en vue du doctorat en médecine durent cinq années, non compris l'année préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. — Elles peuvent être faites :

Pendant les trois premières années, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ; pendant les cinq années, dans une faculté de médecine, dans une faculté mixte de médecine et de pharmacie, ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine prennent vingt inscriptions. Ils doivent produire, pour prendre la première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 3. — Il n'est accordé d'inscriptions rétroactives ou cumulatives que dans les conditions fixées par l'article 15 du décret du 21 juillet 1897 et sur justification du stage et des travaux pratiques.

Art. 4 — Il est établi un livret scolaire au nom de chaque étudiant. — Sont inscrites au livret scolaire les notes d'assiduité et d'interrogation obtenues aux travaux pratiques et aux stages. — Le livret, tenu à jour, est obligatoirement communiqué aux juges à tous les examens, sous peine de nullité de l'examen. — Une fois la scolarité terminée, il est remis à l'étudiant avec le diplôme.

TITRE II

Enseignement.

Programmes d'enseignement. — Enseignement théorique. — Enseignement technique (travaux pratiques). — Enseignement clinique.

Art. 5. — L'enseignement en vue du grade de docteur en médecine comprend : 1° Un enseignement théorique présentant l'ensemble des connaissances nécessaires au futur docteur en médecine ; 2° un enseignement technique donné dans les laboratoires (travaux pratiques) et coordonné à l'enseignement théorique ; 3° l'enseignement clinique donné dans les hôpitaux.

Programmes d'enseignement. — Art. 6. — Des programmes détaillés sont établis à la fin de chaque année scolaire, pour les diverses branches de l'enseignement théorique et pour les travaux pratiques. — Chaque programme est préparé par le professeur titulaire, ou, à défaut, par l'agrégé chargé du cours, délibéré en assemblée de la faculté et soumis au ministre de l'Instruction publique. — Après approbation du ministre, les programmes sont publiés au début de l'année scolaire. — L'assemblée de la faculté fixe également le nombre de leçons, conférences et séances de travaux pratiques que comporte l'exécution de chaque programme.

Art. 7. — Le doyen est chargé d'assurer l'application des programmes. Il peut s'y faire aider par une commission composée, sous sa présidence, d'un professeur titulaire désigné par les professeurs titulaires, d'un autre professeur titulaire désigné par les agrégés en exercice.

Enseignement théorique. — Art. 8. — Dans chaque faculté ou école, il est fait au début de l'année scolaire, aux élèves de première année, un exposé de l'organisation générale des études médicales.

Art. 9. — L'enseignement théorique comprend :

1° Les sciences biologiques : Anatomie ; Histologie ; Notions d'embryologie ; Physiologie ; Notions de physique et de chimie médicales.

2° Les enseignements annexés à la médecine, à la chirurgie et à l'obstétrique : Physique et chimie appliquées à la médecine ; Anatomie pathologique ; Anatomie topographique ; Médecine opératoire ; Pathologie expérimentale ; Bactériologie ; Parasitologie ; Pharmacologie ; Hygiène ; Thérapeutique ; Médecine légale.

3° Pathologie générale ; Pathologie interne ; Pathologie externe ; Obstétrique ; Stomatologie ; Notions de législation et de déontologie médicales.

Tous ces enseignements sont complétés, suivant leur nature, par des démonstrations et travaux pratiques.

Enseignement technique (travaux pratiques). — Art. 10. — Les travaux pratiques sont obligatoires et sont répartis entre les cinq années de scolarité. — Le travail de l'étudiant aux travaux pratiques est constaté par des interrogations ou des manipulations donnant lieu à des notes inscrites au livret scolaire.

Enseignement clinique. — Art. 11. — L'enseignement clinique comprend, avec les exercices pratiques qui y sont afférents : 1° L'enseignement élémentaire et pratique de la sémiologie et de la technique sémiotique pour les élèves de première année ; 2° La clinique médicale, la clinique chirurgicale, la clinique obstétricale ; 3° L'enseignement élémentaire des cliniques spéciales ci-après : Dermatologie et maladies vénériennes ; Voies urinaires ; Maladies nerveuses ; Maladies mentales ; Médecine infantile ; Chirurgie infantile ; Ophtalmologie ; Oto-rhino-laryngologie ; Gynécologie ; Maladies contagieuses.

TITRE III

Du stage.

Art. 12. — Le stage est obligatoire pendant les cinq années d'études. — Il doit être accompli au siège de la faculté ou école pendant les quatre premières années. — Pendant la cinquième année, il peut, avec l'autorisation de la faculté, être fait dans les établissements choisis par l'étudiant en France ou à l'étranger. L'étudiant devra fournir la preuve que ce stage a été réellement accompli.

Art. 13. — Chaque année le stage a une durée de neuf mois. — En cas d'empêchement légitime au cours de l'année scolaire, une partie du stage peut être faite pendant les vacances sur la demande de l'étudiant, après autorisation du doyen.

Art. 14. — Le service de l'internat et de l'externat des hôpitaux recruté par la voie du concours et dépendant des administrations hospitalières dans les départements, ou, à Paris, de l'administration générale de l'Assistance publique, est tenu pour équivalent du stage de médecine et de chirurgie dans les conditions qui seront déterminées par chaque faculté ou école. — Des facilités seront accordées aux internes des hôpitaux pour l'accomplissement des stages spéciaux.

Art. 15. — Les stagiaires de première année sont groupés dans des services qui leur sont réservés. — Sous réserves d'une entente entre la faculté ou école et l'administration de l'Assistance publique à Paris ou l'administration hospitalière dans les départements, tous les stagiaires sont associés, à partir de la troisième année, aux consultations et aux gardes d'hôpital.

Art. 16. — Au cours et à la fin de chaque stage, l'étudiant est interrogé par le chef du service auquel il est attaché. — Il lui est délivré un certificat comprenant deux notes, l'une d'assiduité, l'autre d'interrogations. L'insuffisance d'assiduité peut entraîner la suspension de l'inscription suivante. Il est tenu compte de la note d'interrogations dans le résultat des examens.

TITRE IV

Répartition des enseignements, des travaux pratiques et du stage.

Art. 17. — Les enseignements, les travaux pratiques et le stage sont répartis ainsi qu'il suit entre les différentes années d'études :

Première année. — Semestre d'hiver : Ostéologie. Anatomie descriptive (y compris le système nerveux périphérique). — Notions élémentaires de pathologie générale comme introduction à l'étude de la médecine (enseignement facultatif pour les étudiants). — Semestre d'été : Histologie. Physiologie. — Travaux pratiques. — Stage le matin dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Deuxième année. — Semestre d'hiver : Achèvement de l'anatomie, y compris le système nerveux central, et anatomie topographique. — Semestre d'été : Achèvement de l'histologie et notions d'embryologie. Physiologie avec notions de physique et de chimie médicales. — Travaux pratiques. — Stage le matin dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Troisième année. — Enseignement de la pathologie interne et de la pathologie externe. Quelques leçons de tératologie sont annexées à la pathologie externe. — Cours d'accouchements avec manœuvres obstétricales. Quelques leçons de tératologie sont annexées à ce cours. — Enseignement de la médecine opératoire. — Enseignement de la bactériologie. — Enseignement élémentaire, en quelques leçons, de la pathologie expérimentale. — Enseignement de la parasitologie. — Travaux pratiques de médecine opératoire, de bactériologie, de pathologie expérimentale et de parasitologie. — Stage dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Quatrième année. — Enseignement de la pathologie interne et de la pathologie externe. — Enseignement de la pathologie générale. — Enseignement de l'anatomie pathologique. — Notions élémentaires de matière médicale (médicaments simples et composés). — Eléments de pharmacologie (action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses). — Travaux pratiques d'anatomie pathologique, de matière médicale et de pharmacologie. — Stage dans les services généraux de médecine et de chirurgie. — Suivant ses convenances et ses moyens propres, chaque faculté ou école organise, en troisième et en quatrième année, les stages des cliniques spéciales. — Les stages des cliniques spéciales, sauf pour la gynécologie, sont obligatoires.

Cinquième année. — Enseignement de la thérapeutique. — Enseignement de l'hygiène. — Enseignement de la médecine légale. — Enseignement de la stomatologie. — Notions de législation et de déontologie. — Travaux pratiques d'hygiène. Démonstrations et travaux pratiques de médecine légale. — Stage dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

TITRE V

Des examens.

Art. 18. — Les examens sont de deux sortes : 1° les examens de travaux pratiques ; 2° les examens de fin d'année.

a. Examens de travaux pratiques. — Art. 19. — Chaque enseignement, donnant lieu à des travaux pratiques, a pour sanction un examen placé à la fin des travaux pratiques. — Cet examen comprend : L'épreuve pratique. Des interrogations.

Art. 20. — Sont l'objet d'examens de travaux pratiques les matières suivantes : l'anatomie, l'histologie, la physiologie, la physique et la chimie appliquées à la médecine, la médecine opératoire, la parasitologie, la bactériologie, l'anatomie pathologique, la matière médicale, la pharmacologie, l'hygiène et la médecine légale.

Art. 21. — En cas d'échec à l'examen de travaux pratiques, l'étudiant est tenu de faire une nouvelle série d'exercices avant de prendre l'inscription du trimestre suivant. — En cas de succès ultérieur, l'inscription lui est accordée rétroactivement.

Art. 22. — Pour les travaux pratiques dont la durée ne dépasse pas trois mois, la faculté ou école devra organiser des séries complémentaires d'épreuves. — Il y aura, avant le début de l'année scolaire, une session d'examens de travaux pratiques, pour les candidats ajournés à la session précédente, quelque soit l'endroit où, pendant les vacances, ils auront fait leurs travaux pratiques. — L'étudiant de nouveau ajourné à cette session supplémentaire sera tenu de recommencer son année d'études.

Art. 23. — Pourront être admis par la commission scolaire à subir les examens de travaux pratiques, les élèves qui justifieront devant la commission avoir suivi des travaux pratiques dans des établissements dépendant de l'université ou agréés par la faculté.

b. Examens de fin d'année. — Art. 24. — Indépendamment des examens de travaux pratiques, chaque année d'études se termine par un examen de fin d'année.

Art. 25. — Sont l'objet d'examens de fin d'année les matières suivantes : anatomie et histologie ; physiologie avec notions de physique et de chimie médicales ; obstétrique ; pathologie interne ; pathologie externe ; pathologie générale ; thérapeutique ; hygiène ; médecine légale avec notions de législation et de déontologie et les cliniques visées à l'article 27.

Art. 26. — Les examens de fin d'année sont répartis ainsi qu'il suit :

Première année. — Anatomie et histologie.

Deuxième année. — 1° anatomie et histologie ; 2° physiologie avec notions de physique et de chimie médicales. — Ces examens sont subis dans l'ordre choisis par le candidat.

Troisième année. — Obstétrique.

Quatrième année. — 1° pathologie interne ; 2° pathologie externe ; 3° pathologie générale. — Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

Cinquième année. — 1° thérapeutique ; 2° hygiène ; 3° médecine légale avec notions de législation et de déontologie. — Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

Examens de cliniques. — Art. 27. — Les examens de cliniques ont lieu après validation de tous les stages obligatoires. — Ils comprennent : 1° examen de clinique chirurgicale et de thérapeutique chirurgicale avec revision générale de la pathologie externe ; 2° examen de clinique obstétricale et de thérapeutique obstétricale avec revision générale de l'obstétrique ; 3° examen de clinique médicale et de thérapeutique médicale avec revision générale de la pathologie interne. — Les examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

TITRE VI

Dispositions spéciales aux différents examens. — Examens de travaux pratiques. — Jurys.

ART. 28. — Aux examens de travaux pratiques, pour les matières qui ne font pas en outre l'objet d'un examen de fin d'année, l'interrogation peut porter sur l'ensemble du programme ; pour les matières qui font en outre l'objet d'un examen de fin d'année, l'interrogation est limitée au programme des travaux pratiques.

ART. 29. — Les examens de travaux pratiques sont subis devant des commissions spéciales de trois membres. — Peuvent faire partie de ces commissions : Les professeurs titulaires, les professeurs adjoints, les agrégés, les chefs de travaux et assimilés pourvus soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de docteur ès sciences, soit du titre de pharmacien de première classe. Sauf le cas de force majeure, chaque commission d'examens de travaux pratiques comprendra le chef des travaux pratiques correspondants.

EXAMENS DE FIN D'ANNÉE. — ART. 30. — Chacun des examens de fin d'année est subi devant un jury de trois membres.

ART. 31. — Les questions posées aux examens de fin d'année sont prises dans les programmes des enseignements correspondants. — Ces questions sont tirées au sort. — Le candidat tire un bulletin de l'urne ; ce bulletin contient trois questions différentes ; le candidat est interrogé sur une, sur deux ou sur les trois questions, au choix du jury. — L'examen est public ; il est subi devant le jury complet. — L'admission et l'ajournement sont prononcés après délibération du jury complet.

EXAMENS DE CLINIQUES. — ART. 32. — Le jury de chacun des examens de cliniques est composé de trois juges.

ART. 33. — Pour la clinique chirurgicale, chaque série d'examens comprend au maximum trois candidats ; pour la clinique médicale, quatre candidats ; pour la clinique obstétricale, six candidats.

ART. 34. — L'épreuve consiste dans l'examen d'un ou de deux malades. — Les candidats aux épreuves de clinique médicale et de clinique chirurgicale disposent de quinze minutes au maximum pour l'examen de chaque malade. — Pour l'épreuve de clinique obstétricale, le temps attribué à l'examen du malade est de vingt minutes au maximum. — L'examen des malades a lieu sous la surveillance du jury. — Les juges siégeant ensemble interrogent successivement les candidats au sujet des malades examinés, et s'assurent, en outre, qu'ils possèdent les connaissances nécessaires à la pratique médicale. — Le candidat ne doit pas connaître à l'avance le service où il aura à subir l'épreuve clinique.

EXAMENS DE FIN D'ANNÉE. EXAMENS DE CLINIQUES. SESSIONS. NOTATION. — ART. 35. — Les examens de fin d'année ont lieu en deux sessions : l'une en juillet, l'autre en octobre. — Les dates en sont fixées par le doyen ou directeur. — Sauf pour les examens de cliniques, aucun examen individuel ou collectif ne peut avoir lieu en dehors des deux sessions réglementaires.

ART. 36. — Tout étudiant doit, à moins d'une autorisation du doyen qui n'est accordée que pour motif grave, subir l'examen correspondant à son année d'études à la session de juillet. Sont seuls admis à se présenter à la session d'octobre les candidats ajournés à la session de juillet ou autorisés à ne pas s'y présenter.

ART. 37. — L'étudiant qui n'a pas subi avec succès l'examen correspondant à son année d'études au plus tard à la session d'octobre est ajourné à la session de juillet de l'année scolaire suivante et ne peut prendre aucune inscription pendant le cours de cette année. — L'étudiant ajourné en juillet et en octobre peut obtenir le transfert de son dossier dans les formes prescrites par le décret du 21 juillet 1897.

ART. 38. — Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes : extrêmement satisfait ; très satisfait ; bien satisfait ; satisfait ; mal ; nul. — Les notes *mal* et *nul* sont éliminatoires. — Dans les examens de cliniques, la note *mal* entraîne l'ajournement à trois mois ; après deux échecs successifs, l'ajournement est fixé à six mois. — La note *nul* entraîne l'ajournement à six mois. — Les notes sont attribuées après délibération du jury.

THÈSE. — ART. 39. — La thèse ne peut être soutenue qu'après réception aux examens de cliniques et dans les conditions fixées par les articles 20 et 21 du décret du 30 juillet 1883.

ART. 40. — Pour chaque thèse de doctorat, le jury est composé de trois juges.

ART. 41. — Les examens de cliniques et la thèse doivent être subis devant la même faculté.

ART. 42. — Les étudiants inscrits dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie subissent devant ces écoles les examens correspondant à la première, à la deuxième, à la troisième et à la quatrième année d'études. — Les étudiants inscrits dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie subissent devant ces écoles les examens correspondants à la première et à la deuxième année d'études.

ART. 43. — Dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les jurys d'examen sont présidés par un professeur de faculté délégué par le ministre. — Après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

TITRE VII

Dispositions transitoires.

ART. 44. — Un arrêté ministériel déterminera la date d'application du présent décret. — Les étudiants qui auront pris inscription avant cette date subiront les examens d'après le régime prévu par le décret du 24 juillet 1899.

ART. 45. — Seront abrogées, à partir de l'entrée en vigueur du régime établi par le présent décret, les dispositions contraires des décrets des 31 juillet 1893, 31 décembre 1894 et 24 juillet 1899.

ART. 46. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 11 janvier 1909.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
GASTON DOUMERGUE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 25 AU 30 JANVIER 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 25 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Reclus, Pierre Duval et Ombrédanne ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Roger et Sicard ; — M. André Jousset, suppléant.

Mardi 26 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Lenormant ; — (2e série) : MM. Albarran, Marion et Auvray ; — M. Jeanselme, suppléant.

Mercredi 27 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Rieffel et Pierre Duval.

2e (1re série) : MM. Gautier, Langlois et Mulon ; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Macaigne.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Segond, Potocki et Branca ; — (2e série) : MM. Retterer, Proust et Couvelaire.

4e : MM. Pouchet, Brissaud et Zimmern ; — M. Legry, suppléant.

Jeudi 28 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Auvray et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

2e (1re série) : MM. Pouchet, Launois et André Broca ; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et Nicloux.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pozzi, Rémy et Demelin ; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Marion et Morestin.

4e : MM. Gilbert, Thoinot et Fernand Bezançon ; — M. Balthazard, suppléant.

Vendredi 29 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Coulaire : — M. Branca, suppléant.

Samedi 30 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, G. Ballet et Claude ; — (2e série) : MM. Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1e partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin ; — M. Gouget, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 7. — MARDI 19 JANVIER 1909. 82e ANNÉE. MARDI 19 JANVIER 1909. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 18 janvier 1909.

Nos lecteurs n'auront pas lu, sans un certain étonnement, les considérants fantaisistes dont M. le ministre de l'Instruction publique a cru devoir accompagner l'arrêté d'annulation des épreuves du fameux concours d'admissibilité à l'agrégation.

Ces considérants ne font que répéter, sous une autre forme, les inexactitudes publiées par *Le Temps* du 31 décembre, inexactitudes contre lesquelles les candidats ont protesté ici même (*Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 1, p. 6); nous n'y reviendrons donc pas.

Nous n'y attacherions d'ailleurs aucune importance, s'ils ne peignaient d'une façon très exacte l'état d'esprit du grand maître de l'Université.

En ces matières si spéciales, le ministre est personnellement incompétent. La rédaction de son arrêté prouve que, pour se documenter, il a dû s'adresser à ceux-là mêmes qui ont intérêt à trouver que tout est pour le mieux dans le meilleur des concours et que tout le reste n'est que criailleries et cabales. Politicien plutôt qu'universitaire, le ministre n'a pas compris que ce soulèvement de protestations, qui avait réuni dans un même groupement candidats et professeurs, praticiens et syndicats avait et ne pouvait avoir eu qu'une cause uniquement et exclusivement professionnelle.

Les épreuves du concours sont annulées, mais le concours ne l'est pas. Que les protestataires ne négligent pas ce *détail* et qu'ils ne s'endorment pas dans une coupable quiétude : nouveau Phénix, le concours d'admissibilité à l'agrégation pourrait bien renaître de ses cendres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 15 janvier 1909 : MM. Vilbort, 10 ; Guyonnaud et Tison, 7 ; Colombe, 10 ; Bellin du Coteau et Prigent, 8 ; Dubois (Robert), 9 ; Pernet, 10.

Séance du 17 janvier : MM. Sauty, 7 ; Pignot et Couinaud, 10 ; Liébault, 11 ; Bougeant, 5 ; Darrieux, 10 ; Chabert, 6 ; Balland, 5 ; Baudouin (Emile) et Sébillotte, 9 ; Loubeyre, 12.

Anatomie. — Séance du 16 janvier : MM. Léger, 9 ; Strauss, 5 ; Lévy (Isaac), 7 ; Fontorbe et Buc, 9 ; Vielle (Albert), 8 ; Pont, 9 ; Rousseau (Emile), 8.

La prochaine séance aura lieu le mardi 19 janvier, à huit heures du matin.

HOPITAUX DE PROVINCE. — AVIGNON. — Un concours pour une place de chirurgien des hospices et hôpitaux d'Avignon sera ouvert le 1er juillet 1909, à midi et demi.

— LE HAVRE. — Après concours, ont été nommés :

Médecins suppléants des hôpitaux : MM. les docteurs Raulin et Vigné.

Accoucheur des hôpitaux : M. le docteur Gibert.

Médecin du service des maladies cutanées et syphilitiques : M. le docteur Thorel.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ALGER. — Par décret du 11 janvier 1909, « les aspirants au doctorat inscrits à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger pourront subir, devant cette Ecole, les cinq examens de fin d'année prévus par le décret du 11 janvier 1909 portant réorganisation des études médicales.

Ils ne pourront subir les examens de clinique et l'épreuve de la thèse que devant une faculté de médecine ou une faculté mixte de médecine ou de pharmacie. »

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Langlois, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Commission d'hygiène industrielle.

— AU TITRE DE LA RÉSERVE ET DE LA TERRITORIALE. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin-major de première classe J. Chatin, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. — M. le médecin principal de deuxième classe Teissier. — M. le médecins-major de première classe Pozzo di Borgo.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Deschamps, Bouteloup et Bouchon. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Delagenière et Rollet. — MM. les médecins aides-majors de première classe Puech et Rodier.

— TROUPES COLONIALES. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal de première classe de réserve Raynaud.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 82.*)

A PROPOS DU TÉTANOS

Par L. VAILLARD,

Médecin-inspecteur de l'Armée, membre de l'Académie de médecine.

Dans la *Gazette des hôpitaux* du 15 décembre 1908, sous le titre : *A propos de deux cas de tétanos développés malgré l'emploi préventif du sérum*, MM. Vennat et Micheleau ont rapporté des faits de leur pratique personnelle qui n'ont pas manqué de frapper vivement l'attention ; ils sont, en effet, de nature à jeter le discrédit sur les sérums thérapeutiques en général, et plus particulièrement sur le sérum antitétanique. Fréquemment cité au cours de ce travail, je me crois obligé d'exprimer une opinion, surtout après la récente note de M. Guinard (*Gazette des hôpitaux* du 7 janvier 1909).

Les faits cités par MM. Vennat et Micheleau sont survenus dans le même temps et dans le même milieu familial. Je les rappelle brièvement.

1° Un médecin de l'île de Ré se croit contaminé par la salive d'une femme tétanique et s'injecte aussitôt du sérum à titre prophylactique ; douze jours après cette injection il est pris de tétanos et succombe ;

2° Un frère, également médecin, était accouru auprès du malade pour lui donner des soins. Pris de crainte à son tour, il se fait pratiquer deux injections de 10 centimètres cubes de sérum à six jours d'intervalle. Huit jours après la première administration du sérum se déclare un tétanos atténué qui guérit ;

3° Un frère cadet est encore soumis à l'injection de sérum ; il présente un peu de trismus, de la raideur de la nuque et une assez forte éruption ortiée avec de la fièvre ;

4° Un quatrième frère, non injecté, ne subit aucun incident dans sa santé.

MM. Vennat et Micheleau estiment avec juste raison que le médecin de l'île de Ré n'a pu être contaminé par la salive du sujet tétanique et cherchent à l'origine de ce cas une explication assez confuse. Au demeurant, dans leur esprit, cet incident mortel prouverait simplement que le sérum a été impuissant à prévenir le tétanos. Quant aux deux autres faits de tétanos, les auteurs, malgré l'imprécision et les réticences de leur pensée, semblent bien les imputer au sérum.

Pour M. Guinard, la conclusion s'impose avec une netteté absolue : sans ambage, les trois faits de tétanos ont été provoqués par le sérum injecté.

L'opinion est formelle. Mais repose-t-elle sur des observations d'une valeur indiscutable ?

Une donnée préjudicielle est à résoudre : le tétanos était-il réellement en cause dans les faits produits ? Ni MM. Vennat et Micheleau, ni M. Guinard n'ont cru devoir poser cette question qui cependant méritait bien d'être soulevée devant la singularité clinique des cas relatés. Je la pose. Analysons donc les faits.

Dans l'observation I (cas mortel), la maladie débute par *un malaise subit avec un peu de trismus, de la raideur de la nuque, des contractures des membres supérieurs, de la dyspnée et une température de 39 degrés.* Le tétanos ne commence guère ainsi par un tel assemblage de symptômes simultanés, et surtout par une élévation aussi marquée de la température ; dans l'immense majorité des cas, son évolution reste apyrétique ou à peine pyrétique. Pendant les trois jours suivants se produisent des crises de contracture très douloureuses. *Le malade reprend connaissance toutes les deux ou trois heures ;* c'est donc qu'il l'avait perdue dans l'intervalle. Or, les troubles cérébraux ne font point partie de la symptomatologie du tétanos : dans cette maladie, l'intelligence reste intacte, les fonctions mentales et celles des sens ne sont pas atteintes. *A certains moments les contractures cessent.* Mais il n'en est jamais ainsi dans le tétanos ; les contractures y sont permanentes, c'est leur caractère pathognomonique, et l'on sait que dans les cas à évolution favorable elles peuvent se maintenir sans atténuation pendant des semaines. Seuls les spasmes paroxystiques qui exagèrent momentanément la contracture des muscles atteints se manifestent par accès intermittents. Dans la suite de l'observation on relève des particularités non moins étranges. *Paralysie du sphincter anal. Rares moments de connaissance complète. Incontinence des matières. Le malade recouvre un instant de lucidité, puis tombe dans un semi-coma, d'où il ne sortira plus. Nuit d'agonie ; la température monte de 40°2 à 41°6, 42°2 ; puis la respiration se ralentit insensiblement jusqu'à la mort.* Dans le tétanos les sphincters ne sont point paralysés, les troubles cérébraux font défaut, le coma ne s'observe pas et la mort survient dans des conditions tout autres. En vérité je ne reconnais plus le tétanos sous une telle physionomie.

Dès lors il apparaît très probable, sinon certain, que le malheureux médecin a succombé non pas au tétanos, mais à une affection méningée, vraisemblablement à une méningite cérébro-spinale qui simule parfois le tétanos et peut en imposer à des esprits non prévenus ; tous les détails relevés dans l'observation s'accordent bien avec le diagnostic rectifié.

Le deuxième fait n'est pas moins sujet à caution ; la brièveté de l'observation est d'ailleurs telle qu'il est difficile de la retenir comme un document valable. Deux jours après une seconde injection de sérum, le sujet est pris de fièvre avec éruption urticariée très étendue. *Le lendemain, syncope après un violent frisson, raideur de la nuque. Le surlendemain, augmentation de cette raideur et trismus. Il a pu faire néanmoins le voyage de l'île de Ré à Paris. Mais là il dut appeler un confrère qui diagnostiqua le tétanos. Ce tétanos prit le type atténué, mais pendant trois semaines le malade garda le lit dans un état alarmant, avec des crises de contractures, de la fièvre persistante et quelques symptômes cérébraux. La convalescence fut très longue.* Le tétanos ne débute point par un violent frisson ; il se traduit, non par des crises de contractures, mais par des contractures permanentes, et n'admet pas des troubles cérébraux dans son évolution. Ce n'est pas sur un récit aussi écourté et aussi vague que l'on peut édifier un diagnostic de probabilité. Je ne le

tenterai point, me bornant à attendre des informations plus détaillées et plus précises.

Le troisième fait est encore plus bref. *Le frère cadet de ces deux malades, lui aussi injecté préventivement, a présenté un peu de trismus, de la raideur de la nuque et une assez forte éruption ortiée avec fièvre.* Il faudrait, en vérité, une grande bonne volonté pour reconnaître le tétanos sous des traits aussi sommaires. Sans doute, s'agissait-il simplement d'accidents sériques, communs chez l'adulte, et qui, fait particulier, se sont manifestés chez les trois victimes de ce singulier épisode. A la suite de l'injection d'un sérum quelconque on voit, en effet, survenir des incidents qui maintes fois déjà ont prêté à la méprise et fait supposer l'invasion du tétanos. Les myalgies de la nuque et du cou imposent une immobilité relative des muscles de ces régions. L'arthralgie des articulations temporo-maxillaires limite l'ouverture de la bouche. Il n'en faut pas davantage pour faire craindre le tétanos. L'obsession du tétanos aidant, tel était peut-être le cas.

En résumé, et pour conclure, il ne ressort pas avec évidence des documents publiés que le tétanos fût réellement en cause dans les observations relatées par MM. Vennat et Micheleau. Ces faits imposent les plus formelles réserves quant au diagnostic porté, et toutes les conclusions qu'on en voudrait déduire deviennent dès lors prématurées.

Il appartient à MM. Vennat et Micheleau de lever tous les doutes en fournissant la preuve que les trois malades dont ils parlent ont été atteints de tétanos. Ce point essentiel étant établi, mais alors seulement, l'interprétation des faits pourra commencer utilement, à l'aide des renseignements demandés par M. Guinard.

MÉDECINE PRATIQUE

UN SYNDROME D'ORIGINE MÉDULLAIRE CARACTÉRISÉ PAR LA DÉMARCHE SPIROIDE, L'ATTITUDE D'ÉQUILIBRISTE ET LA PERTE DU RÉFLEXE ROTULIEN.

M. Pierre a observé (1) un jeune homme de dix-sept ans qui présente, depuis quelques mois seulement, des troubles de la démarche ne correspondant à aucune description classique. Si on lui fait joindre les talons et si on lui commande de partir, il commence par croiser les jambes en éloignant le pied droit en arrière et en dedans, comme s'il voulait exécuter le mouvement militaire de demi-tour. Puis il détache avec peine le pied droit du sol et le porte en avant et en dedans du pied gauche. Dans un second temps, pour faire un nouveau pas, il exécute un mouvement semblable du pied gauche. En sorte que, à chaque pas, le pied propulseur décrit un arc de cercle autour du pied qui supporte le poids du corps. Les jambes raidies en extension et oscillant l'une autour de l'autre imitent le mouvement d'un compas lorsqu'on trace une circonférence. Pour corriger l'équilibre, cet homme penche le haut du corps à droite ou à gauche, tandis que les bras font balancier; c'est l'attitude d'un équilibriste.

On remarque que, dans les mouvements volontaires, les adducteurs de la cuisse sont le siège d'une contracture énergique; au repos, la contracture n'est plus perceptible, mais, dans les mouvements communiqués, elle apparaît immédiatement et arrête bientôt ces mouvements. A l'examen complet du système nerveux, on constate seulement l'abolition complète des réflexes rotuliens et la perte du réflexe crémastérien; pas de stigmates d'hystérie.



(Figure aimablement communiquée par les *Archives de médecine du Poitou.*)

Pour expliquer ce curieux syndrome, M. Pierre admet une lésion médullaire irritant les cordons moteurs qui vont actionner les cellules des cornes antérieures, origine motrice des deuxième, troisième et quatrième paires lombaires, ce qui entraîne la contracture des adducteurs; cette lésion aurait aussi détruit les fibres centripètes qui conduisent les excitations périphériques engendrant les réflexes supprimés chez ce malade. La substance grise n'est pas intéressée, puisque la trophicité et la force musculaire sont intactes; la lésion siège dans le faisceau restant du cordon antéro-latéral, elle est double et symétrique. Il s'agit sans doute d'un foyer de sclérose ou d'une compression intra-médullaire; un foyer de syphilis tertiaire héréditaire est vraisemblable, la mère du malade ayant fait deux fausses couches, ce qui d'ailleurs n'est peut-être pas un argument assez démonstratif, en l'absence de toute autre manifestation d'hérédo-syphilis.

L. BABONNEIX.

(1) M. Pierre. *Arch. de méd. du Poitou*, 15 nov. 1908.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1909)

Lèpre et démodex. — M. A. Borrel. Les démodex, un peu trop oubliés peut-être, sont des parasites très fréquents chez l'homme et chez la femme, surtout à un âge avancé; 50 p. 100 environ des humains sont parasités en des lieux d'élection : nez, oreille, face, mamelon.

Dans les cancers de la face au début (15 cas examinés), M. Borrel a toujours trouvé des démodex en grand nombre; il a constaté 5 fois sur 6 leur présence dans le mamelon de seins cancéreux.

L'acarien est-il capable de provoquer la formation des tumeurs ? Est-il l'agent d'inoculation d'un virus encore inconnu ? On ne peut émettre que des hypothèses à ce sujet, mais il est une autre maladie avec laquelle on peut être plus affirmatif.

Pour la lèpre comme pour le cancer, on a jadis invoqué l'hérédité; il y a des familles lépreuses comme il y a des maisons à cancer; c'est à la face, au nez surtout que se développent les lésions initiales.

L'étude microscopique des lépromes de la face et du nez pratiquée grâce à des pièces fournies par le professeur Brault (d'Alger) a suggéré à M. Borrel l'idée que la lèpre pourrait se propager par des démodex lépreux.

Une telle contamination peut se réaliser fort bien dans le milieu familial.

La démonstration expérimentale reste à faire, mais une démonstration indirecte pourrait en être donnée si dans les pays à lèpre il était entrepris de détruire, chez les lépreux et chez les personnes exposées à la contagion, l'agent supposé de l'inoculation : le démodex.

La toilette des régions du corps infectées, celle de la face surtout, par le savon noir ou le xylol, ou le pétrole, donnerait peut-être d'excellents résultats. Une telle prophylaxie qui paraît rationnelle n'offre aucun inconvénient.

— A l'occasion de cette communication, M. Bouchard rappelle qu'il a eu l'occasion de constater à différentes reprises la présence du démodex dans les petites croûtes de la blépharite ciliaire des enfants. Il pense que ces parasites, placés à l'orifice des follicules pileux, pouvaient favoriser l'infection, par les microbes pyogènes, de ces follicules ou des glandes de Meibomius.

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1909)

Sur l'anatomie du thymus humain. — MM. RIEFFEL et LE MÉE. Les deux lobes thymiques ne sont pas, comme on le dit souvent, réunis par un isthme, ou fusionnés; ils sont toujours, au moins chez le nouveau-né, aisément séparables.

La face postérieure du thymus cervical s'insinue 11 fois sur 34 dans l'espace trachéo-carotidien pour se mettre en rapport avec le nerf récurrent et l'œsophage.

Le contact du thymus et du corps thyroïde est commun, contrairement à l'opinion de Testud.

Le lobe gauche descend plus que le lobe droit dans la cavité thoracique.

Sans discuter les théories sur la mort subite du nouveau-né, les auteurs ont pu constater que le thymus n'est pas seulement en rapport avec le récurrent gauche et les deux pneumogastriques, mais encore avec le nerf cardiaque inférieur droit et les nerfs phréniques.

Enfin, l'artère thyroïdienne de Neubauer paraît être l'artère thymique supérieure principale, car elle ne fournit normalement que des rameaux insignifiants au corps thyroïde, tandis qu'elle irrigue richement le thymus et qu'elle s'atrophie en général au moyen de la régression de cette glande.

Contribution à l'étude de la voix chantée. — M. MARAGE.

Etudes sur le cancer des souris. Sur différents types de tumeurs spontanées apparues dans un même élevage. — MM. CUÉNOT et MERCIER.

Enorme calcul urique de la vessie chez l'homme. — M. A. GUÉPIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1909)

La fièvre typhoïde à Toulon. — M. BERTRAND, médecin inspecteur général du service de santé naval, fait une communication très intéressante et très documentée sur la fièvre typhoïde à Toulon dans les milieux militaires et maritimes.

Des nombreuses recherches statistiques dont M. Bertrand nous fait connaître les résultats, il résulte que la fièvre typhoïde sévit surtout, à Toulon, dans le mois d'août, c'est-à-dire à l'époque où la température est le plus élevée et où la hauteur des eaux de pluie est le plus basse.

La ville de Toulon est alimentée par trois sources d'eau, la source Saint-Antoine, la source Saint-Philippe et la source de Ragatz. De l'examen bactériologique de ces différentes sources, il résulte que les deux premières présentent de nombreux microbes, en particulier le colibacille et le bacille d'Eberth, tandis que, seule, la source de Ragatz est indemne de tout microbe, à son point de départ. Or pendant longtemps ce furent les sources contaminées qui servaient à l'alimentation. Mais depuis 1887, la Seyne, l'hôpital Saint-Mandrier, la partie haute de Toulon sont alimentés par l'eau de Ragatz. Malheureusement dans les temps de sécheresse il y a des mélanges des eaux impures avec l'eau de Ragatz et toutes les mesures désirables sont encore loin d'être prises. En attendant, c'est à l'eau bouillie qu'il faut avoir recours.

La coagulation et la décoagulation du sang dans les veines. — M. CHANTEMESSE fait une communication qui a un grand intérêt pratique pour les chirurgiens et les accoucheurs. Cette étude de la coagulation du sang dans les veines l'a conduit à instituer un traitement préventif, prophylactique de la phlébite, de la thrombose et de l'embolie, accidents que, comme on sait, on constate parfois après certaines grandes opérations gynécologiques ou même après l'accouchement.

M. Chantemesse a constaté que la coagulabilité du sang dans les veines est très variable suivant les états pathologiques. Il communique plusieurs observations prises dans le service de M. Legueu.

Il y a donc un grand intérêt à pouvoir mesurer le degré de coagulabilité du sang.

La méthode consiste à mélanger un volume minime de sang à examiner avec le même volume d'une solution d'un sel empêchant la coagulation. Pour supprimer la coagulation *in vitro* d'un sang normal il faut lui mélanger une solution aqueuse d'oxalate de potasse à 1 p. 800. Quand la force de coagulabilité sanguine est plus grande, il faut pour s'opposer à la formation du caillot une solution d'oxalate plus forte; quand cette force est affaiblie, il suffit d'une solution d'oxalate plus faible. On fait donc des mélanges de plusieurs échantillons de sang avec des solutions diverses d'oxalate.

1/400e 1/600e 1/800e 1/1000e 1/1300e 1/1500e 1/1800e.

Le mélange est recueilli et conservé dans des pipettes fines, comme l'a indiqué Wright, et au bout de quelques heures, un coup d'œil jeté sur les pipettes montre si la coagulation s'est faite malgré un taux d'anticoagulant au-dessus ou au-dessous de la normale, c'est-à-dire si le sang est plus coagulable, ou l'est également, ou l'est moins que du sang d'homme bien portant.

Les agents chimiques dont l'ingestion aide à coaguler ou à décoaguler le sang n'agissent qu'au bout de deux ou trois jours et ne doivent pas être utilisés pendant un temps plus long. Les doses diluées dans une grande quantité d'eau ne dépasseront pas pour le chlorure de calcium 4 ou 6 grammes par jour, et pour l'acide citrique, 12 à 18 grammes par jour. Leur administration peut être suivie et réglée par l'examen de la coagulabilité du sang. Deux ou trois gouttes de sang suffisent donc pour un examen.

Il résulte de ces faits que la recherche de la coagulabilité du sang est une méthode clinique utilisable au lit du malade. Elle permet de prévoir l'apparition des hémorragies et celle des thromboses et des embolies. Elle permet aussi d'apporter à ces accidents des remèdes efficaces. Chez les femmes atteintes de fibromes utérins, l'examen de la coagulabilité de leur sang doit être pratiquée avant l'opération et dans les jours qui la suivent. Quelques doses inoffensives d'acide citrique permettent d'empêcher la formation de caillots prolongés et constituent, en outre, contre la mort subite un moyen qui n'est pas encore utilisé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1909)

Intoxication oxy-carbonée. — M. HIRTZ a observé une malade âgée de quarante ans qui venait d'être la victime d'un empoisonnement accidentel par le gaz d'éclairage. Elle fut apportée en plein coma; la respiration était régulière, le pouls à 68. La tension sanguine avec le sphygmomanomètre de Potain était de 15 1/2. La sensibilité était très amoindrie. Les urines ne présentaient pas trace d'albumine, ni vestige de sucre. M. Hirtz rechercha la réaction méningée, elle fut absolument négative ; on ne constata pas de signe de Kernig, mais, fait intéressant, les réflexes patellaires, achilléens étaient manifestement exagérés et le phénomène du clonus du pied très net.

Hémispasme facial chez les enfants. — M. VARIOT présente deux enfants atteints d'hémispasme de la lèvre inférieure ; cette difformité difficile à saisir n'apparaît que lorsque les enfants pleurent. L'examen électrique démontre qu'il ne s'agit pas de paralysie faciale du côté opposé.

Infection méningée sans méningite. — MM. P. MÉNÉTRIER et R. MALLET. Il s'agit d'un malade atteint de broncho-pneumonie qui présentait un syndrome méningitique nettement dessiné et dont le liquide céphalo-rachidien contenait de nombreux microbes, identifiés à l'entérocoque, alors que la réaction leucocytaire était presque nulle. A l'autopsie du malade macroscopiquement il n'y avait pas trace de méningite; l'examen histologique n'a montré aucune inflammation ni infiltration des méninges, mais seulement la présence de microbes analogues à ceux de la ponction lombaire dans les régions encéphalique et médullaire. Cette infection des méninges était vraisemblablement la conséquence de la broncho-pneumonie et la réaction de défense organique a fait défaut en dehors du siège primitif de l'infection en raison de l'âge avancé et du degré de débilité du malade qu'on a trouvé porteur de tares viscérales multiples, athéromasie généralisée, dégénérescence graisseuse du foie, néphrite scléreuse avancée.

MM. CARNOT et BONNIOT présentent deux malades âgés de vingt-quatre et vingt-huit ans et affectés d'**exostoses ostéogéniques multiples en très grand nombre, notamment au voisinage des articulations.** Un frère, le père et la grand'mère paternelle en étaient également porteurs. La radiographie montre que ces exostoses affectent les formes les plus variées en stalactites, becs de corbeau, etc., et en outre un énorme épaississement des extrémités de certains os longs, fémurs, humérus. Chez l'un des deux frères certaines de ces exostoses ont rétrocédé.

Lésions multiples congénitales du cœur. — MM. GANDY et BRULÉ présentent une pièce provenant d'un sujet de dix-sept ans, jadis présenté à la Société par M. Galliard, et chez lequel on constatait un souffle et un frémissement systoliques très intenses, étendus à toute la région précordiale, avec maximum au niveau du troisième espace intercostal gauche, et, d'autre part, un souffle diastolique le long du bord gauche du sternum.

A l'autopsie, association intéressante de multiples lésions du cœur : rétrécissement de l'infundibulum pulmonaire, insuffisance sigmoïdienne pulmonaire, communication interventriculaire, inocclusion du trou de Botal, sténose de l'orifice aortique avec dilatation hypertrophique du ventricule gauche. Toutes ces lésions, d'origine congénitale, sont le résultat d'un processus inflammatoire d'endocardite chronique très accentuée qui, partie de la paroi infundibulaire de l'artère pulmonaire, a envahi, d'une part les sigmoïdes pulmonaires, d'autre part, par l'intermédiaire de la perforation interventriculaire, la région sous-aortique du ventricule gauche et les sigmoïdes aortiques.

Valeur pronostique de la leucocytose dans les néphrites et surtout dans les néphrites chroniques. — MM. Louis RÉNON et MONCANY. Après avoir expérimenté sur les animaux, et après avoir examiné des malades atteints de néphrite, les auteurs concluent :

1° La leucocytose est un phénomène presque constant dans les néphrites aiguës ou chroniques ;

2° Elle accompagne l'albuminurie et souvent disparaît en même temps qu'elle ;

3° Elle n'est proportionnelle ni à l'abondance de l'albumine, ni au degré de rétention chlorurée ;

4° Elle leur a semblé moins marquée dans les cas où la néphrite s'accompagne d'œdèmes ;

5° Elle est d'autant plus marquée que la maladie est plus grave, surtout dans les néphrites chroniques.

Elle leur paraît donc avoir une réelle valeur pronostique permettant de prévoir, dans une certaine mesure, l'intensité du processus d'auto-intoxication qui l'a fait naître.

Tuberculose et « maladie de Hanot ». — M. Emile GÉRAUDEL. L'infection tuberculeuse détermine parfois des lésions du foie caractérisées essentiellement par une néoformation considérable du parenchyme hépatique (cirrhose hyperplasique).

L'hyperplasie hépatique entraîne corrélativement :

1° Une augmentation de volume de l'organe ;

2° Une gêne à l'écoulement du sang transhépatique, et surtout une gêne à l'écoulement de la bile, d'où l'ictère.

En pareil cas, l'hyperplasie hépatique n'est d'ailleurs qu'un cas particulier d'un processus plus général, frappant simultanément : rate, rein, pancréas, ganglions, surrénales, etc.

Si l'on isole schématiquement parmi les phénomènes relevant de ce processus polyviscéral ceux ressortissant uniquement au foie et à la rate, on crée un syndrome clinique dénommé « maladie de Hanot » ou encore « cirrhose hypertrophique avec ictère et splénomégalie ».

A la condition de n'accorder au terme « maladie de Hanot » que la valeur d'une expression commode pour caractériser cliniquement le mode hyperplasique des réactions hépatique et splénique, on peut dire que la maladie de Hanot relève fréquemment de la tuberculose.

Ce mode hyperplasique des réactions du foie et de la rate et plus généralement des autres viscères semble appartenir avec une prédominance marquée aux individus peu âgés.

Pelade. — M. ROUSSEAU-DECELLE expose les résultats de l'enquête qu'il vient de faire depuis deux ans sur les peladiques du service et de la policlinique du docteur Jacquet qui l'y avait convié.

Sur 70 cas de pelade, il en a observé 25 dont l'origine dentaire est manifeste; 18 fois la pelade est survenue dans le mois qui a suivi la crise dentaire, et de ces 18 cas du même côté qu'elle. De plus, il semble bien y avoir un rapport étroit entre le siège de la lésion dentaire et le siège de la pelade. Les pelades survenant par exemple à la suite d'irritation du fond de la mâchoire se localisent presque invariablement dans la région occipito-cérébrale (14 fois sur 16 cas); de même les pelades consécutives aux lésions des dents antéro-inférieures semblent se localiser au pourtour du trou mentonnier.

L'auteur expose ensuite quelles sont les lésions dentaires les plus peladogènes. Ce sont l'évolution de la dent de sagesse (8 fois sur 25 cas) et l'arthrite alvolo-dentaire (11 fois sur 25). Il cite à cet égard plusieurs observations tout à fait probantes. Il termine en donnant les résultats thérapeutiques observés dans la cure de la pelade par l'intervention dentaire seule. Sur 22 cas traités et suivis, il eut 3 insuccès et 19 guérisons se répartissant ainsi : repousse immédiate (huit à quinze jours) dans 11 cas ; repousse rapide (quinze jours à un mois) dans 5 ; repousse tardive (deux à trois mois) dans 3.

Cette enquête apporte à la théorie de M. Jacquet une nouvelle et importante confirmation.

Théorie mécanique des colites. — M. MENDEZ (de Buenos-Ayres), après avoir exposé la théorie mécanique des colites, qu'il a depuis longtemps défendue, et qu'il appuie sur des observations chez l'homme et chez l'animal, en détache le traitement qui lui a donné d'excellents résultats, et qui a comme base le bismuth à haute dose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1909)

Réduction sanglante des fractures sans fixation. — M. WILLEMS (de Gand) bien que partisan convaincu du traitement non sanglant des fractures, spécialement par la méthode des tractions multiples de Bardenheuer, reconnaît que l'indication du traitement opératoire peut se poser exceptionnellement. Il en est ainsi dans les cas rares de fractures absolument irréductibles par les moyens ordinaires. Il en est encore ainsi dans certaines fractures intra ou juxta-articulaires, où la réduction parfaite est nécessaire pour le bon fonctionnement du membre, ainsi que dans certains cas de fractures vicieusement consolidées.

Pour les cas où il est contraint d'opérer, il en est arrivé à faire la réduction à ciel ouvert, sans plus. Il met le foyer à découvert, dégage les fragments et les coapte. Puis, au lieu de les fixer par un moyen mécanique quelconque (vis, plaque, agrafe, etc.) il applique simplement un appareil chargé de maintenir la réduction.

C'est à tort qu'on considère toujours comme inséparables la réduction opératoire et la fixation. Il suffit souvent d'avoir détruit les obstacles qui s'opposaient à la réduction pour voir celle-ci se maintenir aussi facilement que dans les cas les plus simples où un appareil fait toute l'affaire.

Il faut savoir seulement que la mise de cet appareil est chose difficile, parce que, tout en faisant maintenir la réduction, il faut garantir la plaie contre l'infection. A son avis, toute fixation, même par un simple fil, est à déconseiller, parce que ce fil destiné soi-disant à aider au maintien de la réduction dans les premiers moments, donne une sécurité trompeuse. C'est l'appareil seul qui doit assurer ce maintien.

Il est certain que cette réduction ne sera pas aussi mathématique que celle que permet d'obtenir la fixation directe. Mais cela n'est pas indispensable au bon fonctionnement du membre, puisque la méthode non sanglante, qui atteint rarement cette perfection, rétablit souvent fort bien la fonction.

A titre d'exemple, M. Willems cite une fracture du tibia où plusieurs tentatives de réduction, dont quatre sous chloroforme, avaient échoué. A l'opération, il trouva le fragment supérieur solidement implanté dans le ligament interosseux. Dégagement, réduction. Appareil plâtré. Résultat parfait malgré que le malade, alcoolique, fût tombé de son lit quelques heures après l'opération.

Fracture oblique en spirale de l'humérus. Chevauchement et écartement des fragments. L'appareil portatif de Bardenheuer ne donne aucun résultat. Opération le seizième jour. Il trouve les deux fragments enfouis dans une gangue de tissu ostéo-fibreux. Il libère les deux bouts en enlevant la gangue. Suture. Appareil de Bardenheuer. La réduction se maintient parfaitement.

Fracture en T de l'extrémité inférieure de l'humérus. Déplacement considérable du fragment supérieur, qui se trouve en dehors et en arrière de l'épiphyse. Les tentatives de réduction échouent. A l'incision, on reconnaît que c'est dans la flexion à angle droit que la réduction s'opère et se maintient le mieux. Appareil plâtré dans cette position. Résultat anatomique bon, résultat fonctionnel excellent.

M. WALTHER estime que dans la grande majorité des cas de fracture on peut, sous le chloroforme, obtenir la réduction sans suture. Mais il est des cas où la réduction est impossible; on peut alors faire une large incision, explorer le foyer, enlever l'obstacle à la réduction, qu'il s'agisse d'un embrochement musculaire ou tendineux, d'un fragment intermédiaire. La coaptation est alors pratiquée directement; on applique ensuite un bon appareil et on obtient ainsi le plus souvent une bonne consolidation. Telle est la méthode qu'a apprise M. Walther chez son maître Tillaux et qui lui a toujours donné de bons résultats.

Dans les cas où il est impossible de maintenir en contact les deux fragments, M. Walther fait alors la suture avec un gros catgut qui suffit pour maintenir la coaptation et qui n'expose pas à l'ostéite raréfiante comme le fait le fil d'argent qui constitue un corps étranger.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne redoute pas l'emploi des corps étrangers; mais il estime qu'on obtient de meilleurs résultats, au point de vue de la consolidation, quand on peut s'en passer. La réparation se fait plus vite.

M. DEMOULIN ne fait jamais d'opération sur les fractures, à moins que la réduction ne soit tout à fait impossible. Dans la grande majorité des cas, l'extension continue bien faite avec l'appareil de Hennequin suffit pour obtenir de très bons résultats. Ces résultats sont très supérieurs à ceux qu'on obtient par l'emploi des sutures qui laissent des corps étrangers.

M. NÉLATON, comme M. Demoulin, reconnaît que M. Hennequin lui a inculqué l'horreur des corps étrangers dans les foyers de fractures. Il a toujours vu M. Hennequin réussir, avec son appareil, à obtenir une très bonne consolidation.

M. CHAPUT n'opère que très exceptionnellement les fractures; il n'intervient que dans les fractures irréductibles et compliquées. Mais dans ces cas, il ne redoute pas de recourir aux sutures avec le fil d'argent. Seulement il a soin de laisser sortir au dehors les deux chefs du fil enroulé, de façon à pouvoir les dérouler, couper l'un de ces chefs et tirer sur l'autre afin de retirer complètement le fil quand la fracture est consolidée. Il fait, dans ces cas, un drainage et applique un appareil amovo-inamovible.

M. BROCA croit que l'indication opératoire est exceptionnelle dans les cas de fractures. Il est, sur ce sujet, de l'avis de MM. Nélaton et Demoulin.

M. THIÉRY, au risque d'être seul de son avis, croit que du moment qu'on a incisé il n'y a pas lieu de s'en tenir à la coaptation. Il a fait beaucoup de sutures osseuses et il a constaté qu'on obtenait ainsi une réunion linéaire, mathématique. Il croit donc nécessaire de pratiquer la suture.

M. SCHWARTZ croit, avec ses collègues Nélaton, Demoulin et Broca, qu'avec les appareils perfectionnés que nous possédons actuellement et particulièrement avec l'appareil de Hennequin, on peut obtenir d'excellents résultats dans la grande majorité des cas. Toutefois pour certaines fractures, celles de la clavicule et de l'avant-bras, les sutures métalliques sont utiles et donnent de bonnes coaptations.

M. MOTY attache une grande importance à la position du membre dans le traitement des fractures. A ce point de vue l'appareil de Raoult Deslongchamps lui donne de bons résultats.

M. SOULIGOUX est très peu partisan de l'intervention dans le traitement des fractures. Une seule fois, il a fait une suture osseuse dans un cas de fracture de la cuisse, qui lui a permis de coapter directement les fragments. Il n'intervient que très rarement.

M. RIEFFEL est resté fidèle aux appareils de Hennequin qu'il trouve incontestablement supérieurs à tous les procédés et à tous les autres appareils.

M. QUÉNU n'est pas interventionniste dans les fractures fermées; néanmoins il ne craint pas la suture. Il pense qu'il

n'y a pas lieu de tant redouter l'ostéite raréfiante résultant de la présence d'un fil d'argent. Est-ce que les fils d'argent ne nous donnent pas de très bons résultats dans les fractures de la rotule. Vaut-il mieux suturer ou ne pas suturer? Toute la question est là. Quand on est certain de pouvoir obtenir une bonne coaptation sans suture, cela vaut mieux. Mais il ne faut pas repousser, de parti pris, la suture osseuse, non avec du catgut, mais avec des fils d'argent, cette suture pouvant donner les meilleurs résultats. M. Quénu a aussi obtenu de très bonnes guérisons de fractures avec les agrafes.

De l'hémostase préventive dans les opérations portant sur le bassin et la racine des membres inférieurs. — M. Willems fait une communication sur ce sujet.

Monburg a publié récemment un procédé d'hémostase de la moitié inférieure du corps qui consiste à serrer simplement un tube de caoutchouc autour de la taille, jusqu'à ce que le pouls disparaisse dans la fémorale.

Jusqu'ici 5 cas d'application à l'homme ont été publiés. L'hémostase a été obtenue sans accidents.

M. Willems a employé lui-même la méthode dans 4 cas, deux fois pour des désarticulations de la hanche, une fois pour une résection coxo-fémorale étendue, et une fois pour une résection partielle du bassin.

Il a obtenu l'hémostase facilement chez trois de ses malades. Chez la quatrième, par suite d'une forte scoliose, le tube ne put s'insinuer entre le thorax et le bassin, et il fallut placer un tampon sous le garrot pour interrompre la circulation dans les membres inférieurs.

L'hémostase n'est parfaite qu'au début. Vers la fin de l'opération, il survient ordinairement un petit suintement en nappe et une artériole peut même donner. Cela s'explique par le retour du sang par les collatérales (anastomoses des artères lombaires, iléo-lombaire et circonflexe iliaque d'une part, anastomose de la mammaire interne avec l'épigastrique d'autre part). Ces collatérales peuvent échapper à une compression qui est suffisante pour fermer l'aorte. Elles sont protégées par leur petit calibre, par leur situation rétro-musculaire, par l'absence d'un plan osseux sur lequel elles puissent être comprimées.

Il n'a observé pendant l'application du garrot aucun trouble fonctionnel important. Il se produit au moment de la mise du tube et au moment de son enlèvement, des troubles circulatoires fugaces et sans suites. Pendant que le tube est en place, le pouls est plus plein et mieux frappé que le pouls ordinaire du malade.

Le garrot est resté appliqué, toujours sans accidents pendant dix-huit, vingt-cinq, trente et quarante-cinq minutes dans les cas publiés, pendant quinze, vingt-cinq, trente-cinq et quarante-cinq minutes dans ses cas personnels.

Il a vu une fois un refroidissement extrême des membres inférieurs persister pendant une demi-heure après l'enlèvement du garrot.

Chez un malade, il s'est produit par la bouche et par le nez un écoulement d'un liquide rouge brun contenant du sang. Ce fait est peut-être accidentel, le malade ayant fait une fièvre typhoïde et étant placé dans la position de Trendelenburg. Mais il est possible qu'il faille le rapprocher des ecchymoses qui se produisent parfois à la face après les compressions violentes du thorax.

Aucun de ses malades ne s'est plaint dans la suite de la compression de la taille.

Vaste épithélioma de la cuisse, du bassin et de la fesse. — M. Ricard présente une malade qui, sur une cicatrice de brûlure datant de trente ans, a vu se développer un épithélioma qui ne mesure pas moins de 50 centimètres de longueur sur 25 et 30 centimètres de largeur. C'est une femme de trente-huit ans. L'épithélioma a pu être enlevé complètement et la grande plaie résultant de cette extirpation totale a pu être recouverte ultérieurement par des greffes de Thiersch.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 7 janvier 1908)

M. Achard, le nouveau président, consacre quelques mots émus à la mémoire du professeur Joffroy, et rappelle quelle fut l'œuvre de la Société, pendant l'année précédente : il souligne, en particulier, l'intérêt avec lequel les médecins ont suivi les discussions relatives à l'hystérie et à l'aphasie.

Méningo-myélite syphilitique. — M. Bauer. Il s'agit d'une femme, qui, vingt et un an après un chancre, suivi d'accidents bénins, présente une méningo-myélite, caractérisée par des sensations douloureuses aux membres inférieurs, de l'incontinence d'urines, une légère spasticité des membres inférieurs, le signe d'Argyll avec inégalité pupillaire. La ponction lombaire révéla une abondante lymphocytose, avec, fait remarquable, presque autant de polynucléaires que de lymphocytes. — MM. Babinski, Dufour et Raymond ont observé des cas où les accidents nerveux ont, de même, débuté une cinquantaine d'années après le chancre : MM. Dufour et Raymond soulignent la bénignité ordinaire de ces cas tardifs.

Maladie de Friedreich et hérédo-ataxie cérébelleuse chez le frère et la sœur. — M. Bauer présente une jeune fille, atteinte de maladie de Friedreich : son frère serait atteint d'hérédo-ataxie cérébelleuse. — M. Raymond a présenté récemment, à ses leçons, des exemples analogues, établissant, entre les deux affections, les liens de parenté si bien prévus dans l'excellente thèse de M. Soca. — M. Sicard trouve, chez la jeune fille présentée, un exemple de la « main bote » qu'il a décrite dans la maladie de Friedreich, avec Cestan.

Sur la fièvre hystérique. — M. Soca (de Montevideo) rejette la fièvre produite par suggestion, et celle qui est due aux infections intercurrentes. Mais, de l'étude très approfondie des faits publiés, à laquelle s'est livré l'auteur, il résulte qu'on doit retenir provisoirement dans un cadre d'attente, et reviser soigneusement certains faits : celui de Lombroso, où la température, prise simultanément avec plusieurs thermomètres, se montra toujours identique à elle-même, de 45 degrés dans une aisselle, de 48 degrés dans l'autre ; un autre, où l'hyperthermie fut constatée pendant la léthargie, enfin, les cas où elle est absolument parallèle aux attaques. L'auteur relate un fait, où il put constater, en plaçant lui-même le thermomètre sous l'aisselle, des accès d'hyperthermie locale, sans aucun des signes généraux de l'accès fébrile, et sans qu'on puisse incriminer les moyens de simulation actuellement connus. — M. Raymond a de même constaté des variations importantes de la température locale, sur des membres atteints de paralysie ou de contracture hystérique.

Etude de la contracture. — M. Noica. Pour lui, c'est une véritable équation : mouvements associés, perte de la motilité volontaire, contracture.

Paralysie pseudo-bulbaire familiale. — MM. Klippel et P. Weil.

Atrophie olivo et bulbo-cérébelleuse. — MM. Lejonne et Lhermitte. Etude histologique détaillée d'un cas d'atrophie primitive accompagnée de prolifération névroglique, et portant sur les olives, les fibres olivo cérébelleuses, l'écorce du cervelet et ses fibres de projection, les noyaux dentelés et les pédoncules cérébelleux supérieurs, avec intégrité du noyau rouge.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1909)

Installation du bureau. — M. Paul GUILLON, secrétaire général, lit une notice où il rend hommage aux membres décédés, et rend compte des travaux effectués pendant le courant de l'année 1908.

M. Dignat, président sortant, cède le fauteuil à M. Buret, élu président de la Société pour l'année 1909.

De l'état antérieur dans les accidents du travail. — M. DABOUT est partisan de tenir compte de l'état antérieur dans les accidents du travail ; il rappelle les différentes théories et les articles publiés sur cette question dans ces dernières années et il s'appuie sur des considérations juridiques et médicales, entre autres, il fait une distinction entre la capacité ouvrière proprement dite et la capacité professionnelle et donne des exemples nombreux de différents cas pathologiques où l'influence de l'état antérieur est l'évidence même. Il conclut en disant que l'expertise médico-légale devient inutile si l'on ne veut pas tenir compte de l'état antérieur du sujet.

M. SMESTER. Une affection acquise par l'ouvrier au cours même de son travail peut compliquer ou aggraver les accidents.

Serait-il juste de faire subir une diminution d'indemnité à cet ouvrier à l'occasion d'un accident qui s'aggrave du fait d'une affection acquise dans les établissements où il travaille ?

M. ANTONELLI. Les oculistes sont bien placés pour juger de l'importance de l'état antérieur dont il est juste à tout point de vue de tenir compte dans l'évaluation définitive des responsabilités. Certainement, le livret de santé, et surtout d'état oculaire pour chaque ouvrier, serait précieux pour le jugement précis de toute suite d'accident du travail.

Mais pratiquement, il est impossible d'obtenir ce livret, car l'examen médical de l'ouvrier au moment de l'embauchage n'est fait que par quelques grandes entreprises, par exemple, les Compagnies de chemin de fer.

Tables et maisons de régime. — M. CHASSEVANT estime que les cartes de régime conviennent mieux que les tables de régime dans les stations hydrominérales. Ces cartes doivent être établies par l'ensemble des médecins de la station, mais chaque médecin traitant doit préciser qualitativement et quantitativement la ration alimentaire du malade. Cette notion doit être établie scientifiquement par les méthodes physiologiques et chimiques précises. Le médecin doit se renseigner d'une manière complète sur le bilan nutritif de son malade, l'état du chimisme stomacal, de l'évolution du bol alimentaire, de l'assimilation et de la désassimilation. Ces investigations scientifiques sont indispensables pour établir le diagnostic et le traitement des dyspepsies, diabète et albuminurie.

M. LE ROUVILLOIS (de Bourbon-l'Archambault). Il y a autant de régimes que de malades, ce qui rend très difficile, si ce n'est impossible, l'organisation de tables spéciales. Le médecin thermal doit se borner à prescrire par écrit à ses clients le régime dont ils ont besoin, et c'est à ceux-ci à en réclamer l'exécution dans leur hôtel. Ce sera facile s'ils ont la ferme volonté de l'obtenir en prenant leurs repas à des tables séparées. L'institution des maisons de régime sera excellente, car les hôteliers redoutant leur concurrence, mettront de la bonne volonté pour satisfaire ceux de leurs clients astreints à une alimentation particulière.

M. Marcel LABBÉ. Les rapports de M. Mazeran et de M. Dedet marquent l'heureuse tendance des médecins d'aujourd'hui à s'occuper de la diététique autant que de la pharmaceutique. C'est grâce au soin que nous prendrons de la diététique et de l'organisation culinaire que nous parviendrons à donner à nos stations hydrominérales les qualités que certaines stations allemandes et suisses possèdent à un plus haut degré. Mais la même formule ne peut s'appliquer à toutes les stations, il y en a dont la spécialisation unique rend l'organisation facile et permet l'institution des tables de régime.

Dans d'autres, une spécialisation multiple nécessite des cartes de régime.

D'autres, enfin, reçoivent des malades ayant besoin de régimes différents et individuellement distincts en qualité et en quantité, de sorte que la maison de régime y est indispensable.

M. Maurice FAURE. Il s'est produit une évolution dans la thérapeutique et c'est pour avoir compris mieux que nous et plus vite cette évolution que nombre de maisons et de stations étrangères ont prospéré mieux que les nôtres. Le médecin spécialisé dans la cure des maladies de la nutrition, ne peut se désintéresser de la préparation des régimes et de leur consommation. Il en est de même d'ailleurs dans les maladies de plus en plus nombreuses dont la thérapeutique est devenue active et exige le concours d'installations, de matériel, de climats d'eaux, etc. ; bref, ne peut par conséquent s'exécuter partout et notamment au domicile du malade.

PRATIQUE MÉDICALE

LE MAL PERFORANT PLANTAIRE ET SON TRAITEMENT

Par M. SCHMIEDER.

On a beaucoup discuté sur l'étiologie du mal perforant, et la plupart des auteurs le rattachent à des troubles généraux du système nerveux. Ils en font une ulcération d'ordre trophique.

Qu'il y ait des maux perforants plantaires, buccaux, palmaires, dans le tabès et les affections médullaires, rien n'est plus vrai ; mais cela ne prouve pas que cette affection soit *toujours* un trouble trophique.

Aussi ne peut-on nier l'importance des causes mécaniques. Le regretté Tillaux insistait à ce point de vue, sur l'influence directe de « la station prolongée sur les pieds ».

Très important, en effet, est le rôle des pressions répétées subies, dans la station debout, par l'un des trois points d'appui de la voûte plantaire, talon, têtes du premier et cinquième métatarsien. Suivant que la contraction des jambiers domine sur celle des péroniers antagonistes, ou inversement, l'affection se développe sur le pilier externe ou sur le pilier interne de la voûte. En cet endroit, un durillon survient d'abord, puis une bourse séreuse. Celle-ci s'enflamme et sous l'influence des pressions répétées l'ulcération s'établit, gagne en profondeur, sans amener pour cela de réelles souffrances.

Quoiqu'il en soit au point de vue étiologique, les indications thérapeutiques restent les mêmes.

D'abord il faut éviter toute opération chirurgicale : pas d'élongation des nerfs tibiaux, encore moins d'amputation de l'orteil ; il faut, au contraire, insister sur le traitement médico-chirurgical qui amènera presque toujours la guérison.

Donc, nettoyez avec le bock laveur toute l'étendue et la profondeur de l'ulcération en utilisant de préférence une solution d'anios à 2 p. 100, on obtient ainsi une désinfection complète de tout le trajet, et sans inconvénients. Puis, saupoudrez la lésion avec de la poudre d'anios et insufflez-en une certaine quantité dans la profondeur. Par dessus, une couche d'ouate et une bande bien enroulée achèveront le pansement. Ordonnez enfin le repos. A chaque nouveau pansement toutes les quarante-huit heures environ, il faudra procéder aux mêmes abondants lavages avant de placer la poudre kératoplastique.

Au bout de peu de temps, surtout quand le malade a gardé le repos, les tissus se réparent, on s'aperçoit qu'il existe dans la profondeur un bourgeonnement intense et rapide, le stylet est vite arrêté dans son exploration, et bientôt après, en deux ou trois semaines, la cicatrisation complète est obtenue, le mal perforant est guéri.

Si le malade reprend ses occupations habituelles, il faudra lui recommander de se reposer souvent. On devra aussi lui faire porter des chaussures confectionnées de telle sorte que la pression du corps soit répartie uniformément sur la surface plantaire.

Ce sera là le traitement préventif, mais il faut insister sur le traitement curatif dont nous venons d'indiquer les résultats.

Si le trioxy-chlorométhyle de vanadium amène en peu de temps la cicatrisation complète du mal perforant, c'est parce qu'il est un merveilleux kératoplastique. Il stimule la vitalité des cellules et facilite le développement des bourgeons charnus. Mais cependant, malgré d'aussi sûres propriétés, une ulcération de ce genre ne guérirait pas aussi vite si elle était uniquement d'ordre trophique. La clinique vient donc appuyer l'affirmation de notre maître Tillaux : le mal perforant reconnaît dans un nombre considérable de cas une cause mécanique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il est institué au ministère un comité permanent d'étude pour l'assistance aux aveugles. Ce comité comprend notamment un médecin de la clinique des Quinze-Vingts désigné par ses collègues et deux représentants du Syndicat général des oculistes français désignés par leurs collègues.

Le comité fera porter ses recherches et présentera un rapport au ministre sur toutes les questions relatives à l'assistance aux aveugles et notamment :

1° A la prévention de la cécité en France ;

2° A la répercussion, sur la condition des aveugles pauvres, de la loi du 14 juillet 1905, instituant l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources ;

3° A l'assistance par le travail et aux ateliers d'aveugles.

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE, fondée le 31 août 1858, va fêter son cinquantenaire au mois d'avril 1909.

Une souscription a été ouverte pour subvenir aux frais de cette fête confraternelle, le Conseil général ne voulant, dans ce but, rien distraire des sommes qui sont destinées au soulagement des infortunes médicales.

Il adresse donc un pressant appel à tous ceux qui voudraient, en prenant part à cette souscription, témoigner leur gratitude au corps médical.

La liste des souscripteurs sera publiée et tout souscripteur qui aura versé une somme de 10 francs recevra une médaille commémorative et un opuscule dans lequel sera résumée toute l'histoire de l'Association depuis sa fondation.

Adresser les souscriptions à M. le docteur Darras, trésorier du Comité du cinquantenaire, au siège de l'Association, rue de Surène, 5, Paris (VIII[e]).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Lalanne (de La Teste) et Marc Borderémy (de Toulouse).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — Depuis le 15 janvier, M. le docteur Mathieu, aidé de ses assistants, continue une série de conférences sur les maladies de l'appareil digestif.

Les leçons auront lieu aux jours et heures indiqués ci-dessous, dans le service de la consultation (20, rue de Citeaux).

Le mardi : Présentation des malades en traitement, salle Chomel, à neuf heures, et examen des malades de la consultation externe à dix heures et demie.

Le mercredi, à dix heures et demie : Conférence de M. J.-Ch. Roux sur les dyspepsies nerveuses et leur traitement, et sur les données nouvelles en pathologie intestinale.

Le jeudi, à dix heures et demie : Conférence de M. le docteur Albert Mathieu sur l'ulcère de l'estomac, ses formes, ses complications, son traitement, et sur le cancer de l'estomac.

Le vendredi à dix heures : Conférences de M. Laboulais sur la technique d'exploration gastro-intestinale ; de M. Moutier sur l'anatomie pathologique du tube digestif ; de M. Friedel sur le traitement des affections gastro-intestinales par le massage ou l'électricité.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DU 25 AU 30 JANVIER 1909

THÈSES

Jeudi 28 janvier, à une heure. — M. POITAU. Contribution à l'étude de la cytologie des épanchements pleuraux. (MM. Debove, président ; Raymond, Claude et Castaigne.) — M. RIVIÈRE. La fibrine et sa coagulation massive dans les pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses. (MM. Debove, président ; Raymond, Claude et Castaigne.) — M. VINCENT. Contribution à l'étude du syndrome d'hérédo-ataxie cérébelleuse. (MM. Raymond, président ; Debove, Claude et Castaigne.)

Le Directeur-gérant : D[r] François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 18 janvier 1909 : MM. Larroque, 7; Escallier, 8 ; Legrand, 11 ; Dufourmentel, 9; Ducamp, 11; Moulonguet, 7; Pellissier, 4; Bloch (René), 5.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 21 janvier, à cinq heures du soir.

Anatomie. — Séance du 19 janvier : MM. Weissenbach, 9; Delivet, 10; Mlle Peltier, 6; M. Chevallier (Paul), 12; Mlle Hirtz, 6; MM. Dufour, 8; Monod (André), 7; Marquis, 8; de Cumont, 9.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 21 janvier, à huit heures du matin.

— Concours de chirurgien des hopitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 22 mars 1909, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à trois heures, du lundi 22 février au samedi 6 mars inclus.

— Concours pour l'internat en pharmacie. — Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie vacantes au 1er juillet 1909 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le mercredi 10 mars, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

Les candidats seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 1er février jusqu'au samedi 20 du même mois inclusivement.

MARINE. — Sont promus au grade de médecin de troisième classe : MM. Jean, Goudy et Guilguet, élèves du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — Le conseil d'administration du Syndicat médical de Paris vient de voter la protestation et le vœu suivants :

« Le Syndicat médical de Paris proteste énergiquement contre le concours d'admissibilité à l'agrégation et en demande l'annulation. Il regrette que, dans les comptes rendus des démarches faites auprès des pouvoirs publics, le Syndicat médical de Paris n'ait pas été mentionné, alors qu'il s'y est associé par l'intermédiaire de ses membres appartenant au comité de vigilance. »

— Le Conseil émet le vœu, qu'à l'avenir, les praticiens soient représentés en proportion suffisante dans les différentes commissions qui pourraient être chargées de la réforme du statut de l'agrégation.

SOUSCRIPTION POUR LE MONUMENT DU DOCTEUR GILLE (DE GARCHES). — Un Comité s'est constitué pour élever, dans le cimetière de Vaucresson (Seine-et-Oise), un monument au docteur Gille, médecin de l'hospice Brézin, qui, par testament, a laissé la nue-propriété d'une fortune importante à l'Association générale des médecins de France. Le Comité fait appel à tout le corps médical français pour participer, par des souscriptions, même très modiques, à ce témoignage de reconnaissance envers un confrère généreux.

Les souscriptions peuvent être adressées, soit à M. Oger, maire de Vaucresson, soit au docteur Darras, trésorier intérimaire de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, 5, rue de Surène, soit au docteur Lepage, secrétaire, 78, boulevard Malesherbes.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie de Paris aura lieu le jeudi 21 janvier, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Le docteur Louis Rénon a commencé le lundi 18 janvier 1909, à dix heures du matin, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital, une série de conférences sur neuf sujets d'actualité pratique cardio-pulmonaire.

La première conférence, conférence doctrinale, porta sur « le rationalisme et le pragmatisme en médecine, l'empirisme scientifique ».

Les autres conférences seront faites dans l'ordre suivant :

25 janvier : Le bloquage du cœur. — 1er février : La tension artérielle et sa mesure. — 8 février : Les cardiopathies et les glandes à sécrétion interne. — 15 février : Le mariage des cardiaques. — 1er mars : La cardioptose. — 8 mars : Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — 15 mars : L'anaphylaxie dans la sérothérapie antituberculeuse. — 22 mars : Les tuberculines dans le traitement de la tuberculose. — 29 mars : Le pneumothorax et l'emphysème souscutané.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

PARAPSORIASIS EN GOUTTES

Par M. L.-M. BONNET,
Médecin de l'Antiquaille (Lyon).

J'ai observé tout récemment dans mon service un cas typique de *parapsoriasis en gouttes* dont je vais rapporter l'observation, car ces faits ne sont pas très fréquents. Ils ont donné lieu d'ailleurs récemment à d'intéressantes études nosographiques et pathogéniques que je crois bon d'exposer ici brièvement, à cause de l'importance des hypothèses soulevées relativement à l'étiologie et à la pathogénie de cette dermatose.

Les parapsoriasis de Brocq. — Depuis quelques années on a décrit, et cherché à classer, un certain nombre de dermatoses rouges et squameuses, ne répondant exactement à aucune des grandes dermatoses rouges et squameuses classiques.

Les affections auxquelles je fais allusion ont reçu presque autant d'appellations qu'il y a d'observations : *parakeratosis variegata* (1), *exanthème psoriasiforme et lichénoïde* (2), *érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées* (3), *pityriasis lichénoïde chronique* (4), *dermatite psoriasiforme nodulaire* (5), *lichen variegatus* (6), *xantho-érythrodermia perstans* (7), *parapsoriasis* (8).

Cependant les auteurs n'avaient pas tardé, à mesure qu'ils publiaient ces faits, à examiner leurs relations; et finalement on a cherché à constituer des types morbides englobant soit tous ces faits, soit certains d'entre eux.

Ces classifications, établies généralement par des auteurs n'ayant observé que la variété décrite par eux, sont, pour cela, loin d'avoir une valeur absolue. L'identification de cas observés par des auteurs différents est souvent bien difficile, et quelque peu arbitraire.

Il en va tout autrement quand pour définir un groupe morbide, avec des sous-variétés, un observateur utilise ses seuls faits personnels, car il est dans les conditions voulues pour pouvoir dire si telle éruption était, ou non, identique à telle autre, également vue par lui-même. C'est de cette façon qu'a procédé M. Brocq (9) quand il a décrit les *parapsoriasis* et leurs diverses variétés. Quant aux cas publiés par les auteurs que je citais plus haut, M. Brocq note leurs rapports avec telle ou telle variété de ses parapsoriasis; mais il a eu soin de n'en pas faire la base de sa description.

Les cas décrits sous cette dénomination présentent des aspects assez distincts pour qu'on ait pu rapprocher les uns du psoriasis, et d'autres du lichen. Mais leur réunion est légitimée par une série de caractères communs importants résumés ainsi par M. Brocq : 1° peu ou point d'infiltration des téguments; 2° peu ou point de prurit; 3° évolution des plus lentes ; 4° peu de tendance à la guérison.

Cet auteur divise ses parapsoriasis en trois variétés principales : 1° parapsoriasis en gouttes; 2° parapsoriasis lichénoïde; 3° parapsoriasis en plaques.

La première nous occupera seule ici.

Description du parapsoriasis en gouttes. Observation personnelle. — On ne saurait mieux faire que de reproduire la description si concise qu'en donne M. Brocq :

« Le *parapsoriasis en gouttes* est constitué par une éruption maculeuse et papulo-squameuse aplatie sans infiltration notable du derme, variant, comme teinte, du rose un peu bistre au rouge brunâtre suivant les localisations.

Elle est peu ou point prurigineuse. Elle est recouverte d'une squame sèche assez peu visible à l'état normal, mais qui prend un aspect blanc nacré par le grattage : elle est peu épaisse, peu ou point stratifiée, mais fort adhérente et intimement collée aux parties sous-jacentes (variété à squames adhérentes). Mais la squame peut aussi former une sorte de bloc corné, aplati, mince, simulant un pain à cacheter, d'un jaune un peu brunâtre, posé sur la peau, facile à détacher d'une seule pièce par le grattage (variété à squames en pain à cacheter). Jamais, par le coup d'ongle, on n'arrive à avoir le piqueté hémorragique et la surface lisse et luisante du psoriasis... L'éruption ressemble, dans son ensemble, à une éruption de syphilis secondaire sans infiltration, ou à un psoriasis en gouttes avorté... Elle a une évolution lente et offre une grande résistance au traitement local. »

M. Civatte, élève de Brocq, auteur d'une très intéressante monographie (1) dont j'aurai à reparler plus loin, fait de l'affection un tableau très étudié que je résume en quelques mots.

C'est une éruption *bigarrée*, maculeuse et squameuse. Les *éléments jeunes* sont purement maculeux; l'épiderme prend un aspect chagriné, pseudo-lichénien, devient luisant ; le grattage donne une ébauche du phénomène de la tache de bougie. A un *second stade*, les altérations épidermiques ont abouti à la production d'une véritable squame mince; sous celle-ci on trouve un épiderme presque normal, et le signe de la rosée sanglante n'existe pas plus qu'au premier stade. Dans la variété *en gouttes*, les éléments, de petites dimensions, criblent la peau de mouchetures fines, de coloration rose pâle ou jaunâtre, ou même brune. La plupart des éléments sont au stade squameux. L'éruption a une apparence psoriasiforme, et parfois syphiloïde.

(1) Unna, Santi et Politzer. *Monat. f. prakt. Dermat.*, 1890. — Colcott Fox et Mac-Leod. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1901.

(2) Jadassohn. *Verhandl. d. deut. dermat. Gesells.*, Breslau 1894. — Neisser. *Ibid.* — Juliusberg. *Arch. f. Dermat.*, 1897. — Pinkus. *Arch. f. Dermat.*, 1898. — Rona. *Ibid.*

(3) Brocq. *Revue gén. clin. et thérap.*, 1897. — White. *Journ. of cutaneous and gen. dis.*, 1900.

(4) Juliusberg. *Arch. f. Dermat.*, 1899.

(5) Jadassohn. *Festschrift*, 1900.

(6) R. Crocker. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1901.

(7) R. Crocker. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1905.

(8) Brocq. *Ann. de dermat.*, 1902.

(9) Brocq. Les parapsoriasis, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1902.

(1) Civatte. *Les parapsoriasis de Brocq*, Th. de Paris, 1906.

L'observation (1) de mon propre malade complétera objectivement cette étude clinique :

Albert S..., dix-huit ans, serrurier. Salle Rollet n° 23. Observation 3942.

Il entre à l'hôpital le 8 septembre 1908 pour une éruption disséminée sur presque toute la surface du corps.

Son père est actuellement en traitement dans le service de M. le professeur Lépine pour emphysème.

Mère très bien portante. Trois frères vivants qui se portent très bien ; il a eu trois sœurs qui sont mortes entre quatre et six ans, l'une du croup, les deux autres d'affection inconnue.

Personnellement, il nie toute spécificité. A l'âge de cinq ans il a eu la rougeole et la coqueluche.

Au mois d'avril de cette année il fut opéré par M. Vallas, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, pour une psoïtis idiopathique grave. Il a persisté une petite fistule qui n'est pas encore complètement fermée.

Le malade se rappelle avoir toujours eu l'*éruption pour laquelle il entre à l'hôpital*. Mais sa mère précise qu'il avait *un an et demi* quand elle apparut.

Elle augmente par moments, diminue ensuite ; elle présente actuellement son développement moyen, au dire du malade. Jamais elle n'a disparu. Une fois seulement elle resta quelques jours presque inappréciable, à la suite d'une hémorragie importante qui se produisit pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu; en effet, l'opération de la psoïtis avait été suivie d'une hémorragie secondaire très importante, qui nécessita la ligature de l'iliaque externe.

Elle n'a jamais donné lieu à du prurit ni à aucune autre sensation.

Disséminée sans aucun ordre, l'éruption respecte seulement la face et la région plantaire des pieds et des mains. Elle est surtout abondante aux deux avant-bras, sur les fesses et sur les flancs.

Ces régions sont véritablement criblées d'éléments, qui, variant par quelques caractères, donnent un aspect bigarré spécial. Ces différences des éléments tiennent évidemment à des stades successifs par lesquels passent ceux-ci. Mais le malade ne peut préciser exactement leur évolution. Il sait seulement que les uns disparaissent, pendant que de nouveaux font leur apparition.

Larges de quelques millimètres, à contours mal limités, ces éléments ont une coloration qui varie d'un rose un peu jaunâtre à un jaune tirant sur le brun.

Ce sont en grande majorité, de simples macules, sans aucune saillie ni infiltration, au niveau desquelles l'épiderme est brillant, chagriné, un peu quadrillé; le grattage met en évidence une ébauche de desquamation. On n'obtient pas la surface humide du psoriasis, mais le grattage détermine très facilement la production de purpura traumatique. Quelques éléments diffèrent des précédents par la présence, à leur surface, d'une squame nettement visible qu'on détache facilement. Enfin quelques-uns, très rares, présentent une ébauche de papulation, mais sans infiltration ; ils ne donnent pas plus que les autres le signe de la rosée sanglante du psoriasis.

L'éruption ne laisse jamais ni cicatrices, ni macules atrophiques.

A première vue, en voyant ce malade, on a l'impression d'une roséole un peu papuleuse, qui serait en voie de disparition. Elle se rapproche bien plus en effet, comme impression d'ensemble, de la syphilis que du psoriasis. Mais l'examen méthodique montre rapidement qu'il ne s'agit certainement d'aucune de ces deux maladies.

Séborrhée de la face avec une acné très discrète. Pityriasis gras du cuir chevelu léger.

(1) L'observation a été rédigée en grande partie par M. Arbez, externe des hôpitaux.

Au milieu du dos, plaque à contours irréguliers, mais assez bien limitée, large de 5 à 6 centimètres, constituée par une coloration jaunâtre et une fine desquamation, sans aucune infiltration. Cette plaque, qui existe depuis quinze jours seulement, donne l'impression d'une lésion surajoutée, liée à la séborrhée. Une plaque semblable, mais plus rouge, existe depuis la même époque à la partie supérieure de la fesse gauche.

Rien aux ongles.

Pas de ganglions en aucune région.

Le malade, qui paraît robuste, n'accuse aucun trouble. Il digère bien, ne tousse jamais. Rien à noter à l'examen du poumon ni du cœur.

Il y avait un peu d'albumine le jour de l'entrée, mais il n'y en avait plus huit jours après.

Le malade a quitté le service le 30 septembre, sans avoir présenté aucune modification de son éruption. A titre d'essai on avait fait appliquer sur un des avant-bras une pommade contenant un dixième d'acide chrysophanique ; il se produisit de l'érythème, mais l'éruption ne fut pas nettement modifiée.

On n'a trouvé *rien de suspect* ni au point de vue *tuberculose*, ni au point de vue *syphilis*.

Considérations historiques, bibliographiques et nosographiques. — M. Brocq avait basé sa description (1) du parapsoriasis en gouttes sur trois cas personnels ; il y ajoutait le cas de M. Eudlitz (2) qu'il avait pu voir lors de sa présentation par cet auteur. Depuis, on a publié quelques cas répondant exactement à la description de M. Brocq et à celle de son élève, M. Civatte, et pour lesquels le diagnostic n'est pas à discuter. Tels sont un cas de M. Civatte (3), un de M. Milian (4), et le cas que je rapporte moi-même ici.

Mais il existe une série de faits, les uns plus anciens, les autres récents, qui, à cause de certaines particularités, ont donné lieu à d'intéressantes discussions.

Et tout d'abord, faut-il attribuer au parapsoriasis en gouttes telles et telles des observations publiées antérieurement par des auteurs étrangers sous les dénominations variées que nous mentionnons au début ?

Pour les raisons indiquées plus haut, on ne peut être très affirmatif. Cependant il importe de noter que M. Brocq estime que « c'est très probablement à ce type que se rapportent les cas de Jadassohn » (5). On pourrait alors y rattacher aussi toute une série de cas considérés par de nombreux auteurs, comme étant de même nature que ceux de Jadassohn : ce sont les cas de Neisser (6), Juliusberg (7), Pinkus (8), Rona (9), Török (10), Bucek (11). Cette assimilation a

(1) Brocq. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1902.

(2) Eudlitz. Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloïde, Soc. franç. de dermat., 1898.

(3) Civatte. Obs. III de sa thèse.

(4) Milian. Un cas de parapsoriasis, Soc. franç. de dermat., 1907.

(5) Jadassohn. *Verhandl. der deut. dermat. Gesells.*, IV Kongress, 1894 ; — *Festschrift Kaposi*, 1900.

(6) Neisser. *Verhandl. der deut. dermat. Gesells.*, IV Kongress, 1894.

(7) Juliusberg. *Arch. f. Dermat.*, 1897 et 1899.

(8) Pinkus. *Arch. f. Dermat.*, 1898.

(9) Rona. *Ibid.*

(10) Török. *Pester med.-chir. Presse*, 1901.

(11) Bucek. Th. de Zurich, 1903.

notamment été soutenue par Mme Bucek dans son importante thèse.

Elle est cependant discutable, et M. Civatte a minutieusement analysé et mis en valeur les objections que l'on peut faire à cette identification de ces cas entre eux et avec les cas de M. Brocq. Si, par exemple, dans les cas de Török, l'éruption est purement maculeuse et dépourvue d'infiltration, comme dans les observations fondamentales du parapsoriasis, elle est au contraire franchement papuleuse et infiltrée dans ceux de Jadassohn, et papulo-maculeuse chez les malades de Juliusberg, Rona, Bucek.

Ainsi donc, l'examen objectif montre, entre les cas typiques de parapsoriasis en gouttes et la maladie de Jadassohn, des différences qui ont paru secondaires à quelques-uns, mais que d'autres ont estimé séparer complètement les deux dermatoses.

Cependant, après avoir creusé ce fossé, M. Civatte apporte lui-même des faits qui permettent peut-être de le combler, faits doublement intéressants, pour cette dernière raison d'abord, et aussi à cause des considérations pathogéniques auxquelles ils ont donné lieu.

Cet auteur a observé trois cas dans lesquels les éléments éruptifs évoluaient de la manière suivante. Ils débutaient sous forme de papules lenticulaires, hémisphériques, infiltrées. Puis, l'infiltration disparaissant, il ne restait qu'une macule squameuse identique, d'après M. Brocq lui-même, à celle du parapsoriasis.

Il semble donc qu'il y ait là des faits de passage entre les cas de Jadassohn, d'une part, et les parapsoriasis de l'autre; et, si on étiquette les dermatoses de ces trois malades « parapsoriasis », on est conduit à faire entrer dans ce dernier cadre la maladie de Jadassohn.

Mais la question est justement de savoir si, chez les malades de M. Civatte, il s'agissait véritablement de parapsoriasis, puisque les éléments papuleux infiltrés n'existaient pas dans les cas typiques qui ont servi à établir ce type morbide. Il est vrai qu'il est facile de l'expliquer par des hypothèses n'ayant rien d'irrationnel. On peut supposer qu'il y ait toujours deux stades pour les éléments éruptifs (papuleux, puis maculeux) et que certains malades aient été vus au premier stade, et d'autres au second; ou bien encore, qu'il existe deux formes bien distinctes de cette maladie. A vrai dire, il est assez difficile de donner une réponse catégorique et surtout d'en faire une démonstration rigoureuse.

Il est d'ailleurs à noter que M. Brocq, qui a vu les malades de M. Civatte, a hésité à se prononcer. Ainsi, dans son *Traité* (1907), à la fin de son chapitre de diagnostic, il signale ces « trois cas d'*éruption ambiguë* qui, à certains moments de leur évolution, ont tout à fait ressemblé objectivement à des parapsoriasis en gouttes ». Mais plus récemment il a été beaucoup plus affirmatif. Il reconnaît un parapsoriasis véritable dans un cas présenté par M. Milian (1), cas très analogue à ceux de M. Civatte; de même, lors de la présentation du malade de MM. Queyrat et Pautrier (1), nous le voyons étiqueter tous ces faits des « parapsoriasis en gouttes nodulaires à squames adhérentes ». D'ailleurs, ce dernier cas était lui-même, en quelque sorte, intermédiaire entre la forme maculeuse et la forme nodulaire des éruptions des malades de M. Civatte.

On peut résumer ainsi cette discussion nosographique :

M. Brocq, décrivant le parapsoriasis, a pris pour type des observations d'éruption à éléments surtout maculeux, en tout cas non infiltrés. Des cas identiques en tous points ont été observés par d'autres auteurs, et j'en ai précisément rapporté un plus haut. D'autre part, on a publié des faits dans lesquels il y avait un mélange de papules infiltrées et de macules, ces dernières étant identiques (cas de Civatte, Milian, Queyrat et Pautrier) aux éléments maculeux du groupe précédent. La tendance actuelle est d'en faire un stade ou une variété de parapsoriasis en gouttes. Ces cas étant eux-mêmes, semble-t-il, très voisins de ceux de Jadassohn, il se pourrait donc fort bien qu'ils constituassent entre ces deux dermatoses un véritable trait d'union.

Considérations étiologiques et pathogéniques. — M. Civatte, se fondant sur ses constatations histologiques, a admis que ces trois cas un peu spéciaux, dont nous venons de parler, relevaient de la tuberculose, qu'il s'agissait de *tuberculides*. S'ils font partie du parapsoriasis, il en résulte que le « syndrome » parapsoriasis est parfois d'origine tuberculeuse. Mais, ajoute M. Civatte, la tuberculose produit parfois des lésions histologiquement banales; il n'est donc pas impossible que les lésions d'allure banale du parapsoriasis type soient de même nature. Dans cette hypothèse, le parapsoriasis serait non un syndrome à causes variées, mais une « maladie »; ce « serait une tuberculose atypique de la peau ».

M. Milian (2) s'est rattaché à cette opinion d'une manière catégorique. « Il nous paraît maintenant permis, dit-il, de ranger les parapsoriasis en gouttes parmi les tuberculides. »

Voilà qui augmenterait singulièrement l'intérêt, qui a pu paraître un peu spéculatif, de la question des parapsoriasis.

Seulement, la question ne semble pas à tout le monde aussi nettement tranchée qu'à M. Milian. C'est ainsi notamment qu'il importe de noter la réserve de M. Brocq. « *Il est possible*, dit-il, dans son livre, que *des tuberculides revêtent* à certaines phases de leur évolution l'aspect des parapsoriasis en gouttes. » Et ailleurs (3), il déclare que, dans l'état actuel de la science, il lui paraît impossible de discuter à fond la nature réelle de ces éruptions; il dit seulement ceci : « Il semble bien que *certains* parapsoriasis en gouttes nodulaires à squames adhérentes doivent être rangés dans les tuberculides, *du moins au point de vue de leur structure*. Mais rien ne nous autorise à classifier les autres formes dans cette catégorie de dermatoses, d'ailleurs si discutée. »

(1) Milian et Pinard. Soc. méd. des hôpit., 26 avril 1907.

(1) Queyrat et Pautrier. Soc. méd. des hôpit., 19 juillet 1907.
(2) Milian. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1907, p. 372.
(3) Brocq. Soc. méd. des hôpit., 19 juillet 1907.

Quant à moi, j'avoue n'être nullement convaincu; la nature tuberculeuse du parapsoriasis est possible, mais elle n'est pas prouvée encore.

Voyons en effet les raisons invoquées.

On a apporté six observations à l'appui.

Dans une (1), due à M. Milian, il s'agit d'un parapsoriasis de la forme typique maculeuse. Cliniquequement et histologiquement, aucun soupçon de tuberculose n'est possible; mais on obtint la réaction à la tuberculine. Cette épreuve ne me paraît pas avoir une valeur absolue, au moins dans les conditions présentes, où elle ne fut positive qu'à la quatrième fois et avec une dose très forte (un milligramme et demi). M. Milian lui-même, l'ayant observée dans la sporotrichose, ne saurait soutenir la valeur absolue de cette réaction. Je laisse donc ce cas comme non démonstratif.

Les cinq autres observations ont ceci d'intéressant qu'elles représentent, pour ainsi dire, l'ensemble des cas d'une variété spéciale de parapsoriasis, de cette variété à éléments infiltrés, dont l'introduction dans le cadre de cette dermatose a été discutée.

Dans l'obs. XVII de M. Civatte le sujet est cliniquement « hors de soupçon » de tuberculose. La seule chose à relever est qu'à la biopsie des papules on note que « l'infiltrat, qui se distribue comme un syphilome secondaire, présente par sa structure intime toutes les apparences du tissu tuberculeux. On y retrouve des cellules épithélioïdes, des cellules géantes et des lymphocytes »; ces éléments « ne se groupent que rarement en follicules classiques ». Pas de bacilles dans les coupes.

Les malades XVIII et XIX ne présentent aucune histoire suspecte; la respiration est seulement un peu inégale entre les deux sommets, mais il n'y a rien de net. Là encore c'est l'histologie qui est invoquée. Dans la première, outre une nécrose disséminée du corps muqueux, l'auteur note sur une de ses coupes « une apparence de cellule géante, et, sur deux ou trois autres, des groupes de cellules qui méritent absolument le nom d'épithélioïde. Pas de bacilles de Koch. » Quant aux lésions du second cas elles ne sont pas très démonstratives : il n'y a ni cellules géantes, ni cellules épithélioïdes, ni caséification; sur une coupe on a trouvé « une cavité lymphatique dilatée, au milieu d'un infiltrat du corps papillaire et remplie d'une masse d'apparence caséeuse ».

De cet ensemble, M. Civatte conclut justement : « Je n'ai que des arguments histologiques. » Je reviendrai tout à l'heure sur leur valeur.

Chez le deuxième malade de M Milian (2), pas de preuve clinique de tuberculose, car l'origine tuberculeuse de l'acro-asphyxie et de la camptodactylie n'est pas certaine; et chacun sait qu'il n'est pas rare de noter de l'obscurité du sommet droit sans tuberculose. Mais là encore la biopsie a montré une infiltration d'aspect tuberculoïde avec cellules géantes.

(1) Milian. Soc. franç. de dermat. et de syphil, 3 janv. et 7 fév. 1907.

(2) Milian et Pinard. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1907, p. 372.

La tuberculose n'est pas prouvée cliniquement chez le malade de MM. Queyrat et Pautrier (1). Histologiquement, l'infiltrat cutané est assez banal; certaines particularités conduisent à envisager un rapprochement possible avec deux des cas de M. Civatte; mais en elles-mêmes les lésions n'ont rien de tuberculoïde.

En somme, tout se réduit à ceci : sur les cinq cas que nous avons envisagés ici, il y en a trois dans lesquels le microscope a montré un infiltrat plus ou moins tuberculoïde avec cellules géantes et épithélioïdes. Evidemment la tuberculose est la cause principale de telles lésions; mais elles sont loin d'avoir une valeur absolue. Constantes dans les lésions tertiaires (Nicolas et Favre), je peux dire d'après mon expérience qu'elles sont loin d'être rares dans les papules secondaires. D'ailleurs des lésions de nature plus ou moins banale sont parfois riches en cellules géantes.

Cette remarque est d'autant plus importante à faire que, cliniquement, l'éruption est très syphiloïde d'aspect; que le grattage à la curette (Brocq) y révèle des analogies avec les syphilides nodulaires; et que, sur les cinq cas, dans deux il y avait une syphilis antérieure connue. M. Brocq (2) a d'ailleurs soulevé la question nettement : s'agirait-il parfois de parasyphilides? Certes, on peut trouver des objections, mais elles ne sont pas absolues; et cette idée « me séduirait assez pour ma part », dit-il. Etant donné les ressemblances cliniques et même histologiques que présentent parfois la tuberculose et la syphilis, il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'elles « puissent provoquer toutes les deux l'apparition de lésions cutanées ayant l'apparence générale des parapsoriasis ».

Ainsi donc, la pathogénie du parapsoriasis en gouttes n'est pas encore résolue. La tuberculose a été, à bon droit, cherchée et suspectée dans certains cas; elle n'est pas cependant prouvée; d'ailleurs le fût-elle, qu'on ne saurait généraliser *a priori*. On a des raisons de chercher dans ce sens et aussi dans celui de la syphilis, mais aucun de ces deux facteurs n'est réellement démontré.

D'ailleurs, s'agit-il là d'une maladie proprement dite ou d'un syndrome pouvant relever de causes variées? Les aspects objectifs différents répondent-ils à des étiologies différentes, ou simplement à des phases évolutives? Nous n'en savons rien. Cette insuffisance de nos connaissances justifie, et rend désirable, la publication de tous les cas que l'on peut avoir l'occasion d'observer.

FORMULAIRE

CONTRE LES FISSURES DE LA LANGUE

Acide phénique neigeux...........		2 gr. 50
Teinture d'iode...............	*āā*	12 » 50
Glycérine neutre............		

Appliquer au niveau des fissures avec un pinceau.

(*Ann. de Thér. dermatol. et syphiligr.*).

(1) Queyrat et Pautrier. Loc. cit.

(2) Brocq. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1907, p. 863.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1909)

L'emploi des sels arsenicaux en agriculture. — La discussion se poursuit sur ce sujet. M. A. GAUTIER rappelle que la commission nommée par l'Académie a fait une enquête en France et en Algérie et après cette enquête, après une discussion approfondie des faits, tous les membres de la commission se sont trouvés d'accord pour proposer à l'Académie qu'elle demande l'interdiction absolue de l'emploi des arsenicaux en agriculture.

Quelques membres de la commission avaient pensé qu'il était possible de réglementer cet emploi des sels arsenicaux, d'exiger l'emploi seul des sels insolubles, de limiter cet emploi. Mais on a bien vite reconnu que ces dernières mesures seraient d'une application extrêmement difficile, qu'il serait impossible d'empêcher des abus. Dans ces conditions, les membres dissidents se sont ralliés et c'est à l'unanimité de ses membres que la commission académique conclut à la défense absolue de l'emploi des sels arsenicaux en agriculture.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait entendre une voix un peu dissidente au point de vue de la rigueur des conclusions de la commission. C'est par tonnes, dit-il, que l'arsenic entre en France pour les usages agricoles. Jamais on n'arrivera à supprimer complètement l'emploi des sels arsenicaux. Aussi M. Lucas-Championnière préférerait-il qu'on donnât des conseils, de bons conseils, plutôt que de demander une interdiction absolue qu'on n'obtiendra pas. L'emploi de l'arsenic est défendu, en agriculture, depuis 1846. Or depuis cette époque la consommation de l'arsenic pour les usages agricoles a toujours été en augmentant. On devrait donc se borner à réglementer l'emploi de ces sels et non les interdire, car ce sont les agents parasiticides les plus précieux qu'on puisse rencontrer.

M. HANRIOT rappelle aussi qu'au début les avis étaient partagés à la commission. Les uns étaient pour la réglementation, les autres pour la proscription. Mais après un examen approfondi de la question, la commission, à l'unanimité, a déclaré qu'il fallait préférer la proscription.

M. Hanriot combat les conclusions de M. Linossier. Il rappelle les graves accidents qui ont été observés à Manchester et dans les environs par l'emploi de bières arseniquées. Il faut, dit-il, proscrire l'usage des arséniates pour sauvegarder la santé publique.

M. CASENEUVE, avec MM. Moureu et Gauthier, réfute les arguments de M. Linossier. Il répond à M. Lucas-Championnière que c'est précisément depuis huit ans, c'est-à-dire depuis l'introduction des arséniates en Algérie que de nombreux accidents ont été observés. Dans certains villages la situation devient même alarmante. On cite 80 cas d'empoisonnement par l'arsenic dans un seul village. Le grand commerce des vins lui-même commence à s'émouvoir.

Le gouvernement, dit M. Caseneuve, attend la décision souveraine de l'Académie. Ce n'est pas ici comme pour la suppression de l'absinthe. On est armé par la loi pour défendre l'emploi des arsenicaux. Dans un département du Nord, un médecin a été appelé comme expert à l'occasion de la mort de deux enfants empoisonnés par l'arsenic. Les parents furent accusés. Mais l'examen des vins qu'avaient bus ces enfants y ayant révélé la présence de l'arsenic, les parents furent acquittés.

Ces empoisonnements par l'arsenic se multiplient un peu partout. Il est temps que l'Académie se prononce en faveur de l'interdiction formelle des sels arsenicaux en agriculture.

Le sérum antituberculeux de Marmorek. — M. Ch. MONOD présente à l'Académie une série de nouveaux travaux, au nombre de 43, relatifs à l'action du sérum antituberculeux de Marmorek, qui ont paru en France et à l'étranger, depuis sa première communication sur le même sujet, en janvier 1907.

Le total de ces publications, au nombre de 93, porte sur 1379 malades atteints de différentes formes de tuberculose médicale et chirurgicale, depuis les plus légères jusqu'aux plus graves, le traitement n'ayant même souvent été appliqué, intentionnellement, que dans des cas déjà avancés.

Il n'en résulte pas moins de cet ensemble des faits que les cas favorablement influencés sont dans la proportion de 65 p. 100 pour les tuberculoses médicales et de 72 p. 100 pour les tuberculoses chirurgicales.

Le sérum est administré, soit par voie sous-cutanée, soit par voie rectale. Ce dernier mode permet d'éviter les phénomènes d'anaphylaxie qui peuvent avoir lieu à la suite de toute injection de sérum répétée. Tous les observateurs ont constaté l'innocuité absolue du sérum.

M. Monod conclut que parmi les moyens employés jusqu'ici dans le traitement de la tuberculose, aucun ne paraît en état de donner la série des améliorations et même, dans certains cas, des guérisons, observées chez les malades soumis à l'action du sérum de Marmorek, et qu'il est à souhaiter que l'expérience tentée si largement à l'étranger, soit aussi faite en France sur une même échelle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1909)

Résistance leucocytaire. — MM. ACHARD et RAMOND évaluent la résistance leucocytaire en soumettant le sang à l'action d'une solution hypotonique de chlorure de sodium (2,5 p. 1000) citratée à 2 p. 1000. Les polynucléaires subissent des altérations artificielles qu'on peut classer en cinq degrés. Comme ces divers degrés peuvent coexister dans un même sang, pour évaluer la résistance générale, on totalise les nombres qui répondent à chaque degré, en multipliant chacun de ces nombres par le coefficient correspondant à ce degré. Ainsi 10 p. 100 du troisième degré donneraient une résistance de 300; 50 p. 100 du troisième et 50 du deuxième une résistance de $150 + 100 = 250$.

Il est bon aussi de se rendre compte de la destruction leucocytaire produite par le liquide hypotonique, en faisant la numération des globules blancs en chambre humide, avant et après l'action du liquide.

Enfin le pourcentage des divers types leucocytaires dans la même sèche, avant et après l'action du liquide, permet de reconnaître si certains types sont plus fragiles que d'autres.

Par le même procédé, il est possible d'évaluer aussi la résistance des cellules blanches des sérosités. Celle des lymphocytes peut être classée en trois degrés.

Essais de greffes de capsules surrénales sur la rate. — MM. MOUSSU et LE PLAY, poursuivant leurs recherches sur la physiologie des glandes surrénales, ont essayé de réaliser des greffes de ces glandes sur le tissu splénique. Après avoir mis en contact la substance médullaire de la glande gauche, avec le parenchyme de la rate, ils ont pratiqué, après une période de deux à six semaines, chez le chien et le lapin, l'ablation complète de la glande droite. Les survies observées n'ont jamais dépassé trois jours chez le lapin et sept jours chez de jeunes chiens. La substance corticale de la glande ne s'altère que lentement; la substance médullaire, au contraire, dégénère très rapidement; or, son intégrité joue un rôle prépondérant dans la physiologie des surrénales; la substance corticale, à elle seule, est incapable d'empêcher la mort du sujet.

Moustiques d'eau salée. — M. CLERC a constaté la présence de larves de Culicada cantans dans des mares d'eau salée stagnante, situées dans le Var, de teneur en chlorures de 44,6 p. 100. Des larves d'anophèles, introduites dans des cristallisoires contenant la même eau de mer, y ont vécu et ont donné des insectes parfaits.

L'opothérapie indirecte. — MM. Louis RÉNON et Arthur DELILLE. Les extraits opothérapiques et, spécialement, les extraits des glandes vasculaires sanguines (surrénale, ovaire, thyroïde, hypophyse, etc.) ont des effets très complexes. Ils modifient les fonctions de l'organisme, stimulent ou régularisent la sécrétion des glandes de même nom, exercent enfin sur les autres glandes une action stimulatrice ou modératrice. Ces notions sont établies d'après des données expérimentales et cliniques dont le nombre s'accroît chaque jour. A

côté de l'opothérapie directe dans laquelle on désire qu'un extrait agisse sur la glande correspondante ou supplée à son manque de sécrétion, il faut placer l'opothérapie indirecte dans laquelle on cherche à stimuler ou à modérer la fonction d'une ou de plusieurs autres glandes ; le succès de la médication hypophysaire dans la maladie de Basedow en est un bel exemple. La médication opothérapique associée permettra ou d'augmenter l'action d'un extrait déterminé ou d'en atténuer les inconvénients.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CONSEIL DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS DEMANDE LA CRÉATION D'UN COMITÉ PERMANENT ESSENTIELLEMENT MÉDICAL DESTINÉ A RENSEIGNER LE MINISTRE SUR LES BESOINS ET ASPIRATIONS DES FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE.

Le ministre de l'Instruction publique a reçu hier une délégation des professeurs de la Faculté ayant à sa tête M. le doyen Landouzy. L'adresse suivante a été remise au ministre :

« Monsieur le ministre,

Le conseil de la Faculté de médecine de Paris considère comme un devoir la nécessité de vous faire connaître la situation dans laquelle se trouvent actuellement les facultés de médecine.

Il a la conviction que cette situation a favorisé l'éclosion et permis le développement du mouvement sans cesse progressant qui aujourd'hui agite si profondément le monde médical tout entier.

Pour faire comprendre cette situation, il est nécessaire de rappeler brièvement les changements qui se sont produits dans l'enseignement supérieur depuis vingt ans environ, et qui ont plus ou moins modifié le fonctionnement des facultés de médecine en atteignant leur vitalité.

En 1888, le corps des inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur fut supprimé par un vote de la Chambre des députés. Mais par un décret en date du 20 avril 1888, le ministre de l'Instruction publique fut autorisé « à confier des missions temporaires pour l'inspection des facultés de l'Etat » à des membres du comité consultatif de l'enseignement public (section de l'enseignement supérieur). Il paraît que depuis nombre d'années le ministre n'a confié aucune de ces missions temporaires. Il n'a donc pu être renseigné sur les besoins et aspirations des facultés de médecine que par les recteurs.

En 1896, eut lieu la constitution des universités ; le décret du 21 juillet 1897 institua le conseil des universités. Voici quelques-uns des articles de ce décret :

Art. 5. — Sous l'autorité du ministre de l'Instruction publique, le recteur instruit les affaires relatives à l'université et assure les décisions du conseil.

Art. 6. — Sous l'autorité du recteur, les doyens ou directeurs assurent, en ce qui concerne les facultés et écoles de l'université, l'exécution des décisions du conseil.

Le conseil statue : *a*. Sur la réglementation des cours libres ; *b*. sur l'organisation et la réglementation des cours, conférences et exercices pratiques communs à plusieurs facultés ; *c*. sur l'organisation générale des cours, conférences et exercices pratiques proposés pour chaque année scolaire par les facultés et écoles de l'université.

Le tableau général des cours, conférences et exercices pratiques est arrêté par le conseil au mois de juillet. Il doit comprendre les enseignements nécessaires à l'obtention des grades établis par l'Etat.

Art 12. — Tout membre du conseil a le droit d'émettre des vœux sur les questions relatives à l'enseignement supérieur.

Le conseil des facultés de médecine ne possède que le droit d'émettre des vœux. Ces vœux sont transmis par le doyen au recteur de l'université qui les soumet au conseil de l'université, ou les transmet au ministère. De là ils sont dirigés, soit vers le comité consultatif de l'enseignement public, soit vers la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, pour aboutir définitivement au conseil supérieur de l'instruction publique lui-même.

La constitution de ces rouages intermédiaires : conseil de l'université, comité consultatif, section permanente, conseil supérieur de l'instruction publique, présente les particularités suivantes :

Le conseil de l'université comprend : 1° le recteur de l'Académie, président ; 2° les doyens des facultés et le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie ; 3° deux délégués de chaque faculté ou école élus pour trois ans par l'assemblée de la faculté ou école parmi les professeurs titulaires.

C'est ainsi que le conseil de l'Université de Paris compte 18 membres dont : 15 non médecins, 3 médecins.

Le comité consultatif, section de médecine, avec le recteur et le directeur de l'enseignement supérieur ne comprend que des médecins et deux pharmaciens, mais tous nommés directement par le ministre.

La section permanente comprend 15 membres dont : 13 non médecins, 2 médecins.

L'un de ces médecins est élu par les facultés, l'autre est nommé directement par le ministre.

Le conseil supérieur de l'instruction publique comprend 53 membres dont : 50 non médecins, 3 médecins.

De ces trois médecins, deux sont élus par les facultés, l'autre est nommé directement par le ministre.

Les chiffres ci-dessus démontrent combien est infime la proportion des membres compétents au point de vue médical, dans les différentes assemblées où peuvent être discutés les vœux émis par les facultés de médecine.

Dans ces conditions, il vous apparaîtra, monsieur le ministre, que le sort des vœux des facultés se trouve presque exclusivement entre les mains de deux hommes compétents. Il résulte de cet état de choses que les facultés de médecine sont à peu près annihilées au point de vue de leur initiative.

Nous sera-t-il permis de vous dire respectueusement, monsieur le ministre, que l'assimilation des facultés de médecine aux autres facultés a été une erreur ?

Que les facultés de médecine doivent donner à la fois un enseignement supérieur et un enseignement professionnel, et qu'aucun de ces deux enseignements ne doit être sacrifié ?

Nous ne voulons en aucune façon restreindre les droits du ministre ; loin de là ; car nous estimons que plus le grand-maître de l'Université sera éclairé, plus il aura d'autorité. Pour cela le conseil de la Faculté de médecine de Paris vous demande la création d'un « comité permanent », essentiellement médical, composé par parties égales de membres nommés par le ministre et de membres élus par toutes les facultés et écoles de médecine.

Ce comité serait chargé d'adresser directement au ministre, après examen, tous les vœux qui intéressent l'enseignement médical, et de le renseigner sur les besoins et aspirations des facultés et écoles de médecine. »

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LA CONGESTION PULMONAIRE D'ORIGINE GRIPPALE

Par M. Duru.

Dans les épidémies de grippe qui frappent surtout le thorax, comme celle de 1886, on observe souvent de la congestion pulmonaire.

En général, cette complication grippale ne comporte pas un pronostic essentiellement grave. Cependant, il faut faire une distinction et savoir que la forme hémoptoïque de la congestion pulmonaire ménage des surprises et se termine plus souvent par la mort que la forme passive ordinaire.

Dans les deux formes existe un point de côté peu douloureux, de la dyspnée, une température atteignant 39 degrés. A l'auscultation, on entend des râles crépitants avec un souffle doux perceptible surtout à la fin de l'inspiration. Ces signes très mobiles peuvent disparaître en quelques jours et l'amélioration coïncide alors avec la chute de la fièvre. Mais quand il s'agit de la forme hémoptoïque, une expectoration mousseuse et colorée survient, l'état général se déprime, les foyers de râles se développent. Dans la forme passive les symptômes sont moins accusés mais l'affection se prolonge, il reste sou-

vent au poumon des traces inflammatoires chroniques, des accès de toux persistants.

Ce danger de la forme hémoptoïque, ces conséquences lointaines de la forme passive doivent attirer l'attention du médecin et lui inspirer toujours une thérapeutique puissante curative et préventive.

Quelques signes peuvent, de bonne heure, faire penser que la maladie va se manifester. Quand, en effet, en pleine épidémie, on constate au poumon une diminution du minimum vésiculaire, une exagération de la résonnance, une augmentation des vibrations thoraciques, il faut, sans plus attendre, traiter énergiquement le malade et le soumettre à la révulsion ainsi qu'au traitement interne antiseptique et reconstituant.

Quel sera ce traitement antiseptique pulmonaire? Il est représenté par les comprimés de thiocol absorbés d'abord, au nombre de six par jour, à cette phase prémonitoire, puis au nombre de huit, s'il survient une expectoration mousseuse abondante.

Ce remède apporte au contact des lésions une dose de gaiacol sulfoné suffisante pour agir tout à la fois contre les germes septiques, leur toxine, les sécrétions pathologiques et, d'autre part, sur la résistance locale du malade.

Dès le deuxième ou troisième jour, la fièvre tombe, la toux diminue, l'oppression s'éloigne, et bientôt l'affection commençante tourne court, les phénomènes précongestifs se dissipent. Il n'en est pas toujours ainsi cependant, et, soit que le diagnostic n'ait pas été fait assez tôt, soit que l'on ait affaire à une attaque sévère de grippe, à un sujet déjà pneumopathe, on voit apparaître les râles congestifs et le souffle inspiratoire.

Mais alors, huit comprimés suffisent à éviter l'apparition *durable* des crachats hémoptoïques, l'assèchement pulmonaire se réalise et au bout de six à huit jours, la toux, l'expectoration, les râles pulmonaires ont disparu, la convalescence apparaît.

Lorsque cette expectoration particulière ne se montre pas, et que les râles crépitants, le souffle doux font diagnostiquer la congestion passive, on observe que le même remède dissipe cette hépatisation en moins d'une semaine et que l'état pulmonaire réapparaît *normal* sans qu'il persiste, par endroits, des zones de submatité et d'obscurité respiratoire.

Comme cette médication ne fatigue pas l'estomac, il est facile de continuer pendant la convalescence une dose journalière de quatre comprimés, on provoque ainsi une guérison totale et l'on met le malade à l'abri des complications bacillaires ou du retour possible des phénomènes congestifs.

En même temps, un traitement phosphaté intensif, deux cuillerées à café de neurogénol par exemple, facilitent le rétablissement des forces et de l'état général.

Ainsi, la thérapeutique thiocolée est à la fois curative et préventive et cela parce qu'elle agit directement sur la lésion pulmonaire pour la modifier, d'abord en diminuant la virulence des germes infectieux spécifiques et secondaires, puis en appelant aux points lésés une puissante phagocytose, un surcroît d'énergie vitale sans lesquelles l'affection traînerait en longueur et pourrait laisser après elle des lésions chroniques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies des voies urinaires, par MM. E. Desnos et H. Minet, anciens internes des hôpitaux de Paris. Grand in-8, cartonné toile, de 1 100 pages, avec 289 figures dans le texte et huit planches en couleurs hors texte. — Prix : 20 francs. — Paris, O. Doin.

Précis de parasitologie humaine, maladies parasitaires dues à des végétaux et à des animaux, par le docteur M. Neveu-Lemaire, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, préface par le professeur R. Blanchard, membre de l'Académie de médecine. Quatrième édition, revue, corrigée et augmentée. Un vol. de 712 pages avec 391 figures. — Prix : cartonné, 8 francs. — Paris, F.-R. de Rudeval.

Maladies des articulations, par les docteurs Mauclaire et Dujarrier, chirurgiens des hôpitaux de Paris. Grand in-8 de 288 pages avec 88 figures. — Prix : broché, 6 francs; cartonné, 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE LA LANGUE

Étiologie. — L'épithélioma lingual est un des cancers les plus fréquents, après ceux de l'utérus et du sein. Par contre il est exceptionnel chez la femme et se rencontre le plus souvent chez des hommes de quarante à cinquante-cinq ans, généralement vigoureux, fréquemment des arthritiques. Il est presque toujours primitif.

Parmi les causes prédisposantes on a incriminé l'*hérédité* comme pour tous les cancers, mais surtout l'*abus du tabac*. Soutenue depuis Bouisson, cette étiologie ne semble pas décisive à certains auteurs comme Morestin, qui admet cependant que l'action irritante du tabac comme toutes les actions analogues peut prédisposer la muqueuse linguale.

La *syphilis* peut favoriser l'apparition du cancer qu'on a vu succéder à des lésions tertiaires. On a beaucoup insisté surtout sur la *leucoplasie* linguale que Gaucher et Fournier rangent dans les lésions parasyphilitiques. D'après eux 19 leucoplasiques sur 20 sont syphilitiques. Or la transformation d'une plaque leucoplasique en épithélioma est très fréquente par dégénérescence au niveau d'une fissure ou transformation directe des cellules leucokératosiques. On tend beaucoup à admettre, comme Le Dentu, que « la dégénérescence cancéreuse est le stade ultime de la leucokératose et non un accident de celle-ci ». Des *ulcères dentaires* simples peuvent se transformer en épithéliomas.

On a signalé enfin certains cas de *contagion* indirecte, en particulier par l'usage de pipe ayant servi à un cancéreux.

Anatomie pathologique. — Le cancer a pour Morestin deux sièges de prédilection, la partie moyenne des bords et le sillon glosso-amygdalien. Il serait plus fréquent à gauche.

On admet depuis la thèse de Théoph. Anger que c'est toujours un épithélioma pavimenteux. Les cas d'épithélioma glandulaire niés par Robin et Thiersch sont en tout cas exceptionnels et le cancer est pratiquement un épithélioma de la muqueuse.

I. Au début. — On en peut voir deux formes *au début*, suivant qu'il se développe dans les couches superficielles de l'épithélium au niveau des papilles, ou dans les couches profondes dans les sillons interpapillaires.

1° *Epithélioma papillaire, superficiel.* — Il se développe presque toujours sur une plaque leucoplasique. Les papilles s'hypertrophient, se déforment, approfondissant les sillons, fissurant la langue. Puis les cellules proliférant deviennent atypiques, se groupent en globes épidermiques, pénètrent dans le chorion et constituent l'épithélioma. Celui-ci formé de plaques dures, saillantes, s'étend surtout en surface, envahit tout d'abord le dos de la langue, siège de prédilection, puis suivant les cas, le plancher, le voile, etc. Il s'étend moins en profondeur et finit par s'ulcérer d'abord en crevasses, puis en pertes de substance plus larges.

2° *Epithélioma interstitiel, profond.* — Les cellules interpapillaires prolifèrent en cylindres moniliformes le long des vaisseaux, dans le chorion. La tumeur reste très longtemps unilatérale peut-être à cause du septum lingual (Trélat le nie), peut-être à cause de l'indépendance vasculaire relative des deux moitiés de la langue. Le cancer s'étend vers la surface et s'ouvre.

II. A partir du stade d'ulcération les deux formes se confondent. On trouve alors à la coupe une tumeur blanchâtre dure, de contours indécis. Au microscope, on voit au milieu d'un stroma conjonctif souvent peu abondant des boyaux épi-

théliaux ou des globes épidermiques. A la périphérie se groupent des cellules embryonnaires et des néo-vaisseaux très fragiles. Parfois le stroma s'épaississant forme des alvéoles rappelant le carcinome. Les fibres musculaires subissent une dégénérescence granulo-graisseuse (Lebert, Thiersch) ou une atrophie compressive (Ch. Robin). Les ganglions correspondants sont envahis d'une façon très précoce par le cancer, d'où l'importance d'un curage systématique des régions ganglionnaires, même dans les cas où on ne les trouve pas cliniquement.

La glande sous-maxillaire adhère très vite aux ganglions voisins, les premiers pris, et doit être enlevée avec eux. Par contre, si le cancer de la langue se propage très vite en surface de proche en proche et dans le système lymphatique, il ne se généralise pas, à part quelques cas absolument exceptionnels.

SYMPTOMES. — I. Le DÉBUT passe généralement inaperçu, les symptômes fonctionnels sont presque nuls et seuls les malades soigneux s'aperçoivent d'une modification locale qui les inquiète. On voit alors une des deux formes anatomiques.

1° *Epithélioma papillaire.* — C'est une plaque de leucoplasie qui se modifie graduellement. Souvent peu étendue (il faut se méfier des leucoplasies limitées) elle s'épaissit, devient irrégulière, s'*indure*, puis s'exulcère formant des fissures croûteuses, des crevasses d'abord assez banales. Mais rapidement les tissus sous-jacents s'infiltrent, l'ulcération s'étend, s'éverse et devient typique, saillante, entourée de papilles volumineuses.

2° *Epithélioma interstitiel.* — Il forme d'abord une petite nodosité sous-muqueuse qui s'étend peu à peu, s'approche de la surface. La muqueuse s'ulcère, laissant parfois issue à des débris épithéliaux ramollis et il en résulte une cavité anfractueuse reposant sur une infiltration étendue.

II. PÉRIODE D'ÉTAT. — Les symptômes fonctionnels sont encore peu marqués, il y a un peu de gêne des mouvements de la langue qui est souvent mordue, mais ce sont les phénomènes locaux qui amènent le malade.

1° *Examen local.* — La langue est hypertrophiée dans la moitié malade, qui remplit la bouche et reste immobile, tandis que la partie saine intacte et souple est souvent agitée de tremblements fibrillaires.

L'ulcération souvent multiple au début est profonde, à bords déchiquetés, éversés, rougeâtres. Le fond est gris, couvert de débris sphacelés et d'un ictère sanieux. A la périphérie on voit de petites saillies jaunâtres, translucides, d'où la pression fait sortir des boyaux de matière cancéreuse, molle : ce sont les vermiothes. Ces points se vident et s'unissent progressivement par sphacèle à l'ulcération qu'ils agrandissent. Tout autour de celle-ci, la muqueuse est lisse, dépapillée, lie de vin.

A la palpation, on sent une infiltration diffuse, dure comme du bois ; le moindre contact fait saigner la tumeur. La muqueuse est à son niveau immobilisée sur les plans profonds.

A une période plus avancée, le cancer peut envahir le plancher de la bouche qu'on sent alors dur et rigide en même temps que la langue s'immobilise.

On a décrit suivant la prédominance de tel ou tel symptôme : 1° une *forme végétante* à ulcération large, couverte de champignons cancéreux exubérants saignant très facilement. La langue très grosse porte l'empreinte des dents et peut quelquefois se prolaber hors de la bouche (*forme hypertrophiante*); 2° une *forme rongeante* à prédominance ulcéreuse détruisant progressivement une partie de la langue, les bords en particulier, creusant de véritables cavernes ; 3° une *forme atrophique* plus rare à évolution lente ratatinant une langue ulcérée superficiellement (langue de perroquet).

Les ganglions sont pris de très bonne heure. Ce sont d'abord ceux de la région sous-maxillaire qu'on sent plus facilement en introduisant un doigt dans la bouche, puis presque en même temps la chaîne carotidienne, depuis le ventre postérieur du digastrique jusqu'au croisement de l'omohyoïdien où se trouve très souvent un amas ganglionnaire (Poirier). Küttner a signalé la bilatéralité fréquente des adénopathies, fait qu'ont confirmé beaucoup d'interventions où on a fait systématiquement le curage ganglionnaire. D'abord petits, durs, mobiles et indolents les ganglions se fusionnent et finissent par former une masse volumineuse. Celle-ci peut se ramollir, s'ulcérer et bourgeonner. Des infections secondaires peuvent alors déterminer des phlegmons graves. L'évolution du cancer est toujours rapide après ouverture de ces masses ganglionnaires.

2° *Symptômes fonctionnels.* — Peu marqués au début où il n'y a qu'un peu de gêne de la mastication et de la parole par maladresse de la langue, ils n'apparaissent véritablement qu'après l'ulcération.

La douleur en particulier n'existe pour ainsi dire pas auparavant. A ce moment elle débutait au niveau de la langue, revêtant toutes les nodalités, bientôt atroce, continue et paroxystique, irradiant dans le territoire du trijumeau. Elles sont exagérées par les contacts, la mastication. La douleur d'oreille est classique, excessive, revenant par crises sans aucun trouble de l'ouïe, elle siège du côté du cancer, parfois dans les deux oreilles. La salivation est abondante et, comme la déglutition est gênée, le malade finit par baver un liquide filant, sanieux, roussâtre, mêlé de sang et de débris cancéreux, d'une odeur horrible. La phonation est de plus en plus difficile, surtout pour les linguales et les dentales et la parole devient à la fin tout à fait indistincte. La mastication devient impossible; la déglutition très gênée. Le malade peut à peine s'alimenter de liquides. Des hémorragies peu abondantes, mais continuelles, l'inanition, l'insomnie douloureuse amènent en quinze à dix-huit mois, un état de cachexie extrême ; le facies prend la teinte jaune paille; l'amaigrissement devient considérable et la mort survient quand elle n'a pas été hâtée par une complication. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 9. — SAMEDI 23 JANVIER 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 23 JANVIER 1909. — Nº 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 21 janvier 1909 : MM. Lamy, 8; Sidoun, 10; Caillé, 12; Bel, 8; Bloch (André), 9; Portret, 3.

La prochaine séance aura lieu le dimanche 24 janvier, à neuf heures du matin.

Anatomie. — Séance du 21 janvier : MM. Collet, Paris et Latil, 8 ; Berthod, 6; Rose, 9; Bruel (Paul), 8; Lorreyte, 7; Brac, 11 ; Rabourdin, 6.

La prochaine séance aura lieu le samedi 23 janvier, à huit heures du matin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PRIX PROPOSÉS *pour 1909.* — PRIX CORVISART ouvert à tous les étudiants (une médaille de vermeil et 400 francs). — Question posée : *Syndrome addisonien.*

PRIX MONTHYON (700 francs). — A l'auteur du meilleur ouvrage sur les *maladies prédominantes* dans l'année précédente.

PRIX BARBIER (2000 francs). — A l'inventeur d'une opération ou d'instruments et appareils.

PRIX CHATEAUVILLARD (2000 francs). — Au meilleur travail sur les *sciences médicales* imprimé l'année précédente.

PRIX LACAZE (10000 francs). — Sera décerné en 1909 au meilleur ouvrage sur la *fièvre typhoïde.*

PRIX JEUNESSE (1500 francs). — Au meilleur ouvrage relatif à l'*hygiène.* — (750 francs). Au meilleur ouvrage relatif à l'*histologie.*

PRIX SAINTOUR (3000 francs). — Question posée : *Etiologie et pathogénie de la polyarthrite déformante.*

Pour 1910. — PRIX BÉHIER (1800 francs). — Question posée : *Rôle de l'hypophyse dans la nutrition.*

Pour 1912. — PRIX Charles LEGROUX (1500 francs). — Au meilleur travail sur le *diabète, ses causes et son traitement.*

Les ouvrages doivent être déposés au secrétariat de midi à trois heures, avant le 15 octobre de l'année où les prix doivent être attribués.

Pour les legs Trémont, Faucher et Veret (de Doullens) attribués à des étudiants distingués et sans fortune, s'adresser au secrétariat.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin-major de première classe Onimus, du 22e d'infanterie coloniale à Hyères, a été désigné pour occuper l'emploi de professeur de clinique externe et de chirurgie d'armée à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille.

— Ont été promus, à compter du 1er février 1909, au grade de médecin aide-major de première classe des troupes coloniales :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Stevenel, Gravellat, Benoît-Gonin, Luisi, Guérin, Ringenbach, Chatenay, Salomon, Ceillier, Pouliquen, Gouillon, Giudice, Giauffer, Mazet, Fonquernie, Le Fers, Robert, Kerneis, Combes, Sébilleau, Bodet, Herrmann, Saujeon, Dubarry, Le Dentu, Daniel, Muraz, Lautier, Georgelin, Colombani, Salacroup, Guillen, Gouriou, Rebufat, Handelsmann, Soing, Le Camus, Hudellet, Nicod.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal. — M. Pourtal.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Bruhat et Peyraud.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Un concours pour l'admissibilité à quinze emplois de rédacteur dans les services de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris sera ouvert le jeudi 15 avril 1909.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve du concours.

Ne pourront être admis à se présenter, en dehors des agents faisant déjà partie de l'administration, que les candidats de nationalité française, qui le 1er janvier 1909 auront atteint l'âge de vingt et un ans et n'auront pas dépassé l'âge de trente ans. Aucune dispense d'âge ne peut être accordée. Toutefois, pour les candidats ayant des services militaires, la limite d'âge est prorogée d'une durée égale à celle des services qui auront été accomplis pour satisfaire à la loi sur le recrutement, rengagements non compris.

Les candidats étrangers à l'administration devront en outre produire un diplôme de docteur en médecine, en droit, ès lettres ou ès sciences, de licencié en droit, ès lettres ou ès sciences, un diplôme de l'école des chartes ou de l'Institut agronomique, ou une pièce attestant qu'ils ont satisfait aux examens de sortie des Ecoles polytechnique, Saint-Cyr, navale, normale supérieure ou centrale.

Les inscriptions seront reçues au service du personnel de l'administration, 3, avenue Victoria, jusqu'au lundi 5 avril 1909 inclusivement.

Le programme des connaissances exigées des candidats est déposé au service du personnel et sera communiqué à toutes les personnes qui en feront la demande.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 104.*)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES (2)

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Par M. LANCE,
Ancien interne des hôpitaux.

III

Anatomie pathologique. — SIÈGE. — C'est un abcès sus-hépatique droit — exceptionnellement un abcès gauche : Elsberg sur 73 cas n'en a pas noté un seul gauche, Körte 2 sur 27 cas, Christian et Lehr 2 sur 8 cas, Howard Kelly 1 sur 7 cas.

Nous n'avons trouvé dans nos observations que 8 abcès siégeant à gauche (Kelly et Hurdon, Körte, Homer Gage, Siron, Rezeinstein, Tolot, Schlesinger, Barnard), les quatre premiers consécutifs à une péritonite généralisée. Dans le cas de Tolot il s'agissait de la rupture d'un abcès du lobe gauche du foie.

Abcès multiples. — L'abcès sous-phrénique peut être double, soit qu'il y ait eu une collection sous-hépatique droite avec effondrement consécutif du ligament falciforme et production d'un abcès gauche (Seegert-Crandon), soit qu'il y ait à la fois, ce qui est fréquent dans les cas de propagation intra-péritonéale, coexistence d'un abcès sus et sous-hépatique (Dieulafoy, Gray Turner, 6 fois sur 12 cas de Barnard), soit que le deuxième abcès résulte d'une rechute (Perutz), soit enfin que l'abcès succède à une péritonite généralisée ayant laissé deux collections (2 cas de Kelly et Hurdon, Siron), trois collections séparées (Leyden et Renvers). Dans ce cas une des collections peut être suppurée et l'autre séreuse (Kelly et Hurdon).

Collections concomitantes. — L'abcès sous-phrénique est souvent accompagné d'un abcès pelvien dont l'évolution précède quelquefois la sienne. Nous avons trouvé cette coexistence dans 17 observations. Il s'agissait le plus souvent de péritonites étendues qui avaient rétrocédé ou de péritonites en voie de progression de proche en proche, avec deux foyers principaux : un pelvien, un sous-phrénique.

Dans d'autres cas (Leyden et Renvers, Cahen, Dieulafoy, Gray Turner) on avait, en sus, des collections dans tout l'abdomen, véritables péritonites purulentes à foyers multiples. En plus on peut observer la coexistence d'un abcès du foie et de la rate.

Nature et contenu de l'abcès. — Les inflammations sous-phréniques appendiculaires sont loin d'être toujours suppurées. Étant donné que dans tous les cas de pleurésie appendiculaire, il y a eu un stade d'infection sous-péritonéale diaphragmatique, celle-ci n'aboutit pas toujours à suppuration. Dans de nombreux cas on trouve entre le foie et le diaphragme une péritonite adhésive sans épanchement; d'autres fois, de la sérosité claire avec des fausses membranes (un cas d'Elsberg guéri par ponction). Cette sérosité peut être trouble, séro-purulente (Kelly et Hurdon), sanguinolente.

On peut trouver toutes les variétés de pus, depuis le pus épais, verdâtre ce qui est rare, jusqu'au pus bouillon sale des grandes toxi-infections appendiculaires. Il est en général très fétide, comme dans tous les cas de pus intestinal et surtout appendiculaire. Souvent la collection est gazeuse (15 p. 100 des cas, Elsberg) surtout dans les cas à propagation extra-péritonéale. La présence de ces gaz est due à la flore microbienne anaérobie (Loison), dans certaines observations elle ne peut s'expliquer autrement (cas de Ball, Homer Gage, Umber, Rezeinstein). Le malade de Ball avait eu une crise terminée depuis six mois, celui de Rezeinstein de l'appendicite chronique depuis deux mois et demi.

En dehors des anaérobies, on a constaté dans le pus la flore la plus variée et d'ordinaire des associations dans le même abcès : Bact. coli et streptocoq. (Macaigne), Paracoli Bacil. et strep. (Ardouin), Bact. coli-staphyl, Bacil. pyog. fœtidus, Proteus vulg. (Beck), etc...

Propagation à la plèvre et au poumon. — Elle est extrêmement fréquente. Sur 27 cas Körte a vu la plèvre atteinte 17 fois, Perutz 23 fois sur 57 (9 pleurésies purulentes dont 8 à droite, 2 fois un pyo-pneumothorax, 5 pleurésies séro-fibrineuses, 7 fois ouverture dans le poumon).

Van Olden Barneweld a réuni dans sa thèse trente observations de périhépatites et pleurésies dans l'appendicite.

Ce qui frappe dans l'examen de ces cas c'est que :

1° Pas un seul cas de pleurésie ne s'y trouve sans qu'il y ait eu un foyer sous-diaphragmatique. On ne trouve pas un seul cas de pleurésie à distance ;

2° Dans 60 p. 100 des cas il y a eu des lésions pleurales et deux fois seulement l'évacuation par vomique ;

3° Sur les 18 cas de pleurésie, on a constaté 12 fois l'état du diaphragme : 9 fois il était perforé. Sur ces 18 cas la voie d'infection était 5 fois rétro-péritonéale, 4 fois intra-péritonéale. Dans les 5 cas de collection rétro-péritonéale le diaphragme était perforé. Dans 2 cas de collection intra-péritonéale la collection était en rapport moins intime avec le diaphragme qui n'était pas perforé. Les lésions du diaphragme, sa perforation sont plus fréquentes quand le pus est sous-péritonéal en contact immédiat avec ses fibres ;

4° Les complications pleurales sont aussi plus fréquentes dans les cas d'infection sous-péritonéale. Dans les 9 cas où un abcès sous-phrénique a évolué sans lésion pleurale, tous les cas ont eu une évolution intra-péritonéale, avec concomitance dans 3 cas d'un abcès sous-hépatique, dans 2 cas d'un abcès pelvien.

Dans nos observations, en ne tenant compte que de 160 observations très complètes, nous trouvons : pleurésie droite 68 cas, gauche 6, double 2 ; total : 76, soit près de 50 p. 100. La pleurésie peut se borner à un exsudat fibrineux, cela est rare. Plus souvent on trouve de la sérosité claire (Weber, Mauclaire, Sallet, Kelly et Hurdon), quelquefois hémorragiques (Bamberger).

---

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 6, p. 63.

Dans les deux cas de pleurésie double (Kelly et Hurdon, Bruzelius et Key), la collection était purulente à droite, sérofibrineuse à gauche. Nous avons dans les mêmes cas noté la présence d'une pneumonie ou d'un abcès du poumon dans les 16 cas dont 4 à gauche, l'évacuation de la collection par vomique dans 20 cas dont 1 à gauche; 8 de ces derniers cas se sont terminés par la guérison.

Péricardite. — Nous avons trouvé signalée 2 fois de la péricardite sèche, 2 fois de la péricardite sérofibrineuse, et 1 fois l'ouverture brusque de l'abcès dans le péricarde (Tolot).

Dans un cas de Kelly et Hurdon, il y avait de la médiastinite aiguë.

IV

Symptômes. — Période de début. — Elle est différente selon que l'on a affaire à une appendicite opérée ou non.

1° Appendicite non opérée. — α. *Stade appendiculaire.* — Nous avons déjà vu que tous les modes d'appendicite peuvent se présenter. Quelquefois la crise a passé inaperçue tant elle était légère et on ne la trouve que par l'interrogatoire du malade. Quelquefois on a affaire à une crise subaiguë, très courte, à des crises répétées d'appendicite chronique d'emblée. Nous en avons cité des exemples à l'étiologie.

Dans d'autres cas, au contraire, éclate brusquement une péritonite généralisée appendiculaire ; le malade est emporté rapidement, et c'est seulement à l'autopsie qu'on trouve du pus se collectant sous le diaphragme (Siron, Kelly et Hurdon).

D'ordinaire, on a affaire à une appendicite d'intensité moyenne. Le malade s'est alité, il s'est amélioré par le traitement médical ; les symptômes disparaissent les uns après les autres : les vomissements, la douleur, la tuméfaction et l'empâtement de la fosse iliaque. Il entre en convalescence.

β. *Stade intermédiaire.* — Cependant la défervescence de l'appendicite n'a pas été franche ; le malade reste faible, inquiet, agité ; la température reste autour de 38 degrés, 38°5 parfois. En même temps il y a encore dans le flanc et vers l'hypocondre une résistance profonde un peu sensible. Souvent dans ces cas on hésite et on se demande si l'on ne s'est pas trompé et s'il ne s'agit pas d'une fièvre typhoïde.

Cette période intermédiaire est en général assez courte : trois à cinq jours, mais elle peut durer une semaine, deux semaines et plus. Elle est parfois fort longue (Krohne, Baldwin) surtout dans certains cas de propagation rétro-péritonéale insidieuse.

Dans un cas de Coupland elle a duré trois mois, cinq mois dans un autre de Bichat, six mois chez deux malades de Gruneisen et de Ball. Bien des malades auraient pu être opérés à froid de leur appendicite. Cela les eût-il mis à l'abri de la complication ?

Parfois ce stade intermédiaire existe à peine : la défervescence a été très incomplète, l'amélioration s'est à peine fait sentir pendant un jour ou deux que des signes thoraciques apparaissent (obs. de Bamberger).

Enfin, il peut faire défaut, et cela de trois façons :

a. Il y a continuité des symptômes locaux ou généraux de l'appendicite et de sa complication. Tel le cas d'Audouard où le lendemain de son entrée, quatrième jour de l'appendicite, le malade présentait des signes de propagation sous-phrénique. Chez le malade de Wolbrecht les signes pleuraux débutent le lendemain de l'appendicite, ceux de l'abcès sous-phrénique le quatrième jour;

b. L'appendicite et la complication semblent débuter en même temps. Quelquefois même les signes thoraciques semblent précéder les signes appendiculaires (cas de Sonnenburg, Sachs, Jalaguier);

c. L'appendicite, très légère, a passé inaperçue; les premiers signes de la complication semblent constituer le début de l'affection (obs. de Lokwood, Deaver, Homer Gage, 2 cas de Leedham Green).

D'une façon générale, la durée de cette période est d'autant plus longue que l'infection appendiculaire a été légère, peu intense, subaiguë ou chronique; d'autant plus courte qu'elle a été virulente.

Cependant dans quelques cas d'appendicite suppurée grave, on a vu une période intermédiaire très longue (Clairmont et Ranzi, un mois; Coupland, trois mois; Bichat, cinq mois). C'est qu'il convient de tenir compte du mode de propagation, et avec Mohr, nous pensons que ce début insidieux est l'apanage des formes extra-péritonéales.

Dans les cas de péritonite propagée on assiste à une évolution bruyante d'emblée.

γ. *Début de la complication.* — I. *Début brusque.* — C'est la règle et le début semble d'autant plus brusque que la crise d'appendicite a été légère ou inaperçue ou que la défervescence a été plus complète.

Le malade, sans cause apparente, ou à la suite d'un effort, d'une fatigue (ascension d'escalier, bicyclette, etc.), est pris d'une douleur soudaine « en coup de poignard » (Guinard) irradiant vers le dos, l'épaule, le membre supérieur. Puis apparaissent les nausées, les vomissements, la toux, la fièvre, avec quelquefois des frissons violents. Le ventre est rigide « en bois » et impossible à examiner.

Ces accidents graves se calment le plus souvent au bout de six à vingt-quatre heures. Chaque symptôme s'atténue. On entre dans la période d'état.

II. *Début progressif.* — Plus rare, il se rencontre surtout lorsque la défervescence de l'appendicite a été incomplète. Deux symptômes doivent alors attirer l'attention du clinicien :

1° La chute de la température a été incomplète, et au bout de deux ou trois jours aux environs de 38 degrés à 38°5, on la voit s'élever à nouveau à 39 degrés, 39°5. En même temps on peut noter un ou plusieurs frissons;

2° Il a persisté dans la profondeur de la fosse iliaque, à sa partie supérieure surtout, une masse indurée, douloureuse à la pression.

L'empâtement, au lieu de disparaître, s'accroît, s'élève et la douleur s'étend à la fosse lombaire qui est comblée.

Puis tous les signes s'aggravent, la complication est constituée.

2° Appendicite opérée. — Plusieurs modalités sont à considérer. On a opéré l'appendicite à froid comme les cas de Marchand et Baldwin. L'évolution diffère peu des cas précédents. Chez le malade de Baldwin, la complication n'apparut qu'au quatorzième jour après l'opération.

On a opéré l'appendicite à chaud, dès le début (vingt-troisième heure, Cavaillon), avant la formation d'un abcès (obs. de Laizé, Baldwin, Fink, Cavaillon). Cela n'a pas empêché la formation d'un abcès sous-phrénique, après une période intermédiaire de six, dix, quatorze, trente jours.

Le plus souvent on est intervenu pour une appendicite gangréneuse avec formation d'abcès. Tantôt il s'agit d'un seul abcès, rétro-cæcal le plus souvent. Plus rarement il y a plusieurs abcès intra-péritonéaux : un abcès pelvien le plus souvent, qu'on a parfois incisé par le rectum (Seegert, Rötter, Turner), des abcès entre les anses intestinales, le début d'une péritonite suppurée progressive.

Dans ces cas on laisse ou on enlève l'appendice. Nous avons déjà dit qu'il ne semblait pas que ce fait eût un rapport avec le développement de la complication. Dans ces cas, le temps écoulé entre l'opération et les premiers signes de l'abcès sous-phrénique est très variable : court, lorsque la péritonite est étendue et l'infection intra-péritonéale marche vite (quatre jours : Seegert, Spillmann ; deux jours : Robinson) ou lorsque l'abcès intra-péritonéal primitif est très haut situé (Perutz : trois jours); long dans le cas d'abcès rétro-cæcal et de marche extra-péritonéale (vingt-sept jours : Lapointe ; trente jours : Roux; quatre mois : Homer Gage).

Il y a d'ailleurs de nombreuses exceptions à cette règle, trop de facteurs entrant en jeu pour qu'elle soit absolue.

Enfin, on a pu intervenir pour une péritonite généralisée appendiculaire. Deux éventualités se sont alors présentées. Ou le malade est mort rapidement après l'opération, et c'est seulement à l'autopsie qu'on s'est aperçu d'un début de collection dans les espaces sous-phréniques droit et gauche (Siron-Kelly et Hurdon). Ou bien, à la suite de l'opération, on a vu les symptômes s'améliorer : la température tombe, l'abdomen se déballonne, les vomissements cessent, le malade évacue des gaz. Puis au bout de quelques jours (six jours : Homer Gage ; dix jours : Mohr, Weber), au moment où il semblait entrer en convalescence, on observe une ascension de température, le malade se plaint de douleur dans le côté, et tous les signes de l'abcès sous-phrénique s'installent peu à peu.

Débuts anormaux. — Que l'appendicite ait été opérée ou non, la complication peut débuter anormalement par les signes d'une pleurésie purulente, d'un abcès pulmonaire, l'ouverture dans les bronches.

Les cas dans lesquels la pleurésie semble débuter la première sont fréquents (Bruzelius et Key, Wolbrecht, Bagensky, Sallet, Dieulafoy, Montsarrat, Segond, etc.). L'intervalle entre l'apparition des deux complications est le plus souvent court : un ou deux jours.

Le malade de Sallet présente un abcès appendiculaire incisé le treizième jour, il s'améliore d'abord, puis son état s'aggrave ; dix-sept jours après l'opération, on trouve une pleurésie droite, la ponction ramène de la sérosité ; quinze jours après le début de la pleurésie une voussure se montre à l'hypocondre droit avec de l'œdème de la peau.

Parfois comme dans l'observation de Montsarrat, les signes thoraciques dominent toute l'évolution de la maladie; il y avait une vaste pleurésie purulente consécutive à un tout petit abcès sous-phrénique sous-péritonéal.

En réalité dans tous ces cas l'infection sous-phrénique précède l'infection pleurale. Mais elle peut se borner à de la lymphangite ou cellulite sous-diaphragmatique, elle peut ne pas suppurer, donner lieu à une collection séreuse, séro-purulente ou tardivement purulente. Ce sont surtout des infections par voie rétro-péritonéale.

Le début par des phénomènes d'abcès pulmonaire ou de vomique est bien plus rare (Bamberger, Gerhardt, Reizenstein, Homer Gage, Cavaillon). Chez le malade de Reizenstein, atteint d'appendicite chronique depuis deux mois et demi, le premier signe fut de la dyspnée avec de la fièvre et des signes stéthoscopiques de foyer pulmonaire. Chez celui d'Homer Gage, l'appendicite, très légère, était passée inaperçue et, brusquement, le malade fut pris d'une vomique de pus très fétide, fécaloïde.

Période d'état (1). — L'abcès sous-phrénique d'origine appendiculaire présente peu de phénomènes qui lui soient particuliers. Il faut cependant distinguer deux types cliniques selon l'origine intra ou extra-péritonéale de l'abcès.

Abcès d'origine intra-péritonéale. — Au début, ce sont les signes d'une péritonite plus ou moins étendue : ventre tendu, météorisé, constipation, nausées, vomissements, température élevée, pouls rapide. On note la présence d'autres collections dans l'abdomen, surtout dans le petit bassin, qui peuvent tout d'abord attirer toute l'attention ; l'évolution de la tuméfaction vers la région sous-hépatique : présence d'une voussure épigastrique, augmentation de la matité hépatique, parfois disparition de la matité du foie, si l'abcès est gazeux. Les observations de Dieulafoy, Robinson, Spire, Lapeyre sont des types de cette variété.

Abcès d'origine extra-péritonéale. — Leur allure clinique est bien différente. Succédant à un abcès rétro-cæcal qui a été incisé, leur début est en général insidieux. La température reste élevée, le malade est faible et dépérit rapidement. On note l'absence de phénomènes péritonéaux. Dans la profondeur, la région lombaire est empâtée, douloureuse ; la tuméfaction augmente, les parties molles deviennent rouges, œdématiées, puis les derniers espaces intercostaux deviennent saillants. La dyspnée apparaît et en même temps on constate la présence d'un épanchement

(1) Nous ne décrirons ici que ce qui se rapporte spécialement aux abcès d'origine appendiculaire. Pour les signes et le diagnostic en général se reporter à notre revue parue dans la *Gazette des hôpitaux* les 23 et 30 mai 1908.

pleural à droite (cas de Broca, Blake, Pouchet, Montsarrat, plusieurs de Körte, etc.). On est souvent intervenu par la voie lombaire pour ouvrir la collection. Nous avons déjà dit que l'ouverture même précoce du foyer ne mettait pas ici à l'abri de la propagation à la plèvre (Weber, 3 cas) ou dans un viscère (le bassinet dans l'obs. de Vanverts).

V

Marche. Durée. Terminaison. — Abandonné à lui-même l'abcès sous-phrénique est le plus souvent mortel par ses complications et l'intoxication qu'il cause. Cependant, la guérison spontanée peut être observée par un des trois mécanismes suivants :

Ponctions. — Dans un cas de Weber, l'abcès a guéri après deux ponctions exploratrices.

Evacuation par la plaie. — Dans deux observations de Laizé et de Gœrmans, l'abcès s'est vidé spontanément par l'incision de l'opération d'appendicite.

Vomique. — Dans 8 cas (Starke, Nowack, Grimm, Gerhardt, Bosanquet, 3 cas d'Homer Gage), la guérison spontanée est survenue à la suite de la vomique.

Si l'abcès n'est pas opéré rapidement, il tend à s'ouvrir dans le thorax ; le plus souvent dans la plèvre après une perforation du diaphragme (25 p. 100, Körte). Elle est plus rare dans le poumon. Nous l'avons notée 20 fois, et de ces cas 8 ont guéri spontanément (44 p. 100). C'est une proportion insolite. C'est ainsi qu'Homer Gage, sur 6 observations, a vu 5 abcès s'ouvrir dans le poumon et 3 fois guérir spontanément. Cette série est véritablement exceptionnelle.

L'ouverture brusque dans le péricarde a été observée par Tolot, et son malade est mort rapidement de suffocation.

Contrairement aux abcès périgastriques consécutifs à l'ulcère stomacal, l'abcès sus-hépatique appendiculaire n'a aucune tendance à s'ouvrir à la peau. Nous ne pouvons citer que le cas de Vaussy où le pus s'était fait jour à l'ombilic. La rupture dans le péritoine n'est signalée que dans le cas de Sachs ; dans un autre cas de Sachs et un de Fenwick, l'ouverture se fit dans le côlon transverse. Il s'agissait d'abcès d'origine intra-péritonéale.

Plus encore que tous les autres abcès sous-phréniques, en raison de leur situation sus-hépatique, de leur origine souvent extra-péritonéale, les abcès post-appendiculaires ont une tendance à s'ouvrir dans la plèvre et les bronches.

VI

Diagnostic. — On comprend donc l'importance d'un diagnostic précoce. Il est ici plus facile que dans la plupart des autres variétés d'abcès sous-phrénique. En effet, à moins de cas exceptionnels, où elle a pu passer inaperçue, on assistera à la crise d'appendicite, et, qu'elle soit opérée ou non, si la défervescence n'est pas franche, complète, il faudra se défier. On devra avoir constante à l'esprit la possibilité de la complication, ne pas se laisser égarer par le diagnostic que l'on fait souvent en ce cas de fièvre typhoïde, de granulie, et laissant l'abcès évoluer, le voir s'ouvrir dans la plèvre ou le poumon. Il serait alors bien tard pour intervenir et le malade succombera le plus souvent à la pyohémie. Il faut examiner, palper avec soin la région lombaire et l'hypocondre droit du malade ; de bonne heure avoir recours à la ponction exploratrice méthodique et répétée, et, si possible, à l'examen radioscopique.

VII

Pronostic. — D'une façon générale, les abcès sous-phréniques d'origine appendiculaire sont relativement bénins. Leur mortalité est moins élevée que ceux qui résultent par exemple d'une perforation du tube digestif. Voici les chiffres fournis par quelques statistiques.

Les cas non opérés ont donné respectivement à Maydl, 50 p. 100 ; à Körte, 77 p. 100 ; à Elsberg, 82 p. 100 ; à Perutz, 75 p. 100 ; à nous-même, 87 p. 100 de mortalité. Pour les cas opérés, au contraire, la mortalité est de 37,5 p. 100 pour Maydl, 33 p. 100 pour Körte, 22 p. 100 pour Elsberg, 25 p. 100 pour Perutz, 33 p. 100 dans notre statistique.

La cause principale de la mort est le retard apporté à l'acte opératoire. Sachs a noté que sur 8 malades opérés après trois semaines, 4 sont morts (50 p. 100). Sur 13 cas opérés avant cette date, un seul cas a succombé (7,6 p. 100). Perutz donne des chiffres analogues.

D'une façon générale, les abcès d'origine extra-péritonéale semblent d'un pronostic plus grave que ceux d'origine intra-péritonéale.

Sur 13 abcès d'origine intra-péritonéale, Körte a eu 3 morts, il compte 6 morts sur 14 abcès d'origine extra-péritonéale. La différence est de près de 50 p. 100. Cela doit tenir à deux raisons : 1° l'allure insidieuse, peu bruyante, de la propagation extra-péritonéale, qui fait que souvent l'on intervient tardivement ; 2° la fréquence énorme de complications pleurales dans cette forme.

VIII

Traitement. Prophylaxie. — D'après Weber, la meilleure prophylaxie serait l'intervention précoce dans l'appendicite ; et surtout complète (ablation de l'appendice), dit Sonnenburg. Cela ne suffit pas dans beaucoup de cas. En opérant avant le deuxième jour de l'appendicite (Laizé, Baldwin, Cavaillon) on ne se met pas à l'abri de la complication. De plus, l'ablation de l'appendice ne l'a pas empêchée dans de multiples observations (Elsberg, Laizé, Baldwin, une observation personnelle, etc., et une observation de Sonnenburg lui-même). Perutz fait néanmoins remarquer que, lorsqu'elle est possible, l'ablation de l'appendice enlève une chance d'infection.

Traitement curatif. — C'est l'incision large et hâtive. Pour les collections antérieures, à évolution intra-abdominale, c'est la laparotomie latérale qui s'impose. On la complétera au besoin par la résection du rebord costal, ou même la taille d'un volet costal antérieur. En cas de pleurésie purulente, une seconde incision pleurale postérieure sera nécessaire.

Pour les collections antérieures à évolution haute intra-thoracique, surtout si la plèvre est déjà atteinte, l'incision transpleurale permettra l'abord le plus sûr, sans risquer d'infecter la grande cavité péritonéale.

Pour les collections postérieures ou à évolution sous-péritonéale, c'est l'incision lombaire qui est l'intervention de choix. Incision basse avec résection des onzième et douzième côtes et réclinaison de la plèvre, quand elle est intacte; incision qu'on peut incurver en avant vers le bas pour atteindre l'espace rétro-cæcal. Si la plèvre est atteinte en même temps, c'est l'incision thoraco-lombaire, à cheval sur les deux régions, qui donnera un vaste jour sur toute la région et permettra un excellent drainage.

OBSERVATIONS ET PRINCIPALES PUBLICATIONS (1)

BAMBERGER. *Verhandl. der Phys. med. Ges.*, Würtzburg 1858, IX, p. 123 (2 obs.). — DUDDENHAUSEN. Th. de Berlin, 1869 (1 obs.). — BRUZELIUS et KEY. *Virchow hirsch. Jaresb.*, II, 1876 (1 obs.). — AUDOUARD. *Progrès méd.*, 27 mai 1876, p. 416 (1 obs.). — JAFFÉ. *Deuts. med. Wochens.*, 1881 (1 obs.). — LANNELONGUE. Congrès de chir.; — *Revue de chir.*, 1888, p. 309 (1 obs.) — BAGENSKY. *Berl. klin. Wochens.*, 1891, nº 48, 28 nov. (1 obs.). — KÖRTE. *Berl. klin. Wochens.*, 1892, août, p. 794 (2 obs.). — CROIZAT. *De la pleurésie droite comme complication de l'appendicite*, Th. de Lyon, 1892 (3 obs.). — LEYDEN et RENVERS. Ueber pyopn. subph. und des Behandlung, *Berl. klin. Wochens.*, 1892, nº 46 (1 obs.). — VANLAIR. Acad. royale de méd. de Belgique, 25 fév. 1893 (1 obs.). — SALLET. *Abcès péri-hépatiques d'origine appendiculaire*, Th. de Lyon, 1894-1895 (2 obs.). — SACHS. Der subphr. abs. im auschluss. an die perityphlit. und perinephritische-Eiterung, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. IV, p. 16, 1895 (5 obs.). — MARTINET. *Des variétés anatomiques des abcès sous-phréniques*, Th. de Paris, 1898 (6 obs.). — SIRON. *Péritonites aiguës diffuses d'origine appendiculaire*, Th. de Paris, 1898 (4 obs.). — LECORNEY. *Traitement de l'appendicite*, Th. de Paris, 1899 (2 obs.). — LOISON. Des suppurations intra et péri-hépatiques d'origine typhlo-appendiculaire, *Revue de chir.*, 1900, p. 522, t. XXI, avril (3 obs.). — KHROHNE. *Deuts. med. Wochens.*, p. 700, 1900 (1 obs.). — ELSBERG. Contribut to the pathologie, diagnosis, and treatment of subphr. abscess after append, *Ann. of Surg.*, 1901, II, p. 729 (32 obs.). — J. A. BLAKE. *Transact. of the New-York surg. Soc.*, 8 mai 1901; — *Ann. of Surg.*, p. 703 (1 obs.). — SPIRE. *Les abcès sous-phréniques dans l'appendicite*, Th. de Nancy, 1902-1903 (8 obs.). — VAN OLDEN BARNEVELD. *Etude sur la péri-hépatite et la pleurésie dans l'appendicite*, Th. de Paris, 1902 (9 obs.). — NICOD. *L'appendicite rétro-cæcale*, Th. de Paris, 1904, nº 95 (3 obs.). — VANVERTS. *Nord méd.*, Lille, déc. 1904, p. 181-185 (1 obs.). — BALL. Th. de Paris, 1904 (1 obs. en note). — DELBET. *Bull. de la Soc. de chir.*, 19 mars 1904, t. XXXIII, nº 10, p. 286 (1 obs.). — E. R. HUNT. Abcès sous-phrénique et son traitement, *Med. soc. of London*, 12 déc. 1904; — *Lancet*, 17 déc., p. 1718 (1 obs.). — LEEDHAM GREEN. Cas d'abcès sous-phréniques observés au Queen's Hospital, *Brit. med. Journ.*, p. 250, 1904 (2 obs.). — H. L. BURRELL. *Boston med. and surg. Journ.*, 23 mars 1905, vol. CLII, nº 12, p. 343 (6 obs.). — Sir F. TRÈVES. *The Canada Lancet*, avril 1905, p. 673 (6 obs.). — KELLY et HURDON. *The vermiform appendix and its disease*, p. 215, 402, 636 (7 obs.). — PERUTZ. Des abcès sous-phréniques, *Centralbl. f. die Grenzgeb. der med. und. Chir.*, 1905, nºs 4 à 10 (45 obs.). — CLAIRMONT et RANZI. Statistique et traitement opératoire des abcès sous-phréniques, *Wien. klin. Wochens.*, 22 juin 1905, p. 653 (3 obs.). — U. MOHR. Ueber subphr. abs. bei append., *Deuts. med. Wochens.*, 13 et 20 fév. 1905 (1 obs.). — VOLHARD. Pyopn. subphrenicus, *Vereinsbeilage der Deuts. med. Wochens.*, 6 avril 1905, p. 565 (1 obs.). — CARNOT. Abcès sous-phréniques, *Sem. méd.*, 21 fév. 1906, nº 8, p. 85 (3 obs.). — GRAY TURNER. Some aspects of pelvic append., *The Practitionner*, fév. 1906, p. 198 (1 obs.). — W. ROCKWELL. Les abcès sous-phréniques consécutifs aux opérations pour appendicite, *The Canada Lancet*, juin 1906, p. 907 (1 obs.). — HOMER GAGE. *The Boston med. and surg. Journ.*, 11 avril 1907 (10 obs.) — J. B. LUND. *Boston med. and surg. Journ.*, 18 avril 1907, p. 501 (1 obs.). — CAVAILLON et CHABANON. Les suppurations rétro-péritonéales d'origine appendiculaire, *Prov. méd.*, 16 mars 1907 (1 obs.). — ANCEL et CAVAILLON. L'évolution du mésentère commun chez l'homme, *Journ. de l'anat.*, mars-avril 1907. — VIGNARD. Des suppurations rétro-cæcales et rétro-coliques intra-péritonéales d'origine appendiculaire, *Prov. méd.*, 16 mars et 6 avril 1907. — SEGOND. *Bull. de la Soc. de chir.*, 7 avril 1908 (1 obs.). — BARNARD. *Brit. med. Journ.*, 15 et 22 fév. 1908 (12 obs.).

(1) Les observations en double dans deux publications ne sont comptées qu'une fois.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1909)

Plaies pénétrantes du poumon par armes à feu. — M. AUVRAY communique trois observations dont une lui est personnelle et les deux autres adressées par M. Français.

Dans le premier cas, il s'agit d'une plaie de la paroi antérieure du poumon par balle de revolver. On fait un lambeau musculo-cutané, on résèque deux côtes, on trouve la plaie antérieure, on la suture, mais le blessé eut une hémorragie par l'orifice de sortie qu'on n'avait pas trouvé.

Second cas, celui de M. Français : jeune homme s'étant tiré une balle de revolver ; plaie de la partie antérieure du poumon, suture; on ne trouve pas l'orifice de sortie; on draine la plèvre; guérison après une pleurésie purulente.

Troisième cas : plaie du poumon, état très grave; les signes d'hémorragie s'accentuent. On fait un lambeau musculo-cutané, on résèque la seconde et la troisième côtes, on trouve une plaie antérieure, suture, guérison.

M. Auvray fait observer qu'il vaut mieux recourir au volet thoracique qui permet bien mieux de s'assurer s'il existe ou non une plaie de sortie, et de la fermer si elle existe. Il insiste aussi sur l'utilité du drainage de la plèvre qui permet d'éviter la nécessité d'une pleurotomie secondaire.

Plaie pénétrante de l'abdomen. — M. WALTHER analyse une observation de M. Alivisatos (d'Athènes). Il s'agit d'un garçon de dix neuf ans qui reçoit dans le ventre un coup de pied de cheval. Grand shock, vomissements, pouls misérable, extrémités froides, perte de connaissance, état très grave. Intervention immédiate par la laparotomie; on évacue 4 à 500 grammes de sang; on trouve une déchirure de l'épiploon, une plaie de l'estomac; on résèque l'épiploon, on suture la plaie stomacale. Mais du côté de l'hypocondre gauche, il y a encore une hémorragie considérable; on écarte l'intestin; on trouve une rupture de la face antérieure de la rate; celle-ci est volumineuse et adhérente; on arrive cependant à l'extirper. Suites simples, guérison. L'examen du sang y révèle le retour progressif des globules rouges. Ce malade avait eu des fièvres intermittentes.

Crises épileptiformes d'origine appendiculaire. — M. VILLEMIN fait un rapport sur une observation adressée par

M. Dieulafoy. Il s'agit d'un malade qui présentait des crises épileptiformes d'origine appendiculaire, crises qui ont disparu après l'appendicectomie.

M. Lucas-Championnière se demande s'il s'agissait bien de crises épileptiques ou de crises d'hystérie. Il ajoute qu'on a vu des cas dans lesquels les crises de ce genre disparaissaient après une opération pour reparaître après. Il fait donc de grandes réserves sur le cas présenté par M. Villemin.

M. Picqué demande également s'il s'agit réellement de crises d'épilepsie. L'aura partait elle de la région appendiculaire ? On sait, en effet, que beaucoup d'épilepsies essentielles apparentes ne sont que des épilepsies symptomatiques d'appendicite.

Anévrisme artérioso veineux intra cranien. — M. Monod présente un homme de cinquante ans qui a reçu, il y a quinze jours, un coup de marteau de forgeron sur la tête. Il n'a rien eu pendant quinze jours et a repris son travail. Maintenant il éprouve un bruit de rouet dans la tête. On entend, en effet, un bruit de rouet, sans souffle. Il existe donc une communication de l'artère carotide avec le sinus caverneux. M. Monod demande l'avis de ses collègues.

M. Delens qui a examiné ce malade croit à un début d'anévrisme. Il y a déjà une légère propulsion de l'œil gauche en avant.

MM. Picqué et Périer communiquent des cas analogues.

M. Reclus communique un fait intéressant. C'est un cas d'anévrisme spontané amélioré après les injections de sérum gélatineux, récidivé puis guéri après la ligature de la carotide primitive, et suivi, longtemps après, d'un anévrisme du côté opposé qui a entraîné la mort subite du malade. La lésion a été reconnue à l'autopsie.

Elections. — MM. Brin (d'Angers), Gaudier (de Lille) et Robert Picqué (du Val-de-Grâce) sont nommés membres correspondants nationaux.

MM. Rydygier et Durante sont nommés membres associés étrangers.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

SYNDICAT MÉDICAL DE LILLE ET DE LA RÉGION. — Le Syndicat médical de Lille et de la région, réuni en assemblée générale le 15 janvier 1909,

Considérant d'une part :

1° Qu'il a, dans sa séance extraordinaire du 21 septembre 1906, « protesté avec énergie contre le décret de création d'un certificat d'études médicales supérieures », faisant « appel à tous les praticiens de France, à tous les groupements professionnels, à tous les organes de défense », et se déclarant prêt à « s'associer à toutes mesures susceptibles de le faire rapporter »;

2° Qu'à la suite du soulèvement quasi-unanime du Corps médical français, ce décret, du 25 juillet 1906, a été rapporté par un décret nouveau en date du 20 février 1907;

Considérant d'autre part :

1° Que, si le premier décret fut bien aboli par le second, il fut remplacé sur l'heure par un arrêté ministériel rétablissant le certificat d'études médicales supérieures dans des conditions identiques, sauf ces deux modifications de façade : il s'intitulait « admissibilité à l'agrégation » et l'examen devenait un pseudo-concours;

2° Que, si le premier concours, ouvert le 21 décembre 1908, fut suspendu d'abord, annulé ensuite, ce fut grâce à l'énergie des étudiants de Paris, de la plupart des candidats, de certains maîtres et d'un grand nombre de praticiens, ainsi qu'à la clairvoyance du ministre de l'Intérieur, président du Conseil;

3° Que ce premier concours, annulé pour irrégularités au cours des épreuves, sera repris ultérieurement, avec de simples modifications de forme, si le Corps médical cesse de protester;

Le Syndicat médical de Lille et de la région :

Demande à M. le ministre de l'Instruction publique, le retrait de l'arrêté, en date du 20 février 1907, que rien ne justifie et que tout condamne;

Adresse ses félicitations les plus chaleureuses aux étudiants en médecine de Paris, ainsi qu'aux candidats, maîtres et praticiens, à qui le Corps médical doit cette première victoire;

Et présente à M. le ministre de l'Intérieur, président du Conseil, l'expression de ses sentiments de gratitude pour l'accueil si plein de cordialité et de sympathie qu'il a réservé aux délégués du Corps médical.

LE MOUVEMENT DE LA POPULATION DE LA FRANCE. — L'*Officiel* vient de donner les chiffres relatifs au premier semestre 1908 comparés à ceux du premier semestre 1907.

Durant les six premiers mois de l'année dernière, la situation s'est notablement améliorée. Au lieu, en effet, d'un excédent de 55 007 décès constaté pour le premier semestre de 1907, on enregistre un excédent de 11 066 naissances. Ce résultat est dû surtout à la diminution des décès, dont le nombre est tombé de 457 752 à 399 336; mais aussi à l'augmentation du chiffre des naissances qui s'est élevé de 402 745 à 411 402.

Voici, au surplus, pour l'ensemble de la France, les chiffres comparés des premiers semestres de 1908 et de 1907 :

	1er semestre 1908.	1er semestre 1907.
Mariages	162 495	154 081
Divorces	5 605	5 096
Naissances d'enfants vivants	411 402	402 745
Mort-nés	22 166	19 348
Décès	399 336	457 752

A partir de maintenant les statistiques seront publiées tous les six mois et non plus seulement tous les ans.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la deuxième semaine, 1127 décès, au lieu de 1164 pendant la semaine précédente et de 1085, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal.

Toutefois la scarlatine reste assez fréquente, mais la rougeole est rare.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 6. Le nombre des cas nouveaux signalés est de 48 au lieu de 39 pendant la semaine précédente (moyenne 45).

La scarlatine a causé 4 décès, au lieu de 6 pendant la semaine perécédente et au lieu de la moyenne 3. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 139; il s'élevait à 149 pendant la semaine précédente (moyenne 102).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 252 décès, au lieu de 251 pendant la semaine précédente (moyenne 231).

La phtisie pulmonaire a causé 190 décès (moyenne 213).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Galtier (de Nîmes) et de M. Lévêque, étudiant à Paris.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — Hôpital Lariboisière. — M. le docteur André Bergé, médecin des hôpitaux, a commencé le mercredi 20 janvier 1909, à onze heures du matin, dans la salle de la consultation de médecine, une série de conférences de thérapeutique médicale.

Ces conférences auront lieu tous les mercredis à l'heure sus indiquée. Elles seront librement ouvertes, sans inscription préalable, à tous les étudiants et docteurs en médecine.

— Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Thibierge commencera des leçons sur les maladies de la peau avec présentation de malades, à l'hôpital Saint-Louis, le mardi 26 janvier 1909, à dix heures, et les continuera les mardis suivants à la même heure.

Hopital Lariboisière. — Programme d'enseignement oto-rhino-laryngologique pour l'année 1909. — Sous la direction de M. Pierre Sébileau, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, les docteurs Paul Gibert et Fernand Lemaître, assistants du service, feront un enseignement clinique en douze leçons, comprenant les maladies du nez et sinus de la face, des oreilles et apophyse mastoïde, du larynx.

Cet enseignement durera quatre semaines et aura lieu les mardi, jeudi, samedi à huit heures et demie du matin.

Il sera renouvelé en six séries aux dates suivantes :

Première série du 25 janvier au 21 février. — Deuxième série du 8 mars au 3 avril. — Troisième série du 26 avril au 22 mai. — Quatrième série du 7 juin au 3 juillet. — Cinquième série du 4 octobre au 30 octobre. — Sixième série du 22 novembre au 18 décembre.

Le droit d'inscription est de 50 francs par série. Se faire inscrire le matin auprès des assistants du service.

Concurremment, aura lieu, l'après-midi, à deux heures, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sous la direction de M. Pierre Sébileau, un enseignement de médecine opératoire spéciale divisé en six séries de douze leçons.

Les droits d'inscription sont de 80 francs par série.

Se faire inscrire l'après-midi à l'économat de l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Blætter für Klinische Hydrotherapie. — (N° 9, sept. 1908.) Wimternitz : Sur le traitement hydriatique et diététique du choléra ; — Ma contribution à l'évolution de l'hydrothérapie dans un but d'enseignement clinique. — (N° 10, oct.) Strassner : Traitement de la fièvre. — (N° 11, nov.) Winternitz : Traitement abortif du rhume. — Unterberger : Les sanatoriums de maison dans la lutte contre la tuberculose.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 47, 21 nov. 1908.) Frankl : Sur les échanges oxaliques chez les phtisiques. — (N° 48, 28 nov.) Jundel, Almkwist et Saudmann : La réaction syphilitique de Wassermann dans la lèpre.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 47, 19 nov. 1908.) Romberg : Sur la dilatation du cœur. — Schmidt et Lohrisch : Nouvelles observations sur l'importance de la cellulose pour la nutrition des diabétiques. — Pick : Sur une forme particulière de trouble de l'orientation et sa présence chez les aliénés. — Fritsch : Sur la justification et la méthode de l'interruption de la grossesse. — Zangemeister : Sur les tentatives de guérison non opératoires dans le carcinome. — Ledderhose : Accoutumance aux suites des accidents comme élément d'amélioration. — Walb : Sur le traitement du catarrhe aigu de l'oreille moyenne. — Klunenko : Sur l'étiologie de la coqueluche. — Brüning : Les données les plus importantes dans le domaine des maladies infantiles pendant ces dernières années. — Œlsner : Récipient pratique pour déshydratation complète de l'alcool pur tout à fait absolu.

Écho médical du Nord. — (N° 50, 13 déc. 1908.) A. Surmont : Insuffisance aortique d'origine obstétricale. — Deléarde : L'opium en thérapeutique infantile. — (N° 51, 20 déc.) J. Patoir : Le professeur Castiaux. Introduction à l'étude et à la pratique de la médecine légale. Nécessité d'un enseignement pratique. Ses difficultés. Rareté des autopsies judiciaires ; les causes de cette rareté ; les moyens d'y remédier. — (N° 52, 27 déc.) Potel et Leroy : Le traitement économique des ostéo-sarcomes centraux. — Jean Minet et Etienne Verhaeghe : Epilepsie essentielle. Trépanation mastoïdienne pour mastoïdite. Etat de mal épileptique consécutif simulant des accidents cérébraux. — Cannac : Un cas d'idiotie myxœdémateuse.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 50, 13 déc. 1908.) Paul Lemaire : Sur les sérums gélatinés. — Kunstler : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1909. — (N° 51, 20 déc.) Et. Ginestous : Les maladies des yeux dans la loi du 15 février 1902. — Kunstler : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1909 (*suite*). — (N° 52, 27 déc.) Paul Lemaire : Sur l'activité thérapeutique officielle du cacodylate de soude et du méthylarsinate de soude (arrhénal).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 51, 20 déc. 1908.) F. Lalesque : La contagion tuberculeuse par inhalation des poussières sèches. Etat actuel de la question. — (N° 52, 27 déc.) Codet-Boisse : Le traitement des cavités osseuses par la méthode de Mosetig. — Verdelet : Cancer du rectum et anus iliaque.

Journal des praticiens. — (N° 51, 19 déc. 1908.) Guinard : Les appendicites méconnues. — Gruget : De la position en chirurgie. — (N° 52, 26 déc.) Broca : Paralysie radiculaire supérieure obstétricale. — Béclère : L'examen radiologique de l'aorte et le diagnostic des anévrismes aortiques. — Huchard et Ch. Fiessinger : Les gros foies.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 50, 12 déc. 1908.) E. Camelot : Tuberculose rénale fermée, néphrectomie, guérison. — A. Besson : Technique des écharpes de pratique courante. — (N° 51, 19 déc.) Delfosse et Sablé : Un cas de langue noire chez un nourrisson. — (N° 52, 26 déc.) Thilliez : Corps étranger métallique de la région ciliaire. Extraction. Cataracte partielle stationnaire. Guérison avec bonne acuité visuelle.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 51, 17 déc. 1908.) Gavalas : Le cancer en Grèce. — (N° 52, 24 déc.) Maloens : Carie du rocher compliquée de thrombo-phlébite du sinus latéral droit et de pyohémie. Résection du sinus latéral. Guérison.

Lyon médical. — (N° 51, 20 déc. 1908.) Favre et Ch. Roubier : Un cas de sciatique syphilitique. — (N° 52, 27 déc.) Aubert : Influence des antipyrétiques sur la température de la marche. — Leclercq : Rétrécissements serrés de l'intestin.

Medizinische Blætter. — (N° 47, 21 nov. 1908.) Mosler : Sur les cures d'amaigrissement en général et sur la cure de Karell en particulier. — (N° 48, 28 nov.) Mosler : Les cures d'amaigrissement en général et la cure de Karell en particulier (*suite*). — (N° 49, 5 déc.) Herz : Le traitement des symptômes subjectifs des cardiopathies.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 47, 24 nov. 1908.) Friedrich : Sur la chirurgie du poumon. — Brat

et SCHMIEDEN : Sur la théorie et la pratique de la différence de pression. — JOHN et VOHLHARDT : Sur le traitement par la tuberculine dans la pratique. — HERING : Le diagnostic des irrégularités cardiaques sans prise de courbe. — KRÖNIG : Sur la réduction des mesures aseptiques en obstétrique. — VEIL : Sur la dysménorrhée. — KLEIN : Anesthésie lombaire et narcose. — WALCHER : Une diminution de la faculté d'allaiter de nos femmes pour des motifs anatomiques n'existe pas. — WEBER : Sur la présence de bacilles typhiques dans le contenu de l'estomac mêlé de bile. — WITTMAAK : Sur le traitement opératoire de la méningite suppurée dans les suppurations du labyrinthe. — MORPURGO : Sur la parabiose de mammifères de sexe différent. — KÖLLCKER : Sur la technique de la suture tendineuse secondaire. — STRAUB : Sur la question du pyrénol. — HEERMANN : Sur l'infection syphilitique.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 47, 22 nov. 1908.) CHRISTIAN : Quelques constatations d'autopsie intéressantes. — (N° 48, 29 nov.) SCHMIDT : Sur l'ophtalmoréaction de Calmette. — (N° 49, 6 déc.) VAS : Sur la valeur de la réaction protéolytique du pus.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 FÉVRIER 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 1er février, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper ; — M. Sicard, suppléant.

Mardi 2 février, à une heure. — 2e : MM. Prenant, Gley et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Lenormant; — M. Brumpt, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Auvray ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Albarran et Marion ; — (2e partie) : MM. G. Ballet, Jeanselme et Balthazard; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 3 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Rieffel et Ombrédanne.

2e : MM. Gariel, Langlois et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Brissaud, Pierre Marie et Sicard.

4e : MM. Pouchet, Déjerine et Macaigne ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 4 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

2e (1re série) : MM. Pouchet, Launois et Nicloux; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et André Broca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Marion et Morestin ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Fernand Bezançon et Castaigne.

4e : MM. Thoinot, Carnot et Balthazard; — M. Gouget, suppléant.

Vendredi 5 février, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Pierre Duval ; — (2e série) : MM. Reclus, Proust et Lecène ; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Branca, suppléant.

Samedi 6 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Marion et Auvray.

2e : MM. Prenant, Gley et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Thiéry et Lenormant.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. Nicloux, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Gilbert Ballet et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Albert Robin et Rénon.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1e partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin ; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 3 février 1909, à une heure. — M. GLAESEL. Contribution à l'étude de la bilharziose. (MM. Blanchard, président ; Gaucher, Reclus et Pierre Duval.) — M. TREGOAT. Contribution à l'étude clinique de l'énésol ou salycilarsinate de mercure. (MM. Gaucher, président ; Blanchard, Reclus et Pierre Duval.) — M. DAUBERT. Contribution à l'étude du traitement des téno-synovites aiguës. (MM. Reclus, président; Blanchard, Gaucher et Pierre Duval.)

Jeudi 4 février, à une heure. — M. BRUNEAU. Etude sur les progrès de l'hospitalisation faite dans les hôpitaux d'enfants. (MM. Hutinel, président ; Chantemesse, Richaud et Nobécourt.) — M. GENEVOIS. Contribution à l'étude des eaux d'alimentation du Jura Franc-Comtois. (MM. Chantemesse, président ; Hutinel, Richaud et Nobécourt.)

L'étude expérimentale de la rage, par le docteur Auguste MARIE, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur. Encyclopédie scientifique (bibliothèque de microbiologie et de parasitologie). In-18 jésus, cartonné toile, de 400 pages avec figures dans le texte et une planche en couleurs hors texte. — Prix : 5 francs. — O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 10. — MARDI 26 JANVIER 1909. 82e ANNÉE. MARDI 26 JANVIER 1909. — Nº 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de **10f par an.**
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 23 janvier 1909 : MM. Bonnet (Emile), 9; Monbrun, 8; Miégeville, 9; Lafont, 7; Gras, 9; Chevallier (Pierre), 6; Philbert, 11; Virenque, 9; Netter, 8.

La prochaine séance aura lieu le mardi 26 janvier, à huit heures du matin.

Pathologie. — Séance du 24 janvier : MM. Renault (Charles), 10; Kœchlin (Jean), 4; Desbouis, 9; Autier, 8; Clarac, 12; Malarte, 8; Cuny, 5; Frotain, 10.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. E. Vidal est nommé chef de clinique chirurgicale en remplacement de M. Royer, démissionnaire.

CRÈCHES MUNICIPALES DE LYON. — Après concours, sont nommés médecins inspecteurs des crèches municipales, MM. les docteurs Ch. Bourret, Mouriquand, Trouilleur et Revol.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Blary, Jullien et Uzac.

M. le docteur Hiblot, délégué régional de l'Union des femmes de France.

MM. les médecins-majors Bouet et Bouffard, des troupes coloniales.

MM. les docteurs Capitan (de Paris) et Girma (de Pau).

L'IMPOT SUR LE REVENU ET LES MÉDECINS. — L'article 50 qui avait été réservé par la Chambre dans la séance du 14 décembre (v. *Gaz. des hôpit.*, 1908, p. 1729) vient d'être voté. Il est ainsi conçu :

« Sont applicables aux déclarations produites en exécution de l'article précédent les dispositions des paragraphes 5, 6, 7 et 8 de l'article 30 relatif aux bénéfices des professions industrielles et commerciales (v. *Gaz. des hôpit.*, 1908, p. 1737). A défaut de déclarations il est procédé conformément aux dispositions du paragraphe 9 dudit article 30.

Les contribuables qui en feront la demande pourront, d'accord avec l'administration, être admis à contracter un abonnement valable pour une période de trois années. Mais cet abonnement sera basé sur le revenu moyen des trois années précédentes.

Indépendamment des pénalités prévues par l'article 30, tout contribuable omis au rôle ou qui, soit d'après sa déclaration, soit d'office, a été insuffisamment imposé est redevable d'une cotisation égale au montant des sommes dont le Trésor a été privé pour chacune des années antérieures à celle de la découverte de l'omission ou de l'insuffisance, sans toutefois que le droit de répétition puisse s'étendre à plus de cinq années. »

Un amendement de M. Ollivier demandant qu'en cas de contestation la preuve fut faite par le fisc, a été repoussé. Cet amendement s'imposait pourtant pour les médecins qui liés par le secret professionnel ne pourront faire eux-mêmes la preuve.

La Chambre va aborder maintenant la question de l'impôt complémentaire, qui est la clef de voûte du système ou mieux la vis du pressoir auquel seront soumis les médecins comme tous les contribuables.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS (8, rue Dante). — *Conférence d'internat*, par MM. Leconte, Marre, Rouhier, aide d'anatomie, et Stern, internes des hôpitaux.

Cette conférence a commencé lundi 25 courant, à deux heures. Droit d'inscription : 15 francs par mois.

Cours pratique d'électrothérapie, avec présentation de malades et manœuvre d'appareils, par M. le docteur E.-J. Durand, médecin adjoint de l'Institut municipal d'électrothérapie.

Ce cours commencera au siège de l'A. C. le jeudi 28 janvier à cinq heures, et se continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure. Le cours comprendra douze leçons. Droit d'inscription pour l'ensemble du cours : 6 francs au bénéfice de l'A. C.

Cours pratique de manœuvres obstétricales, sous la direction de M. le docteur Mouchotte, chef de clinique de la Faculté, par M. Labouré, répétiteur d'accouchement à la clinique Beaudelocque.

Ce cours commencera mardi 2 février à deux heures et se continuera les mardis et samedis à la même heure. Le cours comprendra huit leçons. Droit d'inscription pour l'ensemble du cours : 10 francs.

Conférence d'externat, par MM. Stern et Debertrand, internes des hôpitaux.

Elle a lieu les lundis à quatre heures. Droit d'inscription : 10 francs par mois.

Tous ces cours et ces conférences sont spécialement réservés aux membres de l'Association.

SUR LA TECHNIQUE DE LA RÉDUCTION

DES

LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE

PAR

LA MÉTHODE NON SANGLANTE

Par MM. P. REDARD et P.-V. BADIN.

La réduction anatomique de la luxation congénitale de la hanche, la guérison avec rétablissement complet et parfait des fonctions, par la méthode non sanglante, est aujourd'hui une chose démontrée et acquise.

La reconstitution de l'articulation précédemment luxée est prouvée par de nombreuses radiographies post-opératoires et aussi par quelques autopsies. Des milliers d'opérés marchent normalement, d'une façon si parfaite qu'on peut douter que l'articulation ait été antérieurement luxée.

C'est à la technique opératoire que revient le rôle le plus important pour l'obtention des meilleurs résultats. Avec les améliorations nombreuses qu'elle a subies dans ces dernières années, on a vu les statistiques se modifier, les transpositions, si fréquentes au début, devenir beaucoup plus rares et les réductions anatomiques, considérées autrefois comme exceptionnelles, être maintenant presque la règle.

Contrairement à ce que soutiennent quelques orthopédistes, la réduction de la luxation congénitale de la hanche n'est pas toujours une opération simple, à la portée de tous les praticiens. La technique doit varier suivant les cas, suivant les formes de luxation, et présente quelquefois de sérieuses difficultés.

Nous croyons utile d'indiquer, en les résumant, les principales règles techniques que nous avons adoptées depuis quelques années (1), règles qui doivent toujours guider l'opérateur.

Rappelons tout d'abord que le but idéal doit être de placer et de maintenir la tête fémorale concentriquement à la cavité, afin d'obtenir le contact intime des surfaces articulaires qui permet le retour à l'intégrité.

On ne peut atteindre ce but qu'en surmontant de réelles difficultés créées par les lésions pathologiques de l'articulation, par la malformation des extrémités osseuses.

Quels sont les obstacles ?

Sur le bassin, la cavité cotyloïde existe le plus souvent et l'on peut dire qu'elle est toujours ébauchée, mais sa profondeur est très diminuée, son toit est plus ou moins absent et son orientation est tout à fait anormale [*antéro-obliquité*] (2).

(1) P. Redard. Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non sanglante, *Congrès international de médecine*, 1900, Section de chirurgie infantile, 741 ; — Sur quelques points de technique de la réduction de la luxation congénitale de la hanche, *XVIIIe Congrès français de chirurgie*, Paris 1905, *Gazette des maladies infantiles*, Paris 1906, VIII ; — Du traitement de la luxation congénitale de la hanche, importance de la technique, statistique, *XVe Congrès international de médecine*, Lisbonne 1906.

P.-V. Badin. *Sur la technique de la réduction des luxations congénitales de la hanche par la méthode non sanglante*, Th. de Paris, 1908.

(2) Le Damany. Une nouvelle théorie pathogénique des luxations congénitales de la hanche, *Revue de chir.*, fév. 1904.

La tête fémorale présente des déformations multiples ; elle est dirigée anormalement, car le col, antéversé et en varus, la porte en avant et en haut.

Ces altérations empêchent la coaptation des surfaces osseuses ; l'acétabulum ne peut recevoir convenablement la tête du fémur, et celle-ci, par son orientation et sa forme anormales, est difficilement introduite dans la cavité.

D'ailleurs, les ligaments capsulaires, et surtout le ligament de Bertin, rétrécissant la capsule en forme de sablier et barrant la route au niveau de l'isthme ainsi constitué, maintiennent cette tête ; ils l'arrêtent au moment où l'opérateur essaie de la faire descendre vers le cotyle. Dans la luxation antérieure, la capsule est moins modifiée ; elle n'a subi, souvent, qu'un allongement plus ou moins marqué.

Les muscles s'opposent aussi à la réduction. Ce sont surtout les pelvi-fémoraux (*adducteurs*) et les pelvi-cruraux postérieurs qui sont rétractés et raccourcis.

Chez les enfants de deux à dix ans, tous ces obstacles existent avec prédominance de l'un ou de l'autre, selon les cas, mais avec l'âge tous s'accroissent et l'on peut dire que les lésions atteignant leur maximum, les obstacles deviennent insurmontables chez les sujets âgés.

Les luxations sus-cotyloïdiennes (*antérieures*) sont plus faciles à réduire que les luxations postéro-supérieures, et surtout que les luxations iliaques (*luxations postérieures*), dans lesquelles on rencontre des modifications capsulaires importantes, et particulièrement la déformation en sablier.

La luxation iliaque, la luxation bilatérale mise à part, est exceptionnelle à l'âge où doit se faire la réduction (*deux à six ans*).

Quelle est donc, chez un jeune sujet, la technique que doit suivre l'opérateur pour obtenir le meilleur résultat anatomique et fonctionnel, ou pour mieux dire, pour vaincre tous les obstacles : *conduire la tête fémorale dans la cavité, l'y placer concentriquement au cotyle et l'y maintenir*.

ÉTUDE DES DIFFÉRENTS TEMPS DE LA TECHNIQUE

Premier temps. — *Anesthésie. Fixation du bassin.* — La narcose absolue par l'éther ou par le chloroforme est presque toujours nécessaire.

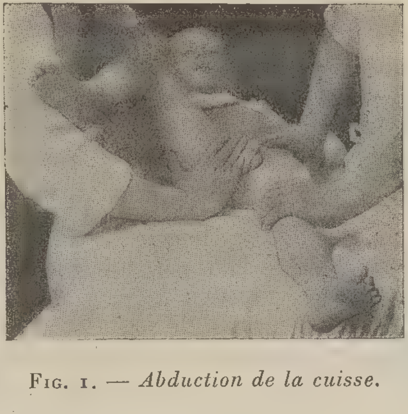


Fig. 1. — *Abduction de la cuisse.*

Aux appareils compliqués imaginés pour l'immobilisation du bassin, nous préférons la fixation manuelle, une main sur l'épine iliaque, l'autre appuyant sur le genou (fig. 1).

Deuxième temps. — *Mobilisation. Abaissement de la tête fémorale.* — Faire descendre la tête de sa posi-

tion anormale vers le cotyle, telle est la première manœuvre qui prépare la réduction. L'extension continue, pendant quelques semaines avant l'intervention, n'est indiquée que pour les cas très difficiles, avec 5 ou 6 centimètres de raccourcissement, chez les sujets âgés. Nous employons alors l'appareil d'Hennequin pour fracture de cuisse, et si l'on n'obtient pas toujours un abaissement notable de la tête, on est du moins assuré d'avoir diminué notablement la rétraction des muscles.

La mobilisation par tractions instrumentales (vis de Lorenz, lit de Schede, lacs) doit être réservée pour les cas où les tractions manuelles ont échoué à plusieurs reprises. En général, ces dernières suffisent dans la plupart des cas, chez les jeunes sujets. Il est rare que la tête ne descende pas et résiste à la traction vigoureuse que l'on exerce sur le fémur par la manœuvre représentée (fig. 2).



Fig. 2. — *Traction sur la cuisse, la jambe étant fléchie.*

Troisième temps. — *Elongation des muscles.* — La résistance musculaire est un obstacle qu'il faut absolument surmonter, mais il faut le faire sans violence et surtout sans altérer l'intégrité des muscles qui, indemnes, serviront puissamment, par la suite, pour maintenir la réduction. Aussi nous ne pratiquons jamais de ténotomie; nous condamnons le myorrhexis et nous évitons toute pression manuelle sur les muscles rétractés. Lorsqu'une excavation apparente indique que la tête fémorale s'est abaissée, nous faisons l'élongation des adducteurs en faisant exécuter à la cuisse des mouvements d'abduction de plus en plus étendus (voir fig. 1).

Par quelques mouvements de flexion et d'hyperextension, on allonge les fléchisseurs de la cuisse sur le bassin (*pelvi-cruraux antérieurs*); quant aux pelvi-cruraux postérieurs (*demi-tendineux*, *demi-membraneux*, *biceps*), qui sont souvent un obstacle au maintien de la tête réduite, nous arrivons à vaincre leur rétraction par des mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse.

Cette dernière manœuvre doit être exécutée avec une grande prudence, afin d'éviter l'élongation brusque du nerf sciatique.

Quatrième temps. — *Réduction proprement dite.* — Rappelons d'abord, comme règle fondamentale qui doit guider l'opérateur, la loi expérimentale de Fabbri, bien mise en lumière par A. Paci : de même que dans les luxations traumatiques de la hanche, il faut, dans la réduction des luxations congénitales, faire parcourir à l'os luxé le trajet inverse à celui qu'il a dû parcourir dans l'acte pendant lequel la luxation s'est effectuée.

La rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde peut se faire sur tout le bord cotyloïdien, en haut, en bas et en arrière ; mais il est préférable d'utiliser, presque toujours, la réduction par le bord postérieur.

C'est la voie que prend le plus facilement la tête luxée pour revenir dans l'acétabulum et c'est le procédé qui, donnant les « phénomènes de reposition » les plus nets, assure le mieux de la réalité de la réduction.

L'opérateur, embrassant d'une main les condyles, porte la cuisse en flexion à angle droit sur le bassin, exerce, dans cette position, une traction vigoureuse sur le fémur, de bas en haut, de façon à placer la tête en arrière du cotyle et tout près de lui. Ce résultat obtenu, il porte la cuisse, lentement et sans brusquerie, en abduction progressive jusqu'à l'amener dans un plan parallèle à celui de la table. Cette manœuvre, plusieurs fois répétée, on l'exécute à nouveau, mais en appuyant cette fois sur le grand trochanter de dehors en dedans, tandis que l'on exagère encore l'abduction de la cuisse. A ce moment, un ressaut brusque et un bruit sec avertissent de la réduction.

Souvent, dans les cas difficiles, elle ne se produit pas et l'on doit alors avoir recours à la manœuvre du levier ou à la réduction sur le coin. Au coin de bois, nous préférons le poing : l'opérateur place le poing fermé en arrière de la cuisse et applique la partie antéro-inférieure de l'avant-bras sur le trochanter; l'autre main porte le membre en hyperextension (fig. 3).



Fig. 3. — *Réduction : le dos du poignet pressant au niveau du grand trochanter et servant de coin actif.*

Cette manœuvre de levier, exécutée très prudemment par ce procédé, permet de mesurer et d'apprécier la force développée, chose impossible avec le coin inerte de Lorenz, et arrive toujours, après plusieurs tentatives, à réduire la luxation, même dans les cas difficiles.

Cinquième temps. — *Forage et modelage du cotyle. Distension de la capsule.* — Une fois la réduction constatée, pour diminuer les chances de reluxation, il faut obtenir certaines modifications. On y arrive par des manœuvres appropriées. Pour forer le cotyle et l'agrandir, on place le fémur en abduction et en demi-flexion et l'on fait décrire à son extrémité inférieure un mouvement de rotation sur son axe longitudinal ; la tête roule dans le cotyle, le modèle et l'agrandit. Par des mouvements assez amples d'abduction et d'hyperextension, on distend le bissac capsulaire et, pour diminuer encore la rétrac-

tion musculaire, on recommence toutes les manœuvres d'élongation faites avant la réduction (troisième temps).

C'est seulement lorsque toute résistance est vaincue que nous songeons à immobiliser le membre.

Sixième temps. — *Maintien de la réduction. Dans quelle position faut-il immobiliser le membre?* — Ce temps, qui consiste à maintenir la tête réduite dans la cavité cotyloïde et à immobiliser le membre inférieur dans la meilleure position possible, est certainement le plus important.

La réduction étant obtenue, on s'aperçoit, dans la grande majorité des cas, qu'elle ne se maintient que lorsque le membre est placé dans une position d'abduction et de flexion, correspondant, en général, à 90 degrés, par rapport à l'axe du corps (fig. 4).

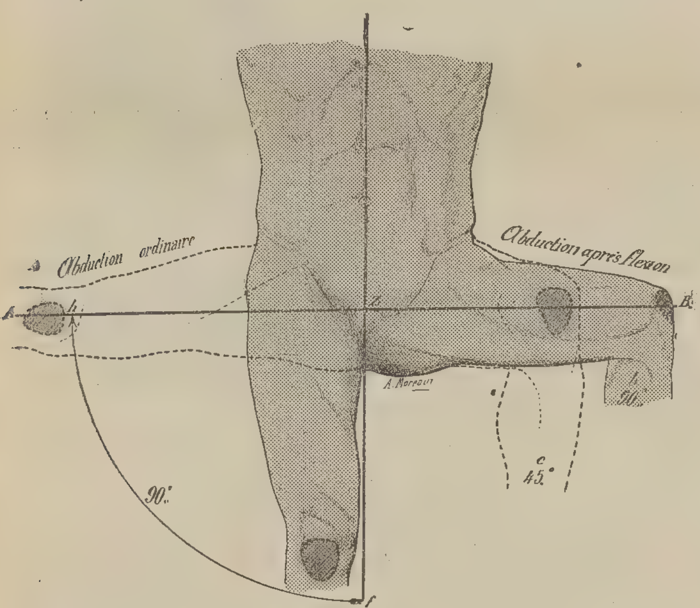


Fig. 4. — *Abduction.* — Du côté gauche de la figure le membre est porté en abduction ordinaire, c'est-à-dire dans un plan parallèle au plan du papier; en (*h*) le membre est à 90 degrés d'abduction et la rotule regarde en avant. — Du côté droit la cuisse est en abduction après flexion, abduction qui se fait dans un plan perpendiculaire au papier et passant par AB, à 90 degrés (*b*) la rotule regarde en dehors. Au delà de ZB, on fait de l'hyperextension.

Il faut donc immobiliser en flexion et en abduction.

On doit étudier avec soin, dans chaque cas, la meilleure position, celle qui assure une réduction stable; ne pas exagérer l'abduction, ne pas trop se rapprocher non plus du point où la luxation se reproduit.

L'abduction combinée à la flexion est l'attitude qui répond le mieux à ces indications. Cette position assure le mieux à la réduction une stabilité, plus ou moins parfaite. Aussi est-ce sur le degré de stabilité de la réduction que doit être uniquement réglé le degré de cette abduction en flexion. Alors que certaines réductions se maintiennent avec une abduction à 90 degrés et flexion à 70 degrés, que d'autres sont très stables en flexion et abduction à 70 degrés, il en est pour lesquelles la position de Lorenz, abduction et flexion à 90 degrés, est indispensable.

Il ne saurait y avoir de règle fixe pour la position à donner au membre. En principe, ce doit être toujours la position la plus favorable au rapport bien concentrique de la tête et du cotyle, celle qui met les agents de reluxation dans une situation telle qu'ils sont incapables d'agir ou deviennent des agents de maintien pour la réduction.

La rotation à donner est en rapport intime avec le degré d'abduction. Dans l'immobilisation en première position, flexion et abduction, la rotation est externe, souvent indifférente, variable suivant le degré d'abduction.

La rotation interne, dans la première position d'immobilisation, est très exceptionnellement indiquée, nous l'employons seulement dans quelques luxations sus-cotyloïdiennes avec capsule antérieure très relâchée et dans quelques cas d'antéversion prononcée de la tête et du col (1).

Cette rotation interne, au contraire, est la règle dans les autres positions secondaires d'immobilisation, lorsque l'on cherche à diminuer l'abduction, tout en maintenant la réduction, et à rapprocher le membre de la position verticale normale.

Par étapes, la flexion et l'abduction sont diminuées, la rotation devient interne, le membre inférieur, tordu en dedans, la pointe du pied tournée, aussi, en dedans.

Le degré de rotation interne, de même que l'abduction, doit varier, suivant les cas. Légère, plus ou moins accentuée, elle place exactement la tête fémorale concentriquement à la cavité cotyloïde, elle tend les ligaments inférieurs et postérieurs qui maintiennent la réduction; elle facilite la détorsion du fémur.

Le tableau ci-après représente les positions principales diverses d'immobilisation dans l'appareil plâtré, aux diverses périodes, après la réduction.

En général, dans la première position, on adopte, le plus souvent, l'attitude représentée figure 6 (*flexion et abduction à 90 degrés, rotation indifférente*). Nous préférons, dans la majorité des cas, afin d'obtenir une grande stabilité, placer le membre en abduction en nous rapprochant de 90 degrés, en flexion entre 80 et 90 degrés, en rotation indifférente ou très légèrement externe.

La flexion et l'abduction à 70 degrés, recommandée par quelques auteurs comme position de choix (fig. 9), n'est applicable qu'aux cas dans lesquels la cavité cotyloïde a conservé un rebord très bien constitué. Cette position expose, à notre avis, à la reluxation, car la réduction est peu stable, la tête fémorale tendant à glisser en arrière du sourcil cotyloïdien.

Luxations unilatérales (*première position*)



Fig. 5. — Paci (*Extension, légère abduction*).



Fig. 6. — Lorenz (*Flexion et abduction à 90 degrés. Rotation indifférente*).

(1) Redard. Rotation interne ou externe dans la réduction non sanglante des luxations congénitales, *Congrès français de chir.*, 1897.



Fig. 7. — Lange (*Abduction et rotation externe, la jambe est portée en avant. Luxations iliaques*).



Fig. 8. — Lange (*Abduction et rotation interne, la jambe est portée en arrière. Luxations sus-cotyloïdiennes*).

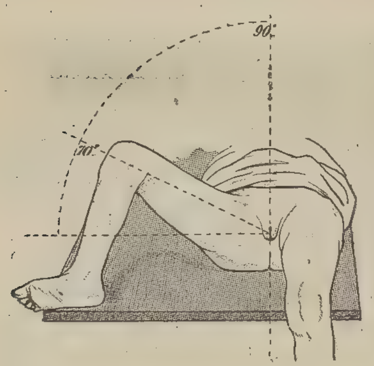


Fig. 9. — Calot (*Abduction et flexion à 70 degrés*).



Fig. 10. — Narath (*Abduction à 100 degrés. Rotation indifférente*).

LUXATIONS UNILATÉRALES (*Deuxième position*)



Fig. 11. — Lorenz (*Abduction diminuée et rotation interne*).

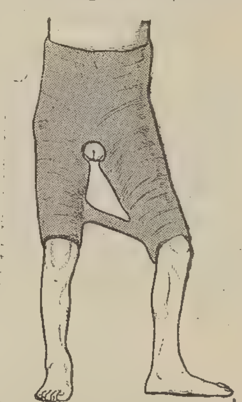


Fig. 12. — Narath.

LUXATIONS BILATÉRALES

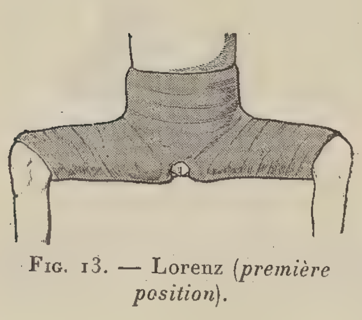


Fig. 13. — Lorenz (*première position*).

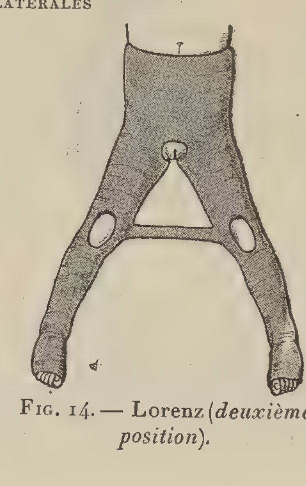


Fig. 14. — Lorenz (*deuxième position*).

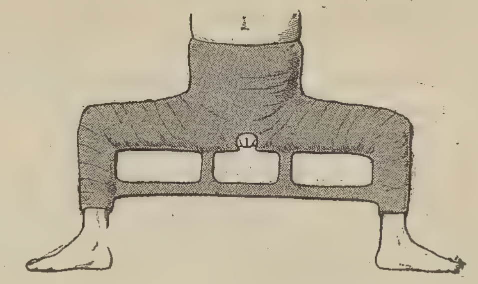


Fig. 15. — Narath (*première position*).

En somme, il n'existe aucune règle immuable; il faut mettre le membre dans la position où l'articulation paraît le plus solide. Chaque forme clinique, chaque altération anatomique (*forme variable de la cavité, du toit cotyloïdien, de l'extrémité fémorale*), la tension musculaire plus ou moins grande, sont capables de modifier cette position et, par là même, la technique de l'immobilisation.

Une fois l'attitude favorable déterminée, le membre est immobilisé, dans cette attitude, par un appareil plâtré.

Les membres inférieurs et une partie du tronc du sujet étant recouverts par un jersey, on enroule autour du bassin et du membre opéré, une très petite quantité d'ouate collée, en ayant soin de matelasser les saillies osseuses. La ouate collée doit avoir peu d'épaisseur et être enroulée très exactement, en serrant assez énergiquement. Plusieurs tours de bandes de mousseline résistante tassent et maintiennent la ouate. Le bandage, ainsi appliqué, a l'avantage de bien maintenir la réduction, pendant et après l'application de l'appareil plâtré.

Ainsi protégé et immobilisé, le sujet est placé sur un pelvi-support. Des bandes plâtrées sont appliquées, en commençant au-dessus de la ligne iliaque et en s'arrêtant soit au-dessus, soit au-dessous du genou, descendant quelquefois jusqu'au niveau du pied, cela devenant indispensable, lorsque le membre doit être immobilisé en rotation interne.

Par des pressions manuelles, on modèle l'appareil, en le déprimant légèrement au-dessus des crêtes iliaques, au niveau du trochanter et des condyles.

Lorsque le plâtre est sec, on l'émonde, on en régularise les bords, on dégage la région génitale et l'on ramène sur la face externe, de manière à le recouvrir complètement, les parties du maillot qui dépassent (fig. 16).

Cet appareil est enlevé, en général, au bout de deux à trois mois.

Si l'attitude d'immobilisation était peu éloignée de la normale, si la stabilité est parfaite, nous ne mettons pas un second appareil. Mais, le plus souvent, il est nécessaire de prolonger la période de contention. S'il est des cas exceptionnels où l'on doit remettre le membre dans la même position, en général, on place le deuxième appareil plâtré dans une attitude plus voisine de la normale (*flexion et abduction faibles, rotation interne légère*).

La modification de la position primitive, le passage de la première à la deuxième position, peut, en général, se faire sans être obligé d'employer le chloroforme. La jambe est étendue lentement sur la cuisse, l'abduction et la flexion sont plus ou moins diminuées. Tout le membre est graduellement placé en rotation interne, la pointe du pied est plus ou moins tournée en dedans.

Le degré de rotation à imprimer au membre varie suivant les cas.

En général, on donne au membre une rotation interne de 60 à 80 degrés. On immobilise le membre dans cette deuxième position pendant encore deux ou trois mois.



Fig. 16. — *Appareil plâtré pour luxation unilatérale (cas facile, abduction et flexion moyenne).*

Après cinq à six mois, nous considérons l'immobilisation comme suffisante. Lorsque la stabilité de la réduction le permet, nous diminuons la durée de l'immobilisation le plus possible, et cela surtout pour les luxations bilatérales.

Pendant la période de contention, nous permettons souvent la marche qui facilite la reconstitution articulaire par adaptation fonctionnelle.

Septième temps. — *Réparation.* — Si les résultats, au point de vue anatomique, dépendent du procédé employé et de la technique opératoire ; au point de vue fonctionnel, ils dépendent des soins consécutifs donnés après la contention. Le massage et l'électrisation ne sauraient suffire, la mobilisation active et passive doit occuper la première place, car elle est indispensable pour achever la coaptation des surfaces articulaires et une guérison parfaite.

Celle-ci toutefois ne peut être obtenue invariablement dans tous les cas, et pour avoir toujours des résultats au moins satisfaisants, il faut bien connaître les indications et les contre-indications à la réduction non sanglante.

A quel âge faut-il intervenir? — Nous conseillons d'intervenir durant toute la période où la luxation peut être réduite sans danger et quand on peut compter la maintenir réduite.

Dès que l'enfant commence d'être propre et que l'immobilisation est possible, on peut tenter la réduction. Ensuite la difficulté, la gravité, l'imperfection des résultats, sont en rapport direct avec l'âge des sujets. Après la septième année, l'opération devient laborieuse, périlleuse même. L'âge de dix ans peut être considéré comme une extrême limite pour espérer de bons résultats.

Réduction des luxations doubles. — Dans les cas de luxation bilatérale, il ne faut pas réduire, en général, après trois ans. Nous réduisons les deux côtés dans la même séance et nous immobilisons dans un double spica plâtré. Ainsi la période de contention se trouve diminuée de beaucoup (fig. 17).

Un état général précaire ou des déformations osseuses extrêmes, en dehors de l'âge trop avancé, sont les seules contre-indications opératoires.

La technique de la réduction diffère peu de celle que nous avons décrite pour les luxations simples. La position des membres est commandée par le degré de stabilité observé comme dans les cas unilatéraux.

C'est surtout ici que nous immobilisons, dans le deuxième appareil, en rotation interne et en abduction. Il importe beaucoup de réduire la période



Fig. 17 (1). — *Appareil plâtré pour luxation bilatérale (cas facile, abduction moyenne).*

d'immobilisation, afin d'éviter les raideurs articulaires et la décalcification des os (déformation du col, coxa vara, déformations du fémur et du tibia). La période d'immobilisation étant diminuée, il est indispensable, pour que la réparation puisse être satisfaisante, d'instituer, pour les luxations doubles, un traitement consécutif (mobilisation, massage, électrisation, etc.) des plus rigoureux.

Pour résumer ces quelques règles de technique, rapidement exposées, nous pouvons dire que la réduction des luxations congénitales de la hanche chez les jeunes sujets, par la méthode non sanglante, donne de très bons résultats à la condition de se conformer toujours aux indications suivantes :

1° *Diminuer, sans violence et lentement, tous les obstacles à la réduction, avant de tenter celle-ci proprement dite*;

2° *Réduire la tête par la voie postérieure et, par des manœuvres complémentaires, chercher à forer et à agrandir le cotyle*;

3° *Ne pas avoir de règle immuable pour immobiliser le membre, varier l'attitude, la régler et la modifier, selon chaque cas, de manière à ce que la tête et le cotyle soient toujours placés concentriquement*;

4° *Se baser sur le degré de stabilité pour abréger*

(1) Les figures 1, 3, 16, 17, sont empruntées à P. Redard, *Précis de technique orthopédique*. Paris 1908, de Rudeval, édit.
Les figures 2 et 4 à P.-V. Badin, *Sur la technique de la réduction des luxations congénitales de la hanche par la méthode non sanglante* (Th. de Paris 1908, Paulin et Cie, édit.).

ou prolonger la période de contention et la faire suivre d'un traitement consécutif réparateur approprié.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1909)

Identification des projectiles de revolver en plomb nu. — M. BALTHAZARD.

L'induction successive des images colorées après une très forte excitation de la rétine et les théories classiques de la vision. — M. ROMUALD MINKIEWICZ.

Rayons X de haute pénétration obtenus par filtrage. Leur avantage en radiothérapie pour le traitement des tumeurs profondes. — M. A. GUILLEMINOT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1909)

Intoxication grave par le sous-nitrate de bismuth à l'intérieur. — MM. BENSAUDE et AGASSE-LAFONT ont observé chez une jeune femme de vingt ans, atteinte de sténose tuberculeuse de l'intestin grêle, et qui prit des doses variant de 15 à 30 grammes de sous-nitrate de bismuth, des accidents graves d'intoxication, semblables à ceux que produisent les poisons méthémoglobinisants, angoisse, convulsions, hypothermie, coma et surtout cyanose excessive : l'état fut très inquiétant pendant deux jours, mais la malade guérit.

Ces accidents diffèrent des lésions buccales, intestinales et rénales que l'on avait depuis longtemps signalées. Mais par contre les auteurs ont trouvé, dans les publications de ces toutes dernières années, depuis 1906, quatorze cas tout à fait identiques au leur, avec quatre morts. L'intoxication paraît n'être due ici ni à des impuretés, ni au bismuth lui-même, mais à des nitrites formés et résorbés dans l'intestin. C'est d'ailleurs la radiologie qui paraît devoir être indirectement incriminée, en ayant amené à user du sous-nitrate de bismuth dans des circonstances et avec une méthode toute différente qu'on ne le fait en thérapeutique. Dans tous les cas en effet le bismuth fut administré en vue d'une radioscopie, deux fois chez des nourrissons, quatre fois par voie rectale, plusieurs fois à doses énormes (100 grammes d'un seul coup), six fois enfin chez des malades dont le cours des matières dans l'intestin était anormal (deux sténoses de l'intestin grêle, quatre gastro-entérostomies).

Aussi les auteurs conseillent-ils de ne pas proscrire le sous-nitrate, et de continuer à utiliser en thérapeutique gastrique ses merveilleuses propriétés analgésiques ; mais en radiologie de ne pas l'employer par voie rectale, ni chez des malades atteints de sténose intestinale ou gastro-entérostomisés, ni chez des nourrissons ; il est préférable de s'adresser alors au carbonate de bismuth ou peut-être à l'oxyde de thorium.

Traitement de la filariose par l'atoxyl. — M. G.-H. LEMOINE (du Val-de-Grâce) présente un malade atteint de varices lymphatiques inguinales imputables à la filariose, comme l'a démontré l'examen du sang. Ce malade a présenté en même temps que ses tumeurs inguinales des crises fébriles (40 degrés) survenant brusquement sans cause connue, s'accompagnant de frissons violents analogues à ceux du paludisme, avec vomissements, diarrhée et douleurs intenses au niveau des paquets variqueux inguinaux. Ces crises durent deux à trois jours et disparaissent spontanément sans intervention médicamenteuse.

Le malade a trois à quatre crises semblables par an depuis 1899.

Après un premier traitement par les injections sous-cutanées d'atoxyl à la dose de 0,25 centigrammes tous les deux jours pendant vingt jours, les embryons de filaire sont devenus sensiblement moins nombreux. Les tumeurs inguinales ont été enlevées le 20 juin et l'opération a été suivie d'un nouveau traitement par l'atoxyl à la dose de 0,30 centigrammes tous les deux jours pendant un mois.

A partir de ce moment l'état général du malade s'est relevé, les crises fébriles ont complètement disparu depuis sept mois ; une prise de sang faite le 10 décembre n'a plus révélé la présence d'aucun parasite. Quelles que soient les réserves qu'on doive faire sur la persistance de la guérison, la disparition des crises fébriles, regardées par A. Laveran comme caractéristiques de la maladie, permet de considérer l'atoxyl comme un médicament susceptible d'améliorer considérablement l'état de ces malades.

MM. LE GENDRE et BRULÉ communiquent deux observations d'**ictères hémolytiques : l'un congénital, l'autre acquis.**

L'une des malades, actuellement subictérique, fait remonter le début des accidents à avril 1907 : depuis lors elle présente des poussées d'ictère avec améliorations et aggravations ; mais depuis l'enfance déjà elle est légèrement jaune et souvent anémique. L'ictère présentait tous les caractères de l'ictère hémolytique congénital : cliniquement, intégrité de l'état général, peu de symptômes anémiques, acholurie, fèces colorées, ni prurit, ni bradycardie, intégrité du foie, mais grosse splénomégalie ; hématologiquement, anémie légère, diminution du diamètre globulaire moyen, 5 p. 100 d'hématies granuleuses, pas d'auto-agglutination des hématies, sérum inactif, fragilité globulaire très accentuée.

L'autre malade, atteinte d'ictère acquis, a été prise brusquement il y a trois ans de fièvre et de vomissements, puis d'anémie et d'ictère qui persistent depuis lors, tantôt s'améliorant, tantôt s'aggravant; lors de l'examen, la malade restait à peine ictérique, mais très anémique : pas de pigments dans les urines, pas de décoloration des fèces, pas de signes d'imprégnation biliaire hépato et splénomégalie. L'examen du sang décelait une anémie de un million, avec signes de réaction médullaire intense : polichromatophilie, poïkilocytose, omisocytose avec augmentation du diamètre globulaire moyen. Les hématies granuleuses ne dépassaient pas 3 p. 100 ; la fragilité globulaire n'apparaissait qu'à certains jours et avec le procédé des hématies déplasmatisées. Par contre l'auto-agglutination des hématies restait constamment intense et rapide, prenant une véritable valeur diagnostique.

Ces deux observations contribuent donc à montrer la fixité des deux types d'ictères hémolytiques : congénital et acquis ; elles montrent aussi que cette affection est loin d'être exceptionnelle.

Adénite sporotrichosique. — M. WIDAL, au nom de M. JOSSET-MOURE, rapporte l'observation d'un malade qui a présenté une adénite inguinale sporotrichosique secondaire à des lésions de même nature du membre inférieur. L'infection mycosique inoculée au niveau d'un petit furoncle du mollet s'est propagée par voie lymphatique déterminant une éruption de gommes sur le trajet de la saphène interne avec inflammation des ganglions inguinaux.

L'examen histologique montra les ganglions profondément altérés ayant subi la transformation tuberculoïde. Bien que dans les antécédents du sujet on retrouve une pleurésie et actuellement une induration du sommet droit, l'auteur a pu conclure à la nature sporotrichosique de cette adénite.

En effet, cette adénite d'allure subaiguë a été secondaire à des gommes dont l'origine sporotrichosique prévue par leurs

caractères cliniques, a été affirmée par la sporo-agglutination, la fixation du complément et la culture.

On ne peut objecter que cette adénite était due à des infections secondaires parties des ulcérations, puisque la culture laissée à l'étuve à 37 degrés n'a donné que des colonies pures de sporotrichum.

On ne peut objecter que l'adénite était tuberculeuse malgré l'aspect tuberculoïde des lésions histologiques puisque l'inoculation au cobaye a été négative.

Cette observation permet donc d'affirmer que chez l'homme les gommes sporotrichosiques peuvent retentir sur les ganglions régionaux. Si cette infection ganglionnaire n'est pas constante, elle est possible; donc sa présence ou son absence n'a pas de valeur absolue pour porter un diagnostic de gomme sporotrichosique.

M. Juge présente des malades atteints de **cancers de diverses régions traités et améliorés par l'exérèse et la fulguration.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 23 janvier 1909)

La double ordination des cellules bordantes et la sécrétion interne de l'estomac. — MM. Carnot et Lelièvre insistent sur la topographie des cellules bordantes et sur leur double ordination, à la fois par rapport aux lumières glandulaires et aux capillaires sanguins.

La présence de fins canalicules intra-cellulaires décelables par le Golgi et l'hématoxylène au fer, l'existence de granulations intraprotoplasmiques et de filaments spirillaires en voie d'excrétion prouvent surabondamment la sécrétion glandulaire de ces cellules.

La disposition périphérique des cellules bordantes souvent séparées presque entièrement de la lumière glandulaire par les cellules principales, très régulièrement distribuées au contraire le long des capillaires sanguins, fait ressembler principalement, par des coupes transversales, la muqueuse gastrique à une glande (à sécrétion interne) dont les cellules bordantes seraient axées par rapport aux vaisseaux. Des expériences en cours semblent confirmer la réalité de cette sécrétion interne, attribuable aux cellules bordantes de l'estomac.

Valeur comparée de deux procédés de laboratoire (déviation du complément et précipito-diagnostic) en vue du diagnostic de l'échinococcose. — M. Weinberg a fait des recherches sur la valeur respective de chacune de ces deux méthodes. Les recherches ont porté sur 11 sérums de mouton et 7 sérums humains. Il résulte de cette étude que les recherches des anticorps spécifiques par la méthode de déviation du complément est plus sûre que le précipito-diagnostic, car elle a donné des indications utiles là où la recherche des précipitines avait échoué.

Au sujet du rouge neutre comme indice du colibacille. — M. A. Sicre. Le bacille pyocyanique, le bacille fluorescent putride, le bacille paratyphique B (Schottmüller), le bacille de Gärtner, le bacille enteritidis (Ærtryck, Moreele, de Nobelé) donnent dans les bouillons glucosés, lactosés ou dextrosés au neutralroth une teinte jaune avec reflets fluorescents sur fond sombre, analogue à celle que produisent les colibacilles dans ce milieu.

Le rouge neutre ne peut donc être considéré comme un indice spécifique pour déceler le colibacille.

Diagnostic de la cirrhose syphilitique du foie par la méthode de Wassermann; recherche comparée des anticorps dans le sérum et l'ascite. — MM. Ch. Esmein et Paron. Dans beaucoup de cas, la cirrhose syphilitique du foie, qui bénéficie si largement du traitement mercuriel, échappe à nos moyens d'exploration habituels. Ces cas difficiles peuvent être tranchés par l'emploi de la méthode de Wassermann, à condition qu'on recherche simultanément les anticorps dans le sérum sanguin et l'ascite des malades. Cette double investigation leur a montré la rareté de ces anticorps dans le sang de la circulation générale, et leur accumulation dans le liquide d'ascite, ce qui démontre la participation directe de cet organe au processus syphilitique.

La réaction de Wassermann est restée purement négative dans l'ascite de sujets atteints de cirrhoses diverses et de péritonite tuberculeuse. L'ascite de la cirrhose syphilitique possède donc une réaction spécifique. Cette constatation, outre son intérêt pratique, prête à des considérations importantes. Elle vient à l'appui des recherches de Levaditi sur la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien au cours du tabes pour établir que les manifestations tardives de la vérole, quel qu'en soit le siège, déterminent l'apparition d'anticorps principalement ou uniquement au voisinage de l'organe atteint. Leur caractère régional est ainsi démontré par un procédé nouveau.

A propos des anticorps spécifiques dans le sérum des malades atteints d'échinococcose. — MM. Weinberg et L. Boidin ont étudié, au point de vue de la recherche des anticorps spécifiques, le sérum de cinq malades chez lesquels les signes cliniques et hématologiques conduisaient au diagnostic possible ou probable de kyste hydatique. Ces observations qu'ils doivent à l'obligeance de MM. Chauffard et Schwartz concernent d'une part deux cas d'affections non hydatiques, la réaction de fixation fut négative, et d'autre part, trois cas de kystes hydatiques vérifiés par l'opération. Dans l'un d'eux où il n'y avait pas d'éosinophilie sanguine, la réaction de fixation était très fortement positive deux mois après l'opération bien que la malade fût cliniquement guérie; dans un autre cas la réaction était positive, mais légère, alors que l'éosinophilie sanguine était très élevée; enfin, dans un troisième, l'éosinophilie était nette, la réaction de fixation fut négative.

Il n'y a donc pas un parallélisme net entre l'éosinophilie sanguine et la présence d'anticorps spécifiques dans le sérum des malades atteints d'échinococcose.

Structure des hématies des mammifères adultes. — MM. Lelièvre et Retterer. Les hématies sphériques et hémisphériques possèdent une charpente réticulée et nucléaire, en partie basophile. A mesure que l'hématie évolue et vieillit, le réticulum devient acidophile et se confond avec la masse amorphe, acidophile, de l'hématie.

Trémulation fibrillaire du cœur du cobaye sous l'influence du chloroforme. — MM. Busquet et Pachon. Chez le lapin et chez le chien, le cœur s'arrête en diastole, dans la syncope chloroformique; chez le cobaye, l'anesthésique provoque des trémulations fibrillaires des ventricules. Ce mode particulier de réaction du cobaye est spécial au chloroforme.

Autonomie du développement de l'encéphale dans les retards de la croissance chez les jeunes enfants. — MM. Variot et Lassablière : 1° chez les enfants dont la croissance a été considérablement retardée, l'encéphale n'a pas été entravé dans son développement, mais, de même que dans l'inanition, a continué à s'accroître; 2° le squelette souffre beaucoup moins que les autres tissus du corps dans leur ensemble, puisqu'il continue à s'accroître dans des proportions relativement considérables (90 p. 100 contre 63 p. 100) par rapport au poids du corps.

Instabilité vaso-motrice provoquée par le traitement thyroïdien. — MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild rapportent le cas d'une femme de quarante-sept ans, souffrant de bronchite chronique, d'emphysème, de pseudo-asthme à crises nocturnes, atteinte de cyanose généralisée, paroxystique et d'acrocyanose continue.

Elle présentait en outre des signes d'instabilité thyroïdienne. Sous l'influence du traitement thyroïdien qui l'améliora considérablement d'une façon générale, l'acrocyanose se transforma en acro-érythrose, avec chaleur et transpirations.

Cet exemple d'instabilité vaso-motrice provoquée éclaire les cas spontanés, réalisés au maximum dans l'association de maladie de Raynaud et d'érythromélalgie.

On voit la transformation d'un état vaso-moteur d'insuffisance thyroïdienne en un état symétriquement opposé, tel qu'il existe dans la maladie de Basedow.

Le cas montre encore l'inversion des résultats par le traitement thyroïdien, suivant les états préalables, et jette quelque lumière sur la conception de la cyanose.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ANNULATION D'UNE DÉCISION DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE AU SUJET DU PRIX LACAZE EN 1906.

Le Conseil d'Etat vient d'annuler la décision par laquelle le conseil de la Faculté de médecine avait, contrairement au règlement, décerné le prix Lacaze.

C'est par un testament du 11 juillet 1866 que le docteur Lacaze a légué à la Faculté de médecine de Paris une rente annuelle de 5 000 francs dont les arrérages servent à décerner tous les deux ans un prix de 10 000 francs à l'auteur du meilleur ouvrage composé alternativement sur la phtisie et sur la fièvre typhoïde.

L'acceptation de cette libéralité a été autorisée par un décret du 27 décembre 1869.

La brochure consacrée à « la liste des prix à décerner » mentionne que les ouvrages devront être déposés au secrétariat, de midi à trois heures, avant le 15 octobre.

En 1906, le prix revenait à l'ouvrage sur la fièvre typhoïde.

Or, au 15 octobre 1905, deux mémoires seulement avaient été présentés, l'un par les docteurs Lesage et Abrami, l'autre par le docteur Odilon Martin.

Cependant ce n'est ni à l'un ni à l'autre de ces ouvrages que le prix fut décerné. Il fut accordé au docteur Achard qui ne s'était pas fait inscrire et n'avait déposé aucun mémoire au secrétariat de la Faculté. Le rapport de la commission chargée de délibérer sur le prix porte que la candidature de M. Achard s'appuyait sur un grand nombre de travaux, dont plusieurs en collaboration avec des savants connus et s'échelonnant sur une période de dix ans.

L'attribution du prix, dans ces conditions, a été l'objet d'une réclamation des docteurs Lesage et Martin, qui se sont adressés au Conseil d'Etat.

Le pourvoi se fondait sur deux moyens : méconnaissance des conditions du concours institué par les dispositions testamentaires du docteur Lacaze et violation par la Faculté d'un règlement qu'elle a elle-même édicté.

Le commissaire du gouvernement Saint-Paul, dans les conclusions qu'il a prononcées, avait fait remarquer au Conseil d'Etat que le testament ne prévoyait pas d'autre condition que d'être l'auteur du meilleur ouvrage sur la fièvre typhoïde, et que l'intention du testateur était de faire appel à toutes les capacités et à toutes les compétences, sans même exiger que l'ouvrage fût postérieur à la dernière attribution du prix.

M. Saint-Paul ajoutait que la Faculté de médecine n'avait pas transgressé son propre règlement en décernant le prix à un médecin qui n'avait déposé aucun ouvrage dans le délai importé; la brochure contenant ce règlement n'avait d'autre but, suivant lui, que de donner de la publicité à une fondation intéressant le corps médical et de fournir des renseignements nécessaires à ceux qui veulent concourir. La mention finale portant que les ouvrages devront être déposés avant le 15 octobre ne constituerait donc qu'une mesure intérieure.

Mais le Conseil d'Etat ne s'est pas rallié à ces conclusions.

L'arrêt qu'il vient de rendre constate que la Faculté de médecine, par un avis publié par ses soins et revêtu de la signature de son doyen, a fait connaître au public les conditions dans lesquelles elle attribuait en 1906 le prix dont elle disposait. Ce document spécifie que le prix sera décerné au meilleur ouvrage sur la fièvre typhoïde et que les ouvrages devront être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1905.

Le Conseil d'Etat a ajouté que « s'il appartenait au conseil de la Faculté de ne pas décerner le prix au cas où il aurait estimé que le mérite des ouvrages présentés n'était pas suffisant pour justifier l'attribution de cette récompense à leurs auteurs, il ne pouvait au mépris des règles ci-dessus rappelées, dont l'observation s'imposait à lui-même aussi bien qu'aux concurrents, donner le prix Lacaze au docteur Achard, qui n'avait présenté aucun ouvrage ».

La décision du conseil de la Faculté de médecine a donc été annulée. (*Le Temps.*)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASTHME CARDIAQUE ET LA DYSPNÉE

(Liés aux cardiopathies organiques.) — Un ou deux granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII à XXV gouttes de la solution au millième, pendant 2 à 3 jours, ou plutôt, à très faibles doses de 1/10 de milligramme 10 jours de suite. Associer la digitaline à la théobromine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 11. — JEUDI 28 JANVIER 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 28 JANVIER 1909. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 25 janvier 1909 : MM. Bouquier et Salès, 8; Garsaux, 10; Roullier, 7; Girault (Albans), 5; Maillet, 11; Petit (Henri), 10; Ecalle, 9; Desnoues, 10; Chamard, 7.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 28 janvier, à cinq heures du soir.

Anatomie. — Séance du 26 janvier : MM. Ferry (Maurice), 9; Heuyer, 8; Gutmann et Buquet, 7; de Vaugiraud et Nicaud, 10; Richard (Georges), 7; Finot, 6; Baron, 12.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 28 janvier, à huit heures du matin.

— Le jury d'anatomie informe MM. les candidats que dorénavant aucune excuse ne sera acceptée, sauf dans le cas de maladie dûment constatée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Gilbert Ballet, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à ladite Faculté.

M. Pierre Delbet, agrégé libre de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

M. Hartmann, agrégé libre de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur d'opérations et appareils à ladite Faculté.

— Par arrêté du ministre de l'Instruction publique la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Cluzet, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur de physique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

M. Rochet, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé professeur adjoint à ladite faculté.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision du 25 janvier 1909 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Bouchereau est nommé médecin-chef de l'hôpital de la Rochelle.

Médecins-majors de première classe. — MM. Lévy, passe à l'hôpit. de Nancy; Piquot, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Grenoble; Arnould, à l'hôpit. Villemanzy, à Lyon; Patte, à l'hôpit. de Sedan; Fournial, aux hôpit. de la division d'Oran.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Marty, passe au 157e d'inf.; Lhomer, au 6e d'art.; Chevron, au 149e d'inf.; Marlier, au 11e dragons; Augarde, au 100e d'inf.; Oberlé, aux hôpit. de la division d'Oran; Boitel, au 20e d'inf.; Danis, au 3e cuirassiers; Faideau, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Nice; Canel, au 140e d'inf.; Drevet, au 6e bat. de chass. à pied; Combe, aux hôpit. de la division d'Oran; Blondel, à la direction du service de santé du 12e corps d'armée; Pierre, au 159e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Séverac, passe au 151e d'inf.; Gallouin, au 33e d'inf.; Sciaux, au 16e d'art.; Perrier et Martin, aux hôpit. de la division de Constantine.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Lheureux passe au 73e d'inf.

— M. Raymond, médecin-major de deuxième classe au 16e rég. d'artillerie, est nommé répétiteur (microbiologie, parasitologie, chimie et physique biologiques) à l'école du service de santé militaire.

— A la suite des concours ouverts le 16 décembre 1908, ont été nommés, par décision ministérielle du 19 janvier 1909, élèves de l'école d'application du service de santé militaire :

Section de médecine : M. Bornecque.
Section de pharmacie : M. Loiseau.

MARINE. — MM. Veillet et Le Page, élèves du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine, sont promus au grade de médecin de troisième classe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La séance solennelle extraordinaire aura lieu le mercredi 3 février 1909, à deux heures très précises, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique.

Ordre du jour : 1° allocution du président de la Société, M. P. Dignat; 2° notice historique sur la Société de médecine et chirurgie pratiques par le secrétaire général, M. Paul Guillon; 3° éloge de Dujardin-Beaumetz par M. Bardet; 4° allocution de M. le ministre de l'Instruction publique.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 128.*)

LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE DU FOIE

ET SA RÉGULATION

Par le docteur HALLION (1),
Professeur remplaçant au Collège de France.

Parmi les produits de sécrétion interne, déversés par les organes dans le sang, on peut distinguer d'une part des substances nutritives, d'autre part des excitants fonctionnels, auxquels nous donnerons, à l'exemple de Starling, le nom d'*hormones*. C'est de ces derniers produits, vous ai-je dit, que je m'occuperai surtout dans les leçons de cet hiver.

Cependant je crois bon de vous rappeler d'abord, au moins dans les grandes lignes, l'état de nos connaissances sur la sécrétion interne du glucose, qui se réalise dans le foie et dont certaines perturbations, qui ont pour conséquence la glycosurie et le diabète, intéressent aussi bien le physiologiste que le médecin.

De toutes les fonctions de sécrétion interne, la glycogénie hépatique, dont l'étude ne remonte pourtant qu'à un demi-siècle, est la plus anciennement démontrée. De toutes, elle est aussi la mieux connue; cela tient principalement, sans doute, au génie de Claude Bernard qui a porté là sa lumière; cela tient encore à ce qu'ici le produit de sécrétion, le glucose, ainsi que le glycogène dont il dérive, est un corps bien connu, abondant, relativement facile à déceler et à doser. Aussi la fonction glycogénique représente-t-elle une sorte de schéma, dessiné avec une exceptionnelle précision, auquel nous devrons plus d'une fois nous reporter, quand nous aurons à interpréter des processus de sécrétion interne moins nettement définis.

C'est Claude Bernard, vous le savez, qui a élucidé, presque seul, cette importante question.

Avant lui, on savait simplement que le sang renferme du sucre, du glucose; il établit alors, avec Barreswill, que le glucose se trouve en abondance dans le foie, tandis que les autres organes en sont à peu près dépourvus; il constate ensuite que le sang sus-hépatique est riche en glucose chez un animal à jeun, tandis que le sang de la veine porte en contient très peu dans les mêmes conditions; enfin il réalise une expérience décisive, l'expérience classique du *foie lavé*.

Un chien est tué brusquement par lésion du bulbe. Sans perdre de temps, on abouche une canule avec le bout hépatique de la veine porte et l'on y fait passer de grandes quantités d'eau. Cette eau traverse le foie, le lave à fond et sort par les veines sus-hépatiques. D'abord le liquide entraîne de l'hémoglobine, de l'albumine, du sucre; mais au bout d'un certain temps, il sort clair, incolore, et le sucre y fait entièrement défaut. On cesse le lavage au bout de trois quarts d'heure environ. A ce moment, le foie ne contient plus aucune trace décelable de sucre; mais si on l'abandonne à lui-même, on voit au bout d'un certain temps, pourvu que la température ambiante ne soit pas trop basse, du sucre se former dans le tissu hépatique et augmenter peu à peu.

L'organe a engendré du sucre; il contenait donc, après le lavage, une substance que l'eau n'avait pas dissoute, et qui s'est tranformée ensuite en glucose, par une lente fermentation. L'intervention de la cellule vivante n'a pas été pour cela nécessaire, et d'ailleurs le tissu du foie lavé, fixé par l'alcool fort, produit aussi du sucre lorsque plus tard on l'immerge dans l'eau.

Claude Bernard soumit alors le glycogène à une étude chimique, approfondie. Enfin il montra le rôle qu'exerce le système nerveux sur la formation du sucre chez l'animal vivant.

Par cette admirable série de découvertes, l'illustre maître mettait en lumière l'existence, à peine soupçonnée jusque-là, des fonctions de sécrétion interne. Il ne manqua pas d'en signaler l'importance, il en prévit la généralité, il en donna la définition.

« La cellule sécrétoire, dit-il, attire, crée et élabore en elle-même le produit de sécrétion qu'elle verse soit au dehors sur les surfaces muqueuses, soit directement dans la masse du sang. J'ai appelé *sécrétions externes* celles qui s'écoulent au dehors et *sécrétions internes* celles qui sont versées dans le milieu organique intérieur. »

Il fait observer que les sécrétions internes sont peu connues. « Cependant, ajoute-t-il, elles ne sauraient, selon moi, être douteuses, et je pense que le sang ou autrement dit le milieu intérieur organique, doit être regardé comme un produit de sécrétion des glandes vasculaires sanguines. » Et il cite, parmi celles-ci, le corps thyroïde, les capsules surrénales « dont les fonctions, dit-il, sont encore aujourd'hui indéterminées. »

*
* *

Un fait capital, c'est que la quantité de sucre contenue dans le sang artériel reste sensiblement constante, 1 gramme 25 en moyenne, malgré l'irrégularité avec laquelle l'organisme dépense d'une part cette substance et d'autre part la reçoit.

Le sucre est consommé par les tissus, notamment par les muscles, en quantité inégale aux divers moments; de là des oscillations considérables de ses proportions dans le sang veineux. Le sucre est d'autre part absorbé en quantité variable par la muqueuse digestive, suivant l'heure et la nature des repas; de là des oscillations très marquées de la teneur en sucre dans le sang de la veine porte. C'est le foie qui, tantôt retenant le sucre absorbé en excès, tantôt sécrétant du sucre quand celui-ci tend à faire défaut, rétablit l'équilibre constamment compromis.

Les analyses comparatives du sang, au point de vue de sa teneur en sucre, dans la veine porte et dans les veines sus-hépatiques, suffisent à attester le rôle régulateur du foie, puisqu'elles démontrent la variabilité du sang qui y pénètre et la constance relative du sang qui en sort. La suppression fonctionnelle de l'organe en fournit la contre-épreuve, car elle a pour résultat un dérèglement de la glycémie. La teneur du sang sus-hépatique ou artériel en glucose perd alors toute fixité; fortement abaissée dans l'état de jeûne, elle s'élève fortement à la suite des repas et il s'ensuit de la glycosurie.

A la vérité, l'ablation chirurgicale de l'organe ou la ligature de ses vaisseaux, expérience facile à pratiquer sur certaines glandes vasculaires sanguines, est irréalisable sur le foie, chez les mammifères tout au moins. En effet cette opération, faite d'emblée, déterminerait des désordres circulatoires rapidement

(1) Leçon professée au Collège de France.

mortels, consécutifs à l'accumulation du sang dans le réseau porte. Pour éviter cet écueil, il faut établir au préalable une anastomose, la fistule d'Eck, entre veine porte et veine cave, ou susciter l'occlusion de la veine porte par une thrombose progressive et lente qui permet à la circulation collatérale de s'établir.

Mais on peut aussi provoquer expérimentalement, à l'aide de certains poisons, la suppression fonctionnelle du foie, ou simplement utiliser les cas pathologiques où les cellules hépatiques sont profondément lésées. Dans ces conditions on voit la glycémie perdre toute constance: un repas de sucre ou d'hydrates de carbone fait augmenter dans le sang la proportion du sucre, dont le trop plein est alors éliminé par le rein. Cette « glycosurie alimentaire » est recherchée par le clinicien comme indice révélateur de l'insuffisance du foie.

*
* *

Ainsi, dans l'état normal, tantôt le foie reçoit un sang pauvre en glucose, et il compense le déficit; tantôt il reçoit un sang riche en glucose, et il le décharge de son excès: ainsi remplit-il son office de régulateur. Il émet du sucre dans le premier cas, il en retient dans le second; c'est dire qu'il emmagasine du sucre en quantité variable. Sous quelle forme se fait cet emmagasinement?

Le sucre ne s'accumule pas tel quel; l'expérience du foie lavé suffit à le prouver. La réserve s'opère sous la forme d'une substance hydrocarbonée, le glycogène. De semblables approvisionnements, portant sur d'autres substances, se produisent dans les différents organes de sécrétion interne, mais l'étude en est beaucoup moins complète; c'est pourquoi, même à un point de vue général, le cas du glycogène mérite d'arrêter notre attention.

Chimiquement, le glycogène est un hydrate de carbone, qui dérive du glucose par une sorte de condensation moléculaire avec perte d'eau; c'est une anhydrose. Inversement, le glucose dérive du glycogène par dédoublement avec hydratation.

Les propriétésphysiques du glycogène, comparées à celles du glucose, sont intéressantes. Le glucose appartient à la classe des cristalloïdes; il est très soluble dans l'eau, très diffusible à travers les membranes organiques. Au contraire le glycogène, amidon animal, comme l'appelait aussi Claude Bernard, est une substance colloïdale. L'eau ne le dissout pas, mais le résout simplement en granules extrêmement petits, qui restent visibles à l'ultra microscope. Quand on parle de glycogène en solution, il s'agit en réalité d'une « pseudo-solution », et Claude Bernard, chose remarquable, l'avait déjà expressément noté; cette substance, disait-il dès 1857, « se dissout, ou plus exactement se met en suspension dans l'eau ».

Par ces propriétés, il est évident que le glycogène est particulièrement approprié au rôle de réserve; insoluble dans l'eau, incapable de diffuser, il ne peut quitter le protoplasma cellulaire qu'en se décomposant, en devenant sucre.

*
* *

Comment s'opère, dans la cellule, la transformation du glycogène en glucose, du glucose en glycogène?

La première de ces transformations est la mieux connue, parce qu'on la réalise facilement *in vitro*. On peut employer à cet effet des méthodes relativement brutales, en faisant agir par exemple sur le glycogène un acide fort, à chaud; on peut aussi recourir à des procédés qui rappellent davantage ceux de la matière vivante, en utilisant des ferments diastasiques, des amylases. Dans l'un et l'autre cas, on constate que le glycogène, au cours de l'hydrolyse progressive qui le changera totalement en glucose, fournit des composés intermédiaires: d'abord des dextrines, qui sont encore des colloïdes, ensuite du maltose, c'est-à-dire un sucre à molécule condensée, dont le glucose est le produit de dédoublement.

Il est probable — certaines données chimiques le confirment, — que dans la cellule hépatique la décomposition du glycogène s'opère ainsi par phases successives; on admet assez généralement qu'elle est l'œuvre d'un ferment soluble, aussi bien pendant la vie qu'après la mort de l'organe.

Quant à la transformation inverse, celle qui constitue du glycogène avec du glucose, elle n'est pas réalisable *in vitro*, et nous ignorons quelles sont les conditions intimes qui la rendent possible dans la cellule en vie.

La principale source du glycogène hépatique n'est autre que le glucose de provenance alimentaire, absorbé par la muqueuse digestive et charrié par la veine porte; mais cette source n'est pas la seule. D'autres hydrates de carbone, ou encore, si les circonstances l'exigent, les matières grasses et les matières albuminoïdes empruntées soit aux apports alimentaires, soit aux réserves somatiques, fournissent au foie glycogénique les éléments nécessaires à l'accomplissement de sa fonction. C'est dire que cette fonction, si essentielle, est largement assurée.

Bon nombre de substances, néanmoins, ne sont pas utilisables à ce point de vue; c'est le cas de certains sucres, par exemple, de ceux que le glucose, d'après sa formule de constitution, ne reconnaît pas pour parent. D'une façon générale, les matériaux nutritifs divers ne semblent pouvoir participer à l'édification du glycogène qu'autant qu'ils sont capables de produire du glucose par leur décomposition.

En somme, pour l'entretien des réserves glycogéniques, il y a des matériaux de choix, parmi lesquels le glucose paraît être au premier rang; ce sont ceux que le foie assimile de préférence, suivant la loi du moindre effort. D'autres exigent des élaborations préalables, et l'organe les emploie faute de mieux. Il est enfin des substances dont la structure chimique ne lui permet pas l'utilisation.

*
* *

Que le glucose, avec les substances qui lui sont chimiquement apparentées, ait, suivant le cas, une tendance à abandonner la cellule hépatique ou à s'y incorporer, c'est là le fait important pour la régulation de la glycémie. C'est chose curieuse que cette affinité spéciale de la cellule sécrétante *pour le produit même de sa sécrétion*, et nous devons nous arrêter un peu sur ce point.

La concentration du sang en glucose s'abaisse-t-elle au-dessous d'une certaine limite, une partie du glycogène hépatique, glucose condensé, se dissocie. La concentration s'élève-t-elle au-dessus de cette limite, le phénomène inverse se produit; du glucose disparaît et du glycogène se reconstitue.

La réaction se produit donc en deux sens opposés, suivant la teneur du milieu en sucre dissous; c'est une *réaction réversible*.

Ce fait, ainsi que d'autres faits du même genre

que l'on observe chez l'être vivant, mérite d'être rapproché des *réactions réversibles* que la chimie physique a étudiées *in vitro* et dont je vous rappellerai seulement un cas très simple. Considérez par exemple, à une température donnée, une solution aqueuse d'un corps quelconque, en présence d'un excès de ce même corps resté à l'état solide; la solution, vous le savez, se sature, c'est-à-dire atteint un maximum de concentration qui reste invariable. Essayez de la concentrer soit par évaporation, soit par addition de solution sursaturée, une partie du corps dissous se solidifiera, et la solution reprendra le titre primitif. Essayez de la diluer, une partie du résidu solide passera à l'état dissous, et le titre primitif, cette fois encore, se rétablira. En définitive, il se produit entre la partie solide et la partie dissoute une action réciproque qui rétablit constamment l'équilibre de la solution, dans quelque sens que cet équilibre ait été rompu.

Certes, le cas du glycogène et du sucre, dans la cellule vivante, est plus compliqué, et surtout plus difficile à analyser, que tous ceux dont les physico-chimistes se sont occupés jusqu'ici. Il ne s'agit pas de deux phases d'une même substance, mais de deux substances chimiquement différentes, quoique apparentées; l'une d'elles est un colloïde, l'autre un cristalloïde; ajoutez que divers corps, imparfaitement définis, sont présentés dans le milieu et interviennent dans la réaction. Enfin il faut considérer que le glycogène, au sein de la cellule, n'est pas à l'état libre; il est certainement engagé dans des combinaisons, dans des complexes colloïdaux dont nous ignorons la constitution. Ceci ressort non seulement de la difficulté que l'on éprouve à préparer du glycogène chimiquement pur, mais aussi et surtout de certaines données intéressantes qu'ont fourni les recherches histo-chimiques, notamment celles d'Ehrlich. Ce sont là autant de conditions que nous ne saurions, pour le moment du moins, réaliser *in vitro*; tout au plus pourrions-nous chercher à les imiter dans une certaine mesure; c'est une étude qui offrirait de l'intérêt.

Toujours est-il que, dans le foie vivant, les choses se passent comme s'il existait, entre la matière glycogène et le sucre, un équilibre physico-chimique, réglé par une tension de dissociation. On peut concevoir que la tension de dissociation, subordonnée à de multiples conditions dans la cellule hépatique vivante, soit modifiée d'une façon permanente chez certains sujets, et entraîne comme conséquence un diabète constitutionnel. L'influence du système nerveux sur l'équilibre glycémique pourrait elle-même s'interpréter de la même façon, par une variation physique du milieu intracellulaire.

* * *

Nous connaissons assez mal l'influence exercée par le système nerveux sur la plupart des organes de sécrétion interne. Mais à cet égard le foie fait exception; il occupe, dans l'ordre des sécrétions internes, la situation privilégiée qui appartient, dans l'ordre des sécrétions externes, à la glande sous-maxillaire. Aussi est-il intéressant, à un point de vue général, de considérer les rapports de la glycogénie hépatique avec les fonctions d'innervation.

Ces rapports, Claude Bernard les mit en pleine évidence par la piqûre du plancher du quatrième ventricule. On blesse légèrement, à l'aide d'une aiguille introduite par l'espace occipito-atloïdien, un point déterminé du bulbe; le sucre alors augmente rapidement dans le sang, atteint le taux de 3 grammes par litre et passe en partie dans l'urine.

L'expérience, pratiquée dans les conditions requises, donne toujours le même résultat, aussi bien chez les vertébrés inférieurs que chez les mammifères et chez les oiseaux.

L'hyperglycémie ainsi provoquée a pour cause une exagération de la sécrétion interne du sucre au niveau du foie; différents faits tendent à le montrer et une expérience de Schiff le met hors de doute. Schiff pique le bulbe chez plusieurs grenouilles et lie aussitôt les vaisseaux du foie; aucune glycosurie ne se produit. Il traite de la même manière des animaux témoins, mais en laissant la circulation hépatique se rétablir; ces animaux deviennent glycosuriques.

La piqûre exerce-t-elle sur le bulbe une excitation ou bien provoque-t-elle au contraire une paralysie, liée à une destruction de substance? C'est bien d'une excitation qu'il s'agit; Claude Bernard l'a montré. En effet, l'hyperglycémie, la glycosurie sont passagères; donc les éléments nerveux qui sont en cause n'ont pas été détruits; du reste, on peut répéter l'expérience à plusieurs reprises chez le même animal. Ajoutez que l'anesthésie générale, qui paralyse les centres, empêche la piqûre de produire son résultat habituel.

L'expérimentation avait ainsi établi qu'il existe dans le bulbe un centre glycosécrétoire localisé, dont l'excitation exagère la production du sucre par le foie. Dès lors se posaient des questions nouvelles: Par quelles voies centrifuges l'excitation se transmet-elle au foie? Le centre diabétogène bulbaire est-il unique? Réagit-il à certaines excitations sensitives? Est-il, dans les conditions ordinaires, en état de fonctionnement permanent? Quels sont enfin, dans ce dernier cas, ses excitants normaux?

La voie centrifuge la mieux établie suit la moelle épinière à partir du bulbe, puis les racines sympathiques des nerfs splanchniques et ces nerfs eux-mêmes.

En effet, quand on a interrompu ce trajet en un point quelconque, la piqûre du bulbe, aussi bien qu'une excitation du tronçon nerveux situé au-dessus de la section, n'engendre ni glycosurie, ni hyperglycémie. Au contraire, l'excitation du tronçon situé entre le niveau de la section et le foie peut produire ces deux phénomènes.

Le centre nerveux qui agit sur la glycémie est-il unique? Différents faits donnent à penser qu'il existe aussi, dans la moelle cervicale supérieure, d'autres centres glycosécrétoires. Certains physiologistes ont admis, en outre, des centres frénateurs de la glycosécrétion, c'est-à-dire antagonistes des précédents. En tout cas, le point diabètogène de Claude Bernard est le centre plus important.

Ce centre ne réagit pas seulement aux irritations directes provoquées par la piqûre, mais aussi à des excitations des nerfs sensibles. Le pneumogastrique, ainsi que le nerf dépresseur, semble mériter à cet égard une mention spéciale; son excitation détermine l'hyperglycémie et la glycosurie avec une fréquence toute particulière; mais on a obtenu également ces effets en excitant, dans le sens centripète, des filets du sympathique et un grand nombre de nerfs céphaliques ou rachidiens. Il semble donc, même en faisant la part très large aux erreurs expérimentales, que la glycosécrétion puisse être stimulée par des réflexes partis de tout organe, de toute région du corps.

Les faits pathologiques, observés chez l'homme, confirment toutes ces données de l'expérimentation. La glycosurie, le diabète, sont parfois liés soit à des lésions du névraxe, siégeant surtout dans le bulbe ou dans les régions avoisinantes, soit à des névralgies ou névrites, portant sur le nerf vague, sur le sympathique ou sur des nerfs cérébro-spinaux.

*
* *

De tous ces faits, il résulte que le centre glycosécrétoire est vivement surexcitable; mais dans l'état normal, est-il simplement au repos? N'exerce-t-il pas plutôt sur le foie une action continue, que des circonstances accidentelles ne font qu'amplifier? Autrement dit, il s'agit de savoir si ce centre glycosécrétoire jouit d'un tonus permanent.

Des recherches spéciales ont paru favorables à cette dernière hypothèse, car on a vu la sécrétion interne du sucre diminuer lorsque l'on interrompait les voies centrifuges qui relient le centre diabètogène avec le foie. C'est ainsi qu'on observe de l'hypoglycémie quand la moelle cervicale a été sectionnée au-dessous de l'émergence des phréniques; il est bon toutefois de remarquer que cette opération, tout en assurant la persistance des mouvements respiratoires, détermine des paralysies étendues, des troubles de la circulation et de la thermogénèse, des désordres nutritifs divers qui compliquent l'interprétation des faits.

La tonicité permanente du centre glycosécrétoire étant admise, on est conduit à penser qu'elle est entretenue par des excitations personnelles, provenant des organes les plus divers. Celles qui parviennent au bulbe par les deux pneumogastriques ont paru jouer un rôle particulièrement important, car la section de ces nerfs peut faire baisser la proportion du sucre dans le sang.

Il faut avouer toutefois, que cette opération produit des troubles complexes, dont il est malaisé de départager l'influence.

Une autre hypothèse a été formulée, et je pense avec M. Morat qu'elle est plausible. On sait que certains centres bulbaires sont directement impressionnés par la composition du sang qui les irrigue; ainsi un excès d'acide carbonique stimule électivement les cellules qui commandent aux muscles de la respiration; dans la régulation des fonctions respiratoires, ce mécanisme intervient. On peut supposer, par analogie, qu'un sang relativement pauvre en glucose excite le centre glycosécrétoire; ce phénomène tendrait à rétablir l'équilibre, en activant la production de glucose au niveau du foie.

Quant au mécanisme intime de l'action nerveuse, dans l'intérieur de la cellule hépatique, il faut avouer que nous l'ignorons totalement. Pflüger incline à croire qu'elle a pour résultat de libérer un excès de ferment diastasique, décomposant le glycogène; c'est là une simple supposition.

Quoi qu'il en soit, et quelque obscurité qui règne encore sur bien des points de cette question, il est démontré, par l'exemple de la glycogénie hépatique, que le système nerveux peut exercer sur la fonction de sécrétion interne une influence des plus marquées. Entre les tissus qui utilisent le produit de sécrétion et la glande qui le fournit, peuvent donc s'établir par voie réflexe des coordinations. Et si tous les territoires sensitifs paraissent capables, d'après l'ensemble des expériences, de jouer un rôle dans la glycogénie, nous ne devons pas nous en étonner, puisque tous les organes sont intéressés à l'exercice de cette fonction.

*
* *

Il n'y a pas seulement, dans les tissus, destruction du glucose. Avant de se détruire, cette substance, issue du glycogène hépatique, se transforme à nouveau en glycogène, et s'accumule sous cette forme dans la cellule même où elle sera finalement appelée à s'oxyder. Ainsi, de même qu'il existe pour l'ensemble de l'organisme une réserve centrale de glycogène, située dans le foie, de même il existe dans toutes les cellules, mais principalement dans les fibres musculaires, grandes consommatrices d'énergie, des dépôts périphériques de ce même corps.

Ces dépôts périphériques se constituent aux dépens du glucose du sang, et par suite aux dépens du glycogène du foie. Quand un travail mécanique intense et persistant a épuisé le glycogène des muscles, le foie s'épuise aussi consécutivement. Quand un animal est soumis à une inanition prolongée, il en est de même. Après la reprise de l'alimentation, c'est le foie d'abord et surtout qui restaure sa réserve, les tissus ensuite. Ainsi, dans l'état physiologique moyen, il existe entre les deux localisations du glycogène, un équilibre, qui tend toujours à se rétablir quand des causes quelconques sont venues le troubler.

Le système nerveux contribue-t-il à cet équilibre d'une façon permanente et continue? C'est possible et même probable. Remarquez toutefois que l'on peut très bien imaginer une régulation réciproque des réserves glycogéniques sans recourir à son intervention, je croirais volontiers que l'équilibre est surtout déterminé par le jeu des affinités physico-chimiques entre le sucre du sang d'une part, et d'autre part le glycogène intra-cellulaire, ou plutôt les complexes intra-cellulaires auxquels le glycogène est incorporé. Peut-être le système nerveux intervient-il surtout de façon éventuelle, dans des situations qui réclament un effort glycosécrétoire d'une grande énergie ou d'une exceptionnelle rapidité.

MÉDECINE PRATIQUE

LE RÉCHAUFFEMENT DES NOURRISSONS PRÉMATURÉS PAR L'ENVELOPPEMENT AVEC DU TAFFETAS GOMMÉ

M. le docteur Henri Dufour a préconisé, devant la Société de pédiatrie, un procédé qui a pour but de remplacer la couveuse artificielle, dont les inconvénients principaux sont le prix élevé, le procédé de chauffage souvent défectueux et les résultats irréguliers donnés pour l'élevage; aussi depuis huit mois, M. Dufour s'est-il arrêté à la pratique suivante que nous citons d'après le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

L'enfant, étant langé et habillé comme de coutume, est enveloppé, sauf la tête, dans une grande feuille de taffetas gommé. Il en est sorti pour être nettoyé; mais il séjourne dans son taffetas vingt-quatre heures par jour ou douze heures au moins, suivant les besoins de sa température.

Dans le taffetas, la température monte, allant quelquefois, mais rarement, au delà du degré normal. Mais l'expérience a montré qu'avec un peu de surveillance on pouvait tirer grand profit de ce procédé. Il permet de se passer de couveuses. Sous le taffetas, la peau de l'enfant est souvent légèrement humide; il suffit de l'essuyer, mais jamais on n'a vu survenir de complications cutanées par suite de la moiteur de la peau.

On peut mitiger l'enveloppement en perforant le taffetas

de place en place, de façon à donner un certain degré d'aération. Les avantages de cet enveloppement sont : la modicité de son prix et son côté pratique, qui le rend utilisable dans tous les milieux.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1909)

L'emploi des arsenicaux en agriculture. — La discussion se poursuit; nous nous trouvons en présence de deux camps bien tranchés, celui des partisans, avec la commission, de l'interdiction absolue et celui des partisans de la réglementation. Les arguments invoqués par ces derniers ont bien leur valeur.

M. WEISS, dans une excellente argumentation, nous représente la situation misérable des viticulteurs du Midi. Allons-nous, dit-il, les priver du moyen le plus efficace pour sauver leurs récoltes? Comparant ce qui se passe actuellement dans l'industrie viticole avec ce qui se passe dans l'industrie électrique, il fait observer que les accidents qui se produisent dans ces industries ne sont pas une raison de les supprimer. Pour ce qui est du blanc de céruse, M. Dieulafoy a fait une enquête pour la consultation que lui a demandée le Sénat. Il a réuni des observations positives et le blanc de céruse peut être facilement remplacé. Quant à l'emploi des arsenicaux en agriculture, où sont les accidents? Où sont les observations réellement démonstratives? Par quoi remplacerez-vous les arsenicaux? M. Weiss communique une lettre du professeur Rambaud (de Montpellier) qui dit qu'il faut à tout prix sauver la vigne. L'Académie encourerait donc une bien lourde responsabilité en supprimant un excellent moyen de la conserver. Contre ce moyen nous n'avons jusqu'ici que des présomptions et non des preuves. M. Weiss conclut à une demande d'enquête.

M. LINOSSIER se rallie à cette conclusion. De tous côtés, dit-il, les sociétés d'agriculture protestent contre la suppression des sels arsenicaux. A l'hôpital d'Alger, en mars, il y a eu 9 malades qui ont présenté des troubles attribuables à l'arsenic. Tous ont guéri. M. Linossier est d'avis qu'on tolère l'emploi de l'arsenic et qu'on demande sa réglementation.

M. CAZENEUVE estime que cette réglementation est impossible. La misère du Midi tient à la surproduction et à la mévente des vins et non à la maladie de la vigne. L'arsenic pourra être remplacé par d'autres moyens. Quoi qu'on en dise, les accidents d'empoisonnement se multiplient. Il faut arriver à l'interdiction.

C'est aussi l'avis de M. GAUTHIER qui fait observer que non seulement la vigne, mais aussi les légumes et les arbres fruitiers seront traités par l'arsenic. Il y a là un réel danger que l'Académie ne peut pas admettre.

M. RAILLET, à la Société d'agriculture, a défendu les opinions de MM. Gauthier, Moureu et Cazeneuve. Il a soulevé une protestation générale. A côté de la question d'hygiène, il y a une question économique de la plus haute importance. Rien ne peut remplacer les sels arsenicaux qui sont très efficaces.

M MOUREU, rapporteur de la commission, produit un grand nombre de faits, d'examens de vins qui plaident en faveur de la conclusion de la commission. Il maintient donc ses premières conclusions.

La défense sanitaire en Suède et en Norvège. — M. COURMONT (de Lyon) fait une très intéressante communication sur l'organisation de la défense sanitaire en Suède et en Norvège où la mortalité, grâce à cette défense, est tombée de 17 à 13 p. 1000, alors qu'en France elle est encore de 20 p. 1000.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1909)

Malades traités par la fulguration. (Présentation de malades.) — M. JUGE (de Marseille) présente une série de malades atteints de cancers graves qu'il a traités avec succès par la méthode de fulguration. Tous ces malades ont subi une exérèse très parcimonieuse, suivie de fulguration et ont guéri rapidement. Actuellement, leurs cicatrices sont parfaites.

Parmi ces malades, il en est un qui, porteur d'un véritable collier cancéreux autour de la bouche, trois fois récidivé après opération chirurgicale, se trouve actuellement en pleine voie de cicatrisation et son état général est excellent. Les douleurs qui étaient atroces ont complètement disparu.

Renouvellement des tissus, rajeunissement des fonctions. — M. LOMBARD. La cure du docteur Guelpa est une cure naturiste et d'élimination ; la purgation est utile dans nombre de maladies chroniques ou aiguës, elle n'est jamais insuffisante, parce que l'élimination se fait toujours par les urines ou les fèces. Elle est surtout analogue à une injection saline. Quant au jeûne, il est utile en raison de la leucocytose qu'on observe dans les maladies, et les leucocytes se chargent des produits toxiques endogènes ou exogènes.

M. Louis RÉGIS. La cure du docteur Guelpa appuyée sur des faits scientifiquement contrôlés rend au jeûne et à la purgation la place qu'ils méritaient en thérapeutique générale, elle démontre la nécessité absolue de réagir contre l'idée de la purgation : danger social.

M. GODLEWSKI, quoique partisan du principe de la méthode du docteur Guelpa, rappelle l'état des malades atteints de fièvre typhoïde qui, autrefois, étaient soumis à une privation d'aliments pendant toute la maladie. Réduits à l'état de squelette, ils avaient une convalescence longue et dangereuse. Dans les maladies chroniques, la désintoxication par les purgations et le régime lacto-végétarien, produit des effets analogues à ceux qu'a observés M. Guelpa, et est généralement mieux acceptée que la privation absolue d'aliments.

M. ROUBINOVITCH fait remarquer que la pratique neurologique et psychiatrique démontre les effets désastreux des diètes volontaires accompagnées de purgations plus ou moins répétées chez des malades hystériques, neurasthéniques, mélancoliques ou persécutés atteints de la phobie des aliments ou bien cherchant à se suicider par l'abstention de toute nourriture.

Pour les sauver, il est indispensable de les alimenter de force et même de les suralimenter.

M. CAYLA demande à M. Régis de déterminer les conditions et la durée du jeûne.

De l'emploi de l'argent colloïdal dans l'infection puerpérale. — M. THEUVENY a traité les infections puerpérales ayant résisté à la thérapeutique courante (injections intra-utérines, curettages, etc.) par les préparations à l'argent colloïdal. Après s'être servi sans succès appréciable successivement de pommades au collargol, de pansements intra-utérins aux solutions de collargol, d'électrargol, de métabiases (argent colloïdal non isotonique) d'injections intra-utérines avec ces mêmes solutions, il pense que seules les injections intra-veineuses de solutions d'argent (électrargol ou métabiases) sont susceptibles d'amener de bons résultats.

M. Georges ROSENTHAL, à la suite de recherches de laboratoire, croit utile d'employer des doses beaucoup plus fortes d'électrargol atteignant 100 à 200 centimètres cubes par vingt-quatre heures.

M. DARTIGUES ne croit pas à l'utilité du traitement local par l'électrargol ; pour lui, le traitement local doit être purement mécanique et détersif. Il n'y a d'utile que le curettage et les lavages, peu importent les solutions, ce qu'il y a d'important n'est pas ce que l'on met dans l'utérus, mais ce que l'on en retire par un curettage soigné et vraiment complet.

Tables et maisons de régime. — M. JOLY (de Bagnoles-de-l'Orne). Le régime alimentaire est le complément indis-

pensable de la cure thermale. Le médecin doit pour chaque cas particulier ordonner le régime comme il ordonne le traitement thermal. Il faut que dans les stations, le régime d'exception soit celui qui n'est pas thérapeutique.

MM Maurice Faure et Marcel Labbé présentent des conclusions sur l'organisation des tables et maisons de régime dont il résulte que les médecins d'aujourd'hui ne doivent plus se contenter de formuler des régimes alimentaires, ils doivent veiller à leur application et avoir à leur disposition l'outillage nécessaire pour assurer cette application.

M. Mazeran, rapporteur de la question des régimes, avant de présenter les conclusions, tient à remercier le docteur Ch. Leroux, protagoniste de la discussion qui a eu son retentissement non seulement en France, mais à l'étranger. Puis, d'accord avec les docteurs Marcel Labbé et Maurice Faure, il dépose ses conclusions.

CORRESPONDANCE

LE MASSAGE DEVANT LA RÉTENTION PROSTATIQUE

La Société de médecine de Paris vient de consacrer une séance à discuter le traitement de la rétention prostatique (1). Il semble que les auteurs aient complètement oublié à ce sujet la méthode si simple proposée l'an dernier à la Société de médecine de Paris par le docteur Reignier (de Surgères).

L'auteur du procédé n'ayant pu prendre part à la discussion nous écrit :

« Le procédé que j'avais découvert a été tenté et n'a pas réussi. J'ajoute : s'il n'a pas réussi, c'est qu'il a été mal appliqué. Masser une vessie et avoir un résultat, n'est pas aussi banal qu'on se le figure... Prenez d'abord un rétentionniste qui ne soit pas trop avancé (100 grammes par exemple) chez lequel les fibres musculaires de la vessie ne soient pas éteintes. Abordez-le le matin au réveil. Faites-le masser et palpez. A travers les parois de l'abdomen, si vous savez les assouplir, vous trouverez la masse vésicale en tension, ne vous portez pas sur elle tout d'abord Faites de l'affleurement sur tout l'abdomen, puis du pétrissage. Faites circuler les masses fécales que vous rencontrez sous le doigt. Agacez l'intestin avec le bout des doigts installés en triangle. Faites faire au porteur additionnellement sept ou huit mouvements de gymnastique abdominale, les mains placées vers l'occiput, et après ces manœuvres préliminaires, abordez directement la vessie, par affleurement d'abord, par pression ensuite plus active de la région ombilicale au pubis en arrivant à presser l'organe, et enfin par tapotement. Aussitôt que le besoin d'uriner se fait sentir et même sans qu'il se produise, priez le malade d'uriner; 9 fois sur 10 il le fera délibérément. Si l'effet n'aboutit pas, qu'il persiste après quelques tâtonnements, il arrivera, à moins que la rétention ait été trop négligée. Il appartiendra au médecin prévenu de hâter l'application du moyen à l'origine de l'affection et par l'intervention éminemment simple que je conseille de maintenir la vessie en activité quotidienne et de la vider en totalité une fois dans les vingt-quatre heures.

Il est infiniment préférable que le malade se masse lui-même, ce qui est facile, et essaye d'uriner sans témoin. Les phobiques de la vessie ne sont pas rares et pour la sûreté du procédé, il y a tout intérêt à abandonner le malade à lui-même. Ai-je besoin de rappeler ici l'emploi d'une hygiène rigoureuse, le choix des aliments, le départ de tous les excès. Les maîtres en urologie qui nous pressent de tous les côtés ont établi la formule et mérité la reconnaissance de tous les prostatiques par la sagacité de leurs conseils si généralement peu suivis. Si je tente cette nouvelle diffusion d'une découverte modeste, c'est que je crois profondément que les résultats en seront considérables, qu'il y a un intérêt majeur à enlever les prostatiques aux nécessités d'une sonde fatalement infectante, que cette diffusion nouvelle m'eût été épargnée si les représentants autorisés d'une science où je n'arrive qu'à titre épisodique, s'étaient attelés davantage à l'*utile dulci* de ma méthode, méthode qui, comme la sonde, doit être quotidienne comme application, qui n'a pas la prétention de guérir, mais de vider sûrement la vessie et de maintenir en même temps sa vitalité. J'aurais été heureux qu'ils s'en emparassent pour l'utilité même et unique des malheureux prostatiques, condamnés à ne plus sortir après leur direction, sans une sonde dans le portefeuille. Laissant au besoin de côté ma personnalité non officielle, je ne me serais point offensé de n'être pas cité, il y a tant de cas où la mémoire fait défaut.

Dr Reignier (de Surgères),
Membre correspondant de la Société de médecine de Paris. »

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 2, p. 19.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Abadie (de Mirande), Alphant (de Pernes), Armet (de Sallèles-d'Aude), Audoly (de Beausoleil), Barral (de Nîmes), Barbellion et Benoist de la Grandière (de Paris), Berquet (de Calais) Berthe (de Gagny), Bessette (d'Angoulême), Binet-Sanglé, Blacque, Albert Bloch et Emmanuel Bloch (de Paris), Bonnet (d'Oran), Bret (de Lyon), Briand (de la Rochelle), Brillaud (de Bressuire), Caboche (de Paris), Carbou (de Carcassonne), Cassoute (de Marseille), Cauvin (de Nice), Cénac (de Lombez), Chabert (de Seiches), Charon (de Mostaganem), Charpentier (de Paris), Clarou (du Vigan), Coiffier (du Puy), Colas-Pelletier (de Vannes), Combe et Coyon (de Paris), Daleine (de Noisy-le-Sec), Dantan (de Paris), Delaunay (de Montbazon), Delbecque (de Brûs-sous-Forges), Desse (d'Amélie-les-Bains), Devis (de Paris), Dodero (de Bron), Dolard (de Lyon-Villeurbanne), Dubourg (d'Orignes), Duchesne (de Paris), Ernous (de la Chartre-sur-Loir), Fabre (d'Astaffort), Faure (de Lamalou-les-Bains), Flammarion (de Paris), Fontanille (de Saint-Projet), Forichon (de Montet), Fourrier (d'Auboué), François, dit Jonchères (de Saint-Jean-d'Angély), Garrigues (de Paris), Gasser (d'Oran), Gaudrez (de Montreuil-Bellay), Girot (de Tillières-sur-Avre), Grégoire (de Tergnier), Grinda (de Nice), Gröll (de Grenoble), Guesdron (de Buzançais), Guillemin (de la Rochelle), Heims (de Paris), Homery (de Bourges), Journiac (de Paris), Lafont (de Clermont-Ferrand), Laumet (de Troyes), Lelu (de Paris), Lerat (d'Evreux), Leray (de Paris), Lesieur (de Lyon), Letourneur (de Paris) Letoux (de Vannes), Levrier (de Bordeaux), Louart (de Paris), Martinot (de Paris), Marty (d'Aix-les-Bains), Mary (de Paris), Masqueray (d'Auffay), Mayet (de Lyon), Meunier (de Sully-sur Loire), Meynard (de Marines), Millet-Lacombe (de Saint-Pardoux-la-Rivière), Monsseaux (de Paris), Morin (de Morancé), Paris (de Chantonnay), Pavie (de Villemonble), Pethiot (du Conquet), Peyronnet (de Carcassonne), Plaignard (de Marseille), Potdevin (de Paris), Quintrie (de Bordeaux), Rastouil (de la Rochelle), Ravailler (de Saint-Amand-de-Vendôme), Rocaz (de Bordeaux), Royer (de Boulogne-sur-Seine), Rozier (de Pont-de-Cé), Rumeau (de Pamiers), Stourne (de Lyon), Talon (d'Arles), Tesseire et Terrien (de Paris), Teulon (d'Aigues-Vives), Tucker (de Paris), Vidal (de Mussidan).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Abadie (d'Oran), Abrial (du Puy), Alaux (d'Espalion), Allemand (de Cours), Améric (de Toulouse), Amigues (de Peyriac-de-Mer), Antoine (de Branne), Ardenne (de Bordeaux), Arnoux et Barbier (de Paris), Barre (de Mosnes), Baude (de Coiney), Bauduin (de Lens), Becquembois (d'Alençon), Bellanger (de Fougeré), Bériel (de Lyon), Bérigaud (de Paris), Bernard de Olivaira (de Vauvert), Béruel et Bezou (de Paris), Blazy (de Saint-Jean-de-Luz), Borde (de Paris). Bourbon (de Troyes), Bruguerolle (d'Alais), Brunet (de Saint-Paul-les-Dax), Cabiran (de Seissan), Cade (de Lyon), Callet (de Fontenay-aux-Roses), de Cambiaire (de Gayet), Caminade (de Lyon), Carpentier et Cauzard (de Paris), Cazal (de Toulouse), Cep (de Saliès-du-Salat), Chadefaux (de la Bourboule), Chapard (de Paris), Chapron (de Sens), Charles (d'Auriol), Chaumet (de Paris), Chausseude (du Monastier). Ciaudo (de Nice), Cieutat (de Loures Barousse), Clermonthe (de Paris), Coussinou (de Gonesse), Crémieux (de Cette), Cros (de Mascara), Darras (de Saint-Omer), Davenière et David (de Paris),

Degrave (de Lagrasse), Dejouany (de Vincennes), Delarras (de Fours), Delmont-Bébet (de Paris), Delord (de Nîmes), Denoyer (de Lucenay-les-Aix), Desandré (de Paris), Deschamps (d'Henrichemont), Devé (de Paris), Devoir (de Villeneuve-sur-Yonne), Duffaud (de Toulouse), Dumas (de Thiers), Dupont (de Montoussé), Durban (de Gaillac), Dutauziet et Ely (de Paris), Enon (d'Argenton-l'Eglise), Faucheraud, médecin-major de première classe de la marine; Faure (de Châtel-de-Neuvre), Ferester (de Saint-Pierre-de-Plesguen), Frison et Funck (de Paris), Gachon (de Marsillargues), Gadreau (de Vautebais). Gardette (de Châtel-Guyon), Gasne et Maurice Gauja (de Paris), Pierre Gauja (de Bordeaux), Gaussorgues (d'Anduze), Gavaudan (de Villeneuve-les-Béziers), Girard (de Châtillon-sur-Marne), Gorce (de Préveranges), Gourçon (de Cognac), Grolhoux (de Nantiat), Guyard (de Bléneau), Heitz-Boyer et Hérard (de Paris), Hue (de Rouen), Julien, Kahn et Karth (de Paris), Kérandel, médecin-major de première classe des troupes coloniales; Labbé (de Roubaix), Labussière (de Paris), Lamothe (de Gramat), Larrieu (de Sévignac), Lavie (d'Ondres), Le Berre (de Pontrieux), Leclerc (de Paris), Edmond Lefèvre (de Fumay), Gaston Lefèvre, Lemaire, Le Renard, Leroux et Lecuyer (de Paris), Lévy, médecin-major à l'hôpital militaire de Belfort; Lindegger (de Levallois-Perret), Magendie-Huste (d'Oloron), Maissonnay (de l'Isle-Jourdain), Malméjac (de Paris), Marcailhou-d'Aymeric (de Toulouse), Marciteau (des Herbiers), Margain (de Paris), Marrot (de Foix), Fernand Martin (de la Rochelle), Raymond Martin (de Rolampont), Martin Saint-Laurent (de Paris), Eugène Masson (de Tilly-sur-Seulles), René Masson (d'Aix-en-Othe), Matza, médecin de la bibliothèque Mazarine; Maurin (de Clans), Mauté, Mayard et Meillère (de Paris), Millermann (de Senlis), Minguet-Aubas (de Rethel), Mollin (de Mareuil-le-Pont), Morellet et Moundlic (de Paris), Noirot (de Neuilly-Saint-Front), Ortel (de Paris), Pain (de Mayenne), Pané (de Toulon), Parmentier (de Saint-Germain-l'Herm), Parrot (de Paris), Périvier (de Civray), Perrin, médecin aide-major de première classe à la compagnie saharienne de Colomb-Béchar; Peyronie (de Lapleau), Frédéric Picard et René Picard (de Paris), Pillet (de Niort), Potheau (de Dijon), Potiez (du Vésinet), Prévost (de Remvez), Prigent, médecin de la marine; Privat (d'Avignon), Quéneudec (de Plomodiern), Rainguet (de Poitiers), Reinhold (de Paris), Resnier (de Brigueil-le-Chantre), Rétif (de Moret-sur-Loing), Richard (de Pithiviers), Ricoux (de Fains), Robin (de Saint-Hilaire-de-Villefranche), Rousseau (de Pithiviers), Sarazin (de Lacouture), Sarrazin (de Monségur), Sognies (de Nancy), Streletski (de Paris), Subercaze (de la Ferté-Alais), Tarrène (de Sauveterre), Texier (d'Alzac), Theulet-Luzié (de Saint-Alvère), Thionnet (de Fresselines), Thorel et Tilloy (de Paris), Tournier (de Blida), Turon (de Saint-Médard-en-Jalles), Valençon (de Melun), Verdier et Viard (de Paris), Vigné (du Havre), Vivien et Zenatti (de Paris).

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La séance de la Société de l'internat aura lieu le jeudi 28 janvier, à quatre heures et demie du soir, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

A cinq heures et demie, conférence par M. Chaput sur « la rachistovaïnisation ».

CONFÉRENCE D'INTERNAT. — MM. Jacob et Mock, internes des hôpitaux, commenceront une conférence privée d'internat le lundi 1er février.

S'adresser à la Salpêtrière.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE LA LANGUE (1)

COMPLICATIONS. — Elles sont nombreuses et pour la plupart dues à des infections secondaires qui se font au niveau de l'ulcération.

Les hémorragies sont souvent petites mais répétées, presque incessantes, par lésions des néocapillaires de la tumeur. Plus rarement, on observe de grosses hémorragies par ulcération de vaisseaux importants, le plus souvent d'une artère linguale, exceptionnellement d'une carotide.

Les phlegmons circonscrits ou diffus dans le plancher de la bouche ou dans les régions ganglionnaires ne sont pas rares. Lorsque l'infiltration gagne les piliers et le larynx on peut observer des œdèmes de la glotte entraînant la mort par asphyxie.

Enfin les pneumonies de déglutition sont une des terminaisons les plus fréquentes du cancer de la langue. Presque toujours de nature gangréneuse, ces pseudo-pneumonies sont la conséquence du passage dans les voies aériennes de débris sphacélés de la tumeur.

Le *pronostic* est donc extrêmement grave. Cependant les interventions larges avec curage ganglionnaire telles qu'on les fait depuis quelques années le rendent beaucoup moins sombre, et même dans les cas de récidive suppriment ou atténuent singulièrement les troubles fonctionnels.

DIAGNOSTIC. — Relativement plus facile à la période d'ulcération le diagnostic est souvent très délicat au début. Or il importe de le faire le plus rapidement possible, la précocité de l'intervention étant une des principales conditions de son succès.

I. Au début. — 1° Une *leucoplasie linguale* subissant la transformation épithéliomateuse, il est toujours très difficile de reconnaître le moment où l'on a affaire à du cancer avant que les signes physiques deviennent évidents. L'apparition, en un point d'un aspect papillomateux, d'exulcérations rebelles aux traitements anodins, l'induration de la plaque et un peu plus tard des tissus sous-jacents doivent rendre la leucoplasie suspecte et en commander l'extirpation immédiate et large (Morestin) suivie, bien entendu, d'un examen histologique.

2° Une *tumeur non ulcérée* peut être dans certains cas confondue avec d'autres tumeurs intra-linguales. Les *kystes*, *fibromes*, *lipomes*, *angiomes*, etc., ne ressemblent guère au cancer, ils sont souvent trop gros quand on les découvre pour être pris pour de l'épithélioma.

Les *glossites tertiaires* scléreuses ou scléro-gommeuses peuvent faire hésiter, mais il y a généralement des lésions fissuraires de la muqueuse, pas d'adénopathie, pas ou peu de douleur. Le traitement iodurомercuriel peut être institué dans les cas douteux, mais d'une façon très prudente et très courte (pas plus de quinze jours) à cause du coup de fouet qu'un traitement intensif donne presque toujours à l'évolution du néoplasme et du préjudice qu'entraîne au point de vue de l'intervention un retard prolongé.

Mentionnons des raretés telles que le *lymphadénome* qui siège à la base de la langue et s'accompagne d'hypertrophie d'autres organes lymphoïdes. Le *sarcome* est presque impossible à diagnostiquer avant l'ulcération. On ne le confondra pas avec une tumeur épithéliale qui fait corps avec la muqueuse.

II. A la période d'ulcération. — On peut pratiquement être arrêté par certains cas :

1° Les *ulcérations dentaires* sont fréquentes et la présence d'un chicot n'élimine pas le néoplasme, l'irritation qu'il provoque ayant pu être la cause occasionnelle de celui-ci. Mais l'ulcération dentaire siège sur le bord, son grand axe est antéro-postérieur, son fond peu creusé sans bourgeon ni sanie; l'induration quand elle existe est superficielle et la douleur souvent vive ne s'accompagne pas d'otalgie. La suppression ou le limage de la dent entraînera enfin la guérison.

2° Les *ulcérations tuberculeuses* sont caractéristiques d'après Trélat. Multiples, siégeant souvent aussi sur les joues ou le

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 8, p. 93.

pharynx, étalées en surface, avec des bords décollés et sans tumeur sous-jacente notable, entourées d'un semis de grains jaunâtres elles ne peuvent être prises pour des lésions cancéreuses. On les trouve d'ailleurs le plus souvent chez des phtisiques avérés. Au besoin l'examen microscopique, les cultures et les inoculations après biopsie ou raclage confirmeront le diagnostic.

3° La *syphilis* peut simuler le cancer surtout à la période tertiaire. Le chancre est généralement unique, lisse, arrondi sur une base parcheminée, accompagné d'une pléiade ganglionnaire. Cependant il n'est pas indolent comme dans d'autres régions (Dieulafoy), l'évolution dans les cas douteux jugera vite la question.

Il en est de même des accidents secondaires.

Les *gommes ulcérées* peuvent mieux donner le change. Cependant d'après Fournier l'ulcère gommeux est petit, très creux, taillé à l'emporte-pièce dans des tissus infiltrés; son fond est tapissé d'un enduit adhérent blanc jaunâtre. Les ganglions sont souvent indemnes et on trouve généralement dans la langue d'autres gommes crues (langue bourrée de noisettes). Ici encore les mêmes réserves s'imposent pour ce qui est du traitement d'épreuve.

4° Le *sarcome*, exceptionnel, présente une tumeur profonde ayant refoulé et ulcéré la muqueuse; celle-ci porte une ulcération à bords amincis, décollés, d'où fait saillie en fungus la tumeur.

5° L'*actinomycose*, rare aussi, n'est différenciable que par l'examen microscopique de ses grains jaunes; elle siège généralement à la pointe.

TRAITEMENT. — Le seul traitement curatif est l'ablation large des lésions avec extirpation des ganglions correspondants. Les indications opératoires se sont beaucoup élargies depuis Trélat qui n'opérait que les cas très limités et sans infection ganglionnaire. Elles sont cependant encore souvent difficiles à poser. Il faudra se baser sur l'étendue des lésions, leur propagation au pharynx, au plancher, au maxillaire et aussi sur l'état du sujet, son âge et sa résistance probable à un choc opératoire qui peut être considérable.

L'ablation devra toujours dépasser largement les limites de la lésion.

Voies d'abord. — On a employé plusieurs *voies artificielles*. La voie maxillaire médiane ou latérale après section de l'arc maxillaire donne un jour assez large mais présente une certaine gravité. La voie transhyoïdienne a été rarement employée pour des cancers de la base. La *voie sus-hyoïdienne* semble être la meilleure. Elle permet d'enlever les ganglions et la glande sous-maxillaire; puis pénétrant dans la bouche ou effondrant le plancher, on luxe la langue dans la plaie et on en extirpe la partie néoplasique. La *voie naturelle* peut être souvent employée pour des cancers assez limités, n'ayant pas envahi le plancher de la bouche. Certains auteurs complètent cette technique en débridant la commissure labiale, mais ce débridement génien est loin de donner tout le jour désirable (Morestin). Après ablation on suturera la plaie linguale aussi exactement que possible.

Curage ganglionnaire. — Il constitue une partie essentielle de l'opération depuis que Poirier en a mis en lumière toute l'importance. Il faut enlever tous les ganglions sous-maxillaires et carotidiens avec leur atmosphère celluleuse, disséquer par conséquent après une vaste incision en T tout le paquet vasculo-nerveux du cou. Le curage doit être bilatéral d'après Poirier. On fera en même temps la ligature de la carotide externe et de la linguale. Cette hémostase préventive facilitera beaucoup l'intervention.

Mais l'ablation simultanée de la tumeur et des ganglions par voie sus-hyoïdienne a le gros inconvénient de faire communiquer avec la bouche la vaste plaie résultant de la dissection du cou. Les infections qui se font par ce moyen ont entraîné souvent une très grosse aggravation des suites opératoires et même une issue fatale. Aussi on s'accorde maintenant pour faire l'*opération en deux temps* qui donne des résultats beaucoup meilleurs. On enlève le néoplasme par voie buccale sans toucher au plancher ni au maxillaire, sauf les cas très graves où ils sont envahis par l'infiltration néoplasique. Puis dans un second temps, une quinzaine de jours après, on enlève les ganglions. Il serait même préférable de commencer par le curage ganglionnaire pour lier les carotides externes et les linguales. On pourrait alors dans les cas assez limités faire, immédiatement après, le temps lingual, le plancher restant comme barrière à l'infection d'origine buccale (J.-L. Faure).

L'*alimentation* dans les premiers jours sera assurée au besoin avec une sonde œsophagienne.

La *trachéotomie préventive* a été surtout employée en Allemagne. Elle permettrait le tamponnement du pharynx et éviterait l'inhalation de sang et de débris septiques. Mais elle expose à ses complications broncho-pulmonaires ordinaires. On ne la fait généralement en France que si le besoin s'en fait sentir au cours de l'opération. On fait souvent une laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par ponction. Elle sera surtout utile dans les cancers très postérieurs ayant envahi le pharynx.

En résumé, sauf dans ces derniers cas qui sont peu fréquents et qui nécessiteront la voie sus-hyoïdienne on fera l'opération en deux temps : 1° curage ganglionnaire bilatéral avec ligature des carotides externes et des linguales; 2° ablation de la tumeur par voie buccale. L'intervention sera toujours préparée par des irrigations fréquentes et une désinfection soigneuse de la bouche et des dents.

Traitement palliatif. — Dans les cas absolument inopérables il faudra atténuer les inconvénients. L'odeur sera diminuée par des irrigations fréquentes et des attouchements à l'iodoforme ou à l'acide chromique. Contre la douleur, les injections de cocaïne et au besoin la section du nerf lingual agissent efficacement. On est souvent obligé d'employer la morphine. Enfin les hémorragies parfois abondantes résisteront aux applications d'antipyrine, de cocaïne ou de fer rouge et pourront nécessiter une ligature de la linguale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — A la suite de la mort du professeur Berger, de la démission du professeur Le Dentu et de l'admission à l'honorariat de M. Campenon, les mutations suivantes auront lieu le 1er mars dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris :

M. Delbet va à Necker, M. Demoulin à la Charité, M. Legueu à Laënnec, M. Rieffel à Saint-Louis, M. Mauclaire à la Charité, M. Morestin à Tenon, MM. Launay et Auvray à la maison Dubois, M. Riche à Saint-Louis (service des enfants), M. Michon à Cochin-annexe (ancien hôpital Ricord), M. Savariaud à Trousseau, M. Ombrédanne à Ivry et M. Robineau à Bicêtre.

— Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 28 janvier 1909 : MM. Tzanck, 10; Bailleul, 6; Amaudrut, 7; Viel (Emile), 9; Girard, 8; Jacquet, 7; Wallimann, 5; Schneider, 7; Bruslé, 9.

La prochaine séance aura lieu le samedi 30 janvier, à huit heures du matin.

Avis. — La séance de la section de pathologie, qui devait avoir lieu jeudi 28 janvier, à cinq heures, a été reportée au vendredi 29, à la même heure.

— Concours pour une place de médecin a l'hospice de Brézin. — *Epreuve écrite.* — Question donnée : « Rapports des reins. Causes, signes et diagnostic de l'hydronéphrose. »

Questions restées dans l'urne : « Prostate, hématurie. — Muqueuse linguale. Diagnostic des ulcérations de la langue. »

Ont remis une copie : MM. Brissy, Byasson, Estrada, Huguet, Jacquemin et Rolet,

L'ORGANISATION DU STAGE HOSPITALIER. — Un décret en date du 26 janvier 1909 réorganise le stage hospitalier ainsi qu'il suit :

Article premier. — Les facultés et écoles de médecine assurent l'enseignement des stagiaires avec leur personnel, et avec le concours de chargés de cours de cliniques annexes, médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

Art. 2. — Après accord avec les administrations hospitalières, les facultés et écoles déterminent le nombre maximum de stagiaires qui peuvent être admis dans chaque clinique ou clinique annexe. Ce nombre peut n'être pas le même dans tous les services.

Art. 3. — Les demandes des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux à l'effet de recevoir des stagiaires sont adressées au doyen.

Elles sont soumises à une commission mixte composée, sous la présidence du doyen ou de son assesseur, de deux professeurs de la faculté ou école, désignés par le conseil, et de deux délégués de l'administration hospitalière.

Après avoir visité les services et s'être assurée qu'ils répondent aux besoins de l'enseignement, la commission donne son avis sur les demandes.

Les autorisations sont accordées pour deux ans par le doyen. Elles peuvent être renouvelées.

Art. 4. — Lorsqu'un chargé de cours de clinique annexe est signalé comme négligeant ses obligations envers les stagiaires, rapport en est fait, après enquête, par le doyen, à la commission mixte. Celle-ci en délibère, l'intéressé entendu ou dûment convoqué.

Le retrait de l'autorisation est prononcé par le doyen.

Art. 5. — Les chargés de cours de cliniques annexes sont rétribués proportionnellement au nombre des stagiaires auxquels ils ont donné l'enseignement.

Art. 6. — Le présent décret entrera en vigueur à partir du jour où seront mises à exécution les dispositions du décret du 11 janvier 1909 portant réorganisation des études médicales.

Art. 7. — Sont abrogées les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. — La séance annuelle aura lieu le mercredi 3 février 1909, à quatre heures très précises.

Ordre du jour : 1. Discours du président M. Nélaton; — 2. Compte-rendu des travaux de la Société pendant l'année, par M. Ricard, secrétaire annuel; — 3. Eloge de M. Terrier par M. Rochard; — Proclamation des prix.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la troisième semaine, 1023 décès, au lieu de 1127 pendant la semaine précédente et de 1085, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Toutefois le nombre des cas de scarlatine continue à être élevé. Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

La scarlatine a causé 2 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 3. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 159; il s'élevait à 139 pendant la semaine précédente (moyenne 102).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 212 décès, au lieu de 252 pendant la semaine précédente (moyenne 231).

La phtisie pulmonaire a causé 209 décès (moyenne 213).

CONFÉRENCE D'INTERNAT. — MM. Jacob et Mock, internes des hôpitaux, commenceront une conférence privée d'internat le lundi 1er février. — S'adresser à la Salpêtrière.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL THÉRAPEUTIQUE

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Par D. DESSIRIER (de Lyon),
Ancien interne suppléant des hôpitaux de Lyon,
Ex-interne des hôpitaux de Saint-Etienne.

On s'occupe beaucoup à l'étranger depuis quelques années d'une question fort séduisante : celle du pneumothorax produit artificiellement dans un but thérapeutique, pour le traitement de certaines formes de tuberculose pulmonaire.

En France, jusqu'à présent, on s'est peu intéressé à cette question.

Nous allons dans cet article exposer l'état actuel de cette méthode si discutée ; on possède d'ailleurs maintenant des faits cliniques en nombre suffisant et des preuves anatomo-pathologiques qui permettent de juger des résultats excellents qu'elle a permis d'obtenir.

I

HISTORIQUE. — En 1882, le docteur Carlo Forlanini, professeur de clinique médicale à l'Université royale de Pavie, émit le premier l'idée du traitement possible de la tuberculose pulmonaire par un pneumothorax produit artificiellement.

Dans le courant de l'année, il fit paraître en Italie une série d'articles où il exposait ses vues (2). Simple idée théorique à cette époque, elle était basée sur des faits physiologiques et n'eut pas uniquement pour point de départ, comme certains le disent aujourd'hui, l'interprétation des faits cliniques de tuberculose améliorée par le pneumothorax spontané.

Peu goûtée à cette époque, cette idée nouvelle resta à peu près sans écho.

Trois ans plus tard (1885), en Angleterre, Cayley tenta, dans des conditions bien spéciales (traitement d'une hémoptysie profuse), un timide essai de pneumothorax artificiel. Ce cas malheureux ne répondait nullement d'ailleurs aux indications générales de la méthode.

Cependant, le professeur Potain, persuadé que le pneumothorax pouvait influencer heureusement la marche de la tuberculose pulmonaire, n'hésitait pas à préconiser les injections d'air stérilisé dans la plèvre comme traitement des épanchements consécutifs au pneumothorax des tuberculeux ; les conclusions qu'il rapporta à l'Académie de médecine sur ce sujet sont tout en faveur du pneumothorax artificiel (3).

Depuis les premières publications de M. le professeur Forlanini en 1882, rien n'avait été tenté à nouveau. Ce n'est qu'en 1892, qu'il lui fut possible de réaliser pratiquement sa proposition.

Deux ans après, en mars 1894, il fit au XI[e] Congrès international de médecine de Rome, une communication, relatant à l'appui de sa théorie les premiers cas de tuberculose pulmonaire traités par le pneumothorax artificiel. Il donnait en outre les indications principales nécessaires à l'application de ce procédé. Peu après, le résultat de ses recherches était publié en Italie et en Allemagne (1).

Ce fut vraiment à dater de ce jour, que la notion du pneumothorax thérapeutique commença à être admise, et la retentissante communication du Congrès de Rome fut le point de départ d'une série de travaux qui donnèrent les résultats les plus encourageants.

L'année suivante, en 1895, M. le professeur Forlanini rapportait au VI[e] Congrès de la Société italienne de médecine interne (Rome, octobre 1895), le premier cas de tuberculose pulmonaire unilatérale avancée avec vaste caverne du sommet « guérie » par le pneumothorax artificiel (2).

Sa méthode n'allait guère tarder à se généraliser et si, en France, à ce moment-là, on parut ne lui prêter aucun crédit, en Allemagne et en Amérique elle allait trouver des cliniciens assez hardis pour la préconiser, et des chirurgiens assez habiles pour en obtenir d'excellents résultats.

En Amérique, J. B. Murphy (de Chicago) entreprenait une série d'essais heureux et s'efforçait de faire entrer le procédé dans la technique courante (3).

Presque au même moment, à Chicago, A. F. Lemke pouvait produire à l'appui de la méthode une longue statistique de 65 cas de tuberculose heureusement traités par les injections intra-pleurales d'azote (4).

De nouveau, en Italie, Riva Rocci publiait en 1903 un article sur la valeur thérapeutique du pneumothorax (5).

En 1905, au Congrès international de la tuberculose tenu à Paris au mois d'octobre, Stuart Tidey (de Montreux) fit une communication sur la compression du poumon dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, et conclut en faveur de l'efficacité indubitable du pneumothorax artificiel.

Pendant ces dernières années enfin, en Allemagne, on s'est occupé beaucoup de la question.

Le professeur Brauer (de Marbourg), dès 1905, traitait quelques cas par cette méthode ; ses expériences et leurs résultats ont été consignés dans les publications allemandes de l'année suivante (6).

En 1906, le professeur Schmidt (de Dresde) faisait quelques essais nouveaux et modifiait à sa façon l'instrumentation adoptée pour produire le pneumothorax artificiel (7).

Au mois de juillet 1906, le professeur Brauer reprenait la question à la Société médicale de Francfort, montrant à l'appui de ses constatations une

---

(2) C. FORLANINI. A contribuzione della terapia chirurgica della tisi, ablazione del polmone? Pneumotorace artificiale? *Gazzetta degli Ospedali*, agosto, settembre, ottobre, novembre 1882.

(3) POTAIN. Des injections intra-pleurales d'air stérilisé, communication à l'Acad. de méd., avril 1888.

(1) Primi tentativi del pneumotorace artificiale nella tisi polmonare, *Gazzetta med. di Torino*, 1894; — Versuche mit künstlichem Pneumothorax bei Lungenphtisie, *Münch. med. Wochens.*, 1894.

(2) Primo caso di tisi polmonare avanzata, curato felicemente col pneumotorace artificiale, *Gazzetta med. di Torino*, 1895.

(3) MURPHY. Surgery of the Lung, *The journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1898. — SCHELL. A new use of Murphy's methode of immobilising the Lung, in *New-York med. Journ.*, oct. 1898.

(4) LEMKE. Pulmonary tuberculosis treated with nitrogen injections, *The journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1899.

(5) RIVA ROCCI. Per l'uso terapeutico del pneumotorace, *Gazzetta med. di Torino*, 1903.

(6) BRAUER. Der therapeutische Pneumothorax, *Deuts. med. Wochens.*, 1906; — Die Behandlung der einseitigen Lungenphtisie mit künstlichem Pneumothorax nach Murphy, *Münch. med. Wochens.*, 1906.

(7) SCHMIDT. Zur Behandlung der Lungenphtisie mit künstlichem Pneumothorax, *Deuts. med. Wochens.*, 1906 et 1907.

série importante de radiographies et de courbes de température (1).

Quelque temps après, au XIX[e] Congrès français de chirurgie (Paris, octobre 1906) en même temps que M. Delagenière signalait une fois de plus l'innocuité du pneumothorax provoqué lentement et avec prudence, Brauer rappelait l'emploi qu'il en avait fait récemment pour le traitement de plusieurs cas de tuberculose pulmonaire.

En juin 1907, le professeur Forlanini faisait à Milan deux conférences du plus haut intérêt sur l'emploi de sa méthode et les résultats obtenus dans le traitement de nombreux cas de tuberculose, à des degrés d'évolution très différents (2).

La même année, le professeur Saugmann publiait un article sur l'application qu'il avait faite de cette méthode au sanatorium de Vejlefjord (Danemark).

Cette question continue à être à l'ordre du jour à l'étranger ; Lexer (de Königsberg) s'en est occupé il y a peu de temps (3).

Au mois d'avril dernier, Brauer communiquait au XXV[e] Congrès allemand de médecine interne tenu à Vienne sa statistique et le résultat de ses observations personnelles. En juin 1908 il consacrait à cette méthode de nouveaux articles (4).

Au commencement de cette année, Bunzl traitait la question dans un article intéressant (5).

En septembre 1908, paraissait en Italie, augmentée de quelques notes personnelles du professeur Forlanini, une étude due au professeur Saugmann (6).

Au XXI[e] Congrès français de chirurgie (5-10 octobre 1908), Brauer exposait quelques considérations sur cette méthode.

Enfin, il y a peu de temps, cette question a été entièrement reprise, aussi complètement que nous l'ont permis les documents recueillis à l'étranger, dans notre thèse [nov. 1908] (7).

On voit par ce rapide exposé qu'on s'est bien peu occupé en France de cette question si séduisante qui aurait dû, semble-t-il, intéresser médecins et chirurgiens. Pourquoi cette méthode hardie, mais cependant rationnelle, a-t-elle trouvé chez nous un tel discrédit ? Nous ne saurions en donner la raison.

Il est inutile de revenir ici sur les données physiologiques qui sont la base du traitement. Les auteurs qui emploient le pneumothorax artificiel se proposent uniquement d'obtenir le collapsus aussi complet que possible du poumon, pour mettre au repos l'organe malade, empêcher grâce à la compression l'extension des lésions en évolution et permettre la cicatrisation de celles qui existaient antérieurement.

D'ailleurs, les recherches anatomo-pathologiques et les examens nombreux qui ont été faits ne permettent pas de douter des résultats obtenus : sous l'influence du pneumothorax artificiel, la guérison *anatomique* des lésions tuberculeuses a lieu dans la majorité des cas (1).

II

Indications. Contre-indications. — Le pneumothorax artificiel ne constitue pas une méthode de traitement qui convienne à tous les cas de tuberculose pulmonaire.

On peut, à l'heure actuelle, déterminer assez nettement les conditions qui permettent d'obtenir de cette méthode thérapeutique les résultats qu'on en peut espérer.

Ce qu'on note d'abord, c'est que les malades qui en retirent le plus grand bénéfice sont des bacillaires dont un seul poumon est atteint par des lésions tuberculeuses.

Si, par le fait du pneumothorax artificiel, on veut supprimer complètement la fonction du poumon malade, il n'est pas superflu d'être assuré que l'autre poumon est à même de supporter la suractivité temporaire qu'on va exiger de lui. Il est facile de concevoir qu'en immobilisant complètement l'un des poumons on s'expose à déterminer des phénomènes d'insuffisance respiratoire, si l'autre poumon auquel va incomber désormais la tâche de l'hématose est en état d'infériorité fonctionnelle, du fait des lésions qu'il peut déjà présenter.

La première des indications est donc l'unilatéralité des lésions pulmonaires.

A vrai dire, « il faudrait avoir » des lésions unilatérales pour être dans les meilleures conditions de réussite. En réalité si l'examen clinique n'a pas révélé du côté opposé une lésion trop étendue en voie d'évolution aiguë ou subaiguë, si en d'autres termes le foyer constaté est encore très limité et que les signes en soient discrets, on peut avec succès tenter le pneumothorax.

On ne s'est pas toujours abstenu, au début, d'intervenir sur des sujets dont les deux poumons étaient atteints. A l'heure actuelle, même, l'existence de lésions bilatérales n'est pas considérée par tous les auteurs comme une contre-indication absolue à l'application de la méthode. Mais en réalité, si on veut pouvoir compter sur de bons résultats, l'intervention dans ces cas doit être tout à fait exceptionnelle.

En second lieu, pour que l'effet cherché soit complet, il faut que l'injection d'azote arrive à produire un pneumothorax total, amenant le collapsus du poumon tout entier et réalisant surtout la compression du sommet, siège habituel et normal des lésions qu'on se propose d'améliorer.

Or, il arrive ordinairement qu'à la période où on intervient, il s'est depuis longtemps déjà produit dans la plèvre, au voisinage des lésions bacillaires, des phénomènes réactionnels assez notables ayant amené la production d'adhérences.

---

(1) Brauer. *Aertzlicher Verein, in Frankfurt a. M.*, juillet 1906.

(2) Forlanini. Cura della tisi polmonare col pneumotorace prodotto artificialmente. Due conferenze tenute alla Associazione sanitaria milanese. 11 e 17 giugno 1907, *Gazzetta med. ital.*, 1907, 1908.

(3) Lexer. Therapeutische Versuche mit künstlichem Pneumothorax, *Beitrage zur Kl. Tuberculose*, 1907.

(4) Brauer. Ueber Indicationen und therapeutische Erfolge des künstlichen Pneumothorax, *XXXVII[e] Congrès de la Soc. all. de chir.*, avril 1908 ; — Die Behandlung chronischer Lungenkrankeiten durch Lungenkollaps, *Therapie der Gegenwart*, juin 1908.

(5) Bunzl. Die Behandlung der Lungentuberkulose durch Künstlich erzengten Pneumothorax, in *Centralblatt f. die Grenzgebiete der Med. und Chir.*, fév. 1908.

(6) Saugmann. Relazione clinica sulla cura della tuberculose polmonare, mediante il pneumotorace artificiale, *Rivista delle pubblicazioni sul pneumotorace terapeutico*, Pavia, settembre 1908.

(7) Dessirier. *Pneumothorax et tuberculose pulmonaire. Pneumothorax spontané favorable. Pneumothorax artificiel thérapeutique*, Th. de Lyon, nov. 1908.

(1) Forlanini. *Deux conférences à l'Assoc. sanitaire milanaise*, 1907. Déjà citées. — Graetz. Der Einfluss des künstlichen Pneumothorax auf die tüberkulöse Lunge (Pathologish-anatomische Untersuchung), in *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, 1908. — Suzuo Shingu, de Kioto (Japon). Beiträge zur Physiologie des künstlichen Pneumothorax und seiner Wirkung auf die Lungentuberkulose, in *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, 1908.

Siègent-elles au sommet seulement, elles gênent déjà la compression et la rétraction totale du poumon vers le hile. Dans certains cas, surtout si elles sont récentes, elles peuvent, il est vrai, se rompre sous l'action du pneumothorax continué longtemps avec une pression croissante.

Sont-elles très étendues et disséminées, elles gêneront non seulement la compression du poumon mais deviendront une source de difficultés pour l'injection d'azote. Elles pourront même dans certains cas la rendre impossible. On est obligé, de ce fait, de renoncer à l'opération, dans 5 ou 6 p. 100 des cas.

La seconde indication est donc de n'intervenir que chez des sujets dont le poumon ne sera pas bridé par des adhérences et aura gardé son jeu normal.

L'étude des faits cliniques montre que l'état général des malades soumis au traitement était souvent précaire lorsqu'on l'instituait. Quoique l'amélioration se fasse sentir dès les premiers jours, il semblerait plus rationnel, en exceptant bien entendu les cas où le pneumothorax est tenté en dernier ressort par suite des circonstances, de commencer la cure, avant que la fièvre, l'amaigrissement, la perte des forces aient condamné le malade au repos absolu. Dans ces conditions, il n'est pas douteux que l'influence bienfaisante du traitement soit plus rapide et plus manifeste encore.

Les indications générales du pneumothorax artificiel semblent donc pouvoir se préciser de la façon suivante : bacillose subaiguë ou chronique, unilatérale, à forme localisée extensive, sans adhérences pleurales étendues, et avec conservation d'un état général relativement bon.

Lorsqu'on intervient chez des malades qui ne présentent pas toutes ces conditions, ce n'est plus alors sur la guérison parfaite qu'on doit compter, mais, cependant, sur une amélioration qui souvent dépasse les résultats espérés.

De cet exposé même découlent les contre-indications.

On devra éviter l'emploi du pneumothorax artificiel; dans les cas d'adhérences pleurales étendues et anciennes paraissant irréductibles et dans les cas de symphyse totale;

Dans les cas de tuberculose avancée des deux poumons, à marche très rapide ou à forme pneumonique;

Dans les cas où il existerait des complications tuberculeuses extra-pulmonaires (localisation laryngée ou intestinale grave), ou une affection cardiaque ne permettant pas le surmenage du cœur;

Enfin, chez les sujets dont le système nerveux est particulièrement excitable et chez qui pourraient se produire au moment des injections les accidents très rares, il est vrai, que nous exposerons plus loin.

Les hémoptysies même graves ou répétées ne sont pas une contre-indication.

Il est de toute évidence que les indications du traitement par le pneumothorax artificiel restent sous la dépendance la plus étroite de la clinique. Les malades destinés à être soignés par cette méthode devront être soumis à un examen somatique des plus minutieux, radioscopés à plusieurs reprises et même radiographiés avant, pour qu'on puisse dans la suite juger par comparaison des effets obtenus et se baser sur eux pour la conduite générale du traitement.

Loin de partager l'avis de certains auteurs opposés à cette méthode et qui ne préconisent son emploi comme un pis-aller que lorsqu'on a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique actuelle, nous pensons que le jour où le pneumothorax artificiel mieux connu sera entré dans la pratique courante et où on n'attendra pas pour oser le faire que le malade soit considéré comme perdu, ce jour-là, on verra ce moyen thérapeutique donner des résultats bien supérieurs encore à ceux qu'on en a retirés jusqu'à maintenant.

III

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. INSTRUMENTATION. ACCIDENTS. — On s'effrayait jadis comme d'un accident irréparable de l'entrée de l'air dans la plèvre. Longtemps on propagea cette erreur. C'est aux chirurgiens de l'époque actuelle que revient l'honneur de l'avoir fait disparaître en montrant que la pénétration lente de l'air dans la plèvre était sans danger et constituait, au fond, tout le secret de la chirurgie transpleurale.

Nous n'insisterons pas sur ce point exclusivement chirurgical. Il nous semble cependant qu'il était bon de le rappeler afin de montrer qu'à l'avenir le pneumothorax artificiel, produit avec plus de lenteur encore que le pneumothorax chirurgical, ne doit entraîner aucun danger et cesser d'être un épouvantail pour les cliniciens.

On emploie aujourd'hui l'azote pour produire le pneumothorax artificiel.

Au début, quelques auteurs ont essayé l'oxygène : il se résorbe beaucoup trop rapidement.

L'air stérilisé essayé ensuite a l'inconvénient de laisser le pneumothorax se réduire en partie par l'absorption de son oxygène.

Depuis 1904, à la suite de la proposition faite au Congrès de médecine de Rome par le professeur Forlanini, on a substitué à l'air stérilisé l'azote pur.

Il est parfaitement toléré par la plèvre et se résorbe très lentement.

L'instrumentation varie très légèrement, suivant les auteurs; tous les appareils reposent sur le même principe : celui des vases communiquants dont l'un plein de liquide chasse l'azote contenu dans l'autre par différence de niveau et de pression. Le plus simple, celui du professeur Forlanini, se compose essentiellement de deux réservoirs en verre de 7 à 8 centimètres de diamètre, d'une contenance de 500 centimètres cubes chacun, réunis à leur base par un tube en U. L'un des réservoirs, A, gradué en centimètres cubes, contient l'azote, l'autre une solution de sublimé. Ce second réservoir, B, porte un manomètre à air permettant de suivre au cours de l'injection les moindres variations de pression pleurale. A l'aide d'une soufflerie de Richardson, on peut exercer sur le liquide de B une pression variable et augmenter la vitesse d'écoulement de l'azote qu'il chasse devant lui et dont la quantité écoulée se lit au fur et à mesure de l'injection sur les graduations du tube A. Au réservoir A fait suite un tube de caoutchouc sur lequel est monté un filtre (tube de verre de petit calibre rempli de coton stérilisé) destiné à retenir les impuretés que pourrait contenir l'azote. Enfin au bout du tube de caoutchouc se trouve l'aiguille à ponction, aiguille en platine iridié de petit calibre mais assez longue, semblable à celles dont on se sert pour les épidurales ou les ponctions lombaires.

A ce dispositif, Forlanini a ajouté un perfection-

nement destiné à opérer avec plus de sûreté. Il consiste en ce fait qu'au niveau de l'ajutage du tube conducteur de l'azote et de l'aiguille, est greffée, par l'intermédiaire d'un robinet à trois directions, une petite seringue qui permet de faire au premier temps de l'opération une ponction exploratrice et de s'assurer que l'aiguille est bien dans la cavité pleurale. Lorsque les indications fournies par cette ponction sont telles qu'on ne craint d'être ni dans le tissu pulmonaire ni au milieu des adhérences, on commence l'injection d'azote, et pour ce faire, on n'a qu'à obturer la seringue et à mettre en communication l'aiguille et le réservoir en tournant simplement d'un tiers de tour le robinet de l'ajutage.

Au cas où la ponction aurait ramené du liquide ou du sang, on peut, sans avoir à en faire une nouvelle, vider le contenu de la seringue en donnant dans un autre sens un tiers de tour au robinet qui l'ouvre à l'extérieur.

Ainsi, jusqu'au moment où on est sûr d'être dans la plèvre, le réservoir d'azote reste fermé; on n'a ainsi à craindre aucun des accidents susceptibles de se produire (ponction du tissu pulmonaire, piqûre des vaisseaux, etc.).

Tous les dispositifs sont bons : il suffit pour les trouver excellents, d'en avoir l'habitude.

A quel endroit doit-on ponctionner la paroi thoracique? En général, peu importe le point choisi. Il n'existe pas d'espace intercostal préféré. Pourtant, comme pendant l'opération on se tient au côté du malade qui est dans le décubitus, il est préférable de ponctionner sur la ligne axillaire ou un peu en arrière, dans le quatrième ou le cinquième espace. On est par ce moyen, assez loin des régions malades et les risques de tomber sur des adhérences ou de pénétrer dans le tissu pulmonaire sont encore diminués.

La méthode de M. Murphy et celle de M. le professeur Forlanini ont pour ce premier temps une légère différence : M. Murphy fait la ponction après incision au bistouri, sous anesthésie locale, de la peau et des muscles intercostaux. M. Forlanini ponctionne directement comme pour une thoracentèse.

Pour beaucoup de raisons, ce dernier mode est préférable; l'injection peut se faire sans aide, ne revêt pas l'allure d'une opération chirurgicale et le malade s'y prête mieux. D'ailleurs le procédé de l'incision ne saurait être employé avec la méthode de M. Forlanini, puisqu'il faut faire, souvent à quelques jours d'intervalle, et pendant longtemps, un grand nombre d'injections.

Il n'est pas superflu de recommander de faire la ponction en introduisant l'aiguille perpendiculairement à l'espace intercostal et non obliquement, pour savoir quelle est la longueur exacte qui a pénétré dans la paroi et éviter la blessure des vaisseaux.

Dans les expériences que nous avons faites, nous avons pu juger qu'on se rend assez facilement compte si la plèvre pariétale est atteinte, d'abord par la longueur de l'aiguille introduite (1 centimètre et demi en moyenne), ensuite par la sensation particulière qu'on éprouve au moment où l'aiguille traverse le feuillet aponévrotique interne des muscles intercostaux et pénètre dans la plèvre.

Nous avons passé sous silence les soins d'asepsie qui doivent accompagner l'opération; il va sans dire qu'ils doivent être rigoureux.

Quelle est la quantité d'azote à introduire?

M. le professeur Forlanini, pour la première injection, est très prudent : 100 à 300 centimètres cubes pour tâter la perméabilité pleurale et aussi la susceptibilité même de la plèvre. Toutefois cette quantité paraît trop faible : il est préférable d'introduire environ 500 centimètres cubes, ce qui a l'avantage de décoller déjà en grande partie ou en totalité les feuillets pleuraux et de rendre surtout les injections suivantes plus faciles, puisqu'on tombera d'emblée dans une cavité pleurale au lieu de n'avoir qu'un espace virtuel qui force à tâtonner lors de la première injection.

M. Murphy et ceux qui emploient sa méthode injectent d'emblée une plus grande quantité d'azote : 1500, 1800 centimètres cubes et même bien davantage. Cet auteur continue l'injection même la première fois jusqu'à disparition des phénomènes respiratoires. Nous pensons qu'il vaut mieux aller progressivement pour atteindre le pneumothorax total. L'accoutumance du poumon se fait mieux, le malade souffre moins et les accidents ne sont pas à craindre.

D'ailleurs, c'est peut-être là le seul reproche qu'on puisse adresser à la manière de faire de Murphy, le pneumothorax ainsi produit ressemble trop au pneumothorax spontané et ne répond pas assez aux données théoriques et fondamentales du traitement.

Il faut s'en tenir au pneumothorax lentement produit, plus en rapport avec les connaissances chirurgicales et n'arriver que progressivement, dans la suite, au pneumothorax total.

Les injections devront se répéter les premiers temps, tous les deux ou trois jours, pour atteindre ce but. Quand l'auscultation aura montré la disparition de tous les phénomènes respiratoires et que la radioscopie aura permis de constater le collapsus total, il faudra par des injections périodiques d'importance variable, entretenir le pneumothorax à une pression suffisante et ne pas laisser se reproduire la réexpansion même partielle du poumon.

Quels sont les accidents immédiats possibles?

Au début de l'injection, on remarque parfois un peu d'anxiété, une légère accélération du pouls, et des mouvements respiratoires rapides.

Pour éviter d'arriver à la dyspnée vive qui ne manquerait pas d'amener quelques secousses de toux pénible, il est bon de recommander le calme au malade, il faut le rassurer, le faire respirer lentement, profondément. On évite ainsi la tachycardie extrême qui s'accompagne d'angoisse.

Si l'oppression devient trop pénible, à mesure qu'augmente l'injection d'azote, il faut la suspendre quelques instants et faire respirer au besoin un peu d'oxygène.

D'ailleurs quelle que soit la quantité à injecter, il faut la première fois surtout aller très doucement, suivre les indications manométriques et s'interrompre, s'il est nécessaire, pour éviter les tendances syncopales.

L'opération en général n'est pas très douloureuse, elle est bien supportée.

A vrai dire, ce que les malades redoutent le plus, ce n'est pas l'injection elle-même, c'est la ponction. Aussi paraît-il indiqué d'abandonner les trocarts (les meilleurs piquent souvent mal), de s'en tenir à l'aiguille de très petit calibre et, s'il est nécessaire, de faire au moment de la ponction une légère anesthésie locale.

Tels sont les incidents légers qu'on peut avoir pendant l'injection : ils sont de minime importance.

On a signalé pourtant quelques autres accidents.

Emphysème sous-cutané. — Il peut être *immédiat* au moment de la ponction, si l'on n'est pas dans l'interstice pleural. On s'aperçoit aussitôt de sa formation. Il suffit d'arrêter l'injection et de chercher mieux la plèvre. Aucune gravité. Il peut être *tardif* et se produire quelques heures, quelques jours après la ponction à la suite d'efforts de toux. Il suffit de faire à l'endroit de la ponction une compression légère pour éviter qu'il ne s'étende. Il disparaît vite et ne saurait être considéré comme grave.

Hémorragie par piqûre d'un vaisseau. — Cette éventualité ne doit pas se produire en prenant les précautions normales. En repérant au niveau du bord supérieur de la côte le point de la ponction comme pour une thoracentèse, on évite de blesser les vaisseaux intercostaux situés plus haut dans la gouttière de la côte sus-jacente. Si d'autre part on se sert de l'aiguille de sûreté de M. Forlanini, on peut voir, par aspiration légère, si on se trouve dans le tissu pulmonaire ou dans les lacis veineux des adhérences pleurales.

Embolie gazeuse. — Elle est signalée mais est d'une extrême rareté. Elle n'est guère à craindre, même au cas où l'aiguille pénètre dans le tissu pulmonaire.

Mais le danger peut exister au niveau des adhérences pleurales anciennes. Elles sont quelquefois le siège de néoformations vasculaires très développées et les coupes microscopiques, faites par M. le professeur Forlanini en des points semblables, permettent de s'en rendre un compte exact.

C'est surtout dans ces cas, que la seringue de sûreté permettra d'aller en toute sécurité et d'éviter cet accident qui peut être mortel ou s'accompagner tout au moins d'hémiplégie grave.

Troubles nerveux. — Il faut signaler encore malgré leur rareté les troubles nerveux qui peuvent accompagner l'injection. Ils sont analogues à ceux qu'on observe parfois au cours de la thoracentèse, des ponctions exploratrices ou des interventions pleurales. Ils sont connus depuis longtemps, mais leur pathogénie reste obscure. On les a désignés sous le nom d'épilepsie, d'éclampsie pleurale, pour les différencier du shock chirurgical.

Blessure du péricarde ou du cœur. — Il faut noter comme exceptionnelle la blessure de cet organe au cours de la ponction; elle ne pourrait se produire, même dans les cas les plus difficiles, que par une faute inexcusable de technique.

Quant aux *complications produites par le déplacement du cœur*, elles n'ont jamais été signalées comme dangereuses. Il va de soi que si les injections d'azote sont faites du côté gauche on observe une dextrocardie quelquefois très marquée. Mais elle est toujours tolérée bien mieux que dans le cas de refoulement par un épanchement pleural abondant. Au reste le pneumothorax permet justement, par sa lente progression, une accoutumance parfois étonnante.

Dans les cas extrêmes où l'on constaterait de ces accidents de compression, rien n'est plus simple, pour les éviter, que de laisser s'échapper une partie de l'azote intra-pleural.

Aussi bien n'existe-t-il pas du fait du pneumothorax artificiel des accidents tels que ceux qui sont quelquefois observés dans la chirurgie du thorax; il n'intervient pas ici, comme dans cette dernière, des phénomènes de dislocation du médiastin pouvant les produire et en augmenter la gravité.

Volontairement, nous passerons sous silence les complications qui pourraient survenir du fait de l'infection. Si les interventions sont faites suivant les règles de l'asepsie, il ne doit jamais en être question, elles ne doivent pas exister.

IV

Suites opératoires. Résultats. — Ce qui frappe le plus, dès que le pneumothorax a un volume suffisant pour provoquer un collapsus partiel du poumon, c'est en général l'abaissement de la température. Les oscillations habituelles, contre lesquelles les antithermiques agissent si peu d'ordinaire, disparaissent en peu de jours. La fièvre tombe progressivement et la température tend à la normale.

L'apyrexie se maintient contre toute attente d'une façon persistante. Souvent, l'étude de la courbe thermique et son examen journalier sont un guide très sûr qui suffit à indiquer au cours du traitement, s'il faut ou non pratiquer une injection nouvelle.

Dans les jours qui suivent la première injection il se produit d'ordinaire une augmentation de la toux et de l'expectoration : elle est normale, le malade vide ses cavernes. Elle n'est que passagère.

Rapidement, à son tour, l'expectoration diminue et tend à se supprimer. La toux incessante contre laquelle le malade réclamait des médicaments devient moins quinteuse et permet un sommeil tranquille.

La tachycardie a des tendances à diminuer. On constate bientôt un relèvement étonnant de l'état général : les sueurs nocturnes disparaissent, le sommeil est régulier, l'anorexie s'atténue. Le malade éprouve une sensation de bien-être, à laquelle il n'était plus accoutumé.

Il est nécessaire que le pneumothorax remplisse certaines conditions pour arriver à ce résultat. Il faut d'abord qu'il soit assez volumineux pour produire une compression suffisante et amener l'immobilité absolue du poumon. La disparition graduelle des signes sthétoscopiques indique que cette première condition est remplie.

Il faut en second lieu, pour arriver à la guérison anatomique des lésions, que le pneumothorax reste maintenu d'une façon continuelle, aussi bien en ce qui concerne le volume que la pression.

Nous arrivons à un point d'un intérêt capital, celui de la « durée du traitement ».

L'étude des faits cliniques montre que les variations sont considérables et soumises à plusieurs facteurs dont le plus important est l'étendue des lésions pulmonaires.

De l'avis de M. le professeur Forlanini, ce point est le plus difficile à préciser du traitement et on ne saurait, en vérité, donner là d'indication nette : variable de quelques mois à plusieurs années, tous les intermédiaires sont possibles.

Certaines observations de malades traités par M. le professeur Forlanini montrent que quelques-uns de ses opérés gardent leur pneumothorax pendant un temps « presque indéfini ».

Quelques auteurs, effrayés de cette durée qu'ils jugeaient anormale, se sont demandé si, après un collapsus aussi longtemps prolongé, le poumon, changé tout entier en une masse compacte, ne serait pas perdu ultérieurement pour la fonction respiratoire.

Les expériences faites sur les animaux par M. le professeur Forlanini ont prouvé que ces craintes

étaient exagérées. Elles ont montré qu'après des mois de collapsus la plèvre pariétale restait normale; la plèvre viscérale présentait une légère hyperhémie généralisée, due à la contraction du tissu pulmonaire atelectasié et à la condensation relative de la séreuse à sa surface.

Les faits cliniques sont plus concluants encore et dans des cas où le pneumothorax avait été maintenu plusieurs années (jusqu'à quatre ans) la résorption, très lente de l'azote, permit au poumon une réexpansion progressive. L'examen radioscopique montra, sauf au niveau de vastes foyers cicatrisés, une mobilité très nette et des mouvements d'ampliation très suffisants.

Cette prolongation « indéfinie » du pneumothorax, outre la cicatrisation des foyers tuberculeux, s'oppose encore à la symphyse qui ne cesse de s'accentuer d'ordinaire lorsque les lésions gagnent du terrain et que le poumon reste au contact de la paroi.

On voit à quelles importantes déductions peuvent conduire ces constatations cliniques et expérimentales. Si on peut à l'avenir être certain que la réexpansion du poumon ne s'accompagne d'aucun accident, il sera alors permis d'entreprendre non seulement le traitement des cas de tuberculose au début, mais surtout de le tenter pour les cas de lésions bilatérales, même initiales, en soignant d'abord un poumon, en laissant ensuite, la guérison obtenue, le pneumothorax se résorber, l'organe reprendre sa fonction, et en entreprenant plus tard le traitement de l'autre poumon à l'aide d'un second pneumothorax.

Aussi bien, l'expérience montre que si le traitement même est de longue durée, il est pratiquement d'une application facile. Au bout de quelques mois, quand l'état général est redevenu bon, le malade peut quitter l'hôpital, rentrer chez lui et n'y revenir que périodiquement pour se faire examiner et injecter une petite quantité d'azote pour maintenir son pneumothorax à une pression et à un volume suffisants. Un certain nombre des malades du professeur Forlanini ont depuis longtemps quitté sa clinique: plusieurs ont repris leurs occupations sans être le moins du monde incommodés par leur pneumothorax et ils ne suivent plus à vrai dire qu'un traitement qu'on peut qualifier « d'ambulatoire ». Ils le tolèrent très bien, d'autant plus que chaque injection n'est guère plus douloureuse qu'une simple piqûre hypodermique.

Nulle part nous n'avons trouvé signalées de complications tardives graves. A peine a-t-on pu entendre quelques malades se plaindre parfois de troubles digestifs légers. Ils sont dus à l'abaissement de l'estomac que refoule le diaphragme et ne présentent aucune gravité.

Exceptionnellement enfin on voit se produire comme dans le pneumothorax spontané un épanchement pleural. Même après des mois, des années de traitement, dans la majorité des cas la cavité pleurale reste sèche, l'examen radioscopique montre presque toujours les sinus costo-diaphragmatiques clairs et parfaitement libres, ou ne décèle que des exsudats séreux sans importance.

Nous signalerons avant de terminer quelques statistiques des auteurs qui ont employé le pneumothorax artificiel.

En Italie. — M. le professeur Forlanini a soigné à l'heure actuelle plus de soixante cas. Les conditions de quelques-uns étaient vraiment désespérées. Tous ont obtenu des résultats bien supérieurs à ceux qu'on pouvait attendre; beaucoup sont guéris depuis des années. M. Fontana, M. Orlandi et M. Antonini viennent de publier une quinzaine d'observations très probantes (1).

En Amérique. — Il y a dix ans que J. B. Murphy relatait ses premiers cas de tuberculose ainsi traités: depuis ils ne se comptent plus et ce sont toujours les mêmes résultats encourageants. A. F. Lemke dès 1902 publiait une statistique de près de deux cents faits, sans compter un grand nombre de cas du docteur C. P. Thomas (de Spokane).

En Danemark. — M. le professeur Saugmann a traité avec grand succès une vingtaine de cas.

En Allemagne. — MM. Schmidt, Lexer, Wellmann, Schreiber (2), ont pratiqué un très grand nombre d'interventions et obtenu les meilleurs résultats.

M. le professeur Brauer, au XXIe Congrès français de chirurgie (Paris 6-10 octobre 1908) a communiqué une statistique étendue (une cinquantaine de cas) permettant de comparer au pneumothorax artificiel les méthodes chirurgicales proposées pour le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Les opérations qui peuvent être dirigées contre les affections du poumon comprennent:

1° Les opérations par lesquelles on pénètre dans le parenchyme pulmonaire pour ouvrir le foyer pathologique et le drainer;

2° Les résections plus ou moins étendues du poumon malade;

3° Les opérations qui se proposent de modifier le jeu de la respiration et d'exercer par conséquent une influence purement fonctionnelle sur le travail du poumon;

4° Les opérations qui ont pour but de provoquer le collapsus ou la compression du poumon.

Les opérations de la première et de la deuxième catégorie ont été définitivement abandonnées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Celles de la troisième catégorie ont pour type l'opération de Freund (résection du cartilage de la première côte); elles prétendent réaliser l'élargissement du thorax ou seulement de son ouverture supérieure, donner plus de jeu au poumon et favoriser ainsi le processus de cicatrisation des lésions tuberculeuses. Or, c'est aller tout à fait à l'encontre du but qu'on se propose: en augmentant la ventilation des parties malades on active la circulation de la lymphe et on favorise la progression des lésions.

En réalité, il faut mettre le poumon tuberculeux en repos. Dans ce but il faut en favoriser le collapsus et le réaliser, soit par la production du pneumothorax artificiel, soit, quand les adhérences empêchent le pneumothorax, par une thoracoplastie extrapleurale.

Les résultats obtenus par cette dernière méthode

---

(1) E. Fontana (de Plaisance): Contributo alla cura della tisi polmonare, col pneumotorace artificiale, in *Gazzetta med. Italiana* 1908, n°s 39 et 40; E. Orlandi (d'Arezzo) et Antonini (de Panicale): Guarigione clinica ottenuta col pneumotorace artificiale, in *Gaz. med. Italiana* 1908, n° 42.

(2) Schmidt (déjà cité). Karl Lexer (de Königsberg): Therapeutische Versuche mit künstlichem Pn. in *Beiträge zur kl. Tub.*, Bd. 8, 1907. Schreiber (de Königsberg): Artifizielle Pn. Verein für Wissenchaft. Heilk. in Königsberg i. Pr., in *Deutsche Med. Woch.*, n° 14, 1908; Wellmann (de Cologne): Ueber künstlichem Pn. Allgemeiner ärtzlicher Verein zu Köln, 22 juin 1908, in *Münch. Med. Woch.*, n° 34, 1908.

sont loin d'être encourageants, et ceux qui l'ont essayée ne la recommandent guère. M. Brauer lui-même sur huit interventions a eu trois morts.

Ainsi les succès obtenus avec le pneumothorax artificiel sont bien supérieurs à ceux des autres méthodes.

Nous ajouterons que son emploi paraît devoir être réservé à la tuberculose pulmonaire : essayé dans d'autres affections (gangrène, bronchectasie, etc.) il n'a pas donné d'aussi bons résultats.

Si à l'heure présente, la méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax n'est pas encore très répandue, cela vient uniquement, semble-t-il, des difficultés matérielles de son application ; nous voulons dire instrumentation un peu spéciale et, surtout, durée assez longue pendant laquelle le malade doit rester sous la surveillance du médecin.

Aussi, il semble qu'on doit aujourd'hui, sinon souhaiter qu'elle entre bientôt dans la pratique courante, du moins espérer en voir l'emploi se généraliser dans les hôpitaux et surtout dans les sanatoria. Par suite de l'organisation spéciale de ces établissements (laboratoire, services de radioscopie et de radiographie, surveillance constante et surtout séjour prolongé des malades) c'est évidemment là que, joint au traitement général, à la cure d'air ou d'altitude, le pneumothorax artificiel est appelé à donner les meilleurs résultats.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1909)

Plaies pénétrantes du poumon. — M. Souligoux étudie la conduite à tenir en présence de ces plaies. Le pneumothorax peut être bénin ou grave, suivant que le poumon est plus ou moins fixé et le cœur plus ou moins déplacé. L'emphysème, selon son importance, indique parfois l'intervention. Quant à l'hémothorax, quand il se produit, que faut-il faire? La majorité des chirurgiens est d'avis que, quand il est partiel, il suffit d'immobiliser le thorax. M. Souligoux rappelle les discussions de 1878, 1895, 1896, 1907. A l'une de ces dernières discussions, tout le monde fut d'accord, avec M. Delorme, pour intervenir, et cependant chacun cita des cas où cette intervention semblait urgente et où survint la guérison spontanée. M. Souligoux cite un cas personnel dans lequel il est intervenu avec succès : chute grave, fracture des côtes et du sternum, hémothorax, ouverture du thorax, guérison.

M. Delorme s'est appliqué à bien fixer les règles de l'intervention dans ces cas, règles basées sur l'abondance de l'épanchement, l'état général, etc.

M. Souligoux est aussi d'avis d'intervenir et d'intervenir rapidement, d'autant que l'expectation ne donne pas des résultats si brillants, 44 décès sur 94 cas relevés par M. Nélaton, soit environ 50 p. 100, tandis que dans les cas d'intervention la mortalité est seulement de 33 p. 100.

En résumé, dans les cas d'hémorragies graves, l'intervention a plus de chances de succès que l'expectation.

Passant en revue ce qui se passe en Allemagne, M. Souligoux démontre qu'on y est plus interventionniste qu'en France.

Il a fait un certain nombre d'expériences sur les chiens, relativement à la ligature du poumon. Il résulte des faits et des expériences, qu'en présence d'une plaie du thorax, le mieux est de faire une thoracotomie exploratrice et d'agir ensuite suivant les indications.

Ossifications musculaires. — M. Cranwell fait une communication sur ce sujet. Il estime que le rôle du traumatisme est considérable dans la pathogénie des ostéomes musculaires. Il n'en veut pour preuve que l'ostéome des cavaliers ; l'effort brusque suivi de la rupture musculaire, telle est la cause habituelle de ces ostéomes. On en a vu se produire aussi autour de corps étrangers, tels qu'une aiguille.

M. Cranwell apporte deux observations personnelles. Dans le premier cas, la blessure, un coup de couteau dans la cuisse, datait de trois ans ; accidents immédiats graves, guérison. Puis survint une tumeur dure, un ostéome musculaire libre que M. Cranwell enleva.

La seconde observation est analogue : coup de couteau à la cuisse, hémorragie, suppuration prolongée, guérison. Apparition d'un ostéome musculaire, ablation.

M. Cranwell fait suivre ces observations de quelques réflexions sur le mode de formation de ces ostéomes.

Désinfection des régions à opérer par l'air chaud. — En cas d'opérations à pratiquer sur le rectum ou sur l'utérus, M. Quénu a parlé de l'emploi de l'air chaud comme moyen de désinfection préventive. A l'aide d'un appareil très simple, on introduit dans les cavités de l'air à 300 et même à 600 degrés. Ce moyen a donné à M. Quénu d'excellents résultats qui ont été d'ailleurs confirmés par des expériences de laboratoire.

M. Guinard émet quelques craintes sur l'emploi de ce moyen dans l'utérus ou dans le rectum, cet air chauffé à 600 degrés pouvant pénétrer par les trompes ou dans l'intestin.

M. Quénu n'a pas eu recours à ce moyen sans une certaine appréhension. Mais il s'est assuré qu'il n'y avait presque pas de diffusion.

Greffes ovariques. — M. Quénu rapporte l'observation d'une jeune femme qui avait subi la castration ovarienne et chez laquelle M. Tuffier avait greffé un ovaire dans l'aine. Cette malade se mit à souffrir et M. Quénu dut enlever cet ovaire dix mois après. Cet ovaire était très altéré, kystique, à contenu sanguinolent. A l'examen histologique, on n'y a trouvé aucune trace d'ovules.

M. Quénu a fait des expériences sur les lapines qui l'ont conduit à cette conclusion que les ovaires greffés ne conservaient pas leur structure normale.

Extirpation totale de la clavicule pour tumeur congénitale. — M. F. Legueu présente un rapport sur une observation envoyée par M. Guibé. Une femme de cinquante ans avait depuis un an une tumeur pulsatile développée sur la partie externe de la clavicule. L'os fut extirpé en totalité sans autre incident qu'une légère entaille à la veine sous-clavière. La malade guérit, et le résultat fonctionnel s'est montré excellent ; tous les mouvements sont possibles, et dans les conditions à peu près où ils se font lorsque la clavicule est en place.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'une tumeur d'origine thyroïdienne, et due non à une métastase, car la malade n'a pas de goitre, mais à une inclusion de germes embryonnaires au moment de la formation de la clavicule. Les tumeurs de ce genre sont extrêmement rares.

Hématocèle par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire. — M. F. Legueu fait un rapport sur cette observation envoyée par M. Jayle. Il s'agit d'une vierge de quarante-deux ans qui après plusieurs périodes menstruelles douloureuses fut prise de douleurs plus vives et de tous les signes d'une hémorragie interne. A l'examen, on trouve la cavité pelvienne comblée par un épanchement. La laparotomie est pratiquée et conduit sur une hématocèle pelvienne. Mais contrairement à ce qu'on avait pensé, il n'y avait pas de grossesse tubaire. La cause de l'hémorragie fut trouvée dans deux petits kystes hématiques de l'ovaire gauche, dont les vaisseaux saignaient à la vue. La castration fut pratiquée et la malade guérit.

Le rapporteur fait remarquer que ces hémorragies par kyste de l'ovaire étaient autrefois bien connues ; la doctrine qui tend à faire de la grossesse tubaire la cause exclusive des hémorragies pelviennes les a fait oublier. Il est indispensable de leur laisser encore une place dans la production de ces hémorragies et de ne pas faire de celle-ci le synonyme de

grossesse ectopique rompue. Indifférente au point de vue thérapeutique, cette doctrine absolue pourrait entraîner au point de vue familial et social des conséquences regrettables.

Fracture grave de cuisse. — M. MIGNON présente un malade qui a eu une fracture grave de cuisse avec mobilisation extrême de l'articulation du genou. L'application de son appareil par M. Hennequin, après ostéotomie, a donné un résultat des plus brillants.

Lipome rétro-péritonéal. — M. DEMOULIN présente une énorme tumeur lipomateuse du poids de 26 kilos qu'il a extraite, non sans difficultés, de l'abdomen d'une malade le matin même. C'est un énorme lipome sous-péritonéal. Avant l'opération, la tumeur présentait tous les signes apparents d'un kyste ovarique, y compris une fluctuation de plus nette.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 FÉVRIER 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Langlois et Macaigne; — (2e série) : MM. Roger, Branca et Zimmern; — (3e série) : MM. Gley, Desgrez et Mulon; — M. Legry, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper; — M. Sicard, suppléant.

Mardi 9 février, à une heure. — 2e : MM. Prenant, Gley et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Quénu, Ribemont-Dessaignes et Thiéry.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Carnot; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Albarran et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Hutinel, Jeanselme et Nobécourt; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Brumpt, suppléant.

Mercredi 10 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Gosset et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Gaucher et Legry.

2e (1re série) : MM. Gariel, Gley et Mulon; — (2e série) : MM. Pouchet, Desgrez et Branca; — (3e série) : MM. Déjerine, Macaigne et Zimmern; — (4e série) : MM. Retterer, Langlois et Richaud; — M. Lecène, suppléant.

Jeudi 11 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Marion et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Nicloux et Brumpt.

2e (1re série) : MM. Pouchet, Launois et André Broca; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Pozzi, Ribemont-Dessaignes et Morestin; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gouget et Jeanselme; — M. Balthazard, suppléant.

Vendredi 12 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Roger et Retterer; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Branca; — (3e série) : MM. Pouchet, Richaud et Mulon; — (4e série) : MM. Blanchard, Langlois et Zimmern; — (5e série) : MM. Déjerine, Desgrez et Macaigne; — M. Sicard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Reclus, Pierre Duval et Proust; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Lecène, suppléant.

Samedi 13 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Albarran, Thiéry et Auvray.

1er (oral) : MM. Quénu, Marion et Morestin.

2e : MM. Prenant, Gley et Nicloux.

3e (oral, 1re partie) : MM. De Lapersonne, Ribemont-Dessaignes et Launois.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. Brumpt, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1e partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 10 février 1909, à une heure. — M. KLEIN. Tuberculose et syphilis étudiées dans un milieu spécial (l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare). (MM. Brissaud, président; Reclus, Roger et Pierre Duval.) — M. DELMAS. Des adhérences douloureuses péricæcales consécutives à l'appendicectomie. (MM. Reclus, président; Brissaud, Roger et Pierre Duval.) — M. BROTHIER. Etude expérimentale et clinique sur la toxicité des savons de soude. (MM. Roger, président; Brissaud, Reclus et Pierre Duval.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de médecine mentale à l'usage des praticiens et des étudiants, par L. MARCHAND, médecin des asiles publics d'aliénés. Avec une préface par le docteur Toulouse. In-18 jésus, cartonné toile, de 625 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Leucoplasie laryngée, par le docteur Gaston POYET, ancien externe des hôpitaux, lauréat de l'Assistance publique (prix d'otologie). In-8 de 80 pages avec 4 figures hors texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

N° 13. — MARDI 2 FÉVRIER 1909. 82e ANNÉE. MARDI 2 FÉVRIER 1909. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 30 janvier 1909 : MM. Mignot, 10; Gallais, 6; Villette, 7; Mutel, 10; Goret, 8; Maurer, 7; Baufle, 12; Rousseau-Langwelt, 9.

La prochaine séance aura lieu le mardi 2 février, à huit heures du matin.

Pathologie. — Séance du 29 janvier : MM. Durœux, 7; Morancé, 11; Dubois (Jean), 8; Mallet (Lucien), 2; Fricker, 3; Ghéorghiu, 6; Larue et Bontemps, 7; Beck, 8.

Séance du 31 janvier : MM. Thibaut (David), 11; Kemhadjian, 4; Rousseau (Fernand), 9; Lorin, 12; Renaud-Badet, 10; Miginiac, 11; Mlle Condat, 8; M. Brocq, 10.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 3 février, à quatre heures et demie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le docteur Sellier, chef des travaux de physiologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé chargé de cours complémentaire d'anatomie et de physiologie élémentaires à ladite Faculté pour l'enseignement aux dentistes et sages-femmes (fondation de l'Université de Bordeaux).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Sanz de Santa Maria, citoyen colombien, est nommé chevalier de la Légion d'honneur :

— Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées pour services rendus à la mutualité aux personnes dont les noms suivent :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Anagnostaki (de Tunis), Baumgarten (de Paris) et Vivien (de Vienne).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Coutrest et Daulnoy (de Paris), Deshayes (de Rouen), Hellian (de Chitenay), Huguenin, Lemasson-Delalaude et Mayard (de Paris); Ravenez, médecin principal de première classe; Vigouroux (de Paris).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Azalbert (de Cannes-Minervois), Broudic (de Paris), Duriez (de Pierrefonds), Lagrange (de Poitiers), Larché (de Tunis), Moreau (de Lusignan), Malabouche (de Gignac), Marcombe (de Clermont-Ferrand), Paumès (de Toulouse), Turgard (de Lille) et Wateau (de Paris).

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 20 janvier 1909, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Bruant et Morer.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Stoupy.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. les médecins-majors de l'armée active retraités Pascaud et Marcelin.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. l'ex-médecin-major de première classe de l'armée territoriale Manfredi; — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Silice, Bimler, Labroue, Roux, Géhin, Guérin, Watie et David.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active Boussenot.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Duclos, Laporte, Mercadé, Augay, Vander Elst, Billaudet, Graziani, Triqueneaux, Donnadieu, Barbé, Jullich, Thuau, Duval, Pfulb, Calbérac, Sainfeld Peretz dit Schœnfeld, Gabourd, Boudin, Rouyer, Chanal, Langlais, Coste, Baudet, Keller, Pageot, Faurie, Peltier, Cotte, Jamot, Mandy, Delmas, Colibert, Dupuy, Thibault, Savouré, Cloitre, Barlatier, Charrière, Labrunie, Claverie, Bosredon, Deslions, Adler, Bajan, Bataille, Gauthier, Rogery, Jacquemart, Poyet, Milan, Vignéras, Copreaux, Dreux, Descusses, Jocaveill, Bastide-d'Izard, Jousset, Pépin, Caron. Truchet, Jubien, Godart, Haas, Rochu, Dupui, Lafon, Thiéry, Balmes, Delarbre, Vaquier, Dunaud, Causse, Borros, Lorne, Monjou, Quercy, Puech, Jacobée, Pestel, Troullieur, Rebatel, Peron, Josserand, Bertrand, Ponsoye, Leprat, Mion, Crespin, Picaud, Gloumeau, Bosquette, de la Vallée, Cullerre, Beaujeu, Gibert, Souchon, Michel, Créange, Cabiran, Lheureux, Lascoux, Trabut, Viroulaud, Salle, Belle, Minon, Lagarrigue, Cambon, Courjon, Arnould, Dulion, Fabignon, Guignot, Perron, Chazal, Magrangeas, Juilhe, Molinard, Stouff, Martin, Prel, Fournioux, Goudard, Sire, Bax, Guilhaume, Desbœufs, Fabre de Parrel, Magnette, Dupont, Marmoiton, Caillods, Chassaing-Mandegou de Borredon, Bourgerette, Massardier, Culty, Weber, Gluge, Béros, Fenouil, Bourgeois, Baudon, Foltz, Daguet, Dumont, Laimé, Benon, Rochette, Méo, Ros, Raoulx, Maugeais.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 153.*)

DE L'ÉPILEPSIE

Par L. MARCHAND,
Médecin-adjoint de l'Asile de Blois.

Il est d'usage d'appeler accès épileptiformes les accès déterminés par des lésions cérébrales, et accès épileptiques ceux qui surviennent chez des individus ne présentant aucune lésion cérébrale apparente. Les recherches anatomo-pathologiques permettent aujourd'hui d'affirmer que l'épilepsie est un syndrome toujours symptomatique de lésions cérébrales; l'accès épileptique est un phénomène passager, sujet à récidive, qui survient au cours de maladies cérébrales diverses. Il n'y a plus lieu actuellement d'établir une distinction entre les accès épileptiques et les accès épileptiformes; tous les accès sont épileptiformes en ce sens qu'ils sont symptomatiques de lésions cérébrales.

Cependant, si la clinique a accordé longtemps aux mots épileptique et épileptiforme une importance qui n'a plus lieu d'être, il est facile d'en trouver la cause. Certains sujets présentent, outre des accès épileptiques, d'autres symptômes permanents moteurs, sensitifs ou psychiques, qui laissent supposer des lésions profondes du cerveau, et le nom d'accès épileptiformes semble devoir être réservé aux crises convulsives qui surviennent chez de tels malades; d'autres sujets présentent des accès épileptiques et ne paraissent présenter aucun autre trouble; chez eux, l'épilepsie semble constituer à elle seule une maladie. C'est à cette forme qu'on donne encore le nom d'épilepsie essentielle ou idiopathique. Si l'on s'en rapporte à la clinique, l'épilepsie « névrose » désigne une affection qui ne se traduit que par des crises convulsives, l'épilepsie formant à elle seule l'unique symptôme d'une lésion cérébrale.

Contrairement à la règle que nous venons d'exposer, il est d'usage courant d'appeler épileptiques les accès qui surviennent chez les idiots et les imbéciles, et épileptiformes ceux qui surviennent chez des déments, c'est-à-dire chez des individus dont l'intelligence s'est affaiblie après avoir atteint un niveau normal. Dans les deux cas cependant les accès convulsifs forment avec la faiblesse ou l'affaiblissement de l'intelligence les symptômes d'une maladie du cerveau, et les accès sont symptomatiques de lésions cérébrales diffuses.

Si l'accès épileptique n'est qu'un syndrome, est-il possible de déterminer quelles sont les lésions cérébrales qui le provoque ? Quand des troubles moteurs et sensitifs permanents ou des troubles psychiques, tels que l'idiotie et la démence, s'associent à l'épilepsie, on trouve toujours des lésions cérébrales ; on n'hésite pas à considérer les phénomènes convulsifs transitoires et les phénomènes psychiques permanents comme l'expression clinique de l'affection cérébrale. Mais quelles sont les lésions cérébrales que l'on rencontre chez les sujets qui sont atteints d'épilepsie sans autres symptômes moteurs, sensitifs ou intellectuels permanents ? Pour les déterminer, nous avons suivi la méthode suivante : nous avons examiné des cerveaux d'épileptiques intelligents ne présentant aucun trouble moteur, des cerveaux d'épileptiques atteints de débilité mentale, d'imbécillité ou d'idiotie. Nous avons comparé les lésions relevées dans chacun de ces cas et nous sommes arrivé aux résultats suivants : les adhérences méningo-corticales plus ou moins diffuses, mais prédominantes au niveau des lobes frontaux et des régions motrices, sont avec une légère sclérose superficielle du cortex cérébral sous-jacent les seules lésions que l'on rencontre chez les épileptiques intelligents; le réseau des fibres tangentielles (fibres intellectuelles d'association) est normal. Dans les cerveaux d'épileptiques idiots ou imbéciles, nous avons observé, outre les adhérences méningées, une sclérose cérébrale plus accentuée avec disparition ou simplement diminution des fibres tangentielles suivant le niveau intellectuel présenté par le sujet.

Ces lésions permettent d'expliquer pourquoi un certain nombre d'épileptiques ne présentent pas de faiblesse ou d'affaiblissement intellectuel, tandis que d'autres sont idiots, imbéciles ou déments. Les premiers sont atteints de symphyse cortico-méningée sans lésion du cortex sous-jacent ; les autres sont atteints d'encéphalite scléreuse sous-jacente aux méninges altérées (méningo-corticalite chronique). On comprend qu'entre l'épileptique à intelligence normale et l'épileptique idiot ou dément, il peut exister toute une série d'intermédiaires. De plus, d'après les caractères des lésions, on peut considérer l'épilepsie comme l'élément symptomatique d'une infirmité cérébrale plutôt que d'une maladie cérébrale en évolution; les lésions méningées et la sclérose du cortex cérébral, même si elles ne progressent plus, n'en restent pas moins la cause des accès convulsifs.

La localisation de la sclérose à la partie du cortex sous-jacente aux méninges explique la rareté des troubles moteurs permanents chez les épileptiques, car de tels troubles supposeraient une lésion plus étendue en profondeur altérant ou détruisant les cellules pyramidales des régions motrices.

Quant à la cause de ces lésions, on peut admettre qu'elles sont souvent le résultat de lésions méningées du jeune âge. On sait combien les convulsions accompagnées de fièvre sont fréquentes dans les antécédents des épileptiques; chez certains, l'épilepsie a fait suite immédiatement aux convulsions; chez d'autres, l'épilepsie n'est survenue que plusieurs mois ou plusieurs années après elles. Dans ces cas, il n'y a aucun doute sur les rapports entre l'affection cérébrale qui a causé les convulsions, et plus tard l'épilepsie. Les lésions méningo-corticales relevées à l'examen microscopique du cerveau sont des plus démonstratives à ce sujet. Il en est de même quand l'épilepsie apparaît plus ou moins longtemps après un traumatisme cranien (épilepsie traumatique).

Cependant certains sujets deviennent épileptiques sans que rien dans leur passé n'ait fait prévoir une telle infirmité; dans leur cerveau on rencontre les mêmes lésions cérébrales que celles que nous avons décrites plus haut. Il existe en effet des méningites

chroniques à évolution insidieuse qui, survenant dans l'enfance et l'adolescence, à cette époque de la vie où le cerveau réagit si facilement à toute irritation par une attaque épileptique, sont la cause du mal comitial. Ces méningites chroniques sont probablement d'origine toxique; ne les voit-on pas survenir chez l'adulte au cours de l'alcoolisme chronique dont les crises convulsives sont un des principaux symptômes. Pour quelques auteurs, ces lésions pourraient, dans certains cas, être congénitales.

Il resterait à expliquer pourquoi une lésion permanente, telle que l'adhérence méningée ou la sclérose cérébrale, provoque des crises épileptiques essentiellement transitoires; mais c'est là un problème qui ne se pose pas seulement pour l'épilepsie dite idiopathique, mais pour tous les cas d'épilepsie symptomatique.

Les autres maladies cérébrales au cours desquelles peuvent apparaître des crises convulsives revêtant les caractères des accès épileptiques sont très nombreuses; mais dans celles-ci la concomitance de troubles moteurs, sensitifs ou psychiques permet souvent de diagnostiquer la maladie cérébrale, quoiqu'il ne soit pas rare cependant d'observer des lésions cérébrales plus ou moins grossières qui ne se sont traduites cliniquement que par des accès épileptiques.

L'accès épileptique est une réaction bien spéciale du cerveau dont on ne peut encore expliquer le mécanisme physiologique; une simple intoxication d'origine gastrique peut en être la cause (éclampsie infantile); il peut survenir au cours d'une infection, d'une intoxication alcoolique passagère; il peut apparaître avec les mêmes caractères au cours d'une méningite aiguë, d'une sclérose cérébrale, d'une tumeur de l'encéphale, de la paralysie générale.

L'épilepsie est donc toujours symptomatique, même la forme considérée comme essentielle. A des lésions curables du cortex correspond l'épilepsie curable qu'on appelle encore épilepsie aiguë; telle est l'épilepsie qui apparaît au cours de toutes les intoxications aiguës; mais, que celles-ci déterminent des lésions scléreuses du cortex et l'épilepsie peut devenir chronique. Le pronostic de l'épilepsie est subordonné aux lésions cérébrales qui la provoquent.

Il est un fait qui déconcerte l'anatomo-pathologiste : pourquoi parmi plusieurs sujets présentant la même maladie cérébrale, les uns présentent-ils des accès épileptiques et d'autres non; pourquoi par exemple certains paralytiques généraux et non tous les paralytiques généraux, présentent-ils des accès épileptiques; pourquoi certains idiots atteints de méningite chronique sont-ils atteints d'épilepsie et non tous les idiots atteints de cette affection cérébrale. Parler en présence de tels cas de prédisposition convulsive est une manière simpliste de cacher notre ignorance et d'éliminer la question sans la résoudre.

Si on envisage le syndrome épilepsie au cours de toutes les maladies cérébrales dans lesquelles il peut apparaître, on peut établir les lois générales suivantes :

1° L'épilepsie est un syndrome qui apparaît d'autant plus fréquemment au cours des maladies cérébrales que celles-ci surviennent à un plus jeune âge;

2° Chez l'enfant et l'adolescent, l'épilepsie est très fréquente dans toutes les maladies diffuses des méninges et du cortex, que celles-ci soient aiguës, subaiguës ou chroniques;

3° Chez l'adulte et le vieillard, l'épilepsie apparaît surtout dans les affections méningo-corticales à marche aiguë ou subaiguë, elle est plus rare dans les affections chroniques.

Si l'épilepsie est toujours symptomatique et n'est qu'un syndrome, si l'épilepsie « névrose » n'existe pas, que doit-on entendre par épilepsie larvée?

Sous le nom d'épilepsie larvée on groupe tous les troubles d'origine cérébrale qui présentent les caractères suivants : soudaineté d'apparition et de disparition, brièveté et périodicité; inconscience automatique du sujet pendant la crise, amnésie consécutive complète, répétition des troubles suivant un mode uniforme chez le même sujet.

Quand l'épilepsie était considérée comme une névrose, il était tout indiqué de considérer ces accidents comme des équivalents épileptiques. Mais l'épilepsie « névrose » a fait son temps, le mal comitial est toujours symptomatique et ne peut être larvé; l'épilepsie n'est qu'un syndrome au même titre que l'apoplexie, que l'hémiplégie, etc., et on n'a jamais décrit une apoplexie larvée, une hémiplégie larvée.

Les différents syndromes décrits sous le nom d'épilepsie larvée sont comme les accès convulsifs symptomatiques d'une lésion cérébrale, ils ne sont que des effets différents d'une affection cérébrale. Il en est de même des troubles du caractère chez les épileptiques. Si les comitiaux présentent souvent des troubles particuliers du caractère, ces derniers forment avec les accès épileptiques et avec la faiblesse intellectuelle, si fréquente chez de tels malades, un ensemble symptomatique que l'on rencontre fréquemment dans les affections chroniques du cerveau qui surviennent dans l'enfance.

L'épilepsie doit être rayée définitivement du groupe des névroses; elle doit aujourd'hui faire l'objet d'un chapitre de séméiologie nerveuse. Les accès convulsifs peuvent présenter suivant les lésions cérébrales dont ils sont symptomatiques des caractères particuliers; ils peuvent s'associer à d'autres troubles intellectuels, moteurs ou sensitifs permanents. Parmi les sujets présentant des crises épileptiques, un certain nombre sont considérés comme atteints d'épilepsie essentielle et ne présentent pas d'autres symptômes que les accidents convulsifs, d'autres présentent en plus soit un état de faiblesse intellectuelle (idiotie, imbécillité, débilité mentale, déséquilibre mental), soit des troubles groupés actuellement sous le nom d'épilepsie larvée, soit des troubles du caractère. Ces différents syndromes, qui peuvent s'observer isolément, sont l'expression symptomatique d'une affection cérébrale survenant dans le jeune âge caractérisée par des lésions diffuses des méninges et par la sclérose de la couche la plus superficielle du cortex cérébral (méningo-corticalite chronique de l'enfance).

LA NEURASTHÉNIE

CONSÉQUENCE DE LA MAUVAISE RÉPARTITION DES EXCITATIONS

Par M. B. CHALMET (de Landerneau).

La neurasthénie est une de ces questions sur laquelle on pourrait, il me semble, moins discuter et avoir une opinion ferme, en considérant trois grandes lois de biologie :

1° Loi de l'excitation. — La vie ne s'entretient que par l'excitation [stimulants extérieurs] (Brown, van Gehuchten).

On réserve généralement le mot « réflexes » pour les mouvements produits à la suite d'impressions non perçues, mais, au sens littéral du mot, tout acte de l'organisme est d'ordre réflexe et commence par une action extérieure. Entre cette action extérieure et le phénomène fonctionnel qui en résulte, il y a le fonctionnement d'un nombre variable d'éléments nerveux (Le Dantec), même s'il s'agit du centre supérieur de l'intelligence et de la pensée. En d'autres termes, dans un centre nerveux quel qu'il soit, il ne peut exister d'action centrifuge isolée, il n'y a que des réflexes à point de départ ignoré ou connu.

2° Loi de l'assimilation fonctionnelle. — Nous savions déjà que sans réflexe il n'y a pas de passage suffisant de sang dans un organe, que sans passage suffisant de sang, il n'y a pas ou il y a peu d'échanges osmotiques entre le sérum sanguin et les cellules.

M. Le Dantec nous a appris que le fonctionnement et la vie élémentaire étaient inséparables. La cellule n'accumule pas suivant sa nature des produits qu'elle désassimile suivant ses besoins (A. Gautier, *Chimie de la cellule vivante*) ; l'échange cellulaire osmotique c'est, *simultanément*, dans le milieu intérieur, la prise de certaines substances (assimilation), et le rejet de certaines autres (désassimilation, sécrétions, toxines).

3° Loi du balancement fonctionnel. — D'abord, la capacité totale du système circulatoire étant supérieure à la quantité totale du sang, le balancement des phénomènes vaso-moteurs est nécessaire (Franck).

Ensuite, il y a une limite au renouvellement possible de la matière dans un temps donné : un organe ne peut fonctionner trop sans qu'un autre travaille moins (Le Dantec).

Enfin, depuis que l'étude des échanges nutritifs a été abordée par le côté dynamique, grâce aux progrès de la thermo-chimie (Berthelot [1864]), la considération des recettes et des dépenses d'énergie s'est ajoutée à la connaissance des recettes et des dépenses de matières (Gley), les transformations chimiques des matériaux mettant en liberté de l'énergie captée par le système nerveux et accumulée dans les groupements de cellules nerveuses plus ou moins importants jusqu'au moment de l'appel d'une excitation. Donc aussi, balancement fonctionnel au point de vue de l'énergie : un organe qui travaille trop dépense de l'énergie perdue pour les autres organes.

Le rapprochement de ces trois lois, indispensable dans toute étude biologique, explique, à mon avis, la neurasthénie.

La vie ne peut être normale, euphorique (Hervouët), que si les excitations sont bien réparties, puisque :

Les excitations règlent le travail des organes (passage du sang, échanges osmotiques) ;

Le fonctionnement et la nutrition des cellules sont inséparables ;

Le travail exagéré et répété d'un organe amène le repos prolongé, c'est-à-dire le défaut de nutrition d'autres organes et la mort ou la transformation de leurs cellules.

Cela n'a rien de nouveau. Broussais l'a déjà dit :

L'excitation n'est jamais uniforme dans l'économie animale, elle est toujours en plus dans certaines parties, en moins dans certaines autres, et prédomine successivement dans divers organes (proposition LXI) ;

La surexcitation partielle suppose toujours un appel trop considérable de fluides (proposition LXXVIII) ;

La santé s'altère parce que les stimulants extérieurs destinés à entretenir l'excitation ont cumulé l'excitation dans quelque partie (proposition LXII) ;

La force générale est le résultat de l'équilibre parfait et de l'exercice régulier de toutes les fonctions (*Examen des doctrines médicales*, p. 78).

Or, nous abusons de la vie animale : on peut comparer les deux ordres de forces vitales, l'un appartenant à la vie organique (centre épigastrique), l'autre à la vie animale (centre cérébral) à deux lumières qui brûlent en même temps et qui n'ont pour aliments qu'une quantité déterminée de matériaux. (Bichat. *Recherches physiologiques sur la vie et la mort.*)

Ce qui était exact du temps de Broussais et de Bichat l'est encore plus aujourd'hui que la lutte pour la vie devient de plus en plus âpre, et que des générations précédentes ont créé une hérédité de névropathie et même parfois de dégénérescence : les excitations ne sont plus assez bien réparties entre les divers organes et appareils, le cerveau de la pensée et de la préoccupation travaille trop, l'hyperpsychisme dépense trop de matière et d'énergie, n'en laisse plus assez pour le reste de l'organisme, et, bientôt, pour la corticalité cérébrale elle-même, puisqu'elle fait partie d'un ensemble affaibli.

Ce n'est pas assez de reconnaître avec M. A. Deschamps, que le cerveau ne produit pas la force, qu'il la puise, la transforme, la distribue en l'appliquant à des buts déterminés, on doit ajouter qu'il est, dans sa partie psychique, « le grand consommateur d'énergie » par ses propres opérations intellectuelles et surtout morales (G. Ballet).

Le point de départ, le trajet complexe de ces excitations trop intenses et trop répétées, d'où résultent les processus intellectuels et moraux, resteront longtemps, peut-être toujours, difficiles à connaître.

Leurs conséquences sont plus aisées à établir :

Dans l'agglomération cellulaire qu'est notre organisme, où le sang, milieu intérieur circulant, mélange incessamment renouvelé et modifié qui repré-

sente les échanges avec toutes les cellules de l'organisme (A. Gautier) et renferme pêle-mêle tous les matériaux de l'assimilation fonctionnelle, dans cette agglomération cellulaire où, par suite, chaque cellule est dépendante de l'ensemble et où l'ensemble dépend de chaque cellule, on ne peut guère examiner les phénomènes de la vie que sous la forme d'un cercle [un serpent qui se mord la queue, image assez juste des choses (Cl. Bernard)] :

Cercle entre l'énergie provenant de la digestion des aliments et l'énergie nécessaire pour digérer : il n'y a pas de neurasthénie sans troubles digestifs;

Cercle entre la circulation du sang et le travail cellulaire, l'osmose favorisant la circulation capillaire et la circulation apportant les matériaux de l'osmose : il n'y a pas de neurasthénie sans troubles circulatoires et nutritifs plus ou moins accusés.

Si donc, par un mauvais emploi de l'énergie nerveuse accumulée, le cerveau a fonctionné et fonctionne trop, relativement aux autres organes qui ne fonctionnent pas assez, c'est-à-dire ne se nourrissent pas assez, la méiopragie générale, y compris l'asthénie secondaire du cerveau lui-même, est, à moins qu'on n'y remédie de bonne heure dans la mesure du possible, entretenue et aggravée par l'enchaînement circulaire de tous les actes vitaux.

Les degrés divers de la maladie, les prédispositions congénitales, les lieux de moindre résistance produiront les variétés de formes observées dans la pratique. (Je ne parle pas des associations avec d'autres états morbides.)

Comment guérir ces malades qui n'ont pas suivi les recommandations de M. Faguet, accepté joyeusement la vie, pensé et travaillé sans crainte ?

En répartissant mieux les excitations, si leur mauvaise répartition est la cause du mal. Donc :

1° Choisir, pour le cerveau, certaines excitations, éloigner certaines autres. — Ne laissons pas le malade livré à ses craintes et à ses regrets, les unes et les autres aussi stériles que nuisibles. Redisons-lui toujours le « Carpe diem » d'Horace, la nécessité de prendre le jour tel qu'il est, et de songer, s'il est parfois mauvais, que les *apparences* au milieu desquelles nous vivons dépendent souvent de notre imagination. Le neurasthénique est un découragé tenace (Londe); il faut éloigner de lui l'image de la cause morale déprimante, lui donner de la chaleur morale pour retrouver la force d'accepter ce qu'on ne peut empêcher (Londe). Il faut faire de l'orthopédie morale (Dubois [de Berne]), rééduquer l'émotivité (Lévy). *On a la santé de son caractère.* Si on améliore le caractère, on améliore la santé; encourageons donc le malade, en allant du simple au difficile, à supporter d'abord, le plus vaillamment possible, les petits malaises et les petites contrariétés.

Evidemment, le vouloir est affaibli parce que le pouvoir est plus faible (A. Deschamps). Il n'en est pas moins vrai qu'il y a un cercle vicieux entre le caractère et la santé, entre l'inquiétude et la faiblesse nerveuse. L'image du serpent qui se mord la queue montre que le cercle a un commencement. Ici, le commencement c'est l'inquiétude, la préoccupation morale.

Certes, la maladie n'est pas imaginaire, elle n'est que trop réelle, mais il est absolument nécessaire de corriger l'imagination trop frappée. La lutte sera longue et pénible avec ces éternels gémisseurs (Brissaud), aux sensations fixes (Huchard), qui s'analysent sans cesse, s'apitoient constamment sur leur sort, se font, à propos de tout, les diagnostics et les pronostics les plus graves, prêts à s'alarmer de notre moindre hésitation, et disposés à la fois, comme tous les incompris, à croire, si on veut les rassurer, qu' « on ne connaît pas leur maladie ». Néanmoins, dans tous nos discours, l'espérance doit être le *leitmotiv*; il peut revenir jusqu'au radotage, nous entendrons encore le neurasthénique nous demander à la fin s'il guérira. Donc, avec la patience et l'autorité nécessaires, donnons-lui de l'espoir, encore de l'espoir, toujours de l'espoir. C'est la foi qui guérit (Déjerine). Pour ramener l'énergie, en donner par la confiance, empêcher la fuite, la déperdition continue que cause la tristesse, telle est la première indication (traitement moral).

En attendant l'effet du traitement moral qui ramène non seulement l'énergie, mais aussi le sommeil et une meilleure répartition des excitations entre les divers centres cérébraux :

2° Lutter contre l'insomnie due a la persistance des excitations psychiques. — Leur continuité maintient, pendant la nuit, l'articulation des neurones, empêche, par le défaut de rétraction des ramifications vers les cellules, la discontinuité des centres psychiques (théorie physiologique du sommeil). Le sommeil ordinaire, c'est le repos du cerveau, des membres, c'est la force vitale rendue au centre épigastrique, par la suspension de la pensée, du mouvement, du bruit, de la lumière; c'est alors l'élimination des produits qui déterminent la fatigue générale de l'organisme (Le Dantec). Il est donc utile de provoquer le sommeil.

3° Calmer les excitations des centres inférieurs dues au défaut de contrôle cérébral. — Si le centre de la pensée continue à gaspiller la plus grande part de la force nerveuse, le contrôle cérébral s'effectue moins bien (comme dans le sommeil) sur les centres inférieurs (bulbe, moelle, grand sympathique). De là, quoique la somme de la vitalité générale soit très diminuée (Broussais), des déplacements ou transformations brusques du peu d'énergie qui reste : phénomènes d'irritabilité, d'adynamie avec spasmes, de dynamogénie (avec les souffrances de l'hyperesthésie qui est de la dynamogénie [Brown-Séquard]), phénomènes d'inhibition (tous les nerfs sensitifs, y compris ceux des viscères, pouvant apporter une excitation trop vive aux centres vaso-moteurs, bulbaire ou autres [Lancereaux]). Avant les effets de la rééducation, il faut bien quelques drogues pour calmer, sans augmenter ni la dyspepsie, ni l'intoxication, la sensibilité ultra-éréthique de certains malades.

4° Rappeler ou coordonner les excitations dans l'appareil digestif. — Pour cela, il est nécessaire

de savoir comment a varié, d'après l'innervation générale du sujet, la force motrice qui anime cet appareil. C'est le problème qu'on demande à l'analyse du liquide stomacal de résoudre par un procédé de pratique journalière. Bien entendu, on ne néglige pas les éléments fournis par l'observation clinique, et, parmi eux, la recherche de la stase iléale qui augmente avec l'insuffisance digestive et produit l'intoxication parfois considérée comme la cause de la neurasthénie.

5° DIMINUER, SI LE SUJET EST TRÈS FATIGUÉ, TOUTES LES EXCITATIONS DE LA VIE ANIMALE, PAR UNE CURE INITIALE DE REPOS PHYSIQUE ABSOLU DANS LES MEILLEURES CONDITIONS D'AIR ET DE LUMIÈRE.

6° ENFIN, S'EFFORCER D'ÉTABLIR ET DE FAIRE ACCEPTER GRADUELLEMENT UN GENRE DE VIE OU LES EXCITATIONS SOIENT DÉSORMAIS ÉQUITABLEMENT RÉPARTIES ENTRE :

Les *divers centres cérébraux* (éloignement des préoccupations, dans la mesure du possible; retour à des occupations méthodiques (Fiessinger) et variées);

Les *muscles* (exercice régulier, général, progressif);

Le *tube digestif* (qualité et quantité des régimes);

La *zone génitale* (pas de dépense trop grande d'énergie dans cette zone [Freund]).

Telles sont, à mon avis, les grandes lignes du traitement pour le médecin qui veut être à la fois psychologue et clinicien.

FORMULAIRE

MENU POUR NOURRICE SALARIÉE

Une nourrice ne fait guère que ce qu'elle veut. Si quelque observation ou quelque exigence minime de ses patrons lui déplaît, elle les quitte. Changer de place pour elle est chose insignifiante : la demande surpasse l'offre et de beaucoup.

Exceptionnellement donc, le praticien consulté pour l'alimentation d'une nourrice docile pourra se rappeler les menus-types suivants que recommande Bouchacourt dans la *Presse médicale :*

Huit heures : Soupe au lait ou aux légumes (1).

Midi (2) : *a.* Thon à l'huile avec beurre (3); *b.* Morue maître d'hôtel; *c.* Veau rôti; *d.* Salade cuite; *e.* Fromage et fruits de saison crus; *f.* Bière légère très peu alcoolisée; *g.* Café de chicorée.

Quatre heures : Pain et fromage.

Sept heures : *a.* Soupe aux poireaux et pommes de terre; *b.* Œufs sur le plat; *c.* Purée de lentilles; *d.* Riz au lait (4); *e.* Fromage et fruits cuits; *f.* Bière légère très peu alcoolisée.

MENU POUR MÈRE NOURRICE

Huit heures : Thé léger avec pain grillé et beurre.

Douze heures : *a.* Sardines à l'huile avec beurre; *b.* Sole Colbert; *c.* Filet de bœuf rôti; *d.* Haricots verts au beurre; *e.* Fromage à la crême; *f.* Fruits de saison crus; *g.* Bière de malt; *h.* Pain complet; *i.* Un petit verre d'anisette. (L'anis étant un galactagogue.)

Quatre heures : Thé léger avec biscotte et beurre.

Sept heures : *a.* Tapioca au lait; *b.* Omelette fines herbes; *c.* Purée de lentilles; *d.* Crème au chocolat; *e.* Fromage et fruits cuits; *f.* Bière de malt; *g.* Pain complet; *h.* Tilleul.

(1) Cette dernière, gardée de la veille et réchauffée. D'une façon générale, le sel doit être répandu abondamment dans la cuisine des nourrices.

(2) Un assez grand nombre de nourrices émettent la prétention, absolument injustifiée, de prendre « quelque chose » entre huit heures et midi, c'est-à-dire vers dix heures, sous prétexte de fringales quand arrivent onze heures et demie. Une telle pratique doit être désapprouvée formellement.

(3) L'huile et toutes les matières grasses étant propres à augmenter le lait des nourrices, on leur en donnera largement.

(4) Le sucre, sous toutes ses formes, doit faire partie du régime des nourrices. Il en est de même du lait.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1909)

Sur la fermentation ammoniacale. — M. J. EFFRONT.

Des applications de la d'Arsonvalisation localisées à certaines régions principalement à la région encéphalique. — M. A. MOUTIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1909)

Tétanos traité à l'aide des injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie. — M. NETTER lit au nom de s n interne, M. Drevet, une note sur un cas de tétanos ainsi traité et terminé par la mort. Il s'agissait d'un enfant de huit ans, malade depuis cinq jours ; on lui fit une injection de sérum antitétanique et une injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie à 25 p. 100, filtrée, bouillie et tiède, en même temps qu'on lui administrait du chloral.

L'état s'améliora dès l'injection de sulfate de magnésie, et c'est à cette substance qu'il faut attribuer l'amélioration. D'autres auteurs ont déjà cité des faits semblables.

Pouls lent permanent avec lésion du faisceau de His. — MM. SOUQUES et H. CHENÉ communiquent une observation de syndrome de Stokes-Adams caractérisé par de rares attaques syncopales et épileptiformes et par une bradycardie prononcée, à la fois permanente, régulière et invariable.

Les tracés des jugulaires et de la radiale révèlent l'existence d'un Herz-Block partiel. Quatre à cinq ans après la première constatation de ce syndrome, le malade, âgé de soixante-sept ans, mourut subitement dans une syncope.

A l'autopsie, la seule lésion visible était un foyer fibro-calcaire situé dans la cloison médiane du cœur, immédiatement au-dessous de la ligne d'insertion du segment postérieur de la grande valve de la mitrale. Ce foyer occupe la partie inter-auriculo-ventriculaire de la cloison et l'extrémité supérieure du septum musculaire inter-ventriculaire, autrement dit le passage du faisceau communicant de His.

Cette observation vient à l'appui de la théorie myocardique du pouls lent permanent par destruction du faisceau unissant.

Symphyse cardiaque; syndrome surréno-vasculaire; anévrisme du cœur. — MM. E. JOSUÉ et H. PAILLARD rapportent l'observation d'un malade de soixante-quatre ans, mort de broncho-pneumonie pneumococcique et à l'autopsie duquel on trouva une série de lésions complexes, dont il est intéressant d'établir la filiation.

Un très gros cœur de 850 grammes avec symphyse péricardique étendue; à l'ouverture, on trouve à la pointe, dans le ventricule gauche, un anévrisme de la grosseur d'une mandarine. L'artère coronaire antérieure est oblitérée, l'artère coronaire postérieure est perméable. L'aorte est extrêmement athéromateuse. Les capsules surrénales sont énormes (14 grammes à droite, 10 grammes à gauche), très hyperplasiées, manifestement en état de suractivité fonctionnelle. Au contraire les reins présentent un minimum de lésions scléreuses, mais quelques altérations de néphrite aiguë attribuables à l'infection terminale.

Donc, chez ce malade artério-scléreux, il y a une dissociation des plus nettes entre les lésions cardiaques et les lésions

rénales, et l'on peut soupçonner que la subordination chronologique des accidents a été la suivante :

La symphyse a déterminé l'hypertrophie cardiaque. Celle-ci à son tour a suscité l'hyperplasie des surrénales, la sécrétion interne de ces glandes servant à maintenir le tonus du système cardio-vasculaire. Mais l'adrénaline sécrétée en trop grande quantité a provoqué des lésions artério-scléreuses de l'aorte et de ses branches, en particulier de la coronaire antérieure. Cette dernière s'est oblitérée, et l'anévrisme du cœur a été la conséquence de l'ischémie du territoire myocardique correspondant.

Cette observation constitue un curieux exemple de syndrome surréno-vasculaire.

Ictère grave streptococcique. Formule hématologique des ictères hémolytiques, avec « réaction granuleuse » retardée. — M. E. Sacquépée. On voit survenir simultanément chez un malade, d'une part, des phénomènes inflammatoires localisés (phlegmon diffus de la cuisse), d'autre part, des troubles généraux : ictère, fièvre irrégulière, délire, insomnie, prostration, oligurie avec hématurie. L'ictère ne s'accompagne ni d'élimination de pigment biliaire normal par les urines, ni de modifications des selles. Le malade guérit, après des accidents extrêmement sévères, dont l'ensemble mérite le nom d' « ictère grave ».

Au point de vue bactériologique, on trouva en abondance le streptocoque dans la lésion locale et, par hémoculture, dans la circulation générale.

La formule hématologique était celle des ictères hémolytiques acquis : anémie très prononcée, poussée d'hématies granuleuses, hypo-résistance globulaire, surtout en l'absence de plasma. La nature de l'ictère (ictère acholurique) et la splénomégalie concordent d'ailleurs avec ces résultats hématologiques, pour affirmer le diagnostic d'ictère hémolytique acquis.

Les deux points particulièrement intéressants sont les suivants : d'une part, le malade fut observé assez tôt (vingt-quatre heures après le début) pour qu'on ait pu constater à ce moment une formule sanguine à peu près normale, à tous points de vue; il fut suivi assez longtemps pour qu'on ait pu voir disparaître, ou tout au moins rétrocéder, les anomalies hématologiques constatées en cours de maladie.

D'autre part, la poussée d'hématies granuleuses n'apparut que tardivement, bien que l'anémie se soit montrée très hâtivement. Comme il existait en même temps une leucocytose très intense, qui commença à décliner au moment où les hématies granuleuses commençaient à se multiplier, on peut supposer que l'accroissement de ces dernières s'est trouvé entravé par la leucocytose, les leucocytes et les hématies granuleuses étant également engendrés par les mêmes tissus, les organes hématopoïétiques.

Pronostic de la scarlatine compliquée de rougeole. — M. Gouget. La gravité de l'association de la scarlatine et de la rougeole, et tout particulièrement de la succession de la rougeole à la scarlatine, est proclamée par presque tous les auteurs. Elle est confirmée par la statistique, puisqu'un total de 407 cas de rougeole post-scarlatineuse réunis par M. Gouget donne une mortalité du tiers exactement (du cinquième, si l'on ne tient compte que des cas récents). La broncho-pneumonie est la grande cause de la mort, et sa fréquence est attribuée à la facilité avec laquelle se réalise l'auto-infection descendante grâce à l'infection du milieu bucco-pharyngé.

Cependant, M. Gouget, ayant eu l'an dernier, dans son pavillon d'enfants scarlatineux, 39 cas intérieurs de rougeole, les a vus guérir tous, sans exception, et n'a même pas observé une seule broncho-pneumonie. Pourtant 9 de ces malades n'avaient pas plus de deux ans et 23 étaient encore sous le coup de diverses complications de la scarlatine (dont 10 angines pseudo-membraneuses ou ulcéreuses) quand la rougeole a éclaté.

M. Gouget attribue ces heureux résultats aux bonnes conditions hygiéniques de l'hôpital, à l'antisepsie, et surtout à l'isolement précoce (grâce au signe de Koplik) et individuel des malades. Quand ces conditions se trouvent réalisées, le pronostic de la rougeole, même chez de jeunes enfants, à l'hôpital, et dans des cas consécutifs à la scarlatine, peut n'être pas plus sévère que ne l'est, en ville, le pronostic de la rougeole seule, dans la classe aisée. En même temps, l'absence de toute broncho-pneumonie chez des rougeoleux dont un bon nombre étaient en état d'infection bucco-pharyngée, montre quelle faible part doit revenir à l'auto-infection descendante dans la pathogénie de la broncho-pneumonie morbilleuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1909)

Influence des vents et des déplacements rapides sur les dépenses de l'organisme. — M. Maurel, qui se propose d'étudier cette action dans plusieurs notes successives, résume, dans celle-ci, l'influence des vents sur les cobayes avec une vitesse de 12 kilomètres à l'heure; et il arrive à ces conclusions :

1° Que les vents, sur cet animal, augmentent ses dépenses d'un sixième environ;

2° Mais que l'appétit de ces animaux est en même temps assez excité, sous la même influence, pour que le surcroît d'aliments qu'ils prennent dépasse celui de leurs dépenses; si bien que leur croissance non seulement n'est pas gênée, mais même qu'elle est peut-être favorisée;

3° En nous faisant une application de ces résultats, M. Maurel estime que c'est peut-être ainsi qu'il faudrait expliquer, au moins en partie, pour les enfants le bénéfice de la vie au grand air, qui comporte souvent les vents modérés.

Lésions produites par la chloroformo-bacillurie d'Auclair inoculée dans la cavité pleurale. — M. A. Courcoux. Suivant les doses inoculées dans la plèvre, on peut obtenir des lésions primitivement exsudatives ou plastiques. La réaction exsudative est toujours de courte durée, en cinq ou six jours elle disparaît, mais on assiste à l'organisation rapide de néo-membranes avec adhérences qui deviennent fibreuses et on obtient ainsi une pleurésie sèche plastique avec épaississement parfois considérable des feuillets pleuraux et symphyse, par des inoculations successives à sept jours d'intervalle. L'animal sacrifié six jours après la seconde inoculation, il existait une pleurésie cloisonnée à loges jeunes, l'une d'elles contenait encore du liquide. Les lésions histologiques, après une phase de réaction endothéliale banale et de courte durée, exsudative, sont caractérisées par la formation d'une néo-membrane et d'adhérences composées exclusivement par des cellules rameuses qui, superposées en couches parallèles, s'organisent en un tissu fibro-conjonctif très vascularisé dans lequel on rencontre des amas embryonnaires mononucléés; au-dessus de la lame élastique pleurale qui est intacte, on voit parfois quelques cellules géantes.

De l'action des alcaloïdes de l'opium sur les terminaisons nerveuses sensitives cutanées. — M. Akil Moukhtar (de Genève), observant, chez le cobaye, la contraction réflexe du muscle peaucier provoquée par l'excitation de téguments de la région lombaire, est arrivé à démontrer, chez cet animal, l'action anesthésique locale des alcaloïdes de l'opium. Cette action, modique, quoique réelle, avec la morphine, est plus nette avec la codéine et la thébaïne. Parmi les dérivés artificiels de la morphine, la dionine, et surtout l'héroïne, sont plus anesthésiantes que la codéine.

Actions chimiques produites par le sporotrichum Beurmanni. — M. Blanchetière procède à l'étude de cinq variétés isolées par Gougerot. Parmi les alcools polyatomiques seule la glycérine fermente, glucose, galactose, lévulose, amidon, enuline, maltose fermentent également. En milieu non neutralisé, il se forme de l'acide lactique; en maintenant la neutralité il se forme acide lactique et acide acétique.

Les sporotrichum paraissent fixer l'azote.

Le tannage bichromaté pour la recherche du glycogène hépatique. — M. Noël Fiessinger propose, pour la recherche du glycogène dans les cellules hépatiques, le tannage bichromaté avant l'inclusion. Les pièces seront fixées quarante-huit heures à l'alcool à 95 degrés, plongées une heure dans une solution de tannin à 10 p. 100, puis après un court lavage à l'eau, portées dans une solution de bichromate de potasse à

2 p. 100. Le glycogène ainsi fixé ne dissout plus dans l'eau, on peut inclure, couper, colorer dans la sagranine analinée, et différencier dans l'alcool à 95 degrés. Les coupes peuvent être conservées après montage dans le baume du Canada. Le glycogène apparaît dans les cellules sous la forme de boules fortement colorées en rouge vif, le noyau et le cytoplasma restant jaune clair. Cette technique peut rendre d'importants services en histochimie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CONCOURS POUR LA NOMINATION A L'EMPLOI D'INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL DE L'HYGIÈNE ET DE LA SANTÉ PUBLIQUES. — Un concours pour la nomination à l'emploi d'inspecteur départemental de l'hygiène et de la santé publiques dans la Loire est ouvert à Paris au ministère de l'intérieur.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et quarante ans au plus au 1er mars 1909, pourvus du diplôme de docteur en médecine ou de docteur ès sciences, et faire parvenir leur demande au préfet de la Loire avant le 10 mars 1909.

Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants : 1° traitement de 6000 francs; 2° remboursement des frais de déplacement.

Sur leur demande adressée à la préfecture de Saint-Etienne. le programme des conditions du concours leur sera immédiatement adressé.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, CLIMATOLOGIE, GÉOLOGIE ET PHYSIOTHÉRAPIE (Alger, 4-10 avril 1909). — *Voyage en Algérie et Tunisie organisé à l'occasion du Congrès.* — Départ en groupe de Marseille le 22 mars : Tunis, Carthage, Kairouan, Sousse, Tunis, Hammam-Meskoutine, Constantine, Sidi M'Cid, Biskra, Hammam-Salahin, Sidi-Okba, Batna, Lambessa, Timgad, Alger, arrivée le 3 avril, à sept heures du soir. — Retour individuel et facultatif d'Alger à Marseille.

Prix à forfait : première classe, 550 francs.

Sont seules admises à ce voyage les personnes inscrites au Congrès et munies de leur carte de congressiste.

Secrétaire général du Congrès : Docteur L. Raynaud, 7, place de la République (Alger). Téléphone 0-04.

Pour les renseignements concernant ce voyage, s'adresser à M. Heuzé, 16, rue Cartault, à Puteaux (Seine).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 10 mars, terme de rigueur.

HOPITAL COCHIN-ANNEXE. — COURS ÉLÉMENTAIRE PRATIQUE DE VÉNÉRÉOLOGIE. — MM. Détré, Guénot, Marcel Pinard, internes à l'hôpital Ricord, commenceront le lundi 8 février 1909, un cours élémentaire pratique de diagnostic clinique et bactériologique et de traitement des affections vénériennes. Ce cours complet en douze leçons aura lieu tous les jours, à deux heures. Le nombre des élèves est limité. S'inscrire auprès des internes de l'hôpital Ricord (Cochin-annexe, 111, boulevard de Port-Royal). Droit d'inscription : 30 francs.

1° Diagnostic et traitement des urétrites aiguës. Colorations et recherche du gonocoque. — 2° Diagnostic du chancre syphilitique. Recherche du tréponème sur frottis. — 3° Phimosis congénital et inflammatoire. Paraphimosis et leur traitement. Section du frein. — 4° Blennorragie chronique. Technique des lavages et instillations. Dilatateur-laveur de Kollmann. — 5° Syphilis secondaire et tertiaire. Recherche du tréponème à l'ultra-microscope et dans les coupes d'organes. — 6° Rétrécissements inflammatoires de l'urèthre. Leur traitement par dilatation (sondes et béniques). — 7° Injection de sels mercuriels et arsénicaux solubles, d'huile grise, de calomel et de mercure colloïdal. Indications et mode d'administration de l'iodure de potassium. — 8° Diagnostic et traitement du chancre mou. Colorations, recherche et cultures du bacille de Ducrey. — 9° Méatotomie et uréthrotomie interne. Sondes à demeure. — 10° Complications de la blennorragie. Folliculites, orchites. Prostatites et cystites aiguës et chroniques. — 11° Balano-posthites et herpès génital. — 12° Traitement chirurgical des adénopathies de l'aine. Végétations. Molluscum contagiosum.

HOPITAL LAENNEC. — CONSULTATIONS ET LEÇONS PRATIQUES D'OPHTALMOLOGIE A L'USAGE DES PRATICIENS NON SPÉCIALISTES. — MM. Rochon-Duvigneaud, ophtalmologiste de l'hôpital Laënnec et René Onfray, assistant du service, feront les mardis, jeudis, samedis, à neuf heures et demie du matin, à partir du 2 février, des démonstrations pratiques d'ophtalmologie à l'usage des praticiens et étudiants non spécialistes.

Ces démonstrations consisteront en examens de malades et en leçons élémentaires qui porteront sur le diagnostic et le traitement des maladies du segment antérieur de l'œil et sur les rapports de l'ophtalmologie avec la pratique médicale courante.

Ces leçons seront gratuites. Les auditeurs sont néanmoins priés de vouloir bien s'inscrire par lettre adressée au docteur René Onfray, hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres, VIIe.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — COURS COMPLÉMENTAIRE ET PRATIQUE (1re SÉRIE) DE NEUROLOGIE, sous la direction de M. le professeur Raymond, avec la collaboration de : MM. Claude, professeur agrégé de la Faculté; Huet, chef du laboratoire d'électrothérapie à la Salpêtrière; Rose et Lejonne, anciens chefs de clinique à la Salpêtrière; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux; Constensoux, ancien chef de clinique-adjoint à la Salpêtrière; de Martel, chef de clinique chirurgicale; Lhermitte, chef de laboratoire; Touchard, chef de clinique.

Le cours commencera le lundi, 8 février 1909, à quatre heures. Il comprendra 40 leçons.

Les leçons auront lieu tous les jours à la clinique Charcot, à quatre heures, sauf le dimanche. Chaque leçon sera accompagnée de présentations de malades, d'exercices de séméiologie et de diagnostic, par les élèves.

Ce cours constituera une revision complète de la neurologie.

Le droit d'inscription est fixé à 80 francs,

Des certificats d'assiduité seront délivrés à la fin du cours.

Pour renseignements et communication du programme détaillé, s'adresser à M. Touchard, chef de clinique à la Salpêtrière.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement relatif à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes du Carnaval.* — A l'occasion des fêtes du Carnaval, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 18 février 1909 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 24 février, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue la conserveront.

La même mesure s'étend, aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 FÉVRIER 1909

THÈSES

Jeudi 11 février, à une heure. — M. MILHIT. Les opsonines; étude physico-chimique et biologique. Les opsonines dans la fièvre typhoïde; sérothérapie antityphique et opsonines. Méthode opsonique. (MM. Chantemesse, président; Gilbert, Fernand Bezançon et Carnot.) — M. MEZERETTE. De l'utilité de la radioscopie pour le diagnostic des adénopathies trachéo-bronchiques de l'enfant. (MM. Gilbert, président; Chantemesse, Fernand Bezançon et Carnot.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANCAISES ET ÉTRANGÈRES

Medizinische Blætter. — (N° 50, 12 déc. 1908.) HERZ : Le traitement des symptômes subjectifs des affections cardiaques. — (N° 51, 19 déc.) KLEIN : Le professeur J. Schnabel.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 48, 1er déc. 1908.) JOCHMANN et BAETZNER : Sur l'action des solutions de ferment tryptique sur les tuberculoses chirurgicales locales et sur le traitement des processus suppuratifs par les antiferments. — BERING : L'importance pratique du séro-diagnostic de la syphilis. — FRÆNKEL et MUCH : La réaction de Wassermann sur le cadavre. — COHNHEIM et DREYFUSS : Sur la physiologie et la pathologie de la digestion gastrique. — KOCH : Sur l'histoire de l'origine et le traitement des hernies vésicales. — ZIEGLER : Un cas de septicémie à tétragène terminé par guérison. — OLSNER : Un cas de neurome ganglionnaire rétropéritonéal. — — MELTZER : Un cas de maladie de Friedreich avec diabète sucré. — SCHINDLER : Un nouveau spéculum à aspiration pour le traitement des inflammations utéro-annexielles. — HOFFMANN : Bromural contre le mal de mer. — PASCHEN : Recherches sur la variole. — FRIEDRICH : Sur la chirurgie pulmonaire. — (N° 49, 8 déc.) HEILNER : Tentative d'une recherche indirecte des ferments : contribution à l'étude de l'hypersensibilité. — EDLEFSEN : Sur la question du dosage quantitatif de la créatine dans l'urine. — NAGELSCHMIDT : Tabes et traitement par la haute fréquence. — KÖLLNER : Les dangers pour la cornée de l'extirpation du ganglion de Gasser. — HESSE : Contribution à l'opération des hernies gangrenées, par la laparotomie. — STEIMANN : Traitement des trajets fistuleux par les injections de pommade de Beck. — STRAUSS : Notice sur la recherche de l'urobiline dans l'urine. — WEINBERGER : La recherche du sang par le papier à la benzidine. — HERZ : Un nouveau sphygmomanomètre simple. — FRÆNKEL : Sur la valeur du diagnostic histologique des tumeurs pour le traitement opératoire. — NEUSTÄTTER : Sur la correction complète de la myopie dans le jeune âge. — KOCH : Sur l'histoire de l'origine et le traitement des hernies viscérales. — (N° 50, 15 déc.) V. HERFF : Déchirure de la vessie pendant l'accouchement prématuré artificiel. — V. HOESSLIN : Sur la perte des réflexes tendineux dans les affections nerveuses fonctionnelles. — WINTERNITZ : Sur le véronal et l'irritabilité du centre respiratoire ainsi que sur l'usage de l'oxygène dans le sommeil artificiel. — STÄUBLI : Contribution à la recherche des parasites dans le sang. — SCHLAYER : Sur la question des substances hypertensives dans le sang pendant la néphrite. — ARONADE et FALK : L'influence de la stase sur la réaction locale à la tuberculine. — MEINICKE : Sur la question de l'unité clinique du paratyphus. — URBAN : Contribution à la névralgie rénale. — BÖHME : La vessie à colonne, comme symptôme précoce du tabes. — RUDOLPH : Une localisation rare des kystes hydatiques. — CORNET : Un esthésiomètre. — KOCH : Sur l'histoire de la pathogénie et sur le traitement des hernies viscérales. — SCHWEILBE : Notre enseignement de la pathologie. — (N° 51, 22 déc.) MÜLLER : Contribution à l'étude du traitement par la digitale. — KOLAEKZEK : Nouveaux procédés dans le traitement des processus suppurés. — FABIAU : Sur l'importance de l'examen du sang pour le diagnostic chirurgical. — EHRET : Sur la connaissance des anesthésies séniles. — RIEHL : Diverses actions de l'arsenic dans le travail musculaire et pendant le repos. — VULPIUS : Résultats du traitement des paralysies infantiles. — KAESTLER : L'oxyde de thorium anhydre en röntgénologie du tube digestif ; un complément et même un succédané du bismuth. — EBSTEIN : Sur les résidus rachitiques dans le thorax des adultes. — KNOPP : Asthme et bégaiement, deux névroses proches parentes. — GEWIN : Le chlorure de calcium contre le mal de mer. — FRIEDJUNG : La fréquence et les conditions des pollutions chez l'homme sain. — GMINDER : La décapsulation rénale dans l'éclampsie. — LOGES : Un cas de hernie pulmonaire post-traumatique. — SCHÆFER : Sur les côtes cervicales. — CRAMER : Invalidité et œil. — MAUGER : Table d'opération pour les interventions obstétricales et gynécologiques en pratique. — BRÜNINGS : Résection orale ou nasale de la cloison nasale. — MÜLLER : La présence et la signification des températures élevées unilatérales dans les affections pulmonaires. — KOCH : L'histoire de la pathogénie et le traitement des hernies viscérales. — (N° 52, 29 déc.) BERGEMANN et STIEDA : Sur une inflammation de la bourse séreuse de l'articulation de l'épaule s'accompagnant de dépôt calcaire. — HAMBURGER : La tuberculose comme maladie infantile. — BIEULER : Augmentation de l'euphorie et de l'activité comme symptôme initial des infections. — LUNCKENBEIN : La malignité des cystomes ovariques. — WILDT : Un cas de luxation de la rotule par pincement. — SCHWARTZ : Un cas de cholécystite gangréneuse sans concrétion. — MÜHLENKAMP : Sur une folliculite tenace avec formation d'abcès et ouverture d'une fistule vers l'extérieur de l'aile du nez. — SCHMIDT : Sur le traitement des catarrhes aigus du nez et du pharynx. — ZÜRN : Le traitement du charbon des animaux par la créoline. — STIRMMANN : Le traitement du coryza aigu.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 14. — JEUDI 4 FÉVRIER 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 4 FÉVRIER 1909. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 2 février 1909 : MM. Lebeuf, 10; Madier, 9; François (Paul) et Chauvet, 8; May, 12; Camboulives, 8; Doucet, 9; Routier, 10.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 4 février, à huit heures du matin.

Avis. — Le jury de la section d'anatomie recommande de nouveau à MM. les candidats la plus grande exactitude, et leur rappelle qu'ils doivent être présents à l'appel de leur nom sans que le nombre de candidats appelés dans une séance puisse être un prétexte pour faire excuser une absence.

REFERENDUM SUR LES MODIFICATIONS A DEMANDER DANS LE CONCOURS D'AGRÉGATION. — La commission nommée par les candidats parisiens à l'admissibilité à l'agrégation — composée de MM. Aubertin, Chevrier, Courtellemont, Grisel, Guéniot, Moog et Ravaut — a décidé d'organiser parmi tous les candidats inscrits au concours, récemment annulé, tant de Paris que de province, un referendum destiné à établir, sur des bases précises, la formule des vœux des candidats.

Ces vœux seront transmis, avec les chiffres des résultats du referendum, aux pouvoirs compétents.

Les candidats au dernier concours d'admissibilité à l'agrégation qui n'auraient pas reçu leur bulletin de referendum sont priés de le réclamer immédiatement au docteur Chevrier, 10, rue Danton, ou au docteur Guéniot, 58, rue de Bourgogne, en indiquant leur adresse.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 20 janvier 1909, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Pasqueron de Fommervault, Massicot, Fabri, Malterre, Roy, Bignon, Vachez, Henry, Morisson, Picard, Gurcel, Périnet, Mattraits, Rivière, Martineau, Deturck, Ressiguier, Tison et Léon.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Lehec, Larré, Thomas, Rinckenbach, Halberchtadt et Letailleur.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Fournaise et La Vieille (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bonnet (de Lasalle), Cavaillon (de Carpentras), Courtois-Suffit, Dunème, Hoeling et Laborde (de Paris), Lemesle (de Loches), de Lusi (de Paris), Meilhon (de Quimper), Ouvrier (de Paris), Pillault (de Limoges), Vergne (de Tulle).

HOPITAL BROCA. — MALADIES DE LA PEAU. — M. J. Darier commencera, le 13 février 1909, à dix heures et demie, une série de conférences sur les maladies de la peau (présentations de malades et projections microscopiques) et continuera les samedis suivants à la même heure.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — COURS ET EXERCICES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. — *Chirurgie de la tête et du cou (nez, larynx, gorge, oreilles, bouche).* — M. Pierre Sébileau, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, avec le concours de M. le docteur E. Lombard et de ses assistants de Lariboisière, commencera son cours en 10 leçons, le mercredi 17 février, à deux heures, et le continuera tous les jours à la même heure.

Le nombre des auditeurs est limité à 25.

Le droit d'inscription est gratuit pour les internes des hôpitaux. Il est de 80 francs pour les docteurs en médecine et de 50 francs pour les étudiants.

Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — CONFÉRENCES PRATIQUES DE PSYCHIATRIE. — Le docteur J. Roubinovitch, médecin de Bicêtre, fait, dans son service, tous les jeudis, de neuf heures et demie à onze heures et demie du matin, des conférences pratiques de psychiatrie, à l'usage des étudiants et des docteurs en médecine ou en droit désireux d'acquérir les notions indispensables de pathologie mentale.

Programme des conférences pratiques : 1° Interrogatoire et examen des malades (adultes ou enfants) atteints d'affections nerveuses ou mentales; 2° Discussion du diagnostic, des indications thérapeutiques, médico-pédagogiques et médico-légales; 3° Rédaction de certificats, de consultations et de rapports médico-légaux; 4° Choix de sujets pour travaux personnels ou pour thèses de doctorat.

Pour suivre ces conférences, prière de s'inscrire à Bicêtre, directement ou par correspondance, en s'adressant au chef de service, visible tous les jours, de neuf heures et demie à dix heures du matin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dromain (de Paris).

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
du 3 février 1909.

ÉLOGE
DE
L.-F. TERRIER
(1837-1908.)

Par M. E. ROCHARD,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Messieurs, j'ai à exposer devant vous la vie d'un homme de devoir, qui donna beaucoup au travail, peu à la distraction, et dont le passage à travers la chirurgie n'aura pas été sans laisser de trace.

Nul doute que le sillon creusé par lui n'eût été beaucoup plus lumineux si, à des qualités réelles, il eût joint le charme de la séduction; mais c'est à l'œuvre seule qu'on connaît l'ouvrier et tel qu'il est, le professeur Terrier, par une carrière des plus brillantes, par une vie des mieux remplies, a inscrit son nom dans le livre d'or de nos gloires chirurgicales. C'est une figure.

Louis-Félix Terrier est né à Paris, le 31 août 1837, dans une maison située, 91, rue Saint-Maur, qui faisait à cette époque partie du VIe arrondissement.

Son père, Bernard-François Terrier, avait épousé, en 1830, Mlle Catherine-Félicité Virot. Ce fut elle qui donna le jour à notre maître. Il avait une sœur d'une santé chancelante, qui fut prématurément enlevée à la suite des privations du siège de Paris.

Bernard-François Terrier était un homme assez original. D'abord lancé dans le commerce, il le quitta à l'âge de trente ans, pour faire de la peinture. Il jouissait d'une certaine aisance et il prit le pinceau à un âge où il est difficile d'arriver à un véritable talent. De plus, il s'exerça dans le genre historique, branche de la peinture particulièrement délicate. Aussi, se borna-t-il à fréquenter l'atelier de Delaroche, dont il devint le massier, et dont il fit pour ainsi dire partie intégrante, à ce point que tous les autres élèves l'appelaient le père de famille. Son père, le grand-père de Terrier, était un officier du premier Empire, qui avait fait avec Bonaparte la campagne d'Egypte.

Comment, ayant un père peintre et un grand-père militaire, Terrier fut-il aiguillé du côté de la carrière vétérinaire, c'est ce qui étonne au premier abord, mais l'explication en est facile. Terrier père avait un ami intime, dont le fils était sorti d'Alfort, et il trouva tout simple et peu embarrassant de faire suivre à son fils la même voie. Cette détermination évitait des études compliquées et réclamait peu de dépenses. L'école Turgot suffisait, aussi notre futur collègue y entra-t-il et fut-il reçu à Alfort.

Terrier regretta toujours et avec juste raison d'avoir fait, par la force des choses, des études incomplètes, car changeant de carrière il dut à un âge relativement avancé préparer ses baccalauréats.

Le voilà donc élève d'Alfort; à ce moment une révolte éclata dans cette école. Il fut, avec beaucoup de ses condisciples, renvoyé en mars 1858. Il y était resté quatre ans, travaillant, ayant toujours de bonnes notes et ayant obtenu des prix.

Terrier était voué par son étoile à l'art de guérir. Car nous le voyons forcé d'abandonner la médecine vétérinaire pour se mettre avec courage à l'étude de la chirurgie.

Les événements indépendants de la volonté jouent souvent un grand rôle dans la vie des hommes. Quand ces événements aboutissent à un résultat heureux, le public, au fond très simplice, appelle cela avoir de la chance, sans se douter de l'intelligence et du travail qu'il a fallu pour tirer parti des circonstances. On pourrait donc dire que Terrier a eu de la chance, quand il fut obligé de quitter l'école d'Alfort, et que ce qui avait pu paraître au premier abord un contretemps des plus fâcheux fut pour lui un bonheur, car nulle part il n'eût pu suivre une plus belle voie que celle qu'il a parcourue ; nous savons tous cependant au prix de quelle énergie, de quelle persévérance et de quel labeur !

Il ne rougit jamais du reste de ses études vétérinaires; il aima toujours à les rappeler et à souligner le profit qu'il en avait tiré; mais il fut néanmoins très heureux de voir s'ouvrir devant lui la carrière médicale. Jamain, dont il fut plus tard le collaborateur et qui était son parent du côté maternel, fut pour beaucoup dans sa détermination. Il lui disait volontiers que, tant qu'à donner des soins à des créatures vivantes, c'était plus intéressant de soigner les hommes que les bêtes.

Il suivit donc la voie des concours et fut nommé, le 25 décembre 1862, interne des hôpitaux de Paris, dans une promotion qui ne manquait pas d'un certain éclat, puisque nous y trouvons encore les noms de Bouchard, Lannelongue, Le Dentu et Théophile Anger.

Ses maîtres dans les hôpitaux de Paris furent Jarjavay, Oulmont, Gosselin et Chassaignac. Il sut les choisir et en fut apprécié, mais celui qui laissa la plus forte empreinte sur son esprit, fut le puissant Chassaignac, l'immortel inventeur du drainage, dont les méthodes chirurgicales nouvelles n'ont point amoindri la découverte et n'ont fait au contraire qu'en montrer l'incomparable bienfait.

Terrier, à cette époque, était très lié avec Simon Duplay, un peu plus âgé que lui, plus avancé dans la carrière, mais dont il appréciait déjà la claire intelligence et les judicieux conseils. Il dirigea ses vues du côté de la Faculté et fut nommé aide d'anatomie en 1867; puis il prépara le prosectorat auquel il arriva en juillet 1870.

Le bonheur de sa nomination fut immédiatement assombri par la déclaration de guerre. La patrie était en danger, chacun devait faire son devoir. Terrier, au mois d'août, s'engagea dans la cinquième ambulance internationale de secours aux blessés dirigée par Ulysse Trélat. Il avait comme compagnons : Delens, prosecteur de la même promotion que lui, Lucas-Championnière et Penières.

L'ambulance fut constituée le 10 août, mais ne quitta Paris que le 20, pour se rendre à Châlons au moment où l'armée abandonnait le camp. De là elle se rendit à Reims qu'elle quitta le 23 avec l'armée, ayant été attachée au 1er corps.

Jusque-là on n'avait pas eu grand chose à faire; mais le 30 août au moment du combat de Mouzon, tout le personnel chirurgical se trouvait à Autrecourt où arrivèrent les premiers blessés. Terrier dut y rester jusqu'au 18 septembre avec son escouade, pendant que le reste de l'ambulance s'installait le 3 septembre aux portes de Sedan.

La capitulation venait d'avoir lieu; le 19 septembre, toute l'ambulance se rendit à Bruxelles par Bouillon et rentra ensuite en France sans pouvoir regagner Paris déjà investi. Elle se porta alors du côté du Mans où elle arriva le 24 septembre, et le 1er octobre elle se trouvait à la Chapelle près d'Orléans.

On s'ennuyait ferme, car à la tristesse de l'heure présente s'ajoutaient la lassitude et la désespérance causées par l'inaction et la conscience de son impuissance.

Enfin, après avoir suivi les mouvements de l'armée de la Loire, après beaucoup de marches et de contre-marches autour d'Orléans et dans la forêt, l'ambulance se trouvait au combat d'Artenay lors de la première prise d'Orléans; mais à ce moment, Terrier n'y était pas; d'une complexion peu robuste, épuisé de fatigue, il avait été obligé de se reposer et ne rejoignit ses camarades qu'à la fin d'octobre.

D'ailleurs le 4 novembre l'ambulance avait été réorganisée et, à partir de ce moment, son rôle actif fut réduit à peu de choses, sauf à Terminiers et à Patay où ce fut Lucas-Championnière qui donna de sa personne.

Elle rentrait à Paris le 12 février 1871 sans avoir rendu, de l'aveu même de ceux qui la composaient, tous les services qu'on était en droit d'en attendre; mais Terrier néanmoins en rapporta une grande admiration pour Trélat et compléta sous sa direction son éducation chirurgicale.

La guerre terminée, la France se mit à revivre et chacun reprit le cours de ses travaux. Terrier concourut pour l'agrégation de chirurgie et fut reçu en 1872. La même année il fut admissible au bureau central, concours dans lequel furent nommés Le Dentu, Périer et Th. Anger. En 1873, il se représenta de nouveau et fut plus heureux. Sur 16 candidats Terrier et Delens furent élus.

Deux concours lui suffirent donc pour acquérir la place de chirurgien des hôpitaux, ce qui lui permit de regagner le temps perdu au début de sa carrière.

Au bout de quatre ans il fut nommé titulaire. Les choses allaient mieux de ce temps-là qu'au nôtre, et Terrier eut encore le bonheur de devenir rapidement chef de service.

Il fut chirurgien de Bicêtre le 1er janvier 1877, chirurgien de la Salpêtrière le 13 novembre 1878.

Il fit dans cet hôpital un assez long séjour; il y resta jusqu'en 1882, époque à laquelle il entra à l'hôpital Saint-Antoine, et, le 1er décembre de la même année, il quittait ce grand service pour prendre celui de Bichat à la tête duquel il resta dix-huit ans. C'est là, comme nous le verrons, que s'est réellement développé son talent chirurgical.

Telle est sa carrière dans les hôpitaux. A la Faculté de médecine, agrégé de chirurgie depuis 1872, il fut nommé professeur de médecine opératoire en 1893. A la mort de Verneuil, la chaire de clinique chirurgicale de la Pitié fut déclarée vacante, et Berger fut l'élu de la Faculté. Terrier, dans l'ordre des choses, aurait dû prendre la clinique. Son ancienneté lui donnait le choix. Il préféra néanmoins rester dans la chaire de médecine opératoire pour des raisons complexes, mais dont la principale était l'ennui de quitter l'hôpital Bichat, où il avait un service organisé suivant ses désirs et où ses habitudes le tenaient attaché.

Il laissa donc Berger aller à la Pitié, mais en 1900, atteint par la limite d'âge des hôpitaux, sollicité par ses amis et se trouvant encore assez de courage pour continuer le dur métier de chirurgien, il permuta avec son collègue, comme cela avait été convenu, et quitta l'enseignement de la médecine opératoire pour prendre celui de la clinique, ce qui lui donnait encore sept années d'activité. Enfin le 1er novembre 1907, âgé de soixante-dix ans, il donna sa démission pour prendre un repos auquel lui donnait droit une carrière bien remplie.

Entre temps il avait été nommé membre de l'Académie de médecine en 1890 et président de notre Société en 1891. Il aimait à assister à nos séances et nous aimions à l'y rencontrer, car il semble que ce soit un apanage de la Société de chirurgie et une de ses gloires les plus pures de ne pas se voir abandonnée par ceux qui en sont les plus illustres représentants, et qui semblent se faire honneur de suivre ainsi dans leur carrière scientifique ceux dont ils furent les maîtres et qui restent toujours fiers d'avoir été leurs élèves.

Terrier était commandeur de la Légion d'honneur du 11 décembre 1900, il avait été nommé chevalier le 9 juillet 1883, et officier le 13 juillet 1891. En 1895, le collège royal d'Edimbourg l'avait admis dans son sein.

* * *

L'œuvre de Terrier est des plus importantes, non pas qu'il ait écrit des ouvrages de plusieurs volumes; non! ses productions étaient de plus courte haleine. Après avoir servi de collaborateur à Jamain dans les rééditions de son *Manuel de petite chirurgie* et dans ses *Éléments de pathologie chirurgicale*, il s'en est adjoint lui-même et, c'est en se faisant aider de ses élèves, qu'il nous a donné d'excellentes monographies comme la *Chirurgie de l'estomac*, la *Chirurgie du foie et des voies biliaires* et une série de bons livres que nous avons tous entre les mains, comme le *Manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicale*, l'*Opération du trépan*, la *Chirurgie de la face*, la *Chirurgie du cou*, la *Chirurgie de la plèvre et du poumon* et la *Chirurgie du cœur et du péricarde*, ouvrage qui a été traduit en langue allemande.

Si on ajoute à cela sa collaboration à la *Revue de chirurgie*, à laquelle il a contribué dès sa fondation, et dont il est resté le rédacteur en chef jusqu'à sa mort, une centaine de communications ou de rapports faits à notre Société, sans compter ses travaux à l'Académie de médecine, on voit quel incessant labeur a rempli l'existence du professeur Terrier.

Mais après la vue d'ensemble de l'œuvre d'un homme, il est nécessaire de retenir et de fixer les points spéciaux dans lesquels il s'est particulièrement distingué et qui ont contribué à lui faire donner la marque de son savoir et de son originalité.

Pour Terrier la liste en est grande. Au début, son activité se porta sur toutes les branches de l'art de guérir, et nous le voyons passer une excellente thèse de doctorat sur l'œsophagotomie externe, et une thèse non moins remarquable pour l'agrégation en chirurgie sur les anévrismes cirsoïdes; puis il publia des travaux importants sur les synovites tendineuses tuberculeuses et même sur les maladies de l'appareil oculaire. Comme tous ceux qui cherchent leur voie, il essaie d'abord de sortir des sentiers battus, mais bientôt il a fixé ses préférences; ses tendances le portent du côté de la chirurgie abdominale, à ce moment en plein essor, grâce aux nouvelles méthodes d'antisepsie qu'il va bientôt

remplacer par l'asepsie et on peut dire que, dans cette chirurgie des organes splanchniques, il a excellé.

Nous sommes à l'époque où la méthode de Lister commence à révolutionner la chirurgie européenne.

Lucas-Championnière s'est déjà rendu à Londres et on sait combien il a contribué à nous la faire connaître; mais ses amis, Terrier, Périer et Nicaise, unis par cette intimité que crée la collaboration quotidienne de candidats se préparant ensemble au concours des hôpitaux, ne vont pas rester indifférents.

Ils n'hésitèrent pas à aller à Londres de leur côté et furent aussitôt émerveillés de l'abîme qui séparait cette chirurgie nouvelle de celle qu'on faisait à Paris.

Ils virent Lister à l'œuvre et ensuite Spencer Wells qui passait avec juste raison pour le premier des ovariotomistes dont le nombre était d'ailleurs fort restreint, et rentrés à Paris, ils se mirent immédiament à mettre en pratique les leçons prises auprès des deux grands chirurgiens anglais.

Championnière, qui avait déjà fait des ovariotomies avec Simon Duplay, s'était joint à eux. Tous les quatre étaient loin d'être en tête de la liste des chirurgiens des hôpitaux, ils étaient beaucoup plus près de l'autre bout. D'un autre côté les malades, qui consentaient à se laisser pratiquer une laparotomie, ne couraient pas après les chirurgiens, ce qui fait qu'au début les occasions étaient rares.

Aussi le premier des quatre amis qui eut une ovariotomie à pratiquer à l'hôpital s'empressa-t-il de prévenir les trois autres. Il en fut de même pour chaque malade nouvelle, et ils prirent vite l'habitude de tout quitter pour répondre avec ensemble au premier appel, qu'il y eut urgence ou non.

La conséquence de ce pli pris ne se fit pas attendre; leur expérience personnelle, multipliée par quatre, leur donna par la force des choses, et sans avoir à la provoquer autrement, une notoriété qui leur attira bientôt une clientèle croissante. Le médecin qui dirigeait une patiente vers l'un d'eux, savait l'adresser ainsi à l' « Equipe ». C'est sous ce vocable qu'on désignait les quatre amis. On venait à l'hôpital voir opérer l'équipe.

D'abord Nicaise tomba malade et vit sa carrière compromise. Il fut remplacé par Berger. Puis le succès lui-même devint une entrave; en accroissant l'activité professionnelle de chacun, il diminuait la disponibilité du temps. Il devint de plus en plus difficile de compter les uns sur les autres en cas d'urgence, puis de trouver à brève échéance un peu de liberté commune.

Ils avaient pris l'habitude de n'opérer qu'ensemble, ils prirent graduellement celle d'opérer seuls, et bientôt devenus maîtres ils eurent à répondre à l'appel de celui de leurs élèves qui leur demandait appui, aide et conseil, le jour de sa première laparotomie.

La génération spontanée de cette association temporaire d'hommes entrant dans la carrière, entraînés par une même foi robuste et agissante, fut un des effets de la révolution apportée par les doctrines microbiennes.

Elles furent accueillies tout d'abord, avec scepticisme et non sans ironie.

Il n'en est plus de même à l'heure actuelle: autre temps, autres mœurs. Les élèves d'alors riaient de la superstition des maîtres; pour les jeunes d'aujourd'hui les maîtres au contraire n'auraient pas toujours toute la dévotion due au culte de l'asepsie. De ce culte même on a pu faire une arme, et ceci me remet en mémoire une réflexion tombée de la plume d'un de nos plus vénérés collègues qui m'écrivait : « Parvenir à donner à un chirurgien ce cachet d'impiété est parfois un moyen perfide de le supplanter. »

Après l'ovariotomie, la chirurgie de l'utérus fut celle que Terrier se mit à pratiquer. Non seulement il s'intéressa à l'ablation des fibromes, mais encore dès 1889 il nous donnait un procédé de fixation de la paroi antérieure de l'utérus avec deux observations personnelles et le nom d'hystéropexie, créé par Trélat, resta à cette intervention qui a été un peu modifiée dans sa technique et dans ses procédés, mais qui est devenue aujourd'hui une opération courante.

Il marqua aussi son empreinte dans la chirurgie de l'estomac et un des premiers, pour alimenter les malades, il pratiqua une bouche à cet organe dans les cas de cancer de l'œsophage; le procédé de gastrostomie de Terrier est aujourd'hui classique.

Mais c'est surtout le foie qui paraît avoir intéressé dans ces dernières années le professeur de la Pitié.

Déjà en 1889 dans la *Revue de chirurgie* il écrivait un article intitulé : « Remarques cliniques sur un cas d'obstruction du canal cholédoque avec dilatation de la vésicule biliaire, laparotomie, ponction de la vésicule, cholécystentérostomie. Guérison ».

C'était la première opération de ce genre faite en France et seulement la septième qui ait été publiée.

Il insista sur la dilatation de la vésicule et sur son atrophie et reprit la loi de Courvoisier à ce point que nous avons ajouté son nom à celui du médecin suisse.

Plus tard en 1891, il publia un travail sur le cathétérisme des voies biliaires. En 1892, toujours dans la même revue, il étudia la cholédochotomie proprement dite. Enfin toutes les interventions sur la vésicule et le foie lui étaient familières et il est un de ceux qui, en France, ont beaucoup fait pour cette chirurgie délicate et difficile, non seulement dans sa pratique mais encore dans ses indications.

***

J'en arrive, messieurs, à l'œuvre maîtresse de Terrier, à l'asepsie en chirurgie, pour laquelle ce fut un véritable apôtre et à laquelle son nom restera attaché. Le chirurgien de Bichat a eu, en effet, cette suprême jouissance d'assister à la transformation si merveilleuse de notre art et même d'y contribuer pour sa part.

D'abord adepte fervent des méthodes de Lister que nous rapportait d'Angleterre son ami Lucas-Championnière, il évolua petit à petit, se tint au courant des progrès, modifia l'antisepsie pour peu à peu lui substituer l'asepsie.

Toutes deux du reste se proposent le même but et cherchent à arriver aux mêmes résultats par des moyens différents. Tandis que l'antisepsie, vous le savez, se sert des substances chimiques pour détruire les germes pathogènes, l'asepsie emploie la chaleur sèche ou la chaleur humide. Tandis que la première applique sur les plaies des topiques, où non seulement il n'y a pas de microbes, mais où se trouvent des agents capables de les détruire, la seconde ne met en contact de la surface cruentée

qu'un pansement stérilisé, c'est-à-dire dans lequel les germes pathogènes ont été détruits; on pourrait même peut-être dire que l'antisepsie est une asepsie prolongée.

Mais avons-nous besoin à l'heure actuelle d'appliquer sur nos plaies opératoires ou désinfectées des substances chimiques irritantes et nocives pour nos tissus; on peut répondre non, d'après les résultats excellents que nous obtenons journellement en faisant de la simple asepsie. Peut-être n'en eût-il pas été de même en 1876 et les années suivantes. A cette époque les mains des chirurgiens, les instruments, les objets de pansements représentaient comme un fatal bouquet où s'épanouissait la flore de la virulence microbienne. Les salles d'hôpital et tout le matériel hospitalier étaient des bouillons de culture, où à l'abri de tout mauvais traitement, les germes pathogènes jouissaient d'une parfaite sécurité et croissaient et multipliaient tout à leur aise. L'antisepsie est venue, elle a nettoyé les écuries d'Augias, en donnant des succès que l'asepsie seule n'aurait peut-être pas obtenus. Mais sous l'influence de la propreté, de l'acide phénique, du sublimé, de l'iodoforme et de toutes les substances antiseptiques, le milieu s'est modifié, la virulence s'est atténuée et petit à petit on a pu simplifier le pansement de Lister, en le rendant moins sévère, en le perfectionnant, et trouver des moyens plus sûrs et moins dangereux de préserver les plaies contre les microbes.

L'asepsie a remplacé l'antisepsie parce qu'elle lui est supérieure et cela pour deux raisons principales : elle est plus sûre et elle est moins nocive.

« En effet, nous dit Terrier, en utilisant les antiseptiques, et le plus souvent d'une façon extemporanée, on est jusqu'à un certain point maître de détruire les microbes nuisibles; mais il reste les spores contre lesquels les antiseptiques n'ont qu'une action très limitée, en tous cas très lente (1). »

De plus, nous dit encore le chirurgien de Bichat (2), « lorsque les antiseptiques sont assez énergiques pour détruire ou même simplement modifier la vitalité des microbes, ils agissent aussi sur les tissus sains et peuvent même les compromettre d'une façon sérieuse. Mais les substances antiseptiques ont encore d'autres actions presque toutes nocives : absorbées par les réseaux sanguins ou lymphatiques, elles déterminent des intoxications qui malheureusement ne sont pas à démontrer ».

C'est pour ces raisons que l'asepsie s'est aujourd'hui implantée en chirurgie, mais toute triomphante qu'elle soit, elle a aussi un petit défaut à sa cuirasse. S'il est facile, en effet, de stériliser les instruments, les soies, d'autoclaver les compresses et de mettre des gants purs de tout germe, il est absolument impossible de faire de même pour la peau des malades. Terrier le savait bien et il l'enseignait. Dans la leçon d'ouverture de son cours de médecine opératoire, leçon que j'ai déjà citée plus haut, il disait : « Malheureusement, la méthode aseptique pure ne peut être utilisée d'une façon complète et cela se conçoit du reste, car nous ne pouvons stériliser les téguments vivants, soit nos mains et celles de nos aides, soit la peau de nos opérés ». Ceci se passait en 1893, avant l'adoption des gants, mais n'en reste pas moins vrai pour le revêtement cutané de nos malades.

(1) TERRIER *L'Antisepsie et l'asepsie* (leçon d'ouverture du cours de médecine opératoire), p. 17, Paris 1893.

(2) Discours de Terrier, président du X[e] Congrès d'Association française de chirurgie.

Comme on le voit, l'antisepsie et l'asepsie ne sont point deux rivales, mais bien deux sœurs dont la cadette grandit, c'est vrai, mais est parfois obligée de recourir à son aînée.

Quelle a été la part de Terrier dans la création de l'asepsie? Elle fut considérable. On a beaucoup discuté cette question. On a dit que l'asepsie provenait des laboratoires. La chose est évidente et Terrier, avec une modestie dont il faut le louer, nous le dit lui-même dans ces quelques phrases remarquables que je vous demande la permission de citer:

« L'asepsie a pour moi une qualité qui, je l'espère, ne vous semblera pas discutable; elle est essentiellement d'origine française; on peut dire qu'elle est née dans le laboratoire de notre illustre compatriote Pasteur. C'est là qu'elle a pris une forme concrète: c'est de là qu'elle est passée dans la pratique chirurgicale, d'abord d'une façon en quelque sorte indirecte par l'intermédiaire de Lister et de l'antisepsie, puis d'une façon tout à fait directe dans la chirurgie dite aseptique. Et je puis vous dire que j'ai toujours été encouragé dans mes efforts pour répandre l'asepsie en France par l'approbation des jeunes maîtres du laboratoire Pasteur parmi lesquels je tiens à vous signaler en première ligne le docteur Roux (1) ».

On a voulu donner comme inventeurs de l'asepsie ceux qui en avaient facilité l'application par l'adoption de méthodes de stérilisation nouvelle, mais là encore Terrier nous cite Bergmann comme ayant utilisé l'emploi de l'eau bouillante, Miquel la glycérine. Il nous montre Redard se servant en 1888 de la vapeur sous pression, Durante Conradi proposant la stérilisation à l'étuve sèche. Comme on le voit, l'asepsie ne s'est pas faite tout d'une pièce. C'est que, avant d'éclore dans sa perfection, toute idée s'est offerte bien des fois à l'esprit des hommes. Les uns lui jettent un regard distrait et passent leur chemin; les autres s'arrêtent, la caressent un instant, puis l'abandonnent découragés par les efforts qu'il faudrait faire pour la réaliser, et la méthode demeure stérile jusqu'au jour où un enthousiaste, venant à la rencontrer sur sa route, l'épouse et la féconde en dépit des difficultés qu'il lui faut vaincre et des obstacles qu'il lui faut surmonter. Cet homme-là pour l'asepsie fut Terrier.

De choses éparses, il fit un tout. Il sélectionna les moyens d'aseptiser les compresses et les instruments; il insista sur la nécessité de se servir d'eau stérilisée pour le lavage des mains; il écarta même de sa pratique le catgut, dont la stérilisation lui paraissait inconstante, pour ne se servir que de la soie, et il poussait même si loin l'esprit de la méthode, qu'au lieu de prendre, comme nous le faisons généralement, du sublimé pour parfaire le nettoyage de ses mains, il ne se servait que de sérum.

Terrier rassembla donc les différents éléments de l'asepsie et en fit une méthode complète. Il alla même plus loin et, dans le même ordre d'idées, il s'occupa de transformer l'hygiène de nos services chirurgicaux.

Il réclama auprès du Conseil municipal, il demanda à l'Assistance publique la séparation de nos malades en deux catégories, les septiques et les aseptiques. C'est là une division qui n'existe que

(1) X[e] Congrès de l'Association française de chirurgie, 19 oct. 1896.

dans un très petit nombre d'hôpitaux à Paris et qui, cependant, s'impose.

On nous allègue que la disposition de nos vieux bâtiments hospitaliers ne s'y prête pas, que cela coûterait beaucoup trop d'argent. A cela Terrier a répondu qu'on pourrait faire pour les services de chirurgie, ce qu'on a fait pour les services d'accouchement, mais l'administration se bouche les oreilles et, à l'heure actuelle, la ville dite Ville-Lumière est moins bien partagée, dans tout son matériel chirurgical, que la moindre des petites universités allemandes.

Pour ne point quitter ce terrain hospitalier, je dois encore vous parler de deux réformes qui tenaient au cœur de Terrier, et qui sont la création des assistants en chirurgie et l'amélioration dans les soins à donner aux blessés des grandes villes.

La présence, auprès du chirurgien chef de service, d'un assistant destiné à l'aider et à le remplacer, est une chose admise depuis longtemps parmi nous, mais Terrier voulait rendre cette mesure officielle.

Il posa souvent la question dans cette enceinte devant la société des chirurgiens des hôpitaux et ne réussit pas à avoir gain de cause, ce qui le contrariait vivement. Je me souviens encore qu'après une discussion très chaude, il m'apostropha en me disant : « Vous ne voulez pas d'assistants, eh bien! on vous les imposera! »

Que celui-là prenne un assistant qui le désire, je n'y vois, pour ma part, aucun inconvénient, et c'est ce qui se fait; mais qu'on cherche à l'imposer à ceux qui n'en veulent pas, ce sont là des procédés régaliens, peu de mise à notre époque, et qui semblent, dernièrement encore, avoir eu peu de succès.

Terrier avait aussi tout un plan pour modifier la garde dans les hôpitaux de Paris. Il avait imaginé de faire construire, aux quatre points cardinaux de la capitale, des services spéciaux de chirurgie dans lesquels seraient transportés tous les cas d'urgence. Là, une salle d'opérations toujours sous pression, un personnel stylé et un chirurgien habitant l'hôpital donneraient des soins à tous les blessés qui se présenteraient. Certes, cette disposition, au point de vue idéal, paraît d'abord des plus séduisantes; mais, en pratique, elle a bien des inconvénients, quand ce ne serait que celui de faire passer un malheureux malade atteint de fracture avec plaie, devant la porte d'un hôpital où il ne peut s'arrêter, pour gagner, au prix de quelles souffrances, le service d'urgence, situé à quelques kilomètres plus loin.

De plus, les deux réformes, auxquelles nous venons de faire allusion, ont pour moi un point faible, celui de contribuer à diminuer la situation de l'interne qui, par la présence d'un assistant ou d'un chirurgien en permanence, verrait ses fonctions considérablement amoindries. Ces réformes auraient donc pour effet d'affaiblir le prestige de cet internat des hôpitaux de Paris toujours prêt au sacrifice, auquel vous appartenez pour ainsi dire tous, messieurs, qui forme une aristocratie médicale, mais une aristocratie basée seulement sur le travail et le savoir, de cet internat, qui va porter en France, et parfois même à l'étranger, la bonne chirurgie, puisque c'est la vôtre, qui garde, quoi qu'on dise, avec un soin jaloux, les portes de votre sanctuaire, et dont je regretterai toujours, pour ma part, de n'avoir pu faire partie.

Telle est l'œuvre scientifique de Terrier, dans laquelle on apprécie les qualités de précision, de netteté et d'exactitude que nous allons retrouver dans le praticien.

C'est à l'hôpital Bichat qu'il a donné la mesure de son talent chirurgical. En pénétrant dans sa salle d'opération, on avait conscience de l'importance de l'acte qui allait s'y accomplir ; c'était comme le temple de l'asepsie, où tout visait au même but : la sécurité de l'acte opératoire. Là, dans le silence, le professeur faisait, avec une méthode et une précision remarquables, les opérations les plus nouvelles. Il ne visait pas à l'élégance et ne cherchait pas à éblouir son entourage par la rapidité de l'intervention, mais chaque temps de l'opération était bien réglé, rien n'était laissé à l'aventure et l'on peut dire que c'est de là qu'est sorti le germe de cette technique opératoire dont les jeunes générations chirurgicales se montrent à juste titre si jalouses, qui, prenant pour base les notions anatomiques, conduit l'opérateur d'une façon méthodique et, l'empêchant de s'égarer, lui fait économiser un temps précieux.

* * *

Terrier n'était pas ce qu'on peut appeler un professeur brillant. Il disait avec clarté ce qu'il voulait dire, mais il lui manquait les qualités d'attirance, la sympathie du geste et la chaleur de la voix qui font les qualités de l'orateur.

Vous le voyez encore montant à cette tribune, le dos un peu courbé, la tête légèrement enfoncée dans les épaules, enlevant l'imperturbable binocle qui barrait son visage, les lèvres un peu dédaigneuses et commençant d'une voix sourde une intéressante communication.

Ses premières paroles avaient pour résultat de déterminer un silence envié par beaucoup de nos présidents, silence plutôt dû au respect qu'on portait au maître qu'au charme de son discours.

Puis, sa communication finie, il retournait légèrement la tête et lançait d'un ton sec par-dessus son épaule ces quelques mots que la plupart d'entre vous ont encore dans l'oreille : « J'ai terminé, monsieur le président. » Il attendait ensuite la discussion dans laquelle il n'aimait pas beaucoup les contradicteurs.

On comprend dès lors que son enseignement ne fut pas des plus suivis. Du reste, il y attaquait la discussion des grands problèmes chirurgicaux qui, malheureusement, ne passionnent pas les élèves un peu jeunes pour en profiter et qui s'en désintéressent, par ce fait même qu'ils ne leur seront pas d'une très grande utilité dans leur pratique.

Il y a, en effet, plusieurs façons de comprendre l'enseignement; d'abord celui qui consiste à ne s'occuper que de l'éducation pratique des étudiants, à viser plus l'intérêt de l'élève que la gloire du professeur et qui est imbu de cette idée que l'école est faite simplement pour faire des docteurs.

Terrier avait de l'enseignement une conception plus haute. Il estimait que le professeur doit non seulement instruire les étudiants mais encore faire avancer la science et leur en montrer les nombreux progrès.

C'est là de l'enseignement supérieur réservé, à notre humble avis, au Collège de France; mais quand on songe que dans cette noble institution il n'y a pas une chaire pour la chirurgie; quand on réfléchit de plus que sur cent membres, l'Académie de médecine ne possède que dix-sept chirurgiens,

lorsqu'elle abonde en naturalistes, physiciens, chimistes et vétérinaires, à ce point que Terrier y fût arrivé beaucoup plus tôt en suivant sa première voie; quand on songe que dans les cinq académies de l'Institut il n'y a place que pour deux de nos collègues, on est comme frappé d'étonnement et on est en droit de se demander si vraiment la France rend justice à cette branche de l'activité humaine qui, depuis quelques années, a pris un merveilleux essor, à cette moitié de l'art de guérir qui tend à l'absorber tout entier, à cette chirurgie enfin qui sauve des milliers d'existences et qui résume en elle les qualités de toutes les carrières à ce point que je n'en sais pas de plus belle.

Comme professeur, Terrier ne remplissait donc pas son amphithéâtre d'auditeurs désignés par leurs années scolaires; mais il était entouré d'un groupe d'élèves empressés, fiers de marcher à l'ombre du maître et de le seconder dans ses travaux.

Terrier avait, en effet, une *école;* il est vrai que ce mot a beaucoup changé de désignation, que nous ne sommes plus à l'époque des luttes doctrinaires et que, dès qu'une innovation est faite dans un point quelconque du globe, tous s'empressent de l'adopter, pourvu qu'elle soit utile. Certains esprits chagrins vont même jusqu'à dire que les écoles se sont muées en chapelles. Il n'en est pas moins vrai que Terrier a fait école en nous conduisant tous à l'asepsie et qu'il avait une école composée d'une pléiade de chirurgiens qui, pour un grand nombre, ont fait une brillante carrière, qui ont propagé ses idées et dont les plus jeunes même poussaient le culte jusqu'à croire que, hors du service de Terrier ou de ses élèves, on ne pouvait autoclaver une compresse, stériliser un bistouri, asepsier une soie.

Ceci, messieurs, est presque du fanatisme, tout à l'honneur du maître qui a su l'inspirer, non seulement par la rigueur de ses procédés, mais encore par la bonté qu'il montrait à l'égard de ceux qu'il avait adoptés.

Nous qui ne l'avons connu que de loin, nous ne pouvons savoir, paraît-il, l'affabilité qu'il avait pour ses collaborateurs en dehors du service. Cet homme si guindé dans l'exercice de sa profession devenait alors presque jovial, le sourire remplaçait sur ses lèvres le petit air dédaigneux que nous lui connaissions et il était toujours prêt à s'occuper de ses élèves, ou en les suivant dans leur concours ou en leur facilitant le moyen de faire leur chemin.

* * *

Les débuts de Terrier furent des plus modestes. La clientèle lui vint, mais assez tard, et sa pratique urbaine peut être donnée comme un modèle d'honnêteté et de probité déontologique.

Il demeura rue Pigalle, puis rue de Copenhague dans un appartement très simple, et ce ne fut, que fortune faite, qu'il acquit, rue Solférino, n° 11, un superbe immeuble dont il habitait le premier étage. Sans enfants, il vivait avec sa femme qui sut être discrète et fixer le bonheur de son mari aux cendres de son foyer.

Il était peu mondain et n'aimait point à sortir le soir. Il recevait peu et seulement ses intimes, et si on s'accorde en général à lui reconnaître une certaine vanité, elle n'était pas de celles qui se manifestent par des dehors fastueux ou des réceptions somptueuses dont le récit dans les journaux du lendemain mettent le nom du chirurgien dans les bouches de nos Parisiennes les plus répandues.

Terrier aimait assez la musique, et il avait deux fauteuils à l'Opéra, où il goûtait particulièrement le Wagner. Mais ses distractions principales furent le cheval et les voyages. Nous nous souvenons tous l'avoir vu au bois où il chevauchait volontiers en compagnie de son neveu.

Il fit de nombreux voyages, en Amérique en 1888, puis en Russie, en Danemark, et nous l'avons vu aller à Londres avec ses amis Perier et Nicaise; mais ses premiers déplacements eurent surtout pour but de comparer ce qu'il voyait faire aux chirurgiens étrangers avec ce qui se faisait en France.

Plus tard il fit partie de plusieurs croisières de la *Revue des sciences* et il visita ainsi le Caucase, l'Algérie et la Tunisie.

Il possédait une bibliothèque importante, bien rangée et composée seulement de livres scientifiques. Tout ce qui était de la littérature, et en particulier les romans, était dirigé sur sa villa où il allait vers le mois d'octobre, et où il faisait volontiers de la bicyclette en compagnie de son neveu.

En 1889, en effet, il avait acquis une petite propriété dans le Midi. Il aimait à se reposer au milieu des roses et des mimosas de Cannes, sur les bords de cette Méditerranée vantée par Virgile, si douce aux travailleurs et dont le flot changeant, en même temps qu'il baigne Salerne, vient aussi mourir en chantant sur les bords découpés de Cos, de Cnide et d'Alexandrie.

D'une complexion peu robuste, Terrier fut réformé au service militaire, mais put néanmoins satisfaire aux exigences de son hôpital, de son enseignement, de sa clientèle et cela jusqu'à l'âge de soixante-neuf ans.

Le 5 septembre 1907, il perdit sa femme, prit à ce moment un congé et quitta la Pitié où il ne devait plus revenir. Le 23 septembre, en effet, il ressentit les premières atteintes de la maladie qui devait quelques mois plus tard l'enlever. Il était à Saint-Germain chez des amis, quand soudain il fut pris d'une crise d'étouffements qui s'accompagna d'albuminurie.

Il rentra à Paris, se rétablit presque complètement, put refaire d'assez longues promenades à pied et reprendre même une vie presque normale; mais bientôt la respiration lui manqua de nouveau, il dut s'aliter et dit à son neveu : « Ça ne va pas, je vais faire comme ta tante, je m'en vais traîner. »

Une nouvelle crise survint, plus violente que les autres et il exprima même son étonnement de ne pas la voir suivie de paralysie.

Il raisonnait donc froidement et parfaitement son cas, sans se faire la moindre illusion sur ce qui devait lui arriver.

En effet, le lendemain matin, il voulut prendre un bain et eut toutes les peines du monde à sortir de la baignoire, sa jambe droite fléchissait; la nuit même de ce jour, à une heure du matin, le 25 novembre, il réveilla son neveu, il venait d'être atteint d'hémiplégie du côté droit. Comme on le voit, c'est simplement et avec une résignation virile qu'il subit ces rudes épreuves. Le médecin ne peut, en effet, se faire d'illusions; il assiste acteur et spectateur à la progression de son mal, il sait quelles en sont les conséquences et ne peut comme les autres mortels se raccrocher aux fils de ce réseau si fragile et si ténu que sait tisser l'espérance.

A l'impotence causée par la paralysie vint s'ajouter l'ennui du traitement. Il se montra docile et subit sans se plaindre un régime de déchloruration parfois très pénible.

Il attendait la mort avec calme ; c'est que, lorsqu'on a vécu toute sa vie à ses côtés, quand on s'est battu avec elle, qu'on l'a même si souvent fait reculer, on la connaît, la Camarde ! On l'attend avec résignation, et quand elle vient, on sait la regarder en face.

En février, on le soumit à l'action de l'électricité ; les mouvements du bras droit parurent revenir, il put même écrire ; mais les crises d'étouffement persistaient. En mars, elles se précipitèrent, les forces faiblirent et, le 8 avril 1908, à deux heures de l'après-midi, il mourut dans les bras de son neveu, qu'il aima toujours comme un fils et qui lui garde aujourd'hui un pieux souvenir.

Ses obsèques eurent lieu à Sainte-Clotilde. Elles furent aussi simples que sa vie avait été modeste. Il avait, en effet, exprimé le désir qu'on ne lui rendît pas les honneurs militaires, qu'on ne prononçât pas de discours sur sa tombe et qu'on ne lui envoyât pas de fleurs. Il ne voulait peut-être pas que, pour honorer un mort, on coupât sur leurs tiges ces belles plantes dont il aimait à respirer le parfum dans son petit jardin de Cannes et qui durent, en les effleurant de leur souvenir, égayer par instant les dernières pensées de sa pauvre âme déjà lointaine.

*
* *

Messieurs, Voltaire a dit : « On doit des égards aux vivants, et on ne doit aux morts que la vérité. » Je ne saurais souscrire à cette formule, qui semble autoriser des attaques contre des personnalités qui ne peuvent se défendre. On doit des égards aux morts comme aux vivants. Mais est-ce manquer d'égards au souvenir de quelqu'un que de signaler les tours particuliers de son esprit, que de mettre au jour quelques petits travers qui, en excluant la banalité, ne font, par un contraste frappant, que rehausser ses brillantes qualités? Je ne le crois pas. Et je me résume en pensant que, lorsqu'on a pris pour base de son existence un piédestal dont les assises s'appellent : probité, travail, dévouement à son prochain, amour de la science, on a acquis la reconnaissance de ses semblables, on a droit de passer à la postérité. Heureux si ma faible voix a pu contribuer à fixer dans vos bulletins et dans votre mémoire ce que fut cet homme de bien, notre ancien président et collègue, Louis-Félix Terrier.

FORMULAIRE

POTION CONTRE LES LARYNGITES AIGUES DE L'ENFANCE

L'élément spasmodique vient compliquer habituellement les laryngites aiguës dans les premières années ; pour diminuer l'excitabilité du système nerveux laryngé, administrer par cuillerées à dessert la potion suivante :

Julep gommeux..................	60 grammes.
Codéine.........................	0g01
Bromure de potassium........	1 —
Sirop de fleurs d'oranger......	30 —

Les premières cuillerées seront données à intervalles rapprochés pour produire la sédation. Tenir l'enfant dans une atmosphère saturée de vapeur d'eau. Si le tirage et la suffocation deviennent menaçants, recourir au tubage. (*Bull. gén. de thérap.*)

LIVRES NOUVEAUX

L'Orthopédie indispensable aux praticiens (1), par F. Calot (de Berck-sur-Mer).

Il n'est pas un praticien qui ne soit consulté presque chaque jour pour une arthrite, une coxalgie, un mal de Pott, une scoliose, une boiterie de naissance, un pied bot, une paralysie infantile, une ostéite, une adénite, un abcès froid, etc. Et les médecins trouvaient difficilement jusqu'à ce jour les notions nécessaires et suffisantes pour traiter et guérir ces maladies, dans les conditions où ils sont placés, sans installation spéciale.

Le livre du docteur Calot vient combler une lacune. Il est écrit par un spécialiste pour tous ceux qui ne le sont pas. Il ne s'égare pas en une vaine bibliographie, ni en discussions pathogéniques inutiles, mais tous les cas de clinique orthopédique que les médecins pourront rencontrer y sont pratiquement étudiés ; et pour chaque cas, un traitement, un seul, pratique et simple, que l'auteur leur apprend à appliquer exactement en guidant à chaque pas leurs yeux et leur esprit par l'image et la description écrite, de manière à les conduire comme par la main du commencement à la fin de ce traitement.

Il nous semble impossible d'être à la fois plus concis et plus complet, plus méthodique et plus pratique.

Le texte, déjà si net, est encore éclairé, à toutes les pages, par une ou plusieurs figures originales ; celles-ci, au nombre de 825, sont dues à l'habile crayon de l'aide de M. Calot, le docteur Fouchon.

Ajoutons que l'ouvrage a été édité avec un soin particulier. Tout contribue à le rendre facile et agréable à lire et à consulter. Ces qualités réunies en font un livre vraiment « indispensable » à tous les praticiens.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANGINE DE POITRINE

L'angine de poitrine est caractérisée par des crises de douleur rétro-sternale avec angoisse, survenant chez des malades dont les artères coronaires sont rétrécies par la sclérose ou l'athérome (coronarite sténosante).

La plupart des auteurs admettent aujourd'hui avec Potain, Huchard, Merklen, qu'il existe une seule véritable angine de poitrine : l'angine coronarienne, et qu'il faut la distinguer d'autres précordialgies constituant le groupe des fausses angines de poitrine.

Étiologie. — L'étiologie est celle de la coronarite ; maladie de l'âge adulte et de la vieillesse, l'angine de poitrine est surtout fréquente chez les hommes, et de quarante à soixante ans. Les intoxications (alcool, plomb, tabac), la goutte, l'arthritisme, les infections aiguës et chroniques sont des causes habituelles d'artério-sclérose, d'artérite chronique et par

(1) In-8 de 750 pages avec 825 figures dans le texte, cartonné toile. — Prix : 16 francs. — Paris, Masson et Cie.

conséquent de coronarite. C'est une maladie des financiers, des hommes politiques, des médecins. On a décrit une angine de poitrine chez les tabétiques; mais quand ce n'est pas une fausse angine de poitrine, c'est une angine liée à une affection aortique. L'angine de poitrine diabétique dépend de l'artério-sclérose; l'angine de poitrine des brightiques, considérée par Gilbert comme un accident urémique avec névralgie ou névrite du plexus cardiaque, est aussi, d'après Huchard, une angine par coronarite.

Comme *causes occasionnelles* de l'accès, il faut citer toutes les causes qui activent brusquement le travail du myocarde : les efforts, les mouvements violents, la marche précipitée. Par le fait de la grossesse, les femmes atteintes d'angor pectoris (rare d'ailleurs chez les femmes et surtout à l'âge des maternités), ces femmes sont dans un état d'imminence presque continuelle d'accès (Huchard).

SYMPTOMES. — Un homme, qui peut avoir toutes les apparences de la santé, fait un effort, il veut monter un escalier, gravir un terrain montueux, marcher contre le vent et le voilà en proie à une douleur atroce qui l'étreint brusquement et l'immobilise; c'est un poids appliqué sur le sternum et si lourd qu'il donne la sensation de l'écrasement de cet os. Du sternum, la douleur s'étend à d'autres régions, telles que le côté gauche du thorax et le membre supérieur correspondant. Assez souvent, le cou et la mâchoire inférieure sont le siège d'une constriction des plus cruelles. Si le malade veut parler, sa voix est faible et entrecoupée; la face exprime l'anxiété et la terreur. Le moindre mouvement redouble ces souffrances et le malade se croit près de mourir. C'est dans ce temps-là même que son supplice cesse, aussi brusquement qu'il avait débuté, et la vie reprend sa marche, sans qu'il reste aucune trace d'un désordre aussi grand (Parrot).

L'accès d'angine de poitrine a un *début* brusque; on a décrit des prodromes : bâillements, éructations gazeuses, chaleur dans la poitrine, inquiétude; ils sont exceptionnels dans l'angine vraie. L'accès est provoqué par tout acte nécessitant un effort, surtout par le mouvement et la marche précipitée. Toute angine de poitrine produite par un effort quelconque, par une marche rapide, est une angine vraie ou coronarienne; toute angine se produisant spontanément, sans l'intervention d'un acte nécessitant un effort, est une angine fausse ou névralgique; cependant, lorsqu'un malade ayant des crises provoquées par l'effort, en a de spontanées pendant la nuit, c'est encore un angineux vrai (Huchard).

La *douleur* siège en arrière du sternum, à gauche ou à droite, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, quelquefois vers l'appendice xiphoïde; c'est une *sternalgie*. Le malade a la sensation d'être dans un étau, dans une étreinte; c'est un poids énorme, une constriction, un resserrement des parois thoraciques et de la région cardiaque (*sténocardie*). Cette douleur est angoissante, pongitive et surtout constrictive. Elle présente des *irradiations*, presque toujours vers le membre supérieur gauche : épaule gauche, face interne du bras et de l'avant-bras sur le trajet du nerf cubital et du brachial cutané interne; cette irradiation peut ne pas dépasser l'épaule ou le coude, elle peut aller jusqu'au poignet; quelquefois l'irradiation occupe les deux membres supérieurs, plus rarement le membre supérieur droit seul. La douleur vers la partie latérale gauche du cou et vers la mâchoire inférieure est assez fréquente. Cette irradiation douloureuse s'accompagne assez souvent de quelques troubles d'ordre moteur et vaso-moteur; le fourmillement et la parésie des deux derniers doigts de la main gauche sont fréquents, quelquefois le malade a une certaine difficulté à relever le bras; les troubles vaso-moteurs consistent en pâleur et blancheur du membre supérieur gauche pouvant être suivie d'une teinte cyanotique.

La douleur rétro-sternale est angoissante; l'*angoisse* constitue le phénomène le plus important. C'est une sensation de mort imminente. « Hoc est animam agere », écrivait Sénèque qui était un angineux. Il semble que la fin est prochaine; c'est une pause de la vie (Elsner). Aussi le malade s'arrête, reste debout, immobile, retenant sa respiration.

L'*attitude* est assez caractéristique. La plupart des angineux préfèrent instinctivement la station verticale, refusent de s'asseoir ou de se coucher, parce que la position couchée augmente la tension artérielle; quelques malades atteints d'insuffisance aortique préfèrent l'attitude couchée pour combattre l'ischémie cérébrale, cependant beaucoup d'angineux aortiques restent dans l'attitude verticale.

A l'examen, on constate que le *cœur* a des battements normaux, quelquefois un peu plus fréquents ou un peu ralentis. On peut entendre des souffles à la base lorsqu'il existe une lésion aortique, une aortite chronique; un souffle systolique à la pointe est plus rare; il indique une insuffisance mitrale fonctionnelle par dilatation de l'orifice ou une insuffisance mitrale organique d'origine endartéritique (Huchard).

Le *pouls* est calme, quelquefois accéléré ou ralenti comme le cœur, souvent petit, surtout au pouls radial gauche. On constate toujours une élévation rapide de la *tension artérielle* pendant l'accès.

Le malade n'a *pas de dyspnée*; Huchard insiste beaucoup sur ce point. Sans doute, il peut arriver qu'on constate une sorte d'apnée quand le malade arrête ses mouvements respiratoires, ou au contraire une polypnée nerveuse. Il peut arriver aussi que, dans l'intervalle des accès, quelques angineux aient de la dyspnée par suite d'une affection rénale, cardiaque ou aortique; mais cette dyspnée dépend de l'artério-sclérose ou de la cardio-sclérose. La dyspnée n'est jamais un symptôme de l'angine de poitrine.

L'accès d'angine de poitrine n'a pas toujours cette symptomatologie classique; il existe des *accès incomplets*, atténués ou frustes. C'est, par exemple, une douleur au bras gauche, avec angoisse ou défaillance; c'est une douleur dans la région épigastrique, d'apparition subite à la suite d'un effort, mais s'accompagnant aussi d'angoisse.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — La crise d'angine de poitrine dure de quelques secondes à quelques minutes, parfois un quart d'heure et plus; les accès spontanés et nocturnes sont les plus longs.

La mort peut survenir au premier accès. Sinon, plusieurs cas peuvent se présenter : certains malades n'ont que des accès très rares, à plusieurs mois de distance. D'autres, plus nombreux, voient le nombre des accès augmenter peu à peu.

La mort est une terminaison très fréquente; cependant tous les angineux ne sont pas condamnés fatalement à la mort du fait de leurs crises d'angine de poitrine; avec un traitement bien suivi, quelques-uns peuvent guérir.

La mort survient le plus souvent par *syncope*, c'est alors une mort subite; le malade tombe comme foudroyé, sans une plainte, sans un mouvement. Cette mort subite peut frapper un malade ayant eu antérieurement des crises d'angine de poitrine; elle peut survenir dès le premier accès. Le mécanisme de cette mort par syncope est complexe; l'arrêt subit du cœur est préparé peut-être par des lésions des ganglions intra-cardiaques et surtout par l'état d'ischémie du myocarde; il est provoqué par un état spasmodique des artères coronaires ou par une thrombose de ces vaisseaux qui privent brusquement le muscle cardiaque de l'afflux sanguin dont il a besoin.

Dans d'autres cas, le malade meurt encore par syncope, mais après plusieurs accès subintrants, c'est un *état de mal angineux* (Huchard). Cet état peut aussi se terminer par asphyxie; les cavités cardiaques se dilatent rapidement, le myocarde s'affaiblit; alors les extrémités se refroidissent et se cyanosent et la mort survient.

Les malades atteints d'angine de poitrine sont exposés à la mort par urémie ou par œdème du poumon, non pas du fait de la coronarite, mais parce que souvent ils sont en même temps des rénaux.

Enfin, quelques-uns succombent à la suite de phénomènes d'asystolie. Ils arrivent à l'asystolie parce qu'ils sont cardioscléreux, et à ce moment, les accès d'angine de poitrine diminuent de fréquence et d'intensité à mesure que les symptômes asystoliques s'accusent. Il y a un antagonisme physiologique et clinique entre l'angine de poitrine et l'asystolie parce que l'angine de poitrine est causée par l'élévation de la tension artérielle, tandis que dans l'asystolie cette tension tombe au-dessous de la normale (Huchard). (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 3 février 1909 : MM. Sourdille et Ramadier, 7 ; Séguinot, 13 ; Boivin, 10 ; Krebs et Mairesse, 8 ; Pakowski, 11 ; Vincent (Max), 9.

Anatomie. — Séance du 4 février : MM. Bloch (Jacques), 10 ; Fenard, 9 ; Bachy, 11 ; Montet, 8 ; Aine, 10 ; Nadal, 8 ; Fège, 1 ; Rousselot, 8 ; Jacquemin (Alfred), 10.

La prochaine séance aura lieu le samedi 6 février, à huit heures du matin.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décret du 2 février 1909, ont été promus dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de réserve Forterre, Degroote, Petit et Allain.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance solennelle extraordinaire du 3 février 1909. — Sous la présidence de M. Doumergue, ministre de l'Instruction publique, ont été célébrées à la fois l'inauguration officielle de la Société de médecine de Paris agrandie et la commémoration du centième anniversaire de la fondation de l'ancienne Société de médecine et chirurgie pratiques qui, seule des trois sociétés fusionnées, n'avait pas atteint son siècle.

Assistaient à la séance deux cents personnes ; parmi les délégués officiels : MM. Léon Labbé, Bucquoy, Landouzy, Bayet, Balzer, Patein, Oulmont, Hallopeau, Edouard Dujardin-Beaumetz, Reynier, Pouchet, Rocher, Benjamin, Mosny, Mahu, Granjux, Duboys de Lavigerie, Cruet, Mercier, Huet, Achard, Potocki, Cabanès, Jules Voisin.

M. Dignat, président, montre le rôle rempli, depuis plus d'un siècle, par les trois plus anciennes sociétés médicales et particulièrement par la Société de médecine et chirurgie pratiques dont on célèbre le centième anniversaire. Ces trois sociétés n'en forment plus désormais qu'une seule : la Société de médecine de Paris, qui a su grouper au même titre aussi bien les plus grands noms de la médecine officielle que les simples praticiens, dans une commune émulation pour le travail.

M. Paul Guillon, secrétaire général, lit une notice historique sur la Société de médecine et chirurgie pratiques, dont son grand-père, son père et lui-même ont successivement été membres pendant quatre-vingts ans. La Société fondée en 1808, siégea à l'Hôtel de Ville jusqu'au 4 août 1870 ; à l'origine elle y donnait des consultations gratuites et vaccinait toutes les personnes qui se présentaient ; en dernier lieu elle tenait ses séances à l'hôtel des Sociétés savantes, dont la création était son œuvre. Par une série de citations, de bien curieux documents, le docteur Paul Guillon montre que la sorte de crise dont souffre le monde médical actuellement n'a rien de nouveau ; la situation était déjà identique en 1828 et en 1845 ; les médecins protestaient contre la création de deux classes de médecins et même contre les nouveaux impôts.

Eloge de Dujardin-Beaumetz. — Parmi les nombreuses illustrations qui figurent dans ses fastes, le Conseil de la Société avait choisi la belle et avenante figure de Dujardin-Beaumetz. C'est le docteur G. Bardet, l'ancien chef de laboratoire et le fidèle collaborateur du maître qui a été désigné pour prononcer son éloge. Pour accomplir ce qu'il a justement appelé « ce devoir filial », il a su trouver les paroles voulues et faire revivre la sympathique silhouette du médecin de l'hôpital Cochin.

M. le ministre de l'Instruction publique, dans une brillante improvisation, a remercié la Société de médecine de Paris de lui avoir donné l'occasion de témoigner une fois de plus sa sympathie au corps médical tout entier.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quatrième semaine, 1158 décès, au lieu de 1023 pendant la semaine précédente et de 1085, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc peu différent de la normale.

La scarlatine continue à être assez répandue (150 cas nouveaux de maladie, au lieu de la moyenne 102) ; mais elle a causé peu de décès (3 seulement, chiffre identique à la moyenne).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie organise, avec le concours de l'agence Lubin, les excursions suivantes :

1° *Egypte et Haute-Egypte.* — Départ de Paris le 17 février 1909, retour le 28 mars. Durée de l'excursion : 40 jours. Prix (tous frais compris) : 1re classe, 2350 francs.

2° *Naples, La Sicile, Malte.* — Départ de Paris le 10 mars 1909, retour le 2 avril. Durée de l'excursion : 24 jours. Prix (tous frais compris) : 1re classe, 1100 fr. ; 2e classe, 980 fr.

S'adresser pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence Lubin, 36, boulevard Haussmann, à Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Médecine opératoire des voies urinaires (1), par M. J. Albarran, professeur de clinique des voies urinaires.

M. le professeur Albarran a eu l'heureuse idée de nous faire part de sa longue expérience des voies urinaires, en écrivant ce livre de médecine opératoire qui sera accueilli avec joie par tous.

Cet ouvrage est, en effet, essentiellement pratique. Grâce à lui, chacun pourra, en quelques instants, rafraîchir ses souvenirs sur une opération déterminée; voir d'avance quelles fautes il ne faut pas commettre, quels accidents peuvent être à redouter.

L'auteur s'est débarrassé de tous les procédés et sous-procédés si nombreux pour ne présenter, à propos de chaque affection, qu'une seule technique, celle que l'expérience lui a démontrée être la meilleure et il est bon juge! Cette technique est exposée au reste avec la clarté de style et la vivacité d'expression qui caractérisent l'enseignement du maître. De belles figures très claires, très exactes reproduisent chacun des divers temps de l'opération avec une netteté remarquable.

Avant d'étudier la médecine opératoire de chacun des organes qui constituent les voies urinaires, M. Albarran en expose, avec une grande minutie, l'anatomie et surtout les rapports chirurgicaux, c'est-à-dire ceux qui doivent être constamment dans la pensée de l'opérateur pendant l'intervention.

Sous le nom d'anatomie pathologique chirurgicale, l'auteur a décrit les modifications que la maladie imprime aux organes et aux tissus voisins; elles sont du plus haut intérêt puisqu'elles commandent le choix du procédé opératoire.

Signalons enfin un paragraphe consacré dans chaque chapitre aux soins post-opératoires qui peuvent être la source de tant d'ennuis, quand on n'est pas très expérimenté.

M. Albarran, dans sa première partie, étudie le rein et le bassinet; la pyélotomie, surtout la néphrostomie et la néphrectomie; la deuxième partie est consacrée à l'uretère: cathétérisme, uretérotomie; les greffes de l'uretère et ses abouchements sont soigneusement exposés.

L'auteur s'occupe ensuite de la vessie, décrit les différents procédés de taille hypogastrique, périnéale, vaginale; l'atrophie de la vessie.

La prostatectomie, si fréquemment employée aujourd'hui, fait l'objet d'un important chapitre.

L'ouvrage se termine par l'étude de l'urètre, des uretrotomies interne et externe, de l'hypo et de l'épispadias.

ÉTIENNE LE SOURD.

Les Dysenteries (2), par Ch. Dopter.

Les notions actuelles sur la dysenterie sont de date toute récente. Il n'a pas fallu moins d'un demi-siècle pour acquérir la certitude que le mot dysenterie ne traduit qu'un syndrome ressortissant à des causes étiologiques différentes. Il n'existe plus de dysenterie mais des dysenteries.

C'est la mise au point de cette question si intéressante que M. Dopter nous présente dans ce volume et nous le félicitons d'avoir groupé dans ce livre les nombreux travaux touchant ce sujet et dont les siens en collaboration avec M. Vaillard forment une des plus importantes parties.

L'auteur aborde d'abord la dysenterie bacillaire. Il décrit les différents bacilles dysentériques qui ont été étudiés depuis que Chantemesse et Widal en eurent découvert en 1888 le premier type; puis passant en revue l'étude expérimentale de la dysenterie, il montre la possibilité d'obtenir une toxine dysentérique produisant absolument les mêmes effets que les cultures vivantes, et une séro-réaction très utile pour le diagnostic de l'affection.

Puis il termine par un chapitre sur la sérothérapie antidysentérique et montre tous les bons effets obtenus par le sérum de Vaillard et Dopter.

Dans un autre chapitre il étudie la dysenterie amibienne. Il décrit l'amibe dysentérique, son rôle pathogénique, les lésions qu'elle détermine. Puis il décrit les autres dysenteries dues au balantidium coli, aux sprilles, aux trichomonas, etc. Il termine enfin par le diagnostic bactériologique des dysenteries.

Comme on le voit, ce livre constitue le document le plus précis que nous ayons sur les dysenteries et le nom de l'auteur est le plus sûr garant de son succès. P. RAVAUT.

(1) Un vol. grand in-8, de XI-991 p. avec 501 fig. dans le texte en noir et en couleurs, relié toile. — Prix : 35 francs. — Paris, Masson.

(2) Un volume de la bibliothèque de microbiologie et parasitologie. — Paris, O. Doin.

Précis de stomatologie (1), par le docteur J. Redier, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille.

Le *Précis de stomatologie* du professeur J. Redier, dont le premier volume vient de paraître, arrive à point pour combler une lacune dans la littérature médicale.

Les stomatologistes se sont imposés par de nombreux travaux du plus grand mérite; mais il n'existait pas encore d'ouvrage traitant exclusivement de leur spécialité, et celui qui voulait se mettre au courant de ces questions devait aller puiser ses connaissances dans les monographies ou dans des articles noyés dans les journaux ou les revues médicales.

Le *Précis de stomatologie* est le compendium à la fois théorique et pratique qui était impatiemment attendu. Les questions qui y sont abordées sont traitées avec une précision et une clarté auxquelles on reconnaît de suite le maître habitué de longue date à l'enseignement, doublé d'un praticien expérimenté.

Ce premier volume comprend l'anatomie chirurgicale de la bouche, l'anatomie descriptive des dents, l'histologie et le développement de l'appareil dentaire, les anomalies dentaires, l'orthopédie dentaire, les accidents de l'éruption des dents et la carie dentaire.

Les travaux du professeur J. Redier sont trop connus pour que nous ayons besoin de les rappeler: néanmoins, nous croyons devoir appeler l'attention sur le chapitre du *Développement des dents* dans lequel sont exposées des idées nouvelles, et celui de l'*Orthopédie* où l'on trouvera, décrits en détail, tous les genres d'appareils de redressement, et une étude intéressante et neuve d'anatomie et de physiologie pathologique.

Le chapitre de la *Carie dentaire* contient des nouveautés, notamment sur l'extirpation de la pulpe après anesthésie locale.

150 figures, presque toutes originales, complètent très heureusement les descriptions.

Ce *Précis de stomatologie* est indispensable aux praticiens et aux étudiants; il a sa place toute marquée sur la table de travail ou dans la bibliothèque de tous. L. GAYARD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas de radiologie normale, par les docteurs L. Hauchamp, directeur du laboratoire de radiologie des hôpitaux de Bruxelles, J. Klynens, radiologiste à Anvers, E. Mahaux, docteur spécial de l'Université de Bruxelles. In-4 cartonné toile, de 320 pages, avec 154 schémas et radiogrammes (grandeur naturelle) dans le texte et hors texte. — Prix : 20 francs. — Paris, O. Doin.

(1) T. Ier. In-18 de 542 p., avec 151 fig., cart. — Prix : 9 francs — Paris, F.-R. de Rudeval.

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'ATONIE MUSCULAIRE CONGÉNITALE

Par le docteur LÉVI-SIRUGUE,
Ancien interne des hôpitaux.

I

Historique. — C'est en 1900 que, par une courte communication publiée dans le *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, le professeur Oppenheim (de Berlin) a fait connaître un syndrome essentiellement caractérisé par son apparition dès le début de la vie, l'absence de tout caractère familial, son évolution régressive surtout sous l'influence d'un traitement approprié, la perte de tonicité des muscles qui ne sont pas paralysés, ce qui lui avait valu le nom de *myatonia congenita* que lui donnait son auteur. Quatre ans après, en 1904, Oppenheim en publiait un nouveau cas. Plusieurs élèves d'Oppenheim, Kundt dans sa thèse de Leipzig de 1905, Rosenberg dans un article publié en 1906, apportaient une nouvelle contribution à l'étude de ce syndrome. En même temps, en dehors de la clinique d'Oppenheim et surtout en Italie dans diverses cliniques pédiatriques des faits analogues étaient observés. Dans le journal *la Pediatria* de 1905, Muggia en publiait 1 cas sous la rubrique de « paralysie complète congénitale des quatre membres », et Berti 2 cas. Dans le même périodique, l'année suivante, Iovane en rapporte 1 cas et Sorgente 2. Enfin en 1906 également, Cattaneo, dans une leçon de la clinique pédiatrique de Parme rédigée par le docteur Zanetti sur « les paralysies des nouveau-nés et la myatonie généralisée d'Oppenheim », en relate aussi une observation. En 1905, un médecin américain, Spiller, avait eu l'occasion de faire l'autopsie de 1 cas de ce genre. En 1906, le docteur Comby, dans une revue générale des *Archives de médecine des enfants*, en résumait 1 cas observé par lui et, l'année suivante, il en rapportait un second cas à la Société de pédiatrie de Paris, en même temps que le docteur Variot qui en avait vu 1 cas suivi de mort. D'ailleurs en 1907 les observations se multiplient; Baudouin en publie 1 cas également suivi de mort par broncho-pneumonie et donne un compte rendu détaillé de l'autopsie. Bing (de Bâle), dans un travail sur les états atoniques des muscles chez l'enfant, relate la biopsie musculaire faite dans un cas de ce genre. Tobler, qui en avait observé 1 cas en 1902 à la clinique pédiatrique d'Heidelberg, ne fit le diagnostic que quatre ans plus tard après avoir lu le travail d'Oppenheim, et il donne la description du syndrome basé sur son observation et sur les 16 cas qu'il en a trouvés dans la littérature médicale. En Angleterre, Carey Coombs en a publié 1 cas intéressant parce que le sujet, au lieu d'être un nouveau-né comme dans la plupart des autres observations, était une fillette de dix ans frappée de myatonie depuis sa naissance, qu'à l'encontre des autres cas publiés l'atonie portait surtout sur les membres supérieurs, et que le traitement qui améliora l'état des membres inférieurs n'amena que peu de changements aux membres supérieurs. Enfin ici même, en 1907, le docteur Georges Leclerc (de Dijon) en rapportait un cas chez une fillette de quatre ans, qui, au dire des parents, avait paru en état normal à la naissance, et chez qui on aurait constaté les troubles à la suite d'une broncho-pneumonie accompagnée de spasme de la glotte survenue à l'âge de sept semaines. Grâce à toutes ces observations, on est en mesure aujourd'hui de tracer le tableau clinique de ce syndrome bien caractérisé, où il y a atonie musculaire plus que paralysie, et qui, d'après Oppenheim, serait dû à un arrêt de développement des muscles sans qu'on puisse exclure, comme le montre l'autopsie pratiquée par Baudouin, toute participation du neurone.

(1) Reproduction interdite.

II

Tableau clinique. — Voici comment Oppenheim, dans sa première communication datant de 1900, retraçait le syndrome : « Plusieurs fois, surtout au cours des dernières années, j'ai eu l'occasion chez des enfants, dans les premiers mois de la vie et particulièrement dans la première et la seconde année, d'observer un état morbide non encore décrit dans la littérature médicale, à ma connaissance. Voici de quoi se plaignaient les parents : tout le corps de l'enfant ou seulement des segments déterminés, surtout les membres et particulièrement les membres inférieurs étaient flasques et immobiles. A l'examen objectif le principal symptôme était une remarquable *hypotonie* ou même une *atonie* musculaire liée à un affaiblissement correspondant ou plutôt à une absence complète des réflexes tendineux. La flaccidité était telle que le membre était mobile dans toutes les articulations à un degré excessif. Toujours il y avait diminution à un degré variable des mouvements actifs. Quand ce trouble était le plus marqué on aurait cru qu'il y avait une paralysie complète. A un examen plus attentif on notait çà et là, dans quelques muscles seulement ou dans plusieurs, des contractions mais faibles, molles, et sans effets locomoteurs... Dans un seul de mes cas le trouble ne porta pas seulement sur les muscles des membres surtout inférieurs mais aussi sur ceux du tronc et du cou, de sorte que l'enfant âgé de huit mois ne pouvait ni s'asseoir ni tenir la tête droite. Même dans cette généralisation de la myatonie restèrent indemnes les muscles des yeux, de la langue, du pharynx. Le diaphragme fonctionnait aussi normalement, tandis que les intercostaux semblaient touchés. On sent les muscles flasques et mous ; ils semblent minces et amaigris sans qu'on puisse toujours avoir l'impression de leur atrophie. L'examen électrique, que je n'ai pu faire avec le soin voulu que dans peu de cas, a montré dans les cas graves un notable affaiblissement quantitatif de l'excitabilité allant jusqu'à l'extinction complète. Une fois seulement on vit réagir à l'excitation galvanique directe une partie des muscles atteints avec une contraction

un peu ralentie. Dans les cas légers la réaction persistait. L'intelligence, la sensibilité, les fonctions des sens ne montraient pas de trouble, autant qu'on peut le voir à cet âge. Il semble toujours s'agir là d'une affection congénitale, quoique les parents ne la remarquent pas toujours aussitôt après la naissance.

L'affection forme dans les cas typiques si bien la contrepartie, l'antipode de la maladie de Little, qu'on serait tenté d'en tirer quelques conclusions pour son substratum anatomique. Je remarquerai tout de suite ici que je ne crois pas à une affection du système nerveux central, mais à une maladie musculaire, en particulier à un retard de développement des muscles, car j'ai quelquefois remarqué moi-même et d'autres fois j'ai su par les renseignements des parents que ces états s'amélioraient avec le temps ou du moins devenaient moins manifestes. La preuve en est qu'on n'observe pas ces états chez l'enfant plus grand et on n'a aucune raison d'y rattacher la dystrophie des muscles. »

Ainsi était esquissé d'une façon très précise dès la première communication d'Oppenheim le tableau du syndrome, et les travaux ultérieurs n'ont fait que le préciser.

Dans la plupart des observations, on voit que c'est dès la naissance que les parents ont remarqué l'inertie de certains groupes musculaires ; en général cette atonie frappe les membres et surtout les membres inférieurs. Les membres supérieurs sont d'ordinaire peu touchés et l'enfant exécute quelques mouvements des mains et des doigts. Au contraire les membres inférieurs sont inertes et on n'y constate aucun mouvement spontané. Par contre, si on vient à pincer les jambes on provoque quelque ébauche plus ou moins nette de mouvements de défense, ce qui montre qu'il n'y a pas paralysie vraie. Dans les cas peu intenses où les mouvements spontanés ne sont pas entièrement abolis ils sont faibles, mous, et l'enfant est toujours incapable de marcher et rester debout. Si on essaie de l'y maintenir un instant, on assiste aussitôt au dérobement des jambes. Les pieds tendent à se mettre en varus équin.

Si les mouvements actifs sont très diminués ou abolis, les mouvements passifs par contre ont une ampleur anormale. Les membres flasques ont l'aspect de vrais membres de polichinelle quand on maintient l'enfant sous les aisselles. On peut mettre la tête de l'enfant entre ses pieds, amener les pieds à toucher le dos, les conduire au-dessus des omoplates. La même laxité aux membres supérieurs permet de retourner les coudes, de faire remonter les épaules jusqu'aux oreilles, d'amener l'extension des doigts jusqu'au dos de la main (Bing).

L'atonie peut être limitée aux membres ; ainsi chez un enfant d'un an et demi observé par Oppenheim, la motilité de la *tête* et des muscles sous la dépendance des nerfs craniens était normale. Mais souvent, la tête n'étant plus soutenue par le tonus des muscles de la nuque et étant entraînée par son poids tombe sur le côté ou en avant inerte (Bing). La *colonne vertébrale* a aussi une mobilité passive anormale qui rend possible le contact du talon avec l'occiput. On a noté tantôt de la cyphose (Tobler), ou de la lordose (Carey Coombs). Ces muscles sont presque toujours seuls touchés, et la plupart des observations mentionnent l'intégrité des *muscles des yeux, de ceux qui président à la succion et à la déglutition, ainsi que des muscles respirateurs et des sphincters.* Cependant, dans le cas de Spiller, dont le diagnostic est contesté par Bing, chez un enfant de vingt-deux mois, il y avait du strabisme divergent sans lésion ophtalmoscopique ; dans l'observation de Baudouin, il y avait par moment léger strabisme interne de l'œil droit, dans celle de Carey Coombs peu de tonus de l'orbiculaire palpébral. Dans une observation d'Oppenheim et dans celle de Baudouin, le thorax se dilatait peu à l'inspiration, ce qui montrait l'atteinte des intercostaux. Dans un des cas de Berti, l'enfant âgé de trois jours avait un cri faible, une respiration diaphragmatique avec retrait à chaque inspiration de la partie inférieure du sternum et des côtes voisines. Dans le cas de Spiller, il y avait de la constipation par atonie intestinale. Au *palper* ce qui frappe, c'est la mollesse musculaire, l'absence de tout tonus. En général on mentionne l'*absence d'atrophie* (Comby, Spiller, Leclerc) ou elle n'est que très légère (Oppenheim).

D'ailleurs l'atrophie peut être masquée par de l'*œdème* dur, blanc, lisse, qui dans l'observation de Baudouin était presque généralisé, mais surtout marqué aux membres inférieurs et qui donnait à la face un aspect cireux, spécial. Dans le cas de Kundt observé à la clinique d'Oppenheim et rapporté dans sa thèse, il y avait une *pseudo-hypertrophie graisseuse* surtout à la région vulvaire, aux cuisses, aux fesses.

Les *réflexes tendineux* sont le plus souvent *abolis*. D'ordinaire il n'y a ni réflexe rotulien, ni réflexe achilléen, ni réflexe olécranien. Les *réflexes cutanés* de Babinski et d'Oppenheim font défaut (Baudouin). Dans l'observation de Kundt il est noté absence du réflexe du genou, présence seulement à gauche du réflexe du tendon d'Achille, existence des deux côtés du réflexe abdominal. Dans le cas de Spiller il n'y avait ni réflexe rotulien ni réflexe achilléen ; mais l'excitation plantaire amenait l'extension seulement à gauche, et on notait à la piqûre un notable retrait des membres. Dans l'observation de Tobler le réflexe rotulien était aboli, le plantaire seulement esquissé, celui de Babinski manquait, l'abdominal existait. Les réflexes pupillaires persistaient. Enfin chez la fillette de Carey Coombs âgée de dix ans, chez qui l'atonie prédominait aux membres supérieurs et où elle était telle qu'on pouvait attacher les avant-bras dos à dos, les mains étant renversées contre la face dorsale de l'avant-bras, le réflexe rotulien existait ainsi que l'achilléen ; celui du cou de pied faisait défaut ; le plantaire était normal.

L'*excitabilité mécanique et électrique* des muscles peut être normale. Muggia n'a pas vu de différence d'excitabilité neuro-musculaire galvanique ou faradique. Rosenberg fait remarquer que le nouveau-né ne réagit qu'à de forts courants. Ce n'est que de la cinquième à la huitième semaine de la vie que la

réaction devient normale. Le plus souvent elle est altérée dans les cas graves. Oppenheim constatait dans un de ses cas que même avec de forts courants il n'y avait pas de réaction des nerfs et des muscles des membres inférieurs, et que seulement dans le muscle péronier on arrivait à provoquer une contraction par un fort courant. Dans l'observation de Kundt il y avait aux jambes des réactions normales aux deux courants faradique et galvanique, sauf dans le jambier antérieur droit. Aux cuisses les fléchisseurs étaient seuls à réagir; la réaction était faible aux adducteurs gauches, nulle aux extenseurs et surtout au quadriceps. Il n'y avait pas de réaction de dégénérescence. Dans le cas de Baudouin, l'examen faradique seul pratiqué ne donnait pas de réaction. Dans le cas de Spiller, les muscles réagissaient au courant faradique. Dans un cas de Comby où deux examens électriques furent faits l'un par Larat, l'autre par Weil, on trouva de l'hypoexcitabilité électrique à la partie postérieure de la cuisse droite sans réaction de dégénérescence. Dans le cas de Cattaneo il fallait appliquer un courant de 6 milliampères au côté interne du membre supérieur et 8 au côté externe pour provoquer de minimes contractions.

Il n'y a pas de troubles de *sensibilité*; les mouvements passifs ne sont pas douloureux comme dans la pseudo-paralysie syphilitique de Parrot; les *sens* fonctionnent normalement; l'examen ophtalmoscopique montre un état normal du fond de l'œil. De même l'*état psychique* de l'enfant n'est pas altéré. Cattaneo a vu par la ponction lombaire une forte pression du liquide céphalo-rachidien.

III

Evolution. — La *radiographie* faite dans le cas de Carey Coombs montrait seulement un arrondissement des surfaces articulaires, expliquant la laxité anormale, mais c'était là une altération secondaire.

L'affection que nous venons de décrire n'est *jamais progressive*, mais au contraire *régressive*.

Le plus souvent constatée dès la naissance ou peu après), à cinq mois dans le cas de Spiller, à sept semaines dans le cas de G. Leclerc, à un mois dans un des 3 cas de Comby), l'affection a tendance à rétrocéder surtout au membre supérieur. En général, comme dans les myopathies et contrairement à ce qui arrive dans les polynévrites, les muscles de la racine du membre sont plus touchés (Rosenberg, Baudouin); ceux des extrémités sont plus vite rétablis dans leur état normal; les fléchisseurs moins touchés récupèrent plus vite leur force que les extenseurs. Oppenheim faisait remarquer que l'absence d'observations de myatonie chez des enfants, passé la première enfance, devait s'expliquer par la régression des phénomènes. C'est en effet l'évolution régressive qui se montre dans la plupart des observations. Un petit garçon de quatre mois, vu par M. Comby avec le docteur Girard (d'Ivry) en novembre 1906, traité par les bains, les massages, l'électrisation longtemps continués, fut lentement amélioré. Revu le 16 octobre 1907, à l'âge de quinze mois, il avait en dehors de l'atonie tout l'aspect d'une bonne santé. Un autre malade du même auteur, vu d'abord en septembre 1905, à l'âge de trente et quelques mois, fut suivi et avait cinq ans, lorsque l'auteur a pris la parole à ce sujet à la Société de pédiatrie. Le malade de Cattaneo, enfant de quatre mois, fut amélioré au bout de deux mois de cure par l'arsenic et la strychnine. La petite malade de Kundt, âgée de un an et six mois, traitée par l'électrisation, fut améliorée. A la suite du traitement, on vit les jambes s'étendre par excitation en position horizontale. A la cuisse droite apparurent quelques mouvements actifs; à la gauche, la rotation interne et l'adduction devinrent évidentes; la flexion de la hanche était faible mais nette. Les phénomènes du genou manquent encore, disait l'auteur, mais ceux du talon sont nets, plus faibles à droite. La petite malade pouvait rester sur la jambe gauche seule à condition d'être soutenue. L'état électrique était le même, mais le jambier antérieur était redevenu normal. Trois mois plus tard, on constatait une nouvelle amélioration, modérée, il est vrai. L'extension de la jambe était possible, même contre la pesanteur.

L'intérêt du cas de Carey Coombs est que c'est encore le seul cas d'une enfant observée à un âge aussi avancé (dix ans). Ici, il n'y avait pas de graisse qui masquât l'atrophie musculaire. Le massage améliora l'état des membres inférieurs, mais non celui des membres supérieurs. C'est, comme on voit, le contraire de ce qui a lieu d'ordinaire où l'état des membres supérieurs s'améliore bien plus vite.

Voilà pour les cas favorables. Mais il y a quelques cas où des complications pulmonaires ont amené la mort. Tobler évalue à 33 p. 100 la mortalité de ce chef. Le petit malade de Baudouin, âgé de quatre mois, mourut de broncho-pneumonie. De même, dans les cas de Muggia, Jovane, Cattaneo, chez deux malades de Sorgente. Dans le cas de Spiller la congestion hypostatique du poumon avait amené la mort; dans un cas de Variot, c'était la broncho-pneumonie. Le malade de Tobler mourut de diphtérie et broncho-pneumonie sans que fût faite l'autopsie. Peut-être les troubles fonctionnels qu'on a signalés quelquefois dans les muscles respirateurs (Oppenheim, Berti) peuvent-ils expliquer en partie la prédisposition aux infections broncho-pulmonaires qui constitue le plus grand aléa chez ces malades.

IV

Diagnostic. — Le diagnostic se pose avec certains états paralytico-atrophiques de l'enfance, et tout d'abord avec la *poliomyélite antérieure aiguë*. Ces deux affections présentent des analogies qui sont la laxité musculaire avec diminution ou absence des phénomènes tendineux, la mobilité anormale des articulations, l'état normal de la sensibilité, ainsi que des nerfs crâniens et des sphincters. Elles diffèrent, parce que la poliomyélite a un début brusque chez l'enfant sain avec de la fièvre, que certains groupes musculaires déterminés sont particulièrement lésés, qu'on voit assez promptement survenir la réaction de dégénérescence et plus tard des troubles trophiques, que, secondairement, il y a des rétractions

tendineuses, qu'enfin, l'état reste stationnaire sans tendance régressive.

L'*atrophie musculaire familiale myopathique* (*dystrophia musculorum progressiva* des Allemands) est caractérisée par sa nature familiale, son début généralement après la naissance, la participation de la face, le caractère progressif au lieu de régressif.

Les *paralysies consécutives aux hématomyélies, myélites, glioses ou polynévrites*, s'accompagnent de troubles sphinctériens et de troubles sensitifs, ainsi que de la réaction de dégénérescence.

La *pseudo-paralysie décrite par Parrot chez les nourrissons syphilitiques* et liée aux décollements épiphysaires est marquée par une impotence fonctionnelle limitée à un membre et surtout les mouvements passifs sont douloureux; le début n'est pas congénital. On éliminera aussi la *pseudo-paralysie* de la *maladie de Barlow*.

Vierordt a décrit chez des rachitiques une *paralysie par inhibition ou réflexe*; cette paralysie de nature obscure a été attribuée dans deux cas observés par lui à une diminution du pouvoir spécifique des cornes antérieures. On peut en rapprocher la *myopathie rachitique* d'Hagenbach-Burckhardt et Bing qui est difficile à distinguer, d'autant que le rachitisme peut être congénital.

Les *paralysies myasthéniques* s'accompagnent de signes bulbaires, ont une évolution progressive; on y note la parésie des masticateurs et des muscles oculaires; leur allure est rémittente.

V

Anatomie pathologique et pathogénie. — Les quelques observations terminées par la mort ont permis de relever des faits anatomo-pathologiques intéressant la pathogénie.

Spiller a trouvé les muscles en général mous et pâles, les ganglions mésentériques très hypertrophiés blancs ou rosés. Ce qu'il y avait de remarquable, c'était l'absence de raideur cadavérique vingt heures après la mort. Les muscles du mollet droit montraient à la coupe une couche de graisse de 6 millimètres d'épaisseur; à la plante du pied il n'y avait presque que de la graisse sans muscles; au bras on voyait une couche de graisse de 3 millimètres d'épaisseur. L'examen microscopique des muscles montrait des fibres minces avec une striation peu nette. Les centres nerveux et médullaires examinés par la méthode de Marchi n'avaient rien d'anormal; rien non plus aux cellules du lobule paracentral, peut-être les cellules de Betz étaient-elles un peu moins nombreuses, mais elles n'étaient pas dégénérées. Les nerfs périphériques étaient normaux.

Dans l'autopsie pratiquée par Baudouin, les muscles pâles étaient perdus dans la graisse. Il n'y avait rien aux noyaux de la troisième paire ni aux noyaux masticateurs. Dans les noyaux des sixième et douzième paires il y avait de la chromatolyse. La moelle n'avait rien d'anormal, examinée par les méthodes de Pal et de Marchi. A la méthode de Nissl, on voyait au niveau du huitième segment cervical les cellules des cornes antérieures diminuées surtout relativement aux cellules des colonnes de Clarke restées normales. Il y avait seulement arrêt de développement, pas d'inflammation, pas de lésions vasculaires. Au niveau du troisième nerf lombaire gauche la racine antérieure, au lieu d'être par rapport à la postérieure, seulement d'un volume moitié moindre, était quatre à cinq fois moindre; la postérieure était plus fortement teintée en noir.

Par la méthode de Marchi, on ne voyait pas de lésion régressive du sciatique; par la méthode de Weigert le nerf était moins coloré, la myéline étant diffuse au lieu d'être dense; il y avait de nombreux cylindres axes roses non myélinisés; les noyaux de la gaine de Schwann étaient augmentés. Même état des nerfs crural, médian, cubital.

Dans le moteur oculaire externe droit (il y avait pendant la vie du strabisme interne droit) il y avait des fibres non myélinisées. En somme les nerfs montraient non de la névrite, mais un arrêt de la myélinisation.

Dans les muscles, il y avait une forte sclérose; les vaisseaux étaient engainés de cellules jeunes avec des éosinophiles. Les fibres étaient en partie hypertrophiées et il y avait des masses de petites fibres. Il n'y avait pas de dégénérescence. Le diaphragme était peu atteint.

Dans des *biopsies* pratiquées par Bing, on notait la réduction du calibre de la fibre, la rétraction des gaines de sarcolemme, la persistance partielle de la striation transversale, la multiplication des noyaux musculaires.

Comment interpréter la *pathogénie* de ce syndrome? Oppenheim disait dans sa première communication qu'il ne croyait pas à une affection du système nerveux central, mais à une maladie musculaire, à un *retard de développement des muscles*, sans exclure toute altération fonctionnelle des cornes antérieures. En effet, si l'autopsie de Spiller appuyait la pathogénie purement musculaire d'Oppenheim, par contre, Bing tend à admettre l'*arrêt de développement des voies médullo-cérébelleuses*; Baudouin, d'autre part, a vu le neurone périphérique seul entièrement touché; rien à la moelle, et dans le muscle une déviation du type normal.

On a enfin invoqué le rôle du *thymus*; on a, en effet, noté dans un certain nombre de cas la relation entre la persistance du thymus et les myasthénies graves. Dans le cas de Spiller, le thymus examiné par Allen Smith, montrait de la fibrose avec augmentation du nombre et du volume des corpuscules de Hassall; dans le thymus comme dans la rate, il y avait prolifération des tuniques interne et externe des artérioles. Dans les poumons on voyait des nodules lymphoïdes et les ganglions mésentériques présentaient de la prolifération du tissu lymphoïde.

L'état œdémateux noté chez certains de ces malades a été rapproché d'autre part par Berti du myxœdème. Mais Berti n'a pas été suivi dans cette voie par tous les auteurs.

VI

Etiologie. — Les données de l'*étiologie* éclairent-elles la pathogénie? Or voici ce que nous apprend l'enquête étiologique Le plus souvent l'affection est

nettement *congénitale* et même la mère aurait quelquefois remarqué que pendant la grossesse le fœtus remuait peu, mais ce sont là des cas exceptionnels. Le caractère congénital est nettement signalé par Oppenheim, par les auteurs italiens, ainsi que par Spiller, Kundt, Bing, Baudouin. Chez le malade de Rosenberg le début aurait eu lieu seulement à onze mois; dans le cas de Spiller la myatonie est constatée à cinq mois; dans un cas de Schüller le petit malade ne serait devenu myatonique qu'à dix mois; dans 2 cas de Bernhardt la myatonie aurait débuté dans l'un à quatre mois et dans l'autre à plus de deux ans; aussi Baudouin conseillait-il de remplacer le nom de myatonie congénitale par celui de paraplégie flasque des très jeunes enfants ou syndrome d'Oppenheim, pour en étendre le cadre, de même qu'on a étendu celui de la maladie de Little à toutes les paraplégies spasmodiques de l'enfance. Mais ce nom de paraplégie flasque n'est pas sans être sujet à critique, et celui de myatonie a le grand avantage d'indiquer le caractère essentiel du syndrome. Il est possible d'ailleurs que des parents peu observateurs ne remarquent une atonie incomplète que tard, au moment presque où l'enfant devrait commencer à marcher.

Sur 17 cas signalés comme congénitaux, Baudouin notait qu'il y avait cinq garçons et six filles; dans les autres observations le *sexe* n'était pas mentionné. Il ne semble pas qu'il y ait d'influence du sexe. L'affection n'est pas familiale. Seul Sorgente l'a vue chez deux enfants, frère et sœur, nés en outre de parents qui étaient apparentés de près. Le plus souvent cette circonstance fait défaut, ainsi que toute tare syphilitique ou autre des parents. Dans le cas de Spiller l'auteur note le nervosisme du père, l'aspect délicat de la mère, et l'existence dans l'ascendance d'un cas douteux d'épilepsie. L'enfant avait cependant quatre frères et sœurs bien portants. De même on ne relève le plus souvent aucun fait anormal au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Le rachitisme fait également défaut.

En somme, comme on voit, l'étiologie fournit peu de renseignements utiles, et force est de s'en tenir, en attendant d'autres autopsies, aux hypothèses émises : retard de développement des muscles (Oppenheim, Spiller), ou défaut de développement du neurone périphérique (Baudouin), ou des voies médullo-cérébelleuses (Bing), ou dégénérescence du nerf périphérique par infection ou trouble dans les fonctions du thymus (hypothèse appuyée par le cas de Spiller) ou de la thyroïde (Berti, Baudouin). Sans préciser, Cattaneo penche aussi pour une lésion des glandes à sécrétion interne.

VII

Traitement. — Ce que nous savons de l'évolution de la myatonie doit encourager à poursuivre avec persévérance le traitement. La plupart des cas traités se sont assez rapidement améliorés. Le seul danger consiste dans la vulnérabilité peut-être plus grande de l'appareil respiratoire qui est peut-être lui aussi en état de méiopragie. Ce danger d'ailleurs est surtout grand chez l'enfant très jeune. On veillera donc avec un soin tont particulier sur l'état des voies respiratoires. Le vrai traitement est le traitement électrique (faradisation agissant dans la profondeur). Sous son influence on voit réapparaître les réflexes tendineux abolis et les mouvements volontaires. Il demande à être longtemps continué et nous ne possédons pas encore d'observations assez anciennes pour qu'on ait pu mener le malade jusqu'à guérison complète; mais, comme le faisait remarquer Oppenheim, le fait que l'affection a surtout été vue chez les très jeunes enfants, montre qu'elle doit guérir spontanément avec l'âge. Les bains, les massages compléteront l'action de l'électricité. Même dans des cas déjà anciens il ne faut pas désespérer, témoin celui de Carey Coombs chez une fillette de dix ans, myatonique depuis sa naissance, qui s'est un peu améliorée par le massage.

Le traitement interne par l'arsenic, la strychnine peut enfin être un adjuvant utile.

BIBLIOGRAPHIE

Baudouin. La myatonie congénitale (maladie d'Oppenheim), *Semaine méd.*, 22 mai 1907. — Bernhardt. Zur Kenntniss der sogenannten angeborenen Muskelschwäche, *Neurol. Centralbl.*, 2 janv. 1907. — Berti. Contribuzione all'atonia musculare congenita di Oppenheim, *Pediatria*, fév. 1905. — Bing. Ueber atonische Zustände der kindlichen Musculatur, *Med. Klin.*, 6 janv. 1907.

Carey Coombs. Congenital hypotonia (amyoplasia), *Brit. med. Journ.*, 15 juin 1907, p. 1414. — Cattaneo. Sulle paralisi dei neonati e sulla myotonia generalizzata di Oppenheim, *Clin. mod.*, 13 juin 1906, p. 282. — Comby. *Arch. de méd. des enf.*, 1er sept. 1906 et Soc. de pédiat. de Paris, oct. 1907.

Iovane. Contributo clinico allo studio dell' atonia musculare congenita di Oppenheim, *Pediatria*, mars 1906.

Kundt. *Ueber myatonia congenita.* Th. de Leipzig, 1905.

Leclerc (Georges). Un nouveau cas d'atonie musculaire congénitale (maladie d'Oppenheim), *Gaz. des hôpit.*, 10 déc. 1907.

Muggia. Un caso di paralisi completa congenita, *Pediatria*, mars 1905.

Oppenheim. Ueber allgemeine und lokalisierte Atonie der Muskulatur (myatonie) im frühen Kindesalter, *Monats. f. Psch. u. Neurol.*, 1900, Bd. VIII, p. 232; — Ueber einen Fall von Myatonia congenita, *Berl. klin. Wochens.*, 7 mars 1904.

Rosenberg. Ueber Myatonia congenita, *Deuts. Zeits. f. Nervenh.*, 1906, Bd. XXXI, p. 130.

Schüller. *Wien. klin. Wochens.*, 23 juin 1904, p. 722. — Sorgente. Due casi di atonia musculare congenita di Oppenheim, *Pediatria*, mai 1906, et *Policlinico*, 1906, fasc. XXIV. — Spiller. General or localised hypotonia of the muscles in childhood (myatonia congenita), *Univ. of Pensylv. med. Bull.*, janv. 1905.

Tobler. Ueber myatonia congenita Oppenheim, *Jahrb. f. Kinderh.*, 1907, Bd. XVI, fasc. 1, p. 33.

Variot. Soc. de pédiat. de Paris, oct. 1907.

CONTRE LE CORYZA

Rp. Menthol.................. } *áâ*
Chloroforme.................. }

F. s. a. pour inhalations.

Nota. — Ce mélange étant très volatil, il est bon si on veut le conserver, de se servir de bouchons enduits de paraffine et mieux, pour les fabricants qui désireraient en préparer longtemps à l'avance, de le mettre dans des tubes de 10 grammes scellés à la lampe. On pourrait encore le mettre dans des tubes, scellés à la lampe, de 2 grammes. Une boîte de cinq tubes suffirait pour le traitement d'un coryza. [Vidal (de Castres). *Echo méd. des Cévennes.*]

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1909)

L'emploi des arsenicaux en agriculture. — La discussion sur cette question s'est terminée dans cette séance. M. HANRIOT fait observer que tout le monde est d'accord pour reconnaître que l'arsenic est un poison violent et qu'il faut éviter de permettre qu'il soit mélangé à nos aliments. Il n'admet pas la comparaison qu'a établie M. Weiss entre les industries électriques et autres avec les exploitations agricoles. Dans le premier cas, en effet, il s'agit de professionnels qui savent ce à quoi ils s'exposent en choisissant telle ou telle industrie. Il n'en est plus de même en viticulture ou en agriculture où c'est le consommateur qui est exposé à des accidents. Quant à la crise du Midi sur laquelle a insisté M. Weiss, on sait qu'elle est due à la surproduction et non à l'altération de la vigne. L'Académie, en l'espèce, ne doit avoir en vue que l'intérêt de la santé publique. Les progrès de l'hygiène commandent qu'on ne s'arrête pas à des intérêts particuliers. La réglementation demandée par quelques-uns des orateurs qui ont pris part à cette discussion est reconnue impossible. C'est donc à l'interdiction qu'il faut avoir recours, et c'est elle qu'il faut que l'Académie conseille.

M. WEISS s'est documenté; il a acquis la certitude que les sels arsenicaux sont employés en Amérique, sur une grande échelle, en Angleterre, en Espagne, en Italie, et même en Allemagne.

De l'observation faite sur place, en Algérie, par plusieurs médecins, dont M. Weiss cite les noms, il résulte qu'on n'a observé que quelques accidents cutanés sans gravité. Les quelques cas très rares d'accidents graves qu'on a relevés étaient dus à une méprise ; il s'agissait de faits d'empoisonnement par un vin qui contenait 12 milligrammes d'arsenic par litre, c'est-à-dire beaucoup plus que ce qu'on constate habituellement dans une barrique. Les médecins de l'Algérie eux-mêmes, qui ont été à même de constater les accidents, pensent qu'une réglementation sévère suffirait pour éviter ces accidents.

En résumé, M. Weiss conclut en proposant cette motion : « Vu, d'une part, l'importance des intérêts en jeu, et, d'autre part, l'insuffisance des renseignements relatifs aux cas d'empoisonnement, l'Académie décide qu'il y a lieu de procéder à une enquête médicale. »

M. LAVERAN estime qu'on est en présence d'une situation grave et qu'il y a lieu d'y porter remède. Il est incontestable que l'emploi de l'arsenic, mis entre les mains de n'importe qui et fait n'importe comment, présente un réel danger. On dit que les accidents observés ont été très rares, mais il ne faut pas attendre qu'ils se multiplient pour agir. L'enquête proposée par M. Weiss semble à M. Laveran inutile. Elle n'apprendrait rien. Quant à l'interdiction absolue, elle lui paraît dépasser la mesure. M. Laveran propose d'ajouter aux conclusions de la commission l'amendement suivant :

« Toutefois, l'autorisation de recourir aux sels arsenicaux, à l'exclusion de l'arséniate de plomb, pourra être accordée, à titre d'exception, individuellement et temporairement, à certains viticulteurs qui auront justifié l'utilité de l'emploi de ces sels. »

M. GARIEL fait remarquer qu'on ne demande pas à l'Académie de faire une loi, ni d'édicter des mesures. On lui demande son avis sur une question purement hygiénique. C'est donc uniquement sur le terrain de l'hygiène que nous devons rester. Quant aux mesures à prendre, le ministre s'éclairera.

M. RAILLET appuie les conclusions de M. Weiss.

M. GAUTHIER rappelle que les accidents n'ont pas manqué. Les Américains déclarent que l'arséniate de plomb peut s'employer sans danger. En France, en Algérie, l'arsenic est prohibé. On se cache pour l'employer. Dans ces conditions, comment faire une enquête ? L'enquête est impossible ; il en est de même de la réglementation. Il ne reste donc que l'interdiction.

M. PINARD dit que la responsabilité de l'Académie se trouve gravement engagée. M. Gauthier prétend qu'on se cache, en Algérie, pour employer les sels arsenicaux. C'est là une erreur. L'emploi des arsenicaux est même recommandé par les professeurs des écoles d'agriculture d'Alger. Devant les graves intérêts en jeu, il y a lieu de s'assurer si réellement l'emploi des sels arsenicaux en agriculture donne lieu à des accidents d'empoisonnement. M. Pinard appuie donc la proposition d'enquête faite par M. Weiss.

M. CAZENEUVE se rattacherait volontiers à l'amendement proposé par M. Laveran. Il combat l'enquête comme inutile. Il combat également la réglementation. La proposition de M. Laveran lui paraît la mesure la plus sage.

M. ROUX demande qui fera l'enquête proposée par M. Weiss?

M. LE PRÉSIDENT répond que ce serait le gouvernement.

La proposition de M. Weiss, c'est-à-dire la demande d'enquête, est mise aux voix et adoptée.

Mortalité par la tuberculose. — M. ARMAINGAUD résume en quelques mots les propositions qu'il a établies dans sa communication du 7 juillet dernier sur la décroissance de la mortalité par tuberculose pulmonaire à Paris, dans les seize dernières années et il rappelle ses conclusions. « Aucun de nos collègues, ajoute-t-il, n'ayant pris la parole pour combattre mes propositions et mes conclusions, si différentes de l'opinion la plus généralement répandue, il semble que j'en pourrais logiquement conclure que la cause est gagnée. Mais je préférerais pour elle la lumière de la discussion; et comme, d'autre part, il n'est pas dans les usages de l'Académie de voter directement sur les conclusions d'un de ses membres, mais seulement sur celles d'une commission, je demande à l'Académie de vouloir bien renvoyer mon travail paru dans le Bulletin de la séance du 7 juillet, à la Commission permanente de la tuberculose, en la priant de rédiger son rapport dans le plus bref délai possible. »

Désinfection des navires. — M. CHANTEMESSE, en son nom et au nom de M. Borel, fait connaître à l'Académie un appareil de son invention destiné à pratiquer la sulfuration des navires pour la destruction des rats.

Politique sanitaire et devoir social. — M. Paul STRAUSS, sénateur, lit à l'Académie de médecine, une étude très attachante sur la politique sanitaire et le devoir social.

Après avoir rappelé les imperfections de notre législation d'assistance et d'hygiène, après avoir dit la nécessité d'une entente commune pour des efforts féconds, l'auteur trace le plan de l'orientation future de cette politique et en dégage les notions directrices :

« Une observation s'est dégagée, qu'il ne doit plus y avoir de cloisons étanches entre les œuvres et les institutions les plus variées, les plus dissemblables, lorsque les unes et les autres concourent à la sauvegarde de la santé humaine et à l'amélioration sociale. »

M. LE PRÉSIDENT déclare une vacance dans la section de médecine opératoire en remplacement de M. Berger.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE ANNUELLE DU 3 FÉVRIER 1909)

La séance annuelle de la Société de chirurgie a eu lieu mercredi sous la présidence de M. Nélaton.

Dans son discours d'usage, LE PRÉSIDENT, après l'hommage traditionnel rendu aux morts, les souhaits de bienvenue aux nouveaux élus, les remerciements habituels, la constatation des progrès toujours croissants de la Société, reconnaissant que tout n'est cependant pas parfait dans la meilleure des sociétés, a abordé de front les critiques dont elle est l'objet. On lui reproche d'être trop étroite, d'être exclusivement réservée aux chirurgiens des hôpitaux, etc.

Mais après avoir exposé ces critiques, M. le président se hâte de s'en consoler en disant que puisque la Société fonctionne si bien comme elle est, il est complètement inutile de la transformer, de changer ses statuts, d'élargir ses cadres. D'autres sociétés similaires se créent à côté d'elle; mais que ces sociétés se constituent, qu'elles progressent. En quoi cela pourrait-il diminuer le bon renom de la Société de chirurgie? A quoi bon des réformes? Les fondateurs de la Société ont bien su ce qu'ils faisaient en constituant ses statuts et en lui donnant pour devise : « La vérité dans la science et la moralité dans l'art. » C'est là une bonne maxime que M. Nélaton regrette de ne plus voir inscrite en tête des Bulletins.

On a dit aussi et répété que les séances manquaient parfois un peu de tenue, qu'on y causait beaucoup et que le bourdonnement des conversations gênait souvent l'orateur; la sonnette du président, quelqu'agitée qu'elle fût, ne suffisant pas à obtenir le silence. Mais de son fauteuil présidentiel, M. Nélaton a remarqué que, lorsqu'une communication était réellement intéressante et bien présentée, le silence se faisait tout seul. A bon entendeur salut!

M. RICARD, dans son compte rendu annuel des travaux, a rompu avec toutes les traditions. Il ne s'est pas contenté, selon l'usage, d'un exposé plus ou moins complet, mais sûrement fastidieux des travaux et des discussions de l'année. Il a pris quelques-unes des grandes questions qui ont été portées à la tribune et les a passées au crible d'une critique parfois sévère, mais le plus souvent très juste. La rachistovaïnisation, si chère à M. Chaput, et la tuberculose inflammatoire de M. Poncet ont plutôt passé un mauvais quart d'heure. Toutefois M. Ricard n'a pas manqué de rendre justice à la foi ardente de ses deux collègues qui, envers et contre tous, ont énergiquement défendu leurs opinions.

La séance s'est terminée par le très bel éloge que le sympathique secrétaire général, M. ROCHARD, a fait du professeur Terrier et que nous avons publié dans notre dernier numéro.

Prix décernés. — PRIX LABORIE. — Une mention très honorable (500 francs) est accordée à M. Maurice Chevassu pour son travail intitulé : *Les tumeurs de la glande sous-maxillaire*.

PRIX DUVAL. — Le prix Duval est accordé à M. de Fourmestraux pour son travail intitulé : *Les accidents cérébraux et oculaires consécutifs à la ligature de la carotide primitive*.

PRIX DUBREUIL. — Le prix est décerné à M. René Le Fort, professeur agrégé à la Faculté de Lille pour un travail intitulé : *Du genu recurvatum*. — Un encouragement (300 francs) est accordé à M. Claeys, pour sa thèse intitulée : *De la tuberculose du coude chez l'enfant*.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur les troubles de la sécrétion pancréatique, à propos de l'observation clinique d'un cas d'hypersécrétion pancréatique continue. (A. BICKEL. *Deuts. med. Wochens.*, 3 déc. 1908, n° 49.) — On ne connaît jusqu'ici, comme troubles de la sécrétion du pancréas, que l'insuffisance ou le défaut de cette sécrétion, due en général à une obstruction des voies d'excrétion pancréatiques et à l'atrophie consécutive du parenchyme glandulaire.

Mais il est vraisemblable que là ne se bornent pas les anomalies de la sécrétion pancréatique : la grande analogie qui existe normalement entre le mécanisme de la sécrétion gastrique et de celle du pancréas, permet de supposer que la pathologie de ces glandes doit être assez comparable.

Or nous savons d'une façon certaine que certains estomacs sont susceptibles d'être en état d'hypo-sécrétion ou d'hypersécrétion. Ne peut-il en être de même pour le pancréas?

L'étude de la sécrétion pancréatique chez l'homme normal a pu être faite par différents auteurs, grâce à l'existence de fistules pancréatiques accidentelles. On sait notamment que l'administration de bicarbonate de soude suspend cette sécrétion.

Bickel estime que ces observations sont suffisamment précises pour que, connaissant d'une façon précise la sécrétion pancréatique normale, nous soyons capables de dépister les cas où elle présente des anomalies. Il rapporte l'histoire d'un malade chez lequel il pense pouvoir faire le diagnostic d'hypersécrétion pancréatique continue.

Il s'agit d'un homme opéré en 1906 pour un kyste du pancréas; à la suite de cette intervention persista une fistule, d'où s'écoulait, d'une façon constante, quand un an plus tard Bickel étudia le malade, un liquide opaque, où l'on pouvait déceler des ferments protéolytiques, lipolytiques et diastasiques. Il était remarquable que, comparativement au suc pancréatique des individus normaux jusqu'alors étudiés, ce liquide présentait une faible activité fermentative. Même après activation artificielle du suc par un extrait de muqueuse intestinale, l'action protéolytique ne s'accentua pas d'une façon appréciable.

Deux hypothèses étaient possibles : ou bien le suc pancréatique était fortement dilué par la sécrétion du trajet fistulaire, ou bien le pancréas sécrétait un suc riche en eau et pauvre en ferment.

La constance et la régularité de l'écoulement du liquide, le peu d'étendue de la fistule, ont fait pencher du côté de la seconde hypothèse.

L'opération avait été pratiquée en octobre 1906. En janvier 1907 la quantité de suc rendue chaque jour par la fistule était en moyenne de 53 centimètres cubes. Cette quantité s'éleva progressivement jusqu'en octobre 1907 où elle se maintenait aux environs de 85 centimètres cubes par vingt-quatre heures.

C'est alors que Bickel prescrivit avant les repas tout d'abord du bicarbonate de soude qui, d'après Wohlgemuth, entrave la sécrétion pancréatique de l'homme, puis pendant une deuxième période de l'opium qui, d'après ses propres observations, provoque des effets identiques.

Ces deux médicaments restèrent sans action chez le sujet et la quantité de suc pancréatique rendue dans les vingt-quatre heures ne fut pas modifiée d'une façon sensible.

Cet homme présentait donc une sécrétion pancréatique continue, riche en eau, pauvre en ferments digestifs, aucunement influencée par les médicaments habituellement efficaces.

Le diagnostic d'hypersécrétion pancréatique continue semble donc parfaitement justifié dans ce cas.

A. LEMIERRE.

Indications des lavages de l'estomac. (HAYEM. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, 1908, n° 11, p. 637.) — La tendance est actuellement de restreindre beaucoup les applications du lavage de l'estomac. Tel n'est pas l'avis du professeur Hayem : Le lavage de l'estomac est un moyen précieux quand il est employé d'une certaine manière et dans des conditions déterminées. Pour en formuler les indications, il suffit de dire : La pratique du lavage est corrélative de l'élément morbide, évacuation retardée par insuffisance motrice de l'estomac.

M. Hayem étudie d'abord le diagnostic de cette évacuation retardée. Il montre qu'on en a jusqu'ici méconnu les faibles degrés, ne pouvant être révélés que par la détermination de l'évolution digestive; ce sont les états plus ou moins prononcés de myasthénie ou atonie gastrique; il faut les distinguer surtout des sténoses légères et des cas de prolongation post-digestive de la sécrétion gastrique que M. Hayem dénomme gastro-chronorrhée, pour éviter le terme, gastro-succorrhée, l'histoire de la gastro-succorrhée étant un tissu d'inexactitudes.

L'évacuation retardée par insuffisance motrice de l'estomac peut exister seule; elle est aussi très souvent combinée avec d'autres états pathologiques, par exemple la digestion lente, la rétention gastrique intermittente ou permanente, l'hypersécrétion. Dans tous ces cas, les lavages sont indiqués; quelquefois aussi ils peuvent être utiles dans le catarrhe muqueux de l'estomac et dans certaines fermentations gastriques.

Il faut pratiquer les lavages le matin à jeun avec une sonde molle en caoutchouc; on fera un simple siphonnement avec de l'eau bouillie et refroidie à une température variant de 30 degrés à 20 degrés selon les cas. On n'introduira jamais dans l'estomac plus d'un tiers de litre à la fois, et on emploiera en tout un litre à un litre et demi de liquide. Les lavages sont faits par série, pendant douze à quinze jours ; on les interrompt ensuite pour les reprendre après un temps variable suivant les indications. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Cancer de l'œsophage. (G. M. SEELIG. *Annals of Surg.*, vol. XLVI, n° 6, déc. 1907, p. 809-820.) — Chez le malade point de départ de cette étude, il y avait des symptômes pointant autant vers un anévrisme de l'aorte que vers un néoplasme de l'œsophage. Et dans la littérature, on trouve nombre de cas où le diagnostic resta impossible jusqu'à la fin. La douleur, que Fränkel regarde comme caractéristique de l'anévrisme se voit aussi dans le cancer œsophagien. La dyspnée est aussi fréquente dans un cas que dans l'autre; de même la paralysie récurrentielle, considérée cependant comme un bon signe d'anévrisme. De même encore pour la dysphagie; il y a des anévrismes obstruants, il y a des cancers qui poussent en long et n'obstruent pas. La cachexie, qui n'est qu'une anémie secondaire, n'a rien de caractéristique et les rayons X n'ont pas donné ce qu'on en attendait.

Cependant, dans son cas particulier, Seelig, ainsi que ceux qui avaient vu le malade, penchait pour le diagnostic de cancer, à cause de l'obstruction presque complète de l'œsophage. Leur opinion fut confirmée par un retour soudain de la perméabilité œsophagienne, fait qui ne peut s'expliquer que par l'ulcération d'un néoplasme et serait incompréhensible en cas d'anévrisme. L'on pratiqua une gastrostomie, malgré cette amélioration qui ne pouvait être que de courte durée. Le malade mourut huit semaines après avoir présenté dans les deux dernières une toux fatigante avec expectoration muco-purulente très fétide.

A l'autopsie, on trouva à six centimètres au-dessous de l'orifice du larynx une cavité résultant de l'ulcération du néoplasme largement ouvert dans la trachée; mais on trouva un autre cancer, de même structure, insoupçonné pendant la vie à l'extrémité inférieure de l'œsophage. Cette deuxième tumeur était manifestement secondaire à celle située dans la partie supérieure. L'examen anatomique soigné montra encore quatre autres propagations secondaires le long de l'œsophage. Tous les autres organes étaient normaux. Il est intéressant de se demander comment s'était faite la propagation de ces cancers multiples du canal. Seelig pense que certains se développèrent par implantation, mode que la plupart des auteurs rejettent. D'autres suivirent les espaces lympathiques de la sous-muqueuse, ou ceux de la musculeuse. La propagation par extension dans le canal d'une métastase thoracique est enfin aussi une possibilité. F. GARDNER.

CORRESPONDANCE

Monsieur le directeur,

Dans un article de la *Gazette des hôpitaux* du 31 décembre 1908, M. Sarvonat (de Lyon), auteur d'une thèse estimable sur « le rétrécissement congénital hypertrophique du pylore, chez le nouveau-né », émet quelques appréciations que je ne puis laisser sans réponse.

On lit en effet, au début de cet article (p. 1791, première colonne) :

« En 1905, nous publiâmes la première observation française complète, suivie d'autopsie. Ce travail fut le signal de toute une série de *publications, dues principalement à Fredet* et à ses collaborateurs, *où nous pûmes retrouver nos idées, nos observations et nos statistiques.* »

Cette phrase signifie, en bon français, que mes publications ne sont que la réédition de la thèse de M. Sarvonat.

Or, si M. Sarvonat s'était donné la peine de lire les articles qu'il indique en note, il aurait pu constater que ces articles sont un exposé de *faits personnels.* J'ai en effet publié, avec M. Dufour, deux cas de sténose hypertrophique, tous deux opérés, l'un par moi; avec M. Guinon, un troisième cas, également opéré par moi, — soit trois cas opératoires, sur les quatre actuellement publiés en France.

Quant à mes *idées*, elles diffèrent sensiblement de celles de M. Sarvonat, puisqu'il écrit textuellement dans sa thèse (p. 65) : « L'anastomose nous semble l'opération de choix ». Je soutiens, au contraire, que ce n'est qu'un pis-aller, et qu'elle doit céder le pas à la pyloroplastie.

Reste la question des *statistiques*. M. Sarvonat croit-il que l'histoire de la sténose hypertrophique finit avec sa thèse? Il rapporte en 1905 (p. 62), 45 cas opérés. Je suis bien obligé d'enregistrer 135 opérations, au début de 1908. Sans doute, il n'y a guère de mérite à collationner des observations, il suffit d'avoir à portée une bonne bibliothèque. On m'accordera, cependant, qu'il y a quelque différence entre 45 et 135.

M. Sarvonat ajoute plus loin (p. 1796, deuxième colonne) :

« Fredet a imaginé pour ces cas la pyloroplastie sous-muqueuse, déjà décrite par Jaboulay, dont il semble du reste ignorer la paternité. »

Loin de moi la prétention de dénier à cet éminent chirurgien l'honneur d'avoir exécuté trois fois, de 1893 à 1899, une pyloroplastie sous-muqueuse chez des adultes, atteints de sténose par spasme, cancer et ulcère rond. Mais voici comment M. Kœppelin décrit en cinq lignes (*Lyon médical*, 1899, p. 129) la technique de Jaboulay : « L'opération se fait par déchirure des deux tuniques externes du pylore, la séreuse et la musculeuse au bistouri et au doigt, ensuite au voisinage de la cicatrice s'il en existe une. La muqueuse libérée vient faire hernie par cette division. » Et c'est tout. M. Sarvonat, qui est de Lyon, omet lui-même, en 1905, de faire mention de cette opération parmi celles qu'il indique ou préconise. Il est vrai qu'il déclare dans sa thèse (p. 65) : « Nous n'avons aucune compétence pour fixer et pour discuter le manuel opératoire de ces interventions. »

La pyloroplastie sous-muqueuse peut être pratiquée de bien des manières. Dans le cas spécial de la sténose hypertrophique des jeunes enfants, Nicoll a fait six fois une « submucous plastic operation » au moyen d'une incision en V, perpendiculaire à l'axe du pylore.

Ses observations sont signalées, expressément, dans mon mémoire.

Pour mon compte, publiant des observations personnelles, il me semble assez légitime de donner, en détail, la technique que j'ai suivie et les modalités que comporte une pyloroplastie sous-muqueuse par incision longitudinale, appliquée au cas particulier de la sténose hypertrophique des nourrissons. Je ne sache pas, qu'en dehors de moi, cette opération ait été faite dans la sténose hypertrophique. Il est bien juste que je fasse profiter de mon expérience acquise, ceux qui seraient tenter de répéter la même opération.

Je laisse le lecteur juge des affirmations discourtoises de M. Sarvonat. Elles m'étonnent d'un auteur qui ne pourrait me reprocher que de lui avoir décerné des éloges exagérés, puisque j'ai écrit que sa thèse était le premier travail français d'ensemble sur la question. M. Cheinisse m'a fait remarquer depuis, avec raison, que cette priorité lui appartenait.

P. FREDET.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIX, n° 22, 26 nov. 1908.) Theobald SMITH : Les relations entre la tuberculose humaine et animale, spécialement au point de vue de la transformation du bacille tuberculeux humain et des autres formes. — Maurice H. RICHARDSON : Sur certaines tendances défectueuses en médecine et chirurgie. — Carroll E. EDSON : Sur la valeur comparative du changement de climat et du traitement par les sanatoria au lieu même d'habitation dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Walter R. STEINER : La trichinose sporadique avec la description d'un cas (avec 1 fig. et 1 tracé). — Ernest Amory CODMAN : Sur la bursite sous-acromiale ou la périarthrite de l'épaule (bursite sous-deltoïdienne) [suite du n° 21, p. 681]. — (N° 23, 3 déc.) Charles Hunter DUNN : La méthode d'administration du sérum antiméningitique (avec 6 tracés). — Hilbert F. DAY et Lawrence J. RHEA : Cancer de l'appendice vermiforme, probablement primitif, chez un enfant âgé de neuf ans et un mois (avec 2 figures). — J. Frank WALLIS : Electrothérapie dans le traitement de la tuberculose. — Maurice H. RICHARDSON : Sur certaines tendances défectueuses en médecine et chirurgie (continuation du n° 22, p. 716). — Ernest Amory CODMAN : Sur la bursite sous-acromiale ou la périarthrite de l'épaule (bursite sous-deltoïdienne) [fin du n° 22, p. 726]. — C. Hermann BUCHOLZ : Un cas de luxation de la hanche avec fracture de l'acétabulum. — (N° 24, 10 déc.) Frederick T. LORD : Emploi sous-cutané, cutané et conjonctival de la tuberculine pour le diagnostic. Technique. Valeur. Résultats expérimentaux chez l'animal. — Cleaveland FLOYD et Henry J. BOWDITCH : Etude clinique sur la transmission et les progrès de la tuberculose des enfants au milieu de la cohabitation familiale (avec 1 tableau). — Lester C. MILLER : Le catarrhe intestinal chronique. — Maurice H. RICHARDSON : Sur certaines tendances défectueuses en médecine et chirurgie (fin du n° 23, p. 756). — G. L. HAGENBURGER : Hamac ajustable pour le bain douche hygiénique (avec 2 figures). — James G. MUMFORD : La respiration artificielle et les opérations à l'intérieur du thorax.

Medizinische Blætter. — (N° 52, 26 déc. 1908.) SCHMIDT : Généralités sur le diagnostic médical.

Montpellier médical. — (N° 50, 13 déc. 1908.) FORGUE : La technique de notre procédé antéfuniculaire de cure radicale de la hernie inguinale (procédé de Bassini modifié) (*fin*). — (N° 51, 20 déc.) V. RICHE : Luxation complexe irréductible de l'index droit. Réduction sanglante (résultat fonctionnel satisfaisant). — RIMBAUD : Les infections paratyphoïdes et les bacilles paratyphiques (*suite*). — (N° 52, 27 déc.) ANGLADA : Mélanodermie simple chez un tuberculeux avec tuberculose des capsules surrénales. — RIMBAUD : Les infections paratyphoïdes et les bacilles paratyphiques.

Nord médical. — (N° 341, 15 déc. 1908.) BETTREMIEUX : Exophtalmie traumatique avec souffle qui disparaît par compression de la veine angulaire.

Pédiâtrie pratique. — (N° 24, 15 déc. 1908.) BULLINGER-MULLER : Ostéomyélite aiguë à foyers multiples (tibias, omoplate gauche, cubitus, angle de la mâchoire). — AUSSET : Que vaut la consultation de nourrissons? — U. RAVENNA : Consultation de nourrissons et gouttes de lait. Première année de fonctionnement à la poliambulance de Ferrare, 1906. — KAUFFMANN : Double cholestéatome. Thrombo-phlébite du sinus latéral droit. Double trépanation, ouverture du sinus; injection d'électrargol. Guérison.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 50, 13 déc. 1908.) ROTH : Sur la réaction de la syphilis de Porgès. — (N° 51, 20 déc.) ANJESZKIJ : Principe et technique de l'obtention du sérum.

Presse médicale. — (N° 101, 16 déc. 1908.) Albert FROUIN : Résistance de l'estomac à l'auto-digestion. La pathogénie de l'ulcère. — E. MARCHOUX : L'hyperchlorhydrie tropicale. — (N° 102, 19 déc.) MAYGRIER : Le prématuré. Sa protection, son avenir. — GUISEZ : Diagnostic et thérapeutique par la broncho-œsophagoscopie de quelques affections intra-thoraciques peu connues. — REMLINGER : Continence sexuelle et artério-sclérose. — P. DESFOSSES : Physiologie musculaire. Gymnastique du cou de pied. — (N° 103, 23 déc.) A. CALMETTE : L'infection tuberculeuse et l'immunisation contre la tuberculose par les voies digestives. — L.-M. PAUTRIER : Le pansement de jour en dermatologie. — (N° 104, 26 déc.) S. RÉMY : L'expulsion d'une caduque, toujours signe d'une grossesse ectopique. — A. MARTINET : Traitement hydriatique de l'artério-sclérose. — (N° 105, 30 déc.) POZZI : La myomectomie abdominale. — LESAGE : Le maté. Son action sur l'organisme.

Province médicale. — (N° 51, 19 déc. 1908.) JABOULAY : Néoplasme du corps thyroïde. — ANDÉRODIAS : Sevrage; alimentation pendant la seconde année. — BLANC et PÉJU : Tumeurs solides intra-scrotales translucides à la façon d'épanchements. — (N° 52, 26 déc.) J. TEISSIER, A. MOREL et A. CADE : Recherches sur la teneur en albumines coagulables du sérum sanguin dans divers états pathologiques. — GEREST : Deux cents cas de fièvre typhoïde traités par le pyramidon.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 47, 19 nov. 1908.) POTPESCHNIGG : Sur la nature et les causes des moindres qualités des enfants. — YAMANOUCHI : Sur l'application de l'anaphylaxie à des buts diagnostiques. — HEILBAND : Ap-

pendicite et grossesse. — KROKIEWICZ : Bacilles typhiques dans le sang et réaction de Grüber-Vidal dans la pyohémie. — (N° 48, 26 nov.) LANG : Le spirochæte pallida et la recherche clinique avec remarques sur le traitement de la syphilis fondées sur les données les plus récentes. — FÖDERL : Sur l'hépatoptose. — TANDLER : Sur la question de l'hépatoptose. — WILENKO : Sur la spécificité des précipitines engendrées par les extraits de fèces. — ERBEN : Remarques cliniques chez les atoxiques. — SCHNITZLER : Sur la suture intestinale aseptique dite de Rostowzew. — (N° 49, 3 déc.) MÜLLER : La résection du globe oculaire. — BUDINGER : Sur le moment de se lever après les opérations chirurgicales. — KRAUS et FUKUHARA : Sur le virus rabique « Fermi », sur l'immunisation préventive avec la substance nerveuse normale et sur l'action du sérum rabicide. — DETRE et BREZOWSKI : La séro-réaction de la syphilis. — BONDY : La réaction cutanée chez les nouveau-nés. — POLLAND : Un cas de réinfection syphilitique. — KOKALL : Les maladies charbonneuses et leur prophylaxie. — LANG : Le spirochæte pallida et la recherche clinique avec remarques sur le traitement de la syphilis fondées sur les données les plus récentes (*suite*). — (N° 50, 10 déc.) JELLINCK : Pathologie et traitement des accidents causés par l'électricité. — KOSCHIER : Sur les plastiques nasales. — NASAROW : Sur la syphilis hépatique évoluant avec de la fièvre. — DONATH : Sur le sommeil hystérique. — HECHT : Une simplification de la réaction de fixation du complément dans la syphilis. — DETRE et BREZAWSKY : La séro-réaction de la syphilis. — (N° 51, 17 déc.) BAUER et MEYER : Sur la technique et l'importance clinique de la réaction de Wassermann. — BAIL et TSUDA : Recherches sur l'isolement des anticorps du sérum normal. — SINGER : Sur une constatation romanoscopique typique. — BŒSE : Contribution à l'étiologie de l'appendicite aiguë. — REICH : Un cas d'arrachement sous-cutané de l'os patellaire. — (N° 52, 24 déc.) VON RÜDIGER RYDYGIER : Une nouvelle méthode pour l'ablation des tumeurs de la gorge. — HALASZ : Sarcome primitif du pancréas. — WECHSBERG : Amputation utérine vaginale. — MAYERSBACH : L'épispadias féminin et son traitement. — SPIEGLER : Une nouvelle formule pour la préparation des bains de goudron. — WIEKHOFF : Sur les douches vaginales avec les eaux minérales riches en acide carbonique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 FÉVRIER 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique ; MM. Segond, Rieffel et Pierre Duval.

2e : MM. Gautier, Langlois et Branca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Retterer et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Gaucher, Sicard et André Jousset ; — (2e série) : MM. Roger, Marcel Labbé et Lœper ; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 16 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Morestin.

2e : MM. Prenant, Gley et Maillard ; — M. Brumpt, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Albarran et Marion ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant ; — M. Jeanselme, suppléant.

Mercredi 17 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Rieffel et Ombrédanne.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

2e (1re série) : MM. Gariel, Langlois et Mulon ; — (2e série : MM. Pouchet, Desgrez et Branca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Reclus, Retterer et Potocki ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Sicard et Lœper ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 18 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Albarran, Marion et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

2e (1re série) : MM. Pouchet, Launois et Desgrez ; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et André Broca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Auvray.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard ; — M. Gouget, suppléant.

Vendredi 19 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Rieffel e Lecène.

2e : MM. Gariel, Langlois et Mulon.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Retterer, Lejars et Wallich ; — (2e série) : MM. Walther, Lepage et Branca.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Segond, Gosset et Proust ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 20 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Auvray et Lenormant.

2e : MM. Prenant, Gley et Maillard.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Albarran, Morestin et Brindeau ; — (2e série) : MM. Bar, Thiéry et Marion.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard ; — M. Brumpt, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt ; — (2e série) : MM. Albert Robin, Gouget et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1e partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau ; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 17 février 1909, à une heure. — M. LEVASSEUR. Contribution à l'étude de la version par manœuvres externes. (MM. Pinard, président ; Segond, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. CLERMONT. Des fractures compliquées de jambe et de leur traitement. [Résultats immédiats, résultats éloignés.] (MM. Segond, président ; Pinard, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. JOUTEAU. Entérorragies consécutives à l'appendicite. (MM. Segond, président ; Pinard, Pierre Duval et Couvelaire.)

Jeudi 18 février, à une heure. — M. FRANÇOIS. Etude sur l'étiologie et la pathogénie de la sclérose en plaques. (MM. Raymond, président ; Hutinel, Claude et Nobécourt.) — M. FALLOUX. Les paralysies faciales congénitales. (MM. Hutinel, président ; Raymond, Claude et Nobécourt.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux* : ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs ; — ***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire ; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire ; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie ; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	Sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

GRANULES de DIGITALINE 1 à 2 par jour — DIGITALINE FRANÇAISE APPROUVÉE par l'ACADÉMIE de MÉDECINE **d'HOMOLLE et QUEVENNE** **SOLUTION de DIGITALINE** CRISTALLISÉE au 1/1000° = 1 milligramme par 50 gouttes. — 14, Rue des Beaux-Arts, Paris.

Capsules Dartois

0gr. 05 véritable créosote de hêtre titrée en Gaïacol. 2 à 5 à chaque repas, contre :
Toux rebelles, Bronchites chroniques, Tuberculose
6, rue ABEL, PARIS (*Anc^t 83, r. de Rennes*) - Le Fl. 3 fr.

PHOSPHORE 22.8% ASSIMILABLE
LE SEUL AGENT
PHYTINE
réalisant une
MÉDICATION PHOSPHORÉE RATIONNELLE

PRINCIPE PHOSPHO-ORGANIQUE NATUREL
DES GRAINES VÉGÉTALES
RECONSTITUANT ENERGIQUE, APÉRITIF PUISSANT
Spécifique de l'Insomnie Nerveuse

FORTOSSAN Antirachitique PHYTINE neutre, stérilisable *pour Nouveaux-Nés*

CACHETS GRANULÉ COMPRIMÉS GÉLULES

PHYTINATE DE QUININE 57% de Quinine ANTI-NEVRALGIQUE *TONIQUE_FEBRIFUGE*

Echantillons Gratuits et Littérature : SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE à St Fons (Rh)
DEP. PHARM.

PIPERAZINE MIDY

Asquirrol

COMPOSÉ MERCURIEL (56 % Hg), INJECTABLE
Absolument inoffensif et indolore.
Une Boîte de 10 Ampoules à 0 gr. 05 pour une période de traitement.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

DÉPOT et VENTE en GROS : **LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES**, 92, Rue Vieille-du-Temple, PARIS.

IODO-MAÏSINE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux (admissibilité). — Le jury est provisoirement composé de MM. Widal, Dupré, Marfan, Teissier, Barbier, Ballet, Lenoir, Huchard, Oulmont et Toupet.

— Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 5 février 1909 : MM. Huber, 9; Guerrero, 7; Bobrie, 2; Zislin, 9; Kahn, 7; Bloch (Marcel), 11; Brenot, 9.

Séance du 7 février : Mlle de Pfeffel et MM. Huygues de Beaufond, 11; Alexandre, 8; Feil, 7; Jumon, 12; Mossé et Stréhaiano, 6; Avezou, 8; Desplas, 9; Chichmanian, 5; Crétaux, 9.

Anatomie. — Séance du 6 février : MM. Carnot, 10; Ferté, 7; Moreau, 6; François (Maurice), 7; Magniel, 5; Croissant, 9; Villechaise, 8; Dutheil, 7.

La prochaine séance aura lieu le mardi 9 février, à huit heures du matin.

MARINE. — Par décret en date du 4 février 1909, a été nommé dans le corps de santé de la marine, pour compter du 1er février 1909 :

Au grade de médecin de troisième classe. — M. Cambriels, élève du service de santé de la marine, reçu docteur en médecine.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Le ministre du travail a institué une commission chargée d'examiner dans quelles conditions il serait possible d'apprécier la durée normale des incapacités de travail résultant des principales catégories d'accidents, pour aboutir à l'établissement d'un tarif de frais médicaux.

Cette commission est composée comme suit :

MM. Georges Paulet, directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales, président.

Le docteur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine.

Les docteurs Lucas-Championnière, Demoulin, Monod, Reclus, Rochard, Schwartz, Sébileau, chirurgiens des hôpitaux; Morax, ophtalmologiste des hôpitaux; Richardière, médecin des hôpitaux; Vibert, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Argyll-Robertson (d'Édimbourg).

PHYSIOTHÉRAPIE. — Cours de vacances. — La deuxième session du cours de vacances de physiothérapie organisé par MM. Albert-Weil, Bardet, Cautru, Degrais, Desfosses, Dominici, Durey, Kruger, Leroy, Pariset et Wetterwald aura lieu du 15 avril au 8 mai, de quatre à sept heures, à l'Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne, et dans divers hôpitaux ou cliniques.

Ce cours est divisé en deux séries de 20 leçons : la première série comprend l'électro, la radio, le radium, la photo et l'hydrothérapie; la deuxième comprend le massage des diverses régions (membres, viscères, face, etc.), la kinésithérapie gynécologique, la rééducation motrice, la gymnastique, la mécanothérapie et la méthode de Bier.

Les élèves régulièrement inscrits à l'une des deux séries sont invités à un ensemble de dix conférences sur un point particulier de la physiothérapie et sont conduits (pour un prix très modique) pendant deux jours à Vichy pour être initiés à la clinique thermale et visiter les installations physiothérapiques modèles de la Compagnie fermière.

Les six conférences d'avril auront trait à la physiothérapie de la tuberculose et seront faites par MM. Bardet, Gottschalk, Martinet, Rosenthal et Sandoz.

Le prix de chacune des séries est de 50 francs. On peut s'inscrire dès à présent chez M. Vigot, éditeur, 13, place de l'Ecole-de-Médecine, ou chez M. le docteur Durey, 16, rue Logelbach.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Carnaval de Nice. — Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés du 9 au 21 février 1909.

Ces billets sont valables vingt jours (dimanches et fêtes compris); leur validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours (dimanches et fêtes compris) moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice (viâ Dijon, Lyon, Marseille) : 1re classe, 182 fr. 60; 2e classe, 131 fr. 50.

LA MALADIE DE MADELUNG

SES MODALITÉS, SA PATHOGÉNIE

Par MM. Antonin PONCET et René LERICHE.

Que faut-il entendre sous le nom de maladie de Madelung? Telle est la question qu'on peut se poser aujourd'hui, trente ans après la description annonciatrice première, quand on lit les travaux les plus récents (1) parus sur ce sujet. En tout cas, c'est à cette question que nous voulons répondre, après avoir vu le sens singulièrement restrictif qu'on tend à lui donner faussement.

Sous le nom de subluxation spontanée du poignet, Madelung décrivit, en 1878, un *relâchement radiocarpien*, se produisant en dehors de tout traumatisme, le plus souvent au moment de l'adolescence, la lésion étant, avant tout, une subluxation du carpe.

Un peu plus tard, en 1885, puis en 1891, Duplay attira l'attention sur les *incurvations rachitiques de l'extrémité inférieure du radius* présentant un aspect clinique à peu près semblable à celui de la luxation carpienne.

En 1897, P. Delbet, rapprochant les deux descriptions, crut devoir en unir les éléments et expliquer une affection par l'autre.

Depuis lors, toujours d'actualité, la maladie de Madelung a joui d'une faveur croissante. Les observations s'en sont multipliées sous des vocables divers. Des pathogénies variées se sont proposées pour en expliquer la nature, chacune ayant sa base solide sur quelques faits bien étudiés, toutes visant à évincer les voisines, aucune n'ayant, pourtant, le droit indiscutable de le faire.

La variété des conditions étiologiques expliquait aisément les divergences d'opinion. Aujourd'hui encore, au lieu de tenter un nécessaire effort de synthèse, nombre d'auteurs se croient tenus à une intransigeance théologique. N'ayant en vue que leur seul fait personnel ou ceux qui lui ressemblent, ils s'en vont clamant leur dogme exclusiviste, frappant d'ostracisme et convaincant d'erreur tous ceux qui n'ont point eu l'heur de rencontrer exactement ce qu'ils ont décrit.

Pour la plupart, séduits par la brillante argumentation de P. Delbet, qui eut, il y a onze ans, l'incontestable mérite de montrer dans la tige antibrachiale l'explication anatomique insoupçonnée de certaines subluxations, ils mesurent tout à l'aune radiale et rejettent, sans plus, du cadre de la maladie de Madelung, tous les faits qui n'ont pas l'incurvation radiale, pour eux nécessaire.

La prétention est étrange. Une erreur de raisonnement seule l'explique. De ce qu'il existe une incurvation radiale dans certains cas, on en conclut qu'elle se trouve dans tous et que Madelung s'est trompé. Parce que le radius curvus donne l'aspect de la subluxation, on affirme que cette lésion a le monopole de cette maladie, et on définit l'une par l'autre. Hors le radius curvus, il n'est point de subluxation spontanée radio-carpienne, et la luxation n'est qu'un fantôme trompeur auquel on ne doit point sacrifier. Aussi bien, vous, qui croyez reconnaître, à son complet tableau clinique, la maladie de Madelung, là où le radius est demeuré rectiligne, vous errez : par définition, dans celle-ci, le radius est courbe; s'il ne l'est pas, ce n'en est point une.

Cet exclusivisme déconcertant, cette pathologie à la Procuste, nous semble inadmissible.

En vertu de quel privilège singulier, les ligaments radio-carpiens sont-ils éternellement rigides et toujours suffisants? Pourquoi le radius est-il le seul coupable? Ce n'est point parce que son rôle fut primitivement méconnu, qu'il faut aujourd'hui le charger systématiquement et n'incriminer que lui? A côté des genu recurvatum par lésion osseuse, n'admet-on pas des genu recurvatum par anormale laxité des ligaments articulaires? Et ce sage éclectisme qui partout apporte un tempérament entre les opinions extrêmes n'est-il donc plus de mise au poignet?

Nous concevons autrement les choses, et nous croyons qu'on doit comprendre, sous le nom de maladie de Madelung, une subluxation spontanée et progressive du poignet, *vraie* ou *fausse*, qui se traduit, en clinique, par l'énorme saillie de la malléole cubitale, et le déplacement de la main en avant du plan passant par l'avant-bras.

Cette déformation, lentement produite, peut reconnaître des causes anatomiques multiples : l'incurvation antibrachiale en est une, la plus fréquente à coup sûr; la laxicité articulaire du poignet en est une autre. Dans les deux cas, l'aspect est le même; souvent l'exploration clinique est impuissante à les distinguer l'un de l'autre et l'examen radiographique de l'avant-bras est nécessaire pour cela. L'incurvation antibrachiale peut être uniquement radiale, elle peut être diaphysaire, épiphysaire, ou diaphyso-épiphysaire; elle peut porter sur les deux éléments de la tige; elle peut être prédominante sur le cubitus; le relâchement ligamentaire d'autre part peut être pur ou s'allier à une hypertrophie de la styloïde cubitale, à une légère inflexion diaphyso-épiphysaire. Il y a, en somme, tous les intermédiaires entre les deux extrêmes anatomiques, dont nous parlions plus haut. Ils sont l'insensible transition qui rattache entre eux le radius curvus pur et la luxation radio-cubito-carpienne vraie.

Bref, la déformation de Madelung est anatomiquement un syndrome que des lésions diverses, osseuses ou ligamentaires, peuvent constituer.

En veut-on des preuves?

Berger, en 1904, aborde par voie dorsale une subluxation spontanée du poignet : « On remarque, dit Barthez qui rapporte cette observation, une subluxation totale qui est réduite facilement et une très grande laxité articulaire. Il n'y a pas de contracture comme à l'état de veille, mais on peut faire jouer le condyle carpien dans sa tige; on voit, en même temps, qu'il est très difficile de maintenir la main rectiligne et la luxation réduite. »

Dira-t-on maintenant que la luxation n'existe pas et qu'elle n'est qu'une apparence (Marsan)?

(1) Voyez notamment l'intéressante revue de F. Marsan, La maladie de Madelung, *Gaz. des hôpit.*, 5 déc. 1908.

Guéry parle, en les termes suivants, d'un cas observé par Kirmisson : ce qu'on sent à la palpation, c'est l'extrémité inférieure du cubitus un peu hypertrophiée, déviée du côté de la face dorsale et séparée de l'extrémité inférieure du radius par relâchement des ligaments de l'articulation radio-cubitale inférieure. La radiographie démontre nettement cette luxation et cet écartement anormal de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras... l'extrémité inférieure du radius n'est pas hypertrophiée. A la face antérieure du poignet, on sent le pyramidal faire saillie en avant. Luxés sur le cubitus, le scaphoïde et le semi-lunaire paraissent être restés en connexion normale avec le radius... on est passé de la laxité articulaire à de l'exagération des mouvements d'abduction et de flexion du poignet. Bref, il y a luxation radio-cubitale inférieure avec laxité radio-carpienne.

Dira-t-on que la maladie de Madelung n'existe pas sans incurvation du radius?

Nous pourrions multiplier les exemples, citer les observations de Tripier, de Guépin, etc. A quoi bon? D'ailleurs, sans parler des remarques anciennes de Dupuytren, des observations classiques de Bégin, de Guépin, est-ce que le fait n'est pas jugé par le seul titre de certains travaux récents? Quand Kirmisson propose d'appeler cette affection la luxation progressive du poignet, est-ce donc pour signifier que le radius est tout? Quand Estor, en 1907, veut lui donner le nom de subluxation congénitale du poignet, est-ce donc pour marquer la part exclusive de l'incurvation radiale?

Aussi bien, l'idée que nous défendons ne nous est-elle nullement personnelle. Et le langage que nous parlons, pour n'être point celui de Broca, reste encore celui de quelques-uns. Là où nous avons vu l'aspect typique de la maladie de Madelung, d'autres l'auraient aisément reconnu. Nous ne sommes même pas convaincus que Broca lui-même ne s'y serait pas laissé prendre, bien que l'incurvation radiale y fût absente.

En définitive, avec Kirmisson, avec Gasne, qui a publié dans la *Revue d'orthopédie*, en 1906, une excellente revue critique à laquelle nous renvoyons pour plus de détails, nous croyons qu'il faut garder dans le cadre de la maladie de Madelung, à côté du radius curvus, des laxités articulaires congénitales ou acquises, avec intégrité parfaite du squelette antibrachial et nous pensons que la même apparence clinique peut être donnée par une série de lésions qui vont du simple relâchement ligamentaire sans lésion osseuse jusqu'au radius curvus, inflexion diaphysaire pure, en passant par l'inflexion diaphyso-épiphysaire des os de l'avant-bras (1).

Quant à la pathogénie réelle de toutes ces déformations, elle doit s'inspirer d'un égal éclectisme. Multiples sont les causes qui peuvent engendrer l'une ou l'autre des lésions incriminées : la congénitalité peut intervenir en viciant originellement des ligaments qui demeureront trop débiles ou en mal orientant des surfaces articulaires par flexion diaphyso-épiphysaire; le traumatisme peut agir sur le squelette et permettre des incurvations ultérieures. Le plus souvent il s'agit, pensons-nous, d'un ramollissement inflammatoire des os de l'avant-bras ou des ligaments articulaires. Le rachitisme peut produire l'un ou l'autre. Il donne aussi bien des incurvations diaphysaires, des lésions juxta-épiphysaires que du relâchement ligamenteux. Toutes les inflammations ostéo-articulaires connues peuvent avoir le même effet et certains rachitismes tardifs ne sont que des infections légères méconnues. Une infection peut sans peine produire des effets aussi capricieux que ceux dont nous avons parlé, ramollir des ligaments sans toucher au squelette, frapper le cartilage jugal seul ou faire s'infléchir l'os au niveau de la diaphyse.

Parmi celles qui agissent ainsi, nous avons cru montrer (1) le rôle effectif de la tuberculose. D'aucuns ne l'y veulent point reconnaître. L'observation récente de Lenormant et Marsan (2) trouvera peut-être grâce auprès de ceux qui ne se refusent pas à voir? Leur malade, à l'âge de seize ans, fut atteint d'un rhumatisme tuberculeux primitif qui laissa comme traces de son passage une ostéo-arthrite tibio-tarsienne gauche, une coxalgie droite et un double radius curvus! Son histoire se passe volontiers de commentaires. Elle ne dira peut-être rien à ceux pour qui les coïncidences d'évolution n'ont une valeur qu'en dehors de la tuberculose. Pour d'autres, elle sera, vraisemblablement, le grain de mil. Pour nous, elle restera comme une preuve clinique de la vérité de ce que nous avons si souvent répété : cherchez et vous trouverez.

Voici, à titre documentaire, les trois observations auxquelles nous avons fait allusion dans un travail antérieur et dont deux sont rejetées par Broca et par Marsan du cadre de la maladie de Madelung.

Observation I. — *Tuberculose fibreuse des deux poumons. — Rhumatisme chronique tuberculeux des mains et des pieds. — Subluxation progressive récente des deux poignets par laxité ligamenteuse.* — P... (Rose), âgée de quarante-huit ans, ménagère, née près de Modane, entrée en mars 1906, à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents héréditaires. — Son père, âgé de quatre-vingt-deux ans, vit toujours, ainsi que sa mère âgée de soixante-dix-huit ans; tous deux sont bien portants; ses trois frères sont en bonne santé.

Personnellement, excellente santé. Elle n'a jamais été malade et ne présente pas trace de scrofule, ni de syphilis. Elle a eu six enfants, dont un est mort à quinze ans. Tous les autres sont en bonne santé. Elle n'a jamais eu aucune complication lors de ses accouchements; elle est toujours bien réglée.

Elle est envoyée à la clinique de M. Poncet par le docteur Audry, pour des déformations progessives des deux poignets.

Celles-ci ont commencé à apparaître il y a quatre ans, se manifestant tout d'abord par des fourmillements sur la face dorsale des deux poignets. Il y a trois ans que des déformations ont apparu; depuis, elles ont progressivement aug-

(1) A. Poncet et R. Leriche. Tuberculose inflammatoire et rachitisme tardif, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 8 oct. 1907.

(1) Voyez la thèse de notre élève Ricq, *Pathogénie du radius curvus*, Lyon, juillet 1908.

(2) F. Marsan. *Arch. gén. de chir.*, 25 nov. 1908.

menté, entraînant une gêne croissante et une perte, de plus en plus marquée, des forces. Les autres articulations de la main et des doigts ne sont pas déformées mais présentent des craquements. Depuis quatre ans, la malade accuse des phénomènes identiques dans le pied gauche.

La déformation du côté des mains est essentiellement constituée par une subluxation de tout le carpe en avant. Les métacarpiens semblent filer sous les os de l'avant-bras, qui forment au-dessus de la région carpienne un rebord saillant. Une pente douce, formée par le carpe, les rattache aux métacarpiens. On sent très facilement les styloïdes radiale et cubitale très saillantes, le cubitus mobile en touche de piano le long du radius qu'il surplombe ; à la face palmaire, on perçoit le trapèze et le semi-lunaire très saillants. Tout le carpe semble passé en avant. On perçoit de plus, au niveau de la synoviale, un peu de fluctuation. Il semble donc qu'il y ait eu subluxation progressive du carpe en avant, toutes les articulations étant distendues par du liquide et le squelette radio-cubital étant intact.

A l'examen de la poitrine, on trouve des signes nets de tuberculose fibreuse. Cette malade est, au reste, envoyée à M. Poncet par le docteur Audry, médecin de l'hôpital de la Charité, avec le diagnostic de rhumatisme tuberculeux.

Cette malade n'a malheureusement pas pu être radiographiée.

Obs. II. — *Manifestations tuberculeuses multiples. — Double subluxation progressive du poignet, d'origine tuberculeuse, par incurvation radiale.* — M... (Marie), vingt-deux ans, sans profession, est amenée au mois de mai 1905 à la clinique de M. Poncet par le docteur Carry. Nous reproduisons ici l'observation qu'il a eu l'amabilité de nous remettre.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est bien portante, son père est mort à l'âge de trente-cinq ans (sa fille avait neuf ans), d'hémiplégie gauche, son frère bien portant, fait actuellement son service militaire. Une sœur, de cinq ans moins âgée qu'elle, mourut à l'âge de deux mois, de convulsions. Une tante, sœur de son père, est morte à l'âge de vingt-huit ans, deux mois après l'accouchement de son troisième enfant, très probablement de la poitrine.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, elle fut constamment maladive et présenta des gommes tuberculeuses de la face et des glandes du cou ; nourrie par sa mère jusqu'à l'âge de onze mois, elle n'a jamais montré trace de rachitisme. Vers l'âge de dix ans en pleine évolution scrofuleuse, elle s'est aperçue que sa main droite se déviait sur le bord cubital. En même temps, elle éprouvait de la douleur dans le poignet et dans le coude, au cours du travail manuel ou en portant un paquet. Ces douleurs durèrent deux à trois ans, et s'accompagnèrent finalement d'une complète impotence fonctionnelle, qui paraît avoir été symptomatique d'une ostéomalacie des deux os de l'avant-bras.

L'état général laissa à désirer pendant tout ce temps. Puis, tout s'améliora, et pendant trois ans, elle alla assez bien.

La première menstruation apparut à l'âge de onze ans, mais ne s'est établie définitivement qu'à l'âge de quatorze ou quinze ans. Actuellement, elle est assez régulière mais toujours douloureuse. Depuis avril 1901, c'est-à-dire depuis une forte émotion (la mort subite de sa grand'mère avec laquelle elle habitait) elle s'accompagne de troubles variables : souffrance générale, abattement, douleur dans les os, besoin impérieux de repos, anorexie durant trois à quatre jours.

C'est depuis lors qu'on a constaté de l'anémie générale, de l'arrêt de croissance et des stigmates très nets d'hystérie : anesthésie cutanée généralisée à la piqûre, et à la chaleur et au froid : anesthésie de la conjonctive, abolition du réflexe du voile du palais.

Elle a eu fréquemment des céphalées tenaces, et depuis deux ans elle a maigri beaucoup.

Enfin elle s'est toujours plaint de polyadénite cervicale. Les ganglions du cou paraissent avoir été le siège, de temps à autre, de poussées inflammatoires. Actuellement, il persiste de chaque côté du maxillaire inférieur de petits ganglions durs et ligneux.

A l'examen, en dehors de son amaigrissement et de sa pâleur, on note la déformation caractéristique du radius curvus, peu marquée à gauche, très marquée à droite, avec déplacement en avant des os du carpe. Les deux radius, mais surtout le droit, paraissent un peu plus volumineux à leur extrémité inférieure. Les extrémités cubitales font une saillie des plus marquées. En résumé, la déformation est plus articulaire qu'osseuse (voyez fig. 1).



Fig. 1 (malade de l'observation II). — *Radius curvus bilatéral. Inflexion de l'épiphyse inférieure des deux radius.*

Longueur des deux os de l'avant-bras. — *Côté droit* : de l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius : 17 centimètres. Cubitus : de la pointe de l'olécrane à l'apophyse styloïde : 19 centimètres.

Côté gauche : radius : 18 centimètres ; cubitus : 20 centimètres. Taille : 1m43.

A signaler une douleur à la pression et dans certains mouvements, en dedans de l'épitrochlée droite et occupant l'espace compris entre le tendon du biceps et l'épitrochlée. Cette douleur nettement articulaire paraît due à un peu de distension de l'articulation du coude à ce niveau.



Fig. 2. — *Radiographie des deux poignets de la malade de l'observation II.*

L'examen radiographique montre bien l'incurvation radiale

du côté droit et le déplacement réel du carpe de ce même côté. A gauche, les lésions sont à peine débutantes.

Le 20 décembre 1908, nous revoyons la malade. Ses déformations se sont accentuées et elle en souffre un peu. A droite, la saillie cubitale est exagérément diminuée, le déplacement apparent de la main est considérable (fig. 2).

Une nouvelle radiographie (celle que nous reproduisons) montre bien le détail des déformations. A droite, le scaphoïde paraît déplacé et comme debout. La déformation est très intense bien que l'inflexion radiale soit minime.

Obs. III. — *Tuberculose ancienne du genou. — Tuberculose de la hanche. — Polyarthrites dislocantes des pieds et des mains. — Subluxation progressive des deux poignets.* — D... (P.), dix-huit ans, n'offre rien de bien net dans ses antécédents héréditaires : du côté maternel, santé généralement bonne; du côté paternel, un des cousins germains du malade eut à vingt-deux ans une pleurésie. On allait l'envoyer à Hauteville, au sanatorium antituberculeux, quand il mourut. Un oncle du malade est mort à treize ans d'une tumeur du genou.

Rien d'important à signaler en ce qui concerne l'habitation.

Au point de vue de l'alimentation, dans son jeune âge, le malade n'a été nourri par sa mère que jusqu'à six mois, il fut ensuite allaité au biberon.

Né chétif, il l'a toujours été, cependant ce n'est point un rachitique. Vu par de nombreux médecins, il n'a jamais été considéré comme tel. A multiples reprises sa mère a entendu parler de tuberculose.

A onze mois, il commença à marcher.

A treize mois, il parut traîner un peu la jambe droite, les mouvements paraissaient normaux, mais il souffrait du genou. Celui-ci n'était pas volumineux. M. Levrat fut consulté à la Charité. Il lui fit des pointes de feu et l'immobilisa dans un plâtre.

A quinze mois, on enleva le plâtre, mais la marche demeura impossible. A dix-huit mois, le petit malade fut conduit au dispensaire, où l'on prescrivit de l'huile de foie de morue, du sirop de raifort iodé, des bains salés. Malgré cette médication et une alimentation soignée, il ne se fortifia guère.

A l'âge de trois ans, il commença, cependant, à marcher; mais alors apparurent lentement les malformations qu'il présente aux membres supérieurs. Petit à petit les poignets se sont déformés, insensiblement, sans douleur, sans phénomènes généraux, sans troubles fonctionnels appréciables; tous les mouvements du poignet semblaient libres. Il est difficile de faire préciser à quel niveau exact ont débuté les lésions, c'est-à-dire de savoir si la déformation a été d'emblée articulaire, ou si elle a été précédée par des lésions osseuses. Quoi qu'il en soit, le carpe s'est peu à peu luxé en avant de l'avant-bras, et des deux côtés, la déformation s'est produite simultanément.

A sept ou huit ans, le malade qui marchait et courait comme ses petits camarades, se mit à boiter légèrement; sa mère remarqua qu'il se baissait difficilement; il ne souffrait pas cependant, et n'avait que de la raideur vertébrale. C'est la seule chose que constata un médecin consulté à ce sujet : il n'y avait ni point douloureux, ni déformation au niveau du rachis.

A douze ans, la boiterie s'accentue. C'est à cette époque que remonte le début de l'affection qui amène le malade à l'hôpital. Avec de la difficulté de la marche, apparurent des douleurs dans la hanche gauche. Peu à peu, le membre inférieur gauche se mit en adduction et en rotation interne. Ces troubles durèrent quatre ans, pendant lesquels la hanche se subluxa puis s'ankylosa en position vicieuse. Dès lors, la marche devint impossible.

C'est pour cela que le 25 septembre 1906, il entre à l'Hôtel-Dieu. C'est un jeune garçon de seize ans, chétif et souffreteux, très pâle. Cette pâleur de la face est plus sensible encore du fait de la rougeur des paupières, atteintes de blépharite chronique. Bien qu'il attire exclusivement l'attention sur sa hanche gauche, on est, de suite, frappé par la déformation symétrique des poignets.

D'une manière générale, toutes ses extrémités osseuses paraissent augmentées de volume ; l'amaigrissement extrême du jeune malade y est certes pour beaucoup, mais à coup sûr ses épiphyses sont très fortes.

Plus que partout ailleurs, cet épaississement épiphysaire est frappant au niveau de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus. Le poignet est élargi, les apophyses styloïdes saillantes. Au-dessous de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, sur la face dorsale, au lieu de la continuité du poignet dans le même plan, existe une dépression brusque. Par contre, sur la face opposée, il y a une saillie arrondie, de la largeur du poignet. C'est celui-ci qui est luxé en avant de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Une néarthrose s'est ainsi constituée : la flexion et l'extension y sont faciles, quoique moins étendues que normalement; l'amplitude des mouvements de latéralité est, par contre, plus grande. Considéré à part, le poignet ne semble pas offrir de déformation ou de luxation particulière. Bref l'aspect est celui d'une double subluxation de Madelung.

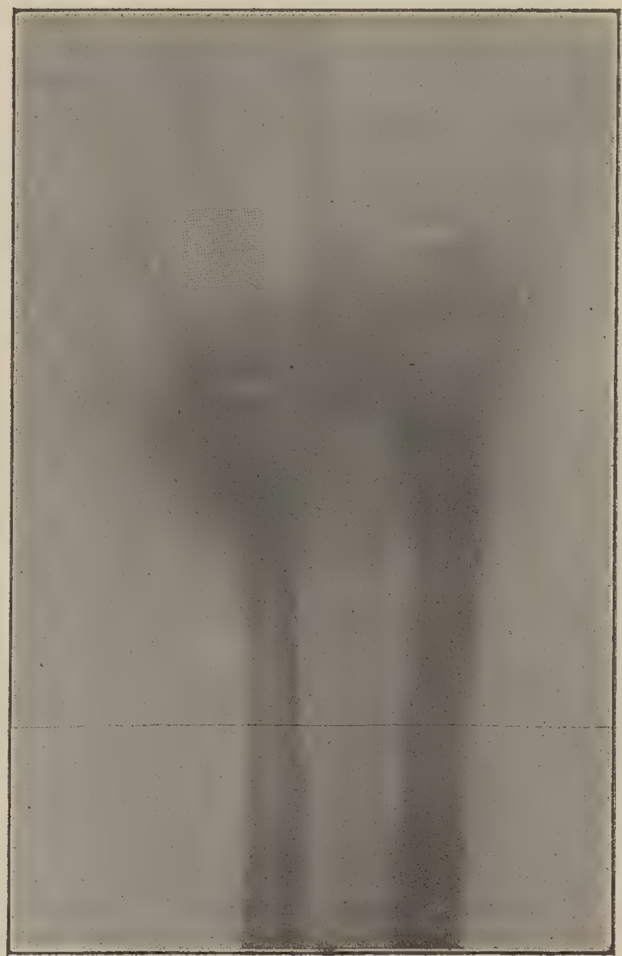


Fig. 3 (malade de l'observation III). — *Radiographie du poignet gauche. Les extrémités antibrachiales paraissent s'articuler avec les métacarpiens.*

L'articulation radio-cubitale inférieure a ses ligaments distendus; il est facile de mobiliser d'avant en arrière, l'une contre l'autre, les deux extrémités inférieures du radius et du cubitus; le cubitus surtout fait la touche de piano sans la moindre résistance, mais cette mobilisation s'accompagne parfois de craquements articulaires.

Le pouce est luxé en arrière, sur la tête du premier métacarpien.

A droite et à gauche, les lésions que nous venons de décrire sont identiques, mais du côté droit, il existe en plus un déjetement notable de la main sur le bord cubital.



Fig. 4. — *Poignet droit : luxation de tout le carpe. Inclinaison cubitale.*

Rien de bien spécial à signaler aux coudes et aux épaules.

La radiographie montre l'intensité de la déformation; les métacarpiens y paraissent au contact du radius et du cubitus, tout le carpe se trouvant au-dessous du plan antibrachial dont le squelette est rectiligne (fig. 3 et 4).

Membres inférieurs. — Le membre inférieur droit est en situation apparemment normale. Le gauche, au contraire, est en adduction et en rotation en dedans. Il paraît raccourci; l'épine iliaque de ce côté est plus élevée qu'à droite.

Le membre inférieur gauche est en rotation interne et en adduction. La hanche est déformée, volumineuse, élargie; le grand trochanter, remonté, fait une grosse saillie. La tête fémorale est trouvée en arrière et en haut de la cavité cotyloïde. On la sent dans la fosse iliaque externe, dans les tentatives de mobilisation de la cuisse. La mobilisation vraie est, du reste, presque impossible; chaque tentative est extrêmement douloureuse, et cette douleur témoigne d'une arthrite en évolution.

Toute la région de la hanche est douloureuse à la palpation.

Au genou, la rotation en dedans est telle que la rotule s'applique contre la face interne du genou opposé.

L'articulation tibio-tarsienne est indemne.

Le pied est creux.

Du côté droit, la hanche semble normale; il n'existe pas, à son niveau, de douleurs spontanées. Mais la mobilisation est douloureuse, surtout la flexion; d'ailleurs, l'amplitude de tous les mouvements est diminuée.

Le genou est volumineux, les condyles sont saillants, surtout l'interne : il n'existe pas d'épanchement articulaire. La laxité ligamenteuse est très grande : on peut, sans effort, luxer le genou en arrière et le remettre dans la rectitude.

Rien à l'articulation tibio-tarsienne. Par contre, le pied est plat; la tête de l'astragale fait saillie en dedans et il y a une luxation en masse du pied sur la face plantaire. Le gros orteil déjeté en dehors est subluxé sur la tête du premier métatarsien.

Examen du reste du squelette. — Rien au crâne ni à la face (à signaler la mauvaise dentition).

Le sternum présente une concavité antérieure très marquée, mais il n'y a pas trace de chapelet costal; l'extrémité sternale de la quatrième côte droite fait seule saillie.

Le rachis ne présente pas de gibbosité, pas de point douloureux. La difficulté de la flexion semble due à l'immobilisation de la hanche gauche qui s'accompagne d'une forte ensellure lombaire.

La marche est impossible. On doit soutenir le malade sous les aisselles pour lui faire faire un pas.

Le malade ne tousse pas, ne crache pas, n'a jamais eu d'hémoptysie. L'examen minutieux de la poitrine ne révèle *aucun signe de tuberculose*; le cœur n'offre rien d'anormal. Le tube digestif est en parfait état et l'appétit excellent. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La température régulièrement prise est normale. Mais on trouve une adénopathie sous-maxillaire droite latente ayant tous les caractères d'une adénite froide, et une double polyadénite inguinale. Enfin, le *séro-diagnostic tuberculeux est nettement positif.*

Après avoir été immobilisé pendant quelque temps dans un appareil silicaté, D... a été renvoyé chez lui avec prescription d'un traitement général intensif. Mis à l'huile de foie de morue à fortes doses, son état s'est rapidement amélioré. Quelques mois plus tard, il pouvait aller et venir, sans souffrir. Depuis lors, nous l'avons plusieurs fois revu, ses déformations sont stationnaires. L'état général est bon. D... est un infirme, ce n'est plus un malade.

Cette dernière observation, par le fait de la généralisation des subluxations, ne rentre pas, à certain point de vue, dans le cadre habituel de la maladie de Madelung. Pourtant la déformation radio-carpienne envisagée isolément offre l'aspect caractéristique de la subluxation progressive du poignet. Il semble donc qu'elle soit, tout au contraire, un cas particulièrement démonstratif des relations existant entre la maladie de Madelung et le relâchement articulaire.

MÉDECINE PRATIQUE

QUELQUES REMARQUES SUR L'IMPORTANCE DES INFECTIONS AMYGDALIENNES ET PHARYNGÉES DANS LA PATHOLOGIE INFANTILE.

Les amygdales et le tissu lymphoïde du pharynx ont, surtout chez l'enfant, un rôle très important dans la défense de l'organisme contre les infections microbiennes; mais souvent ces organes succombent à la tâche, s'enflamment et deviennent à leur tour des foyers d'infection; les hypertrophies, consécutives à cette inflammation subaiguë ou chronique, peuvent aussi déterminer une gêne mécanique de la phonation et de la respiration. Toutes ces notions sont aujourd'hui bien connues des médecins qui s'intéressent à la pédiatrie; il est cependant toujours utile d'insister sur leur importance, ainsi que vient de le faire M. Brelet dans un excellent article publié par la *Gazette médicale de Nantes* (1).

Les amygdalites et surtout les adénoïdites expliquent parfois certains des états fébriles décrits sous le nom de fièvre éphémère et d'état subfébrile prolongé; il s'agit d'enfants qui ont des élévations de température, passagères dans le premier cas, plus durables dans le second, avec un peu de pâ-

(1) M. Brelet. *Gaz. méd. de Nantes*, 23 janv. 1909.

leur, de fatigue et d'abattement; ces symptômes disparaissent puis reviennent à plusieurs reprises; on en cherche partout la cause et on finit par découvrir un suintement muco-purulent le long de la paroi pharyngienne postérieure; on soigne alors cette rhinite et les accidents disparaissent très rapidement. L'adénoïdite a aussi une grande importance dans l'étiologie de la fièvre ganglionnaire (Drüsenfieber de Pfeiffer) que les auteurs français considèrent, avec Gallois, comme un bubon adénoïdo-grippal. Elle intervient également, sinon comme cause directe, tout au moins comme cause adjuvante, pour déterminer ou plutôt pour prolonger un certain nombre de cas d'entéro-colite; les mucosités purulentes qui coulent du pharynx sont dégluties par l'enfant et contribuent à entretenir l'infection chronique de l'intestin avec des poussées aiguës; et comme l'appendicite chez l'enfant survient très souvent à la suite d'entéro-colite, l'adénoïdite se trouve ainsi devenir une cause indirecte d'appendicite; ces rapports entre l'infection pharyngée et l'infection intestinale, signalés par Triboulet dès 1898, ont été récemment étudiés par Guinon, Roux et Josserand. Enfin, quelques néphrites aiguës ou subaiguës dépendent aussi d'une infection rhino-pharyngée (Comby, Léon Bernard).

La pénétration du bacille de Koch dans l'organisme par le tissu lymphoïde pharyngien chroniquement enflammé et hypertrophié paraît plus discutable; d'après un travail récent de Nobécourt et Tixier (1), la tuberculose larvée des amygdales palatines et pharyngées doit être considérée comme assez exceptionnelle. Mais il est par contre très vraisemblable d'admettre que les hypertrophies amygdaliennes et les végétations adénoïdes peuvent prédisposer les enfants à la tuberculose pulmonaire, en ce sens que l'obstacle apporté au passage de l'air rend plus difficile la respiration normale et diminue la ventilation pulmonaire. On sait que les adénoïdiens présentent des déformations thoraciques, surtout lorsque les os sont amollis par le rachitisme (Hutinel); on sait aussi qu'à l'auscultation des adénoïdiens, on peut entendre des modifications du murmure vésiculaire qui ne sont pas symptomatiques de tuberculose et en particulier une diminution du murmure vésiculaire au sommet d'un poumon (Lermoyez, Bezançon); après une opération qui dégage le rhinopharynx, l'aération pulmonaire se fait mieux et, quelques semaines plus tard, cette dissemblance du murmure vésiculaire aux deux sommets n'existe plus.

Tels sont les principaux accidents qui peuvent compliquer les infections amygdaliennes et pharyngées; M. Brelet aurait encore pu ajouter que, si un enfant adénoïdien contracte une angine ou une maladie à localisation pharyngienne comme la scarlatine, cet enfant présentera des réactions angineuses et des réactions ganglionnaires d'une intensité particulière; dans une récente leçon clinique, notre maître le professeur Hutinel a beaucoup attiré l'attention sur cette éventualité, qui constitue encore une nouvelle raison pour inciter les médecins à entourer le pharynx des enfants de « soins pieux », selon l'expression de Peter.

Ces soins devront être prophylactiques et curatifs. Prophylactiques, ils consistent dans l'examen de la gorge et du pharynx de tous les enfants. « Un jour viendra sans doute, écrit M. Brelet, où dans les familles, dans les écoles, les enfants seront ainsi méthodiquement surveillés, auscultés et vérifiés ». Lorsqu'un enfant aura été atteint d'amygdalite et d'adénoïdite avec hypertrophie du tissu lymphoïde, une intervention chirurgicale est le plus souvent nécessaire; mais elle ne devra être pratiquée qu'après une antisepsie soigneuse et en dehors de toute poussée inflammatoire; sans cette précaution, on exposerait les malades, opérés dans de mauvaises conditions, à des infections graves et parfois même mortelles.

L. BABONNEIX.

(1) Nobécourt et Tixier. *Gaz. des hôpit.*, n° 108, 22 sept. 1908.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1909)

Recherches sur la contagion de la tuberculose par l'air. — MM. Le Noir et Jean Camus. Des travaux récents ont remis en discussion la question de la contagion de la tuberculose par l'air qui semblait définitivement résolue.

MM. Le Noir et Jean Camus ont donc repris cette étude, nécessaire à cause du désacord qui existe sur plusieurs points entre les auteurs; d'autre part, un certain nombre d'expériences anciennes ayant été faites dans des conditions hygiéniques défectueuses, il était logique de se demander si les progrès de l'hygiène et l'éducation des malades n'avaient pas diminué les chances d'infection.

Toutes les recherches ont été faites par la méthode des inoculations au cobaye. Elles ont montré que conformément à l'opinion classique ancienne la tuberculose est contagieuse par l'air et par les poussières desséchées, et ceci à plusieurs mètres de distance du lit des tuberculeux.

En présence de ces résultats, on est amené à se dire que si les recherches entreprises dans ces dernières années sur l'infection tuberculeuse par les voies digestives sont du plus haut intérêt, il serait cependant regrettable qu'elles détournassent l'attention du danger très réel d'infection par l'air, et que les mesures qui ont pour but de diminuer cette dernière contagion, subissent un temps d'arrêt.

Résultats immédiats et résultats éloignés de la suture artério-veineuse. — M. Albert Frouin. Les faits exposés par M. Frouin montrent la possibilité de remplacer mécaniquement et fonctionnellement pendant un certain temps le système artériel par le système veineux.

La possibilité d'anastomoser les veines avec les artères peut faire envisager des applications pratiques parmi lesquelles le remplacement d'un segment artériel par un segment veineux, dans le cas d'anévrismes, d'artérite limitée ou d'arrachement artériel.

De la durée des effets hypotenseurs de la d'Arsonvalisation. — M. E. Doumer.

Nouvelles recherches cytologiques sur l'autolyse aseptique du foie. — M. L. Launoy.

A propos de l'anatomie du thymus humain. — M. R. Cruchet montre que la note publiée à la séance du 11 janvier 1909 par MM. Rieffel et Le Mée confirme pour la plus grande part les remarques qu'il a déjà faites et publiées le 31 mai 1901 à la Société anatomique de Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1909)

Un cas d'ictère congénital hémolytique. — MM. Jacob et Lévy-Valensi présentent un malade atteint d'un ictère congénital très marqué avec splénomégalie considérable.

Ce cas entre dans le groupe des ictères hémolytiques. Il est remarquable pourtant par l'abondance des hématies granuleuses et l'extrême diminution de résistance globulaire, l'hémolyse commençant dans une solution à 8 p. 100.

Syndrome polyglandulaire par dyshypophysie et par insuffisance thyro-testiculaire. — MM. Louis Rénon, Arthur Delille et R. Monier-Vinard présentent un malade âgé de trente-six ans et atteint d'un syndrome polyglandulaire ainsi caractérisé :

1° Insuffisance génitale (anaphrodisie absolue, développe-

ment exagéré des glandes mammaires, disproportion entre les dimensions du tronc et celles des membres);

2° Insuffisance thyroïdienne nette ;

3° Dyshypophysie (augmentation de volume de la selle turcique montrée par la radiographie, épaisseur considérable et irrégulière des parois du crâne, sinus frontaux agrandis, polyurie, polydypsie, hypertension légère sans néphrite, obésité).

Ce syndrome polyglandulaire ressemble beaucoup au syndrome appelé par les auteurs allemands (Frœlich, Uhlhoff, etc.): dégénérescence adiposo-génitale et constitué par des troubles visuels graves et par une obésité spéciale avec impuissance. Les lésions du fond de l'œil manquent dans ce cas, par absence de compression du chiasma et des nerfs optiques.

La syphilis, contractée par ce malade à l'âge de vingt-huit ans, a peut-être accentué les lésions glandulaires.

Un cas d'appendicite vermineuse. Présence d'oxyure dans la paroi de l'appendice. — MM. E. Brumpt et Lecène, dans une note présentée par M. L. Galliard, publient l'observation d'un garçon de onze ans ayant eu depuis un an deux crises d'appendicite, il est opéré d'urgence à la troisième crise. L'appendice est enlevé et du péritoine s'écoule une sérosité claire. L'appendice ouvert montre une folliculite intense avec de nombreuses ecchymoses au niveau desquelles se sont parfois fixés des oxyures. Des coupes longitudinales en série ont permis de mettre en évidence un oxyure mâle dans la profondeur des tissus, et, en certains points, des cavités occupées précédemment par des oxyures.

Les auteurs pensent que ces helminthes sont fréquemment une cause d'appendicite, mais il faut faire des coupes en série pour mettre en évidence le ver ayant produit la folliculite hémorragique.

Syndrome de Stokes-Adams chez un urémique; lésion du faisceau de His. — MM. Courtois-Suffit et H. Chéné rapportent l'observation d'un malade qui présenta, en même temps qu'un état urémique grave, une bradycardie très marquée (36 pulsations par minute) et plusieurs crises épileptiformes suivies de perte de connaissance. A l'autopsie, on trouva un foyer de dégénérescence calcaire sur le trajet du faisceau de His. Les coupes microscopiques pratiquées à ce niveau font voir la dégénérescence totale de ce faisceau. Les coupes en série du bulbe et de la protubérance montrent, au contraire, l'intégrité de ces organes.

Ce cas confirme les notions antérieurement fournies par les expériences physiologiques et par un certain nombre d'observations anatomo-cliniques sur le rôle du faisceau de His. Il permet, d'autre part, de penser qu'un certain nombre de bradycardies, accompagnées de crises syncopales ou épileptiformes et constatées chez des sujets âgés, artério-scléreux, en état d'urémie, peuvent ressortir à une lésion préexistante du faisceau communiquant plutôt qu'à l'urémie-elle-même.

Paralysie récurrentielle d'origine saturnine. — M. Mosny et M. Stern rapportent le cas d'un peintre en bâtiments qui présenta, après vingt-cinq ans d'intoxication professionnelle, une paralysie du nerf récurrent gauche coexistant avec une paralysie radiale bilatérale. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est, d'une part, sa rareté (on en connaît à peine 33, dont plus de la moitié contestables quant à leur véritable origine); d'autre part, la précision de l'enquête étiologique à laquelle les auteurs se sont livrés. Le malade n'était pas syphilitique, ne présentait aucun des phénomènes considérés comme stigmates hystériques. Enfin, et surtout, l'examen radioscopique, montrant un thorax absolument normal, permettait d'éliminer toute cause de compression médiastinale.

M. Sicard, en son nom et au nom de MM. Gougerot et Gy, présente un malade atteint de **phlegmon ligneux scapulo-cervical.**

M. Sicard, en son nom et au nom de M. Drevet, rapporte une observation de **tétanos mortel malgré l'injection lombaire de sulfate de magnésie.**

MM. Dufour et Cottenot rapportent une observation de **tabes avec grossesse, entrecoupés de vomissements incoercibles par crises gastriques.**

M. Legendre présente des pièces anatomiques provenant d'un **kyste gazeux du poumon.**

M. Variot rapporte l'observation d'un enfant de quinze mois atteint **d'anasarque** et de **tétanie, par privation de lait pendant cinq mois, et guéri par le régime de l'alimentation lactée.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 5 février 1909)

Etat de l'ovaire de chiennes ayant subi l'extirpation partielle ou totale de l'appareil thyro-parothyroïdien. — MM. Alquier et Theuveny. Ces expériences confirment les résultats d'autres auteurs, relativement à l'influence néfaste de la thyroïdectomie sur les diverses manifestations de l'activité sexuelle ; difficulté d'obtenir la conception, éclampsie gravidique, mort rapide des petits, résistance moindre à la thyroïdectomie pendant la lactation.

Histologiquement, les follicules et les corps jaunes ne paraissent influencés ni dans leur structure, ni dans leur évolution : les deux stades de maturité simultanée et prématurée puis d'atrophie ovulaire, décrits par Hofmeister, n'ont pu être retrouvés.

Sur la perméabilité du tube digestif de la souris. — M. Remlinger. On sait que le tube digestif de la souris se laisse traverser par des antitoxines ou des agglutinines pour lesquelles le tube digestif du lapin, du cobaye, du chat demeure imperméable. De même, le tube digestif de la souris absorbe des virus et des vaccins — le virus rabique et le vaccin antirabique par exemple — qui ne se laissent absorber par le tube digestif d'aucune autre espèce animale. Cette perméabilité spéciale peut être un avantage au cours de certaines recherches sur le passage à travers l'intestin de poudres inertes ou de germes pathogènes, mais elle est susceptible aussi d'être une cause d'erreur. Il semble qu'en matière d'infection et de vaccination, il faille éviter avec soin de conclure du tube digestif des muridés au tube digestif de l'homme. Cette réserve est particulièrement de mise au cours des expertises nécessitées par les intoxications alimentaires.

Influence des vents et des déplacements rapides sur les dépenses de l'organisme. — M. Maurel. 1° Avec cette vitesse, les vents augmentent d'une manière sensible les dépenses de l'organisme ;

2° Cette élévation des dépenses se traduit soit par une augmentation des aliments ingérés, si l'alimentation reste libre, soit par une diminution de poids, si les animaux restent à leur ration d'entretien;

3° Avec cette vitesse les dépenses sont même assez élevées pour que, malgré l'augmentation des aliments ingérés, l'animal ne puisse équilibrer son surcroît de dépenses qu'en prenant sur ses réserves.

Liquide céphalo-rachidien hémorragique dans un cas d'insolation. — M. Dufour a observé un cas d'insolation des plus intéressants au point de vue des résultats fournis par la ponction lombaire et qui confirme certains faits signalés en 1903 par M. Dopter.

Il s'agissait, dans cette observation, d'un jeune homme chez lequel le syndrome insolation s'était manifesté par des signes de méningisme et un état prononcé de confusion mentale qui dura une quinzaine de jours. La rachicentèse donna issue,

une semaine après le début de l'affection, à un liquide nettement hémorragique, s'écoulant sous une forte pression et renfermant de très nombreux polynucléaires (20 à 30 par champ microscopique). Une deuxième ponction lombaire, pratiquée cinq jours après la première, alors que l'état du malade s'était déjà amélioré, laissa écouler un liquide ambré, ne contenant que de rares lymphocytes. Enfin dans la ponction suivante, faite à huit jours d'intervalle — le malade étant en voie de guérison — le liquide avait repris sa coloration normale, mais il existait toujours une lymphocytose qui persistait encore deux mois après le début de l'affection.

Chez ce malade, les modifications successives du liquide céphalo-rachidien paraissent être en relation avec des troubles importants survenus dans la vascularisation des centres nerveux, et en particulier des méninges, sous l'influence d'un soleil ardent, — l'état de confusion mentale observée s'expliquant ainsi par la participation de l'écorce cérébrale aux phénomènes congestifs.

Il résulte de cette observation, que la ponction lombaire, à côté de son action thérapeutique évidente, est susceptible d'apporter des notions nouvelles aux connaissances encore incomplètes que nous possédons sur l'insolation. Ce procédé d'investigation permettra sans doute de mieux préciser à l'avenir les formes cliniques et la pathogénie exacte de cette maladie.

Passage des microbes à travers la paroi intestinale dans l'étranglement expérimental. — M. Ikonikoff. 1° Le passage des microbes à travers la paroi intestinale est lié à la desquamation épithéliale et aux lésions nécrotiques de la muqueuse, parfois peu accentuées; 2° le moment d'apparition des microbes dans la paroi intestinale est lié au degré d'étranglement dont dépend l'intensité des troubles de nutrition et celle du processus nécrotique ; 3° l'absence de microbes sur des frottis ou bien sur les milieux ensemencés avec de l'exsudat péritonéal n'indique pas toujours que les microbes n'ont pas pénétré dans la paroi intestinale; 4° les anaérobies traversent plus facilement la paroi intestinale que le bacterium coli et surtout que les cocci qu'on ne trouve que dans la nécrose intense de la paroi; 5° lorsque l'épithélium de revêtement est intact, les microbes pénètrent dans la paroi intestinale par l'intermédiaire des leucocytes.

Echarde de bois et actinomycose nodulaire intra-cutanée de la paume de la main (communication faite à la réunion biologique de Bordeaux le 2 février 1909). — M. J. Sabrazès (de Bordeaux). C'est plusieurs mois après la pénétration du corps étranger que le nodule apparut. Il acquit en un an le volume d'un haricot. Autour du corps étranger, des colonies microscopiques d'actinomyces, avec expansions en massue, parsèment un tissu ferme, fibroïde, histologiquement très riche en polynucléés et en macrophages. Cette lésion prise cliniquement pour un kyste épidermique, sur la coupe pour un fibrome, histologiquement pour une « tumeur par corps étranger » révéla microbiologiquement sa véritable nature. Ainsi, les débris de graminées ne sont pas les seuls véhicules d'actinomyces. Ces cas éclairent la pathogénie du mycétome.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Revue de chirurgie. — (N° 12, 10 déc. 1908.) A. Carrel : La transplantation des membres. — E. Quénu : Des indications opératoires dans la lithiase biliaire. — A. Cauchoix : Le traitement sanglant du pied plat valgus invétéré (20 fig.). — P. Sourdat : Des perforations multiples de l'intestin dans les plaies de l'abdomen par armes à feu. — Veyrassat : L'estomac biloculaire et son traitement chirurgical [8 fig.] (*fin*). — Dujarier et Guy Laroche : Un cas d'éléphantiasis tuberculeux.

Revue de médecine. — (N° 12, 10 déc. 1908.) Lortat-Jacob et G. Sabaréanu : Exostoses ostéogéniques congénitales et dystrophie tuberculeuse. — Ch. Gonnet et J. Froment : Nature inflammatoire des accidents gravido-cardiaques (4 tracés). — L. Bousquet et H. Roger : Etude physico-chimique et biologique des métaux colloïdaux. — Raymond et Salignat : La dyspepsie des paludéens. — L. Bousquet et H. Roger : Contribution à l'étude thérapeutique des métaux colloïdaux, leur action dans les infections généralisées (1 tracé). — Naamé : Le collargol dans la fièvre méditerranéenne, l'ulcère de jambe et l'orchite blennorragique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 51, 19 déc. 1908.) Antoine Perretière : La fatigue laryngée. — Ignazzio Dionisio : Présence de corpuscules noirâtres dans le pus des otorrhées chroniques traitées par la photothérapie. — Henri Aboulker : Deux cas de thrombo-phlébite sinusale. — (N° 52, 26 déc.) Rouvillois : Relation d'un cas d'insuffisance vélo-palatine. — André Horeau : Un cas d'impotence fonctionnelle complète due à une atrophie nasale provoquée.

Revue médicale de l'Est. — (N° 24, 15 déc. 1908.) H. Sogniès : Le cancer à Nancy. — M. Perrin : Nécessité d'organiser à Nancy un service médical de nuit.

Revue neurologique. — (N° 23, 15 déc. 1908.) J.-A. Sicard et Gy : Méningite sarcomateuse à prédominance bulbo-protubérantielle. Cyto-diagnostic rachidien néoplasique. — A. Souques : Tumeurs cérébrales frustes (forme hémiplégique).

Semaine gynécologique. — (N° 50, 15 déc. 1908.) Pichevin : De la douleur dans les inflammations ovaro-salpingiennes. — (N° 51, 22 déc.) Pichevin : Des écoulements non hémorragiques de l'utérus.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (ADMISSIBILITÉ). — Le jury est provisoirement composé de MM. Widal, Ballet, Oulmont, qui acceptent; Dupré, Marfan, Teissier, Barbier, Lenoir, Huchard et Toupet, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Liste des candidats. — MM. Rosenthal, Crouzon, Renaud, Weil (Emile), Vitry, Faure-Baulieu, Flourens, Géraudel, Terrien, Lévi (Léopold), Le Sourd (Louis), Camus, Verliac, Génévrier, Ribierre, Babonneix, Tanon, Rostaine, Nathan (Marcel), Bigart, Lejonne, Armand-Delille, Audistère, Leven, Villaret, Lippmann, Darré, Nattan-Larrier, Agasse-Lafont, Simon (Marie), Dreyfus (Rose), Herscher, Pagniez, Hauser, Deguy, Israël de Jong, Halbron, Bergeron (André), Gaultier (René), Moutier (Richard), Schœfer, Lemaire (Henri), Grenet, Salomon (Moïse), Paris (Amédée), Jomier, Ferrand (J.-B.-Marie), Levy (Fernand), Chiray, Lhermitte, Weill (Benjamin), Courcoux, Detot, Bloch (Louis), Merklen, Boidin, Ramond, Malloizel, Roussy, Ribadeau-Dumas, Bauer, Beaufumé, Laubry, Tixier (Léon), Balthazard, Delamare, Paisseau, Voisin (Edmond), Touchard, Legroux, Le Play, Lemierre, Léri, Froin, Trémolières, Læderich, Louste, Rivet, Claude (Marie), Aubertin, Bensaude, Fouquet, Gaillard (Jules), Pater, Philibert, Bourguignon.

Sont admis de droit à prendre part au concours de nomination les dix candidats dont les noms suivent : MM. Comte, Lortat-Jacob, Kahn (Léon), Decloux, Sainton, Rathery, Hallé, Clerc, Lœper, Coyon.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 8 février 1909 : Mlle Neveux, 12; MM. Lévy (Georges), 8; Lechevallier, 11; Lehmann (Pierre), 7; Toulant, 12; Delagenière, 9; Séjournet, 11; Vallery-Radot, 9.

Prochaine séance jeudi 11 février, à cinq heures.

Anatomie. — Séance du 9 février : MM. Pottecher, 4; Lehmann (Pierre), 3; Viguerie, 6; Labourbette, 7; Malet (Charles), 9; Miriel, 7; Mlle Lenormand, 9; MM. Prélat, 11, Bollack, 7.

Prochaine séance jeudi 11 février, à huit heures du matin.

LES PROTESTATIONS CONTRE LE CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ A L'AGRÉGATION. — Loin de se calmer, le mouvement de protestation des praticiens contre le concours d'admissibilité à l'agrégation s'étend de jour en jour.

Après les médecins des Bouches-du-Rhône, de la région lilloise et de la région parisienne, voici d'autres praticiens qui font entendre leurs protestations.

Le Syndicat départemental des régions de Saône-et-Loire, comprenant 187 membres sur 200 médecins exerçant dans le département, émet le vœu que « soient abolis tous les décrets relatifs à l'admissibilité à l'agrégation qui fait revivre avec tous ses inconvénients le certificat d'études médicales supérieures ».

D'autre part les médecins syndiqués de la région chalonnaise « ont à l'unanimité protesté contre la création d'un certificat d'admissibilité à l'agrégation, et ont prié M. le docteur Caussade d'agir auprès des pouvoirs publics pour faire rapporter une mesure contre laquelle proteste tout le corps médical. »

Les médecins chalonnais ont en outre délégué notre confrère Caussade pour les représenter officiellement dans la prochaine entrevue que les syndicats auront avec le ministre, et nous sommes sûrs que leur protestation aura un éloquent interprète.

Le ministre se rendra-t-il compte enfin des inconvénients que présente le néfaste concours et du danger qu'il y aurait à vouloir le ressusciter ainsi que le bruit en court avec persistance ?

LE CONGRÈS GÉNÉRAL DES VILLES D'EAUX, stations climatériques et plages maritimes de France s'ouvrira le 16 février prochain, à deux heures de l'après-midi, en la salle de la Société d'horticulture, 84, rue de Grenelle. Le Congrès doit durer deux jours, les mardi 16 et mercredi 17 février.

Sont appelées à participer à ce Congrès « toutes les personnalités marquantes et toutes les collectivités qui font partie intégrante de ces villes saisonnières, ou qui s'y intéressent à des titres divers : municipalités, médecins consultants, thermes et casinos, hôteliers et commerçants, syndicats locaux et régionaux, d'une part; et d'autre part, certains membres du parlement, les hydrologues de tout ordre, les représentants de la presse thermale, de la presse médicale et de la presse politique, etc.

Toutes les personnes ainsi qualifiées qui n'auraient pas reçu de cartes d'invitation peuvent en réclamer à M. Lasteyras, maire de Vichy, chargé de l'organisation du Congrès. On trouvera d'ailleurs des cartes d'entrée aux portes de la salle des séances.

L'ordre du jour d'ouverture du Congrès porte les deux objets suivants : Compte rendu des travaux de la Commission exécutive du Congrès de 1905; Projet de fédération des villes d'eaux, plages et stations climatériques françaises.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 205.*)

SUR UN CAS

DE

RYTHMIE SALUTATOIRE D'ORIGINE ÉPILEPTIQUE (1)

Par René CRUCHET,
Professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Bordeaux.

I

Messieurs,

Le petit malade dont nous allons vous entretenir dans cette leçon est un enfant de sept ans, qui nous fut amené le 4 juin dernier pour des crises de salutations d'une espèce toute particulière. Sa mère, qui l'accompagnait, nous donna sur son compte les renseignements suivants :

Dans le courant du mois de janvier 1908, ce jeune garçon perdit un matin subitement connaissance et tomba sur le sol ; au bout de quelques minutes, il se releva sans secours, fit plusieurs pas mal assurés, puis recouvra assez rapidement ses sens, en même temps que sa démarche redevenait normale. Pendant cette attaque, il ne s'était pas mordu la langue et n'avait pas présenté d'incontinence d'urines, ni de matières; mais, dans l'après-midi, quelques heures par conséquent après, il fut obligé de s'aliter, en proie à une somnolence invincible. Il dormit ainsi jusqu'au lendemain d'un sommeil tranquille et profond.

Quelques jours plus tard, il eut d'autres accès, mais de forme bien différente. Soit assis, soit debout, sa tête se fléchissait deux ou trois fois sur sa poitrine, dessinant des salutations successives. Son entourage remarqua qu'à ce moment son regard devenait vague et étrange, mais jamais on ne constata d'écume sur le bord des lèvres, de relâchement des sphincters ou autres symptômes de même signification. Comme ces accès se renouvelaient de quinze à vingt fois par jour, avec une ténacité désespérante, sa famille se décida à le faire soigner à l'hôpital.

Là, dans le service, l'enfant, n'eut pas plus de trois crises; la Sœur de la salle, chargée de les observer, en nota soigneusement les particularités, que voici :

Au cours de la première crise, qui survint deux ou trois jours après son entrée, il était assis à côté de ses petits camarades, quand tout d'un coup il glissa de son siège, le visage légèrement cyanosé. Après une absence très passagère, il revint à lui et reprit sa place, comme si rien n'avait eu lieu. Interrogé, il parut n'avoir gardé aucun souvenir de sa chute.

Quatre jours s'étaient écoulés, lorsque, assis encore sur son banc, on le vit écarter légèrement les bras du corps, ramener les avant-bras au devant de la poitrine et fermer les mains en fléchissant les pouces sous les autres doigts. Son tronc se pencha en avant, sa tête s'inclina, ébauchant une révérence, puis les membres supérieurs se détendirent, reprirent leur position habituelle, tandis que le buste se redressait.

Ces phénomènes avec révérence se reproduisirent trois à quatre fois de suite, chaque salutation étant toujours comparable à elle-même et séparée de la précédente ou de la suivante par un intervalle de temps sensiblement égal. Comme toujours, le malade sembla n'avoir pas eu conscience de ces actes.

Cinq jours après, il exécutait les mêmes gestes dans des conditions identiques, mais un petit ami lui ayant, dès le début, frappé sur l'épaule, il fut rappelé par cette manœuvre à la réalité, et ne put esquisser que deux hochements de tête.

Telles étaient donc les indications qui nous étaient fournies sur l'histoire de la maladie de notre sujet; nous les complétâmes par l'étude des antécédents personnels et héréditaires.

Le père et la mère, bien que n'ayant jamais eu d'attaques convulsives, de manifestations émotives éclatantes, sont des gens très nerveux. Leurs trois autres enfants sont intelligents et jouissent d'une santé parfaite.

Né à terme, à la suite d'un accouchement normal, notre petit malade a été nourri au sein maternel jusqu'à l'âge de dix mois; à deux ans, sans affection antérieure, sans malaise préalable, il fut atteint de convulsions pendant une journée. A partir de cette époque, son corps ne se développa qu'avec lenteur, mais c'est surtout son intelligence qui fut entravée dans son essor. A l'école, cet enfant fut toujours le dernier de sa classe et ne parvint jamais à apprendre à lire. A cinq ans, il contracta la rougeole qui n'eut chez lui aucune gravité.

L'examen physique de cet enfant sera bref. A part un arrêt de développement manifeste qui atteint tout l'organisme d'une façon générale, il ne nous offre rien digne d'être noté. Nous ne relevons chez lui aucune des malformations congénitales ou acquises qu'on a si souvent données comme stigmates de dégénérescence. La température axillaire est de 36°8. Les appareils digestif, respiratoire, circulatoire et urinaire fonctionnent régulièrement. La motilité est intacte, les reflexes sont normaux; la sensibilité n'est pas troublée, sauf peut-être en certains points où l'on note un peu d'hypoesthésie à la piqûre. Encore ce phénomène d'appréciation, toujours difficile chez l'enfant, peut-il être attribué aux perturbations profondes des fonctions psychiques que nous allons maintenant décrire.

En effet, ce qui frappe chez notre petit malade, dès qu'on vient à l'interroger, c'est le peu d'attention qu'il apporte aux questions qu'on lui pose et le peu de jugement dont il fait preuve dans les réponses qu'il émet. Il est impossible de lier avec lui une petite conversation suivie : dès les premiers mots que vous lui adressez, il vous regarde d'une façon hébétée et stupide, témoignant pour ce que vous lui dites l'indifférence la plus absolue. Il est incapable de comprendre ce que vous lui demandez et de penser sainement.

Ses petits camarades de salle, dès son arrivée parmi eux, ont essayé de l'intéresser à leurs jeux, mais ils se sont vite aperçus que ce n'était pas un

(1) Conférence clinique faite à la clinique médicale des Enfants de M. le professeur Moussous, le 20 juin 1908, et rédigée par M. Desqueyroux, interne du service.

compagnon de leur âge. Aussi, reste-t-il isolé, se livrant à des amusements très simples.

Afin d'apprécier plus exactement le niveau de son intelligence, nous l'avons soumis à quelques épreuves. Nous lui avons commandé, en premier lieu, de lire et d'écrire. Nous avons alors constaté qu'il était incapable d'épeler les mots et qu'il ne connaissait même pas les lettres. Quant à l'écriture, bien qu'il réponde sans hésitation qu'il sait écrire, elle est, en réalité, remplacée chez lui par un griffonnage incompréhensible. L'examen scolaire ne pouvant nous donner aucun renseignement, nous nous sommes alors adressé aux tests, dits *psychiques*, qui permettent de juger directement l'intelligence de l'enfant. Ces tests, comme vous le savez, ont été établis empiriquement par Binet et Simon à la suite de multiples recherches sur les enfants normaux aux différents âges : ces auteurs ont ainsi, après beaucoup de tâtonnements, proposé une sorte d'échelle psychique croissante qui, sous forme de questionnaire, s'étend depuis l'âge de deux ans jusque vers la douzième année. J'ai déjà fait justice, dans une monographie récente sur les *Arriérés scolaires*, des critiques vraiment excessives qui avaient été faites à ce mode nouveau de mensuration intellectuelle : tel qu'il est, avec tous ses défauts, il est dans bien des cas, d'une incontestable utilité, ainsi que nous avons déjà pu nous en rendre compte par nous-même à différentes reprises. En particulier, dans le cas présent, nous avons pu constater facilement que cet enfant, âgé de sept ans, répondait très mal aux tests correspondant à son âge; qu'il répondait presque aussi mal à ceux de l'âge de cinq ou six ans; que, dans la série des tests de quatre à cinq ans, il pouvait définir par l'usage seul certains objets les plus usuels, mais qu'il était incapable de copier un carré, de répéter trois chiffres, ou de comparer deux petites boîtes de même couleur, de mêmes dimensions, mais de poids différent; qu'enfin, il ne réussissait sans faute que les tests appropriés à l'âge de deux ou trois ans : c'est-à-dire qu'il a la connaissance verbale des objets simples et de leurs images, qu'il peut répéter deux chiffres qui ne se suivent pas, et une phrase usuelle de cinq à six syllabes, qu'il indique ses nom et prénoms, son sexe.

De ces différents procédés d'investigation, nous sommes en droit de conclure que si l'âge réel de cet enfant est sept ans, on ne peut lui assigner plus de cinq ans au point de vue physique et plus de deux ou trois ans, au point de vue mental.

II

En face de quelle affection nous trouvons-nous, messieurs? Il est évident que nous avons à considérer ici deux sortes de symptômes d'allure clinique différente. Les uns sont, en effet, caractérisés par des chutes avec perte de connaissance, alors que les autres consistent en mouvements de salutation sans troubles marqués de l'équilibration. Je ne m'attarderai pas à discuter le diagnostic des premiers : vous avez déjà reconnu dans la brusquerie de leur début, la pâleur initiale du visage qui les précède, l'obnubilation qui les accompagne, la tendance au sommeil qui les suit, l'amnésie qui les enveloppe, les stigmates irrécusables du petit mal comitial : ce sont évidemment des vertiges épileptiques.

Nous tenons spécialement à attirer votre attention sur les mouvements salutatoires. Ces mouvements demandent à être étudiés à deux points de vue différents, selon que l'on considère leur forme même ou leur variété causale.

En ce qui concerne tout d'abord leur forme clinique et leurs caractères objectifs, il est évident qu'ils offrent un aspect très particulier : ces trois à cinq salutations successives survenant par crises, dans lesquelles les mouvements en révérence se répètent, *à des intervalles de temps égaux, toujours identiques à eux-mêmes, en nombre, en vitesse, en intensité*, ne sauraient passer inaperçus. Et cela est tellement vrai que les premiers observateurs, frappés par la vue de ces salutations répétées, les avaient comparées : les uns, comme Barton ou Bennet, en 1843, à un spasme salutatoire (*spasmus nutans* ou *nictitans*); les autres, comme Clarke, vers la même époque, aux révérences profondes que font les mahométans dans leurs prières (*salaam-convulsion* ou *convulsion de salaam*, devenue ultérieurement *tic de salaam* avec Descroizilles et les Français); d'autres enfin, tel Romberg vers 1850, les ont rapprochées des balancements de la tête en avant « comme font les idoles chinoises ».

Ces comparaisons elles-mêmes prouvent que le caractère *rythmique* de ces salutations n'est pas niable : et c'est ce qui explique vraisemblablement pourquoi l'opinion que nous avons défendue dès 1904, et qui consiste à les classer dans le groupe des *rythmies*, a été si généralement adoptée, tant en France qu'à l'étranger.

Ainsi que nous l'avons montré, en effet, on ne saurait confondre les caractères objectifs des mouvements de ce genre avec ceux de la tiquose. Sans doute, au premier abord, comme les tics de salutation, ils offrent un aspect figuré de salutation tout à fait évident, et leur répétition, comme eux, est aussi insolite qu'absurde; mais les tics *ne sont pas rythmés* : la forme, la « figure » du tic — permettez-moi de le redire une fois de plus — peut être la même dans sa reproduction, n'empêche que ce tic est toujours essentiellement variable dans son amplitude, sa violence, sa fréquence, sa répétition ; par suite il est essentiellement différent d'un mouvement rythmique. Un tic de salutation, par exemple, bien que reproduisant, à chaque fois, le mouvement figuré de salutation, outre qu'il serait vraisemblablement plus brusque, serait tantôt à peine perceptible et tantôt des plus nets, tantôt faible et tantôt intense, tantôt se répétant avec une grande fréquence et tantôt rarement; enfin les intervalles entre chaque secousse salutatoire seraient, suivant les moments, de durée plus courte ou plus longue, c'est-à-dire irrégulière : et ces divers caractères contrastent de la façon la plus absolue avec la régularité de rythme de la salutation que nous offre à considérer ce petit malade.

On ne confondra pas davantage ce rythme saluta-

toire avec la chorée vraie de Sydenham, qui, arythmique par définition même, est tellement différente, qu'il paraît vraiment inutile d'en discuter le diagnostic. Il n'en est pas de même du diagnostic avec ces autres formes limitées de chorée, dites à juste raison *fausses chorées* (Launois) ou encore myoclonies, et qui, lorsqu'elles sont *rythmiques* et localisées à l'extrémité céphalique, peuvent évidemment prêter à quelque erreur; mais certaines de ces chorées, comme la chorée électrique de Hénoch-Bergeron, ne sont nullement rythmiques, et doivent rentrer dans le cadre des tics avec lesquels, ainsi que nous l'avons démontré, il est impossible de les différencier. Quant aux autres, quand elles sont nettement rythmiques, elles répondent à la définition générale des rythmies et doivent, par suite, faire partie de ce groupe, de même que les mouvements salutatoires présentés par notre jeune malade, desquels, au point de vue objectif et clinique, on ne saurait les distinguer.

Ainsi, la question qui nous reste à résoudre, et qui est la plus importante au point de vue pronostique, nous amène à rechercher quelle est la variété causale de cette rythmie salutatoire (1) : les toxi-infections aiguës (en particulier méningite tuberculeuse, fièvre typhoïde, érysipèle, tétanie, impaludisme) et chroniques (syphilis, rachitisme), l'idiotie, l'hystérie, l'épilepsie, ont été, et avec preuves à l'appui, tour à tour incriminées. On a même vu que parfois ce syndrome salutatoire pouvait être d'origine purement réflexe, se montrer au cours d'une dentition difficile ou se produire comme conséquence éloignée de l'helminthiase intestinale. Remontons donc aux sources provocatrices.

Nous éliminons d'emblée les éruptions dentaires, les vers intestinaux, puisque nous n'en observons pas la présence. Les maladies aiguës ou chroniques du genre de celles que nous venons d'indiquer, par leur évolution, leur riche cortège symptomatique, diffèrent totalement des signes rencontrés ici. L'idiotie pourrait être prise en considération plus sérieuse, notre malade présentant un arrêt psychique assez accentué. Toutefois si c'est un arriéré manifeste, ce n'est pas un idiot. En ne le classant pas dans la catégorie des simples débiles, en le rangeant dans le groupe des imbéciles, nous nous montrons suffisamment sévères à son égard; nous pouvons donc écarter encore l'idiotie du cadre de nos recherches : au reste, la rythmie simple de l'idiot est voulue, intentionnelle, accompagnée souvent de bruits respiratoires de satisfaction : chantonnements, murmures, cris, etc.; le visage exprime un plaisir de béatitude parfaite; il n'y a point de fixité de la pupille, ni d'hébétude du regard, ni de perte de la conscience; enfin, ces rythmies ne se montrent pas sous formes de crises comme ici : elles sont continuelles. Penserons-nous dès lors à l'hystérie? Bien que nous ayons pu noter chez notre sujet l'existence en certaines zones d'hypoesthésie, je ne crois pas à l'hystérie, pas plus, du reste, qu'à une de ces *rythmies d'habitude*, comme nous les avons appelées, et qui sont si fréquentes dans le jeune âge. Nous n'observerions pas, en effet, si nous admettions ces hypothèses, cette dilatation pupillaire, cette hébétude de la physionomie, cette pâleur primitive de la face, cet oubli si complet qui caractérisent ces accès de salutations et que nous ont signalés les personnes présentes. Pour ces motifs, nous en arriverons à considérer ces accidents comme des équivalents épileptiques, car ils sont escortés de symptômes épileptiques et se produisent chez un comitial.

Du reste, ces faits, quoique pas très fréquents, sont bien connus aujourd'hui. On sait que ces crises, comme nous l'avons établi, peuvent être constituées par une série de mouvements de salutation qui vont de 2 à 3 (Descroizilles), à 7 (Féré), 7 ou 8 (Barnes), 8 à 10 (Gautiez), jusqu'à 27 (Barnes), 30 (Gautiez), 50 (Willshire) et même 140 (Newnham). La lecture des observations montre que la crise est précédée fréquemment de phénomènes prémonitoires caractéristiques : l'enfant qui jouait est arrêté brusquement au milieu de ses jeux (Gautiez, Descroizilles); ses yeux ont une fixité étrange (Féré), comme égarés (Barnes), puis ils convergent légèrement en même temps que les pupilles se rétrécissent, puis se dilatent plus qu'elles n'étaient avant l'accès (Féré); son visage devient pâle, le jouet qu'il avait à la main lui échappe (Gautiez), puis les mouvements salutatoires ont lieu. Il est assez rare que ces mouvements soient localisés à l'extrémité céphalique seule; ils intéressent aussi plus ou moins le tronc, qui se penche et se redresse alternativement, ou même se balance latéralement, comme dans un cas de Descroizilles. L'équilibre est parfois rompu (Barnes, Decroly), et l'enfant roule à terre. L'incontinence des urines et des matières fécales a été notée pendant l'exécution des secousses rythmiques par Féré et Descroizilles. La conscience, durant la crise, ne serait pas toujours complètement abolie, d'après Barnes, et surtout Gautiez et Descroizilles qui prétendent avoir pu fixer l'attention du sujet. Dès que la crise est terminée, la face de l'enfant reprend sa coloration habituelle et s'endort (Féré), ou bien retrouve sa bonne humeur, sa gaieté (Barnes, Gautiez). Ces crises reviennent chaque jour (Gautiez) et plusieurs fois par jour, jusqu'à 8 et 10 fois (Descroizilles), et même bien davantage. C'est principalement lorsque leur fréquence est considérable qu'on note les signes suivants indiqués par Féré : « Dans certains cas, l'hébétude persiste après l'attaque, et, dans d'autres, il y a en outre un affaiblissement permanent des fonctions intellectuelles... La nature épileptique de cette convulsion limitée est d'autant plus facile à établir qu'on a vu la convulsion partielle se transformer en attaques d'épilepsie vulgaire, et que, d'autre part, le bromure de potassium a pu avoir une action évidente et heureuse ». Il en fut ainsi dans le cas de Barnes.

Pouvez-vous douter d'après cela, messieurs, que l'exemple que je vous présente est exactement de même ordre?

(1) Voir R. Cruchet. Rythmies du cou, in *Traité des torticolis spasmodiques*, 1907, p. 410 à 610.

III

Quelle thérapeutique allons-nous mettre en œuvre pour débarrasser notre malade de sa bizarre affection ? Nous aurons recours à deux ordres de moyens, les uns physiques et moraux, les autres médicamenteux. Parmi les premiers, citons tout d'abord le changement de milieu. En soustrayant cet enfant pendant quelque temps à ses habitudes, en le séparant passagèrement de ses parents, nous opérerons sur son esprit une distraction salutaire, susceptible d'amener une amélioration marquée de son état. Il arrive, en effet, que les sujets d'intelligence aussi faible, à force d'entendre parler des mouvements curieux qu'ils présentent, surajoutent parfois aux mouvements épileptiques vrais, de simples mouvements d'habitude qui simulent les premiers; ce sont ces mouvements d'habitude qui sont aisément influencés par le seul changement de milieu. On peut ainsi faire la séparation de ce qui est comitial et de ce qui ne l'est pas. A ce point de vue, il semble que la simple hospitalisation de cet enfant a eu un effet manifeste puisque, avant tout traitement bromuré, ses crises avaient largement diminué de fréquence. L'hydrothérapie, sous forme de douches tièdes, de bains généraux, de lotions, ajoutera ses effets sédatifs à l'influence heureuse de cette séparation momentanée.

Si toutefois les crises ont diminué, elles n'ont pas disparu entièrement; et celles qui ont été observées sont nettement épileptiques : c'est contre celles-ci qu'agiront les agents médicamenteux, parmi lesquels les bromures doivent occuper la principale place. De tous les bromures, celui de potassium est, à l'avis de la majorité, le plus énergique : certains, cependant, lui préfèrent les solutions polybromurées. C'est donc à l'une ou à l'autre de ces formes que nous nous adresserons. A quelle dose prescrirons-nous le remède? Nous croyons parfaitement inutile d'ordonner des doses fortes. Un gramme de bromure ou de polybromure par jour nous semble une dose suffisante que nous n'espérons pas dépasser. Si toutefois, nous n'observions pas une cessation complète des symptômes, si ceux-ci faisaient de temps à autre des retours offensifs, je n'hésiterais pas à augmenter graduellement la dose jusqu'à leur disparition absolue, c'est-à-dire jusqu'à 1gr50, 2 grammes, peut-être plus. Un point, qui me paraît présenter également une grande importance, consiste dans la durée d'administration du médicament. Vous connaissez le mot de Voisin : « Le bromure doit être l'aliment de l'épileptique. » Vous n'ignorez pas que Legrand du Saulle dénommait ce sel « la muselière de l'épilepsie », ne garantissant le malade contre les morsures de cette névrose que tant qu'il en faisait usage. C'est donc pendant longtemps qu'il faudra en conseiller l'emploi. Cependant, si au bout de quelques mois, nous constatons que tout phénomène morbide a disparu, nous commencerons à diminuer la dose du remède, prêts à reprendre les quantités primitives si la situation ne se maintenait pas. Pour éviter les inconvénients qui résultent de l'usage prolongé du bromure, pour prévenir les accidents cutanés qu'il provoque parfois, nous ferons prendre à notre malade des antiseptiques intestinaux, nous balaierons de temps à autre son tube digestif par des purgations légères. Nous veillerons enfin sur l'état général de cet enfant, et si cet état le demande, l'arsenic, les phosphates, les toniques, les ferrugineux compléteront le traitement dont nous venons de vous esquisser rapidement les grandes lignes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1909)

La médecine des Batakz. — Tel est le titre d'un travail de M. Romer (de Medan, côte est de Sumatra), qu'analyse M. Kermorgant. Les Batakz sont les derniers représentants des tribus anthropophagiques de Sumatra. Ces indigènes ont une grande ressemblance avec les races primitives du Cambodge et du Siam. Ils sont aujourd'hui cantonnés sur un plateau situé dans la montagne de la partie inférieure de l'île et sur les collines échelonnées entre ce plateau et la plaine alluvienne du Deli. M. Romer nous fait connaître des détails intéressants sur les mœurs de ces anthropophages.

Les médecins inspirateurs de Molière. — Nous avons entendu une lecture très intéressante de M. Cabanès sur ce sujet. En voici le résumé :

« Ils furent nombreux et, pour la plupart, sont restés ignorés, les amis du grand comique qui eurent, sur lui et sur son théâtre, une influence qu'il est toujours intéressant de rechercher; mais les médecins, nous devrions peut-être dire les savants, par l'étendue de leurs connaissances, par l'autorité qu'ils pouvaient exercer sur son esprit, reçurent particulièrement accueil auprès de l'illustre dramaturge, qui prêta souvent une oreille déférente à leurs avis.

Parmi ces inspirateurs de sa pensée, il convient de citer trois hommes dont le nom brille d'un vif éclat dans les annales scientifiques du XVIIe siècle : ces trois hommes sont Gassendi, Bernier et Rohault.

Nous reparlerons, un jour, de Gassendi médecin, ou plutôt physiologiste et anatomiste; car son nom est mêlé à l'historique de la circulation du sang, et il a beaucoup contribué à provoquer les recherches de Pecquet, sur la découverte du chyle humain. Molière avait, on en a la preuve, suivi les cours de Gassendi, et il se rencontrait, à ses leçons, avec Chapelle, Cyrano de Bergerac, le prince de Conti, et le plus fidèle peut-être des élèves de Gassendi, Bernier.

Bernier, un des disciples de Gassendi qui lui font le plus d'honneur, fut surtout ce qu'on appelait, au grand siècle, un « curieux » et un intrépide voyageur : il visita la Syrie, l'Egypte, la Perse, l'Etat du Grand Mogol, fut à la fois le médecin et l'historien de l'empereur Aureng-Zeb, dont il avait su conquérir la faveur et gagner les bonnes grâces. Du fond de l'Orient, il adressait à ses amis de France des lettres philosophiques pleines de charme et d'érudition.

Bernier n'était de retour d'Orient que depuis peu de temps et déjà tout était plein de ses récits sur les pompes et les cérémonies de ce pays. On sait avec quelle passion l'écoutait La Fontaine : jamais le fabuliste ne manquait aux lieux où devait se trouver le célèbre voyageur. Bernier, donc, venait de rentrer en France, lorsque Molière introduisit, dans le *Bourgeois gentilhomme*, la fameuse cérémonie du Mamamouchi. Il n'est pas douteux pour nous qu'il faille voir là un résultat de l'influence de Bernier. Lisez, en effet, dans Bernier, le récit des cérémonies orientales; passez ensuite au *Mama-*

mouchi de Molière ; et vous constaterez l'analogie : toutes les parties comiques, les seules dont Molière eut besoin, on en trouve le germe dans la relation de notre voyageur.

Molière était, en outre, en commerce d'amitié avec un savant, célèbre en son temps, mais qui, de nos jours, est quelque peu oublié : nous voulons parler de Rohault, Jacques Rohault, physicien plus que médecin, celui-là même qui tint Molière si bien au courant des découvertes de Harvey sur la circulation (1).

Vous vous rappelez que, dans le *Malade imaginaire*, Molière prend, contrairement à l'opinion la plus répandue, même dans le monde scientifique d'alors, le parti des « circulateurs ». Or, le *Malade* est de 1673 et non seulement Molière avait pu se renseigner auprès de Rohault, mais, à cette date, il devait avoir lu le gros in-4° publié par son ami, deux ans auparavant, et dans lequel est admirablement exposée la théorie de la circulation.

Cet ouvrage, qui eut un grand retentissement, était intitulé : *Traité de physique*, et par physique on entendait, au XVIIe siècle, ce que nous nommerions aujourd'hui toute science positive. Dans la préface, très hardie pour l'époque, de son livre, l'auteur plaide en faveur des raisonnements « basés sur des vérités de mathématiques et sur des expériences certaines ». Molière n'a fait que vulgariser ces idées dans le *Malade imaginaire*, où se retrouve, en maints endroits, l'influence du livre de Rohault qu'il venait de lire. Souvenez-vous du fameux passage, si souvent cité :

Mihi a docto doctore
Demandatur causam et rationem quare
Opium facit dormire.

A quoi respondeo
Quia est in eo
Virtus dormitiva,
Cujus est natura
Sensus assoupire.

Est-il satire plus vraie, sous une forme bouffonne, de la méthode scolastique, qui servit si souvent de cible aux épigrammes de l'auteur comique ?

Tout le monde connaît les vers de Thomas Corneille, attribués parfois à Molière :

Quoi qu'en dise Aristote et sa docte cabale,
Le tabac est divin ; il n'est rien qui l'égale.

Le frère du grand Corneille n'a fait que paraphraser là le passage du *Festin de Pierre*, qui commence par ces mots : « Quoi qu'en puisse dire Aristote et toute la philosophie... »

Mais Molière, lui-même, où avait-il pris son bien ? Nous allons vous le dire.

En 1625, alors que le tabac donnait lieu à toutes sortes de controverses entre les savants, il parut, à Lyon, un *Traité du tabac ou nicotiane, panacée, petun, autrement herbe à la reine*, traduit d'un livre latin de Jean Néander. Molière eut-il connaissance de ce livre, il serait hasardeux de l'affirmer, et pourtant, tout nous porte à le présumer (2).

Cette longue apologie du tabac commençait par ces mots : « L'axiome qu'Aristote... » Comparez avec la phrase précitée et concluez !

Il y avait, d'ailleurs, dans le livre de Jean Néander, bien d'autres singularités, qui durent, si elles lui tombèrent sous les yeux, selon toute probabilité, divertir beaucoup Molière, ne fût-ce que les deux *pourtraitures* du tabac, mâle et femelle, accompagnées de ces deux légendes respectives :

I

Je suis le tabac masle, enflé de noms superbes,
Comme Herbe de la Reine ou la Reine des herbes.

II

Je suis tabac femelle, et en vertus j'égale
Quelle plante qu'il soit, mais j'excepte mon masle.

Molière, en parcourant ce singulier livre, ne put manquer d'être mis en belle humeur, et, qui sait, cela nous valut, peut-être, la célèbre tirade sur le tabac ?

Au résumé, Molière, comme il l'a déclaré sans ambages, puisait à toutes les sources, se *documentait*, comme nous dirions, dans tous les livres, auprès de tous ses amis. Tout ce qu'il entendait, tout ce qu'il lisait, il se l'appropriait ; mais, comme on l'a fort justement dit, « il prête aux choses revivifiées dans ses pièces un relief que peut-être nul autre que lui n'eût aperçu dans leur réalité première. »

L'art sera toujours, quoi qu'on prétende, supérieur à la photographie, et il importe peu de faire quelques emprunts à autrui quand on communique une vie nouvelle à des objets inanimés, lorsqu'on crée alors qu'on paraît se ressouvenir ; mais c'est le propre d'un génie comme Molière de réaliser ce prodige. »

Sténose du larynx. — M. Sieur nous communique deux cas de sténose du larynx traités par la laryngotomie et la dilatation progressive caoutchoutée.

Traitement curatif des spasmes à forme grave de l'œsophage par l'œsophagoscopie. — M. Guisez, en son nom et au nom de M. Delherme, lit une note sur ce sujet.

L'œsophagoscopie, dit-il, permet non seulement d'arriver au diagnostic précis des lésions œsophagiennes, mais elle est entrée maintenant dans la thérapeutique d'affections jusque-là incurables.

On sait combien est grave la contracture spasmodique de l'œsophage puisqu'elle peut amener la sténose complète de ce conduit et même en imposer pour un cancer.

Après avoir posé un diagnostic précis grâce à l'œsophagoscope, les auteurs ont entrepris un traitement qui a consisté en dilatations progressives jusqu'au n° 60 de la filière ordinaire et en l'application locale de courants de haute fréquence.

Chez 9 malades dont 7 atteints de cardio-spasme à forme grave, avec cachexie, inanition et dilatation souvent considérable de l'œsophage, ils ont appliqué systématiquement ce traitement, et ils ont obtenu une guérison complète dans 7 cas et une amélioration notoire dans les 2 autres cas.

Hygiène. — M. Henrot (de Reims) fait une communication sur des questions d'hygiène de l'enfance.

Traitement des névralgies faciale, sciatique et autres. — Parmi les présentations, nous signalerons celle qu'a faite M. Gréhant d'une note de M. Ostwalt qui, il y a quatre ans, a préconisé à l'Académie de médecine les injections profondes d'alcool. Tout le monde reconnaît aujourd'hui l'efficacité de cette méthode contre les névralgies faciales, même les plus rebelles. Elles agissent par l'interruption de la conductibilité du nerf atteint et par la mise au repos temporaire du centre cortical de la sensibilité.

L'auteur a réussi à améliorer la méthode grâce à des recherches expérimentales poursuivies depuis un an, sur des séries de lapins, dans le laboratoire physiologique de M. le professeur N. Gréhant. Il a étudié l'action sur le tronc du nerf facial, d'autres substances que l'alcool. C'est l'acide phénique en solution glycérinée, seul ou joint à l'alcool, qui lui a donné des résultats bien supérieurs à l'alcool. L'inter-

(1) Nous aurions pu également parler de G. Naudé, le bibliothécaire de Mazarin, celui que Saint-Evremond appelait *le joli philosophe* ; de Nicolas Liénard, qui devint doyen de la Faculté en 1680 ; enfin, du plus connu de tous ceux qui ont mérité de passer à la postérité sous le qualificatif de « médecins de Molière », le docteur Mauvillain ; mais ce sont faits connus et qu'il nous a paru superflu de rééditer. (Cf. la biographie de Chereau et l'ouvrage de Maurice Raynaud, etc.)

(2) Cf. dans le *Magasin pittoresque*, 1872 : « Molière, ses amis et le livre de Jean Néander sur le tabac ».

ruption de la conductibilité nerveuse dure deux à trois fois plus longtemps qu'avec l'alcool seul et les chances d'une guérison définitive augmentent d'autant.

En variant le titre de la solution d'acide phénique de 7 1/2 à 50 p. 100, on arrive à doser exactement l'effet des piqûres. Cela permet d'étendre le bénéfice de ce traitement admirable aux névralgies périphériques de nerfs mixtes et d'y supprimer juste l'élément douleur sans le moindre danger pour la fonction motrice du membre. L'auteur a guéri ainsi, par une ou quelques piqûres, en l'espace de quelques jours, des sciatiques fort chroniques.

L'acide phénique a encore le précieux avantage d'agir sur le nerf sans douleur.

Applications curatives de la lumière solaire. — A signaler aussi la présentation qu'a faite M. Hallopeau d'une note de M. Artault (de Vevey) qui le premier, en France, a pratiqué les cures de soleil.

Les bains de soleil tant vantés présentent de nombreux inconvénients, aussi, le docteur Artault modifia-t-il la technique des applications de lumière solaire pour les rendre pratiques en tous lieux, en toute saison et pouvoir en porter l'action sur les points lésés. A cet effet, il fit construire des appareils spéciaux dits *héliophores* : lentilles biconvexes à long foyer, montées et mobiles, pour être inclinées et recevoir les rayons dans toutes les positions. Ils concentrent les faisceaux de lumière sur les lésions locales mêmes (arthrites, ostéites, adénites, orchites, laryngites tuberculeuses, métrites catarrhales et parenchymateuses, eczémas, néoplasmes). Pour éviter l'action calorifique on interpose entre le soleil et le miroir un *verre bleu*, et on ne place pas la lésion au foyer même de la lentille.

Les statistiques du docteur Artault sont des plus encourageantes, pour l'avenir de la *Chirurgie conservatrice*.

En tout cas, la méthode du docteur Artault (de Vevey) a l'avantage de pouvoir être appliquée en tous lieux, à domicile, et en toute saison avec le même succès, comme il le pratique depuis cinq ans. Il n'y a de différence entre l'été et l'hiver que dans la durée des séances.

PRATIQUE MÉDICALE

LE PRURIT VULVAIRE ET SON TRAITEMENT

Par M. Fleuriot.

Il y a peu d'affections aussi tenaces et aussi pénibles que le prurit vulvaire. On le rencontre à toutes les périodes de la vie génitale. Chez les fillettes, il se manifeste à la puberté, chez les femmes adultes, à l'occasion d'un simple écoulement leucorrhéique, ou bien au moment de la ménopause.

Les femmes qui sont atteintes de prurit vulvaire ont parfois des crises paroxystiques absolument *insupportables*. Ces crises apparaissent sous l'influence des causes les plus banales, chaleurs, mouvements, écarts de régime, rapports sexuels. Chez certaines malades l'affection est tellement pénible qu'elle retentit sur l'état général et comporte alors un grave pronostic. « Privées de sommeil, en proie à une sorte d'angoisse nerveuse et d'abattement, les malades éprouvent de la gêne, de la honte, ont de véritables crises de désespoir et s'acheminent vers la neurasthénie ou le suicide (1). »

En général il ne s'agit là que d'un symptôme, et le prurit vulvaire doit faire rechercher l'existence d'une affection métritique ou vaginale. Il doit aussi faire songer aux végétations, aux parasites, à une affection de l'urèthre. Dans certains cas, il est simplement la manifestation d'une maladie *générale*, goutte, diabète, alcoolisme, dyspepsie, ou bien d'une névrose.

(1) P. Dalché, Leçons cliniques, in *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 janv. 1908.

Dans ces conditions, le traitement du prurit vulvaire offre de réelles difficultés, car il faut nécessairement poser un diagnostic ferme, pour traiter la lésion initiale ou la diathèse.

Mais il faut agir, en même temps, sur l'élément prurigineux, et, si les moyens thérapeutiques ne manquent pas, beaucoup d'entre eux sont malheureusement inefficaces. Le menthol, le gaïacol, les poudres asséchantes et dialgésiques ont été employés sans grand succès, et il nous semble plus logique, pour obtenir des résultats de longue durée, d'agir sur la muqueuse vulvo-vaginale par des moyens modificateurs directs.

Nous avons ainsi obtenu dans plusieurs cas de bons résultats.

Aux injections vaginales journalières, prises chaudes et dans le décubitus avec une solution antiseptique, nous joignons les bains de siège émollients, tempérés, et durant cinq minutes. Comme remède actif, nous utilisons le thigénol. Ce médicament est d'abord un antiprurigineux qui donne de bons résultats en dermatologie; il est, en outre, décongestif et analgésique.

Nous l'utilisons de 2 façons différentes :

Quand il existe de la vulvo-vaginite ou des troubles métritiques, nous employons tous les jours des tampons d'ouate trempés dans de la glycérine thigénolée à parties égales (50 p. 50). Nous surveillons ainsi les lésions et nous pouvons agir sur les ulcérations cervicales et l'endométrite, par des cautérisations préalables à la teinture d'iode ;

Quand il n'existe pas d'infection vagino-métritique, nous faisons placer par la malade elle-même, chaque soir, un ovule Roche au thigénol et, pour la journée, nous ordonnons la pommade suivante :

Thigénol	2 grammes.
Vaseline	8 —

Chez les fillettes, nous nous bornons à faire placer sur la vulve et toute la région prurigineuse, anus, partie supérieure des cuisses, etc., des compresses d'eau thigénolée (30 p. 100).

Par ces divers moyens, le prurit ne tarde pas à disparaître et l'amélioration obtenue est de longue durée. Cela tient d'abord à ce fait que le remède employé est un sédatif direct, mais surtout à l'influence décongestive et modificative qu'il exerce sur la muqueuse vulvo-vaginale. Les écoulements séreux qu'il amène, ayant leur source dans cette muqueuse, modifient par leur production permanente l'état vasculaire, nerveux et glandulaire, d'où la disparition des démangeaisons habituelles.

Le thigénol est donc, à notre avis, non seulement un remède symptomatique antiprurigineux, mais un agent de transformation locale et pour ainsi dire anatomo-pathologique.

Dans les cas où le prurit est lié à des lésions utérines ou vaginales, l'amélioration obtenue est souvent plus rapide parce qu'alors le thigénol fait disparaître directement la cause morbide connue.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'analyse chimique biologique, pathologique et clinique (1), par M. E. Barral, professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

Ce volume complète la série des précis du même auteur parus précédemment et consacrés aux analyses chimiques qualitative, quantitative et chimique biologique générale.

Le présent ouvrage traite de l'analyse de l'urine, du sang,

(1) In-16 de 545 pages avec 2 planches en couleur et 150 figures. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

des liquides pathologiques, du lait, des sécrétions digestives; écrit tout à la fois pour les étudiants, les médecins praticiens et les pharmaciens chimistes, il constitue un manuel pratique permettant de résoudre les problèmes d'analyse biologique, reconnus aujourd'hui comme fondamentaux pour la clinique. L. GAYARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — Les récompenses suivantes sont décernées aux personnes dont les noms suivent qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux pour les eaux minérales en 1907 :

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Bonnard, médecin au Mont-Dore et Percepied, médecin à Rouen, pour leur ouvrage en collaboration la « Gaule thermale ».

M. le docteur Fleury, professeur de matières médicales à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes, pour son « Précis d'hydrologie » (eaux potables et eaux minérales).

Rappel de médaille de vermeil. — M. le docteur Pelon, médecin à Montpellier, pour son travail sur la « Thérapeutique hydro-minérale des maladies vénériennes ».

Médailles d'argent. — M. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie à Paris, pour ses « Recherches sur les eaux minérales des colonies françaises ».

M. Fleig, préparateur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, pour ses « Recherches sur les eaux minérales, sérums artificiels, milieux vitaux ».

Rappels de médailles d'argent. — M. le docteur Bouloumié, médecin consultant à Vittel, pour ses divers travaux et son livre sur l' « Artério-sclérose et l'arthritisme à Vittel ».

M. le docteur Lamarque, médecin à Bordeaux, pour son travail sur les eaux de Castéra-Verduzan.

Médailles de bronze. — M. le docteur Leuret, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour son « Etude sur la valeur thérapeutique des eaux et boues de Barbotan ».

M. Nodon, docteur ès sciences à Bordeaux, pour ses « Considérations sur la radio-activité des sources hydro-minérales ».

M. le docteur Roux, médecin consultant à Saint-Nectaire, pour ses « Causeries sur l'albumine, les albuminuriques et Saint-Nectaire ».

M. le docteur Sollaud, ancien médecin principal de la marine, médecin consultant à Vichy, pour ses « Recherches sur la lithiase intestinale et le traitement des congestions hépatiques chroniques des pays chauds ».

M. le docteur Susini, médecin de colonisation à Berrouaghia (Algérie), pour son « Etude des eaux de Hammam-Berrouaghia ».

MM. les docteurs Tardif, médecin consultant au Mont-Dore, et Sersiron, médecin consultant à la Bourboule, pour leur travail en collaboration sur les « Indications respectives du Mont-Dore et de la Bourboule ».

M. le docteur Therre, médecin chef de la maternité de l'hôpital de Vichy, pour son ouvrage sur les « Applications des eaux de Vichy dans les maladies utérines et dans la grossesse pathologique ».

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — Le vendredi 22 janvier 1909, a eu lieu, à l'hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de M. le docteur Péraire, l'assemblée constitutive de la Societé des chirurgiens de Paris.

La nouvelle Société, composée de membres titulaires, honoraires, correspondants nationaux et étrangers, a pour objet exclusif : « L'étude théorique et pratique de la science chirurgicale et de tout ce qui se rattache à son évolution. »

Les statuts en ont été approuvés et signés par les chirurgiens.

Les séances de la Société, qui sont publiques, ont lieu le vendredi, à quatre heures trois quarts, hôtel des Sociétés savantes, salle F, rue Danton, 8.

Le bureau pour l'année 1909 a été ainsi constitué : président, M. Cazin (Maurice); vice-président, M. Le Bec (Edouard); secrétaire général, M. Ozenne (Emile); secrétaire général adjoint, M. Lœwy (Robert); secrétaires des séances, MM. Bonneau (Raymond) et Dupuy de Frenelle (Paul); trésorier, M. Delbet (Paul); trésorier adjoint, M. Judet (Henri); archiviste, M. Péraire (Maurice).

EXPOSITION INTERNATIONALE DE L'EST DE LA FRANCE (NANCY, 1909). — Cette exposition aura lieu à Nancy, de mai à novembre 1909.

En raison de l'éclat que lui donne son passé historique et les Industries dont elle est le centre, Nancy, demeurée capitale de la Lorraine. est sûre de voir visiteurs et exposants affluer à son exposition, qui sera une des plus grandes manifestations industrielles et commerciales qui se soient produites.

Un groupement réunira les industries suivantes :

CLASSE 15. — *Instruments de chirurgie et de médecine ;*

CLASSE 42. — *Produits chimiques ;*

CLASSE 45. — *Arts pharmaceutiques et parfumerie ;*

CLASSE 69. — *Hygiène.*

La galerie affectée au groupement ci-dessus est une des mieux située, dans la galerie centrale, à gauche de la Salle des Fêtes.

Un Congrès intéressant une des branches ci-dessus (le Congrès de pharmacie) aura lieu cette année à Nancy pendant la durée de l'exposition.

M. A. Girard, 20, rue Saint-Lazare, à Paris, est délégué pour l'organisation matérielle de ces classes.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANGINE DE POITRINE (1)

DIAGNOSTIC. — On distinguera facilement l'angine de poitrine des *névralgies* brachio-thoraciques et intercostales; car dans celles-ci, la douleur a un siège superficiel, elle est permanente avec des paroxysmes spontanés; on la provoque par la pression à certains points; cette douleur n'a pas un caractère angoissant.

La *névralgie diaphragmatique* se caractérise par une douleur au niveau de la dixième côte gauche avec propagation le long du bord gauche du sternum (nerf phrénique) parfois jusqu'au cou ; il n'y a pas d'angoisse.

La *pleurésie diaphragmatique* gauche détermine cette même douleur dans le domaine du nerf phrénique; elle s'accompagne de dyspnée et de fièvre.

L'*arythmie angoissante paroxystique* (Huchard) survient par accès; mais il n'y a ni véritable douleur, ni irradiations brachiales. L'arythmie est d'ailleurs rare dans l'angine.

Pour les *crises dyspnéiques* des asthmatiques ou des cardiaques, l'erreur est impossible, puisque dans l'angine de poitrine, il n'y a pas de dyspnée.

La seule difficulté du diagnostic consiste à différencier de l'angine de poitrine les *fausses ou pseudo-angines de poitrine,* et ce diagnostic a une importance capitale puisque le pronostic lui est intimement lié. En effet, l'angine de poitrine coronarienne se termine presque toujours par la mort, tandis que les pseudo-angines se terminent presque toujours par la guérison.

Dans l'*aortite* subaiguë avec névrite du plexus cardiaque, les crises de fausse angine surviennent au repos aussi bien qu'après un effort; elles sont plus longues, accompagnées habituellement de dyspnée. Dans l'intervalle des accès, le malade a des douleurs permanentes rétro-sternales ou inter-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 14, p. 165.

costales. La *péricardite* aiguë détermine aussi parfois une névrite du plexus cardiaque avec douleur précordiale paroxystique, angoisse et irradiations brachiales; mais on constate de la dyspnée, et les signes physiques d'une péricardite. Ces faits d'angine de poitrine par névrite du plexus cardiaque constituent une sorte de transition entre l'angine de poitrine coronarienne et les fausses angines de poitrine ou angines fonctionnelles. Celles-ci sont très nombreuses; elles dépendent d'une intoxication ou sont nerveuses et réflexes.

L'angine de poitrine *tabagique* est fréquente, mais il faut distinguer avec Huchard : 1° l'angine scléro-tabagique qui résulte de la sclérose coronaire produite par l'intoxication et qui est donc une véritable angine coronarienne ; 2° l'angine gastro-tabagique résultant des troubles digestifs produits par le tabac ; 3° l'angine spasmo-tabagique qui a pour cause un état spasmodique des artères coronaires sans lésion du myocarde, ce spasme étant provoqué par l'action du tabac sur les vaisseaux. Les accès d'angine spasmo-tabagique sont le plus souvent spontanés, rarement provoqués, ils s'accompagnent toujours de troubles dans le fonctionnement du cœur (tachycardie ou bradycardie, intermittences, arythmie, palpitations) et d'accidents divers d'intoxication tabagique (vertiges, troubles gastriques et respiratoires) ; souvent cette angine prend la forme vaso-motrice avec pâleur de la face, resserrement du pouls, tendance syncopale, sueurs froides et refroidissement des extrémités ; elle disparaît quand le malade cesse de fumer.

Les pseudo-angines *névrosiques* sont des manifestations douloureuses précordiales (précordialgies) sans aucune relation avec une lésion des artères coronaires. Dans l'*hystérie*, les accès sont spontanés, souvent périodiques, nocturnes, revenant à la même heure. La douleur précordiale avec angoisse s'accompagne d'autres manifestations nerveuses telles que dyspnée, polypnée, soupirs, spasmes diaphragmatiques. La malade crie, s'agite, est tapageuse, ne craint pas l'effort. « Elle répète qu'elle va mourir et elle ne meurt pas » (Huchard). Ces crises, plus bruyantes que dangereuses, sont habituellement beaucoup plus longues que les crises d'angine coronarienne.

Chez les *neurasthéniques*, la névralgie des nerfs cardiaques se traduit par des douleurs moins franchement paroxystiques que l'angine coronarienne et de plus longue durée ; on constate des points douloureux à la pression, à la paroi précordiale, sur le trajet des nerfs intercostaux ou des nerfs phréniques (Huchard).

Parmi les pseudo-angines *réflexes*, la plus fréquente est liée à des *troubles digestifs*. L'accès survient après les repas, quelquefois peu après, plus souvent trois ou quatre heures plus tard ; la douleur précordiale et l'angoisse coïncident avec des phénomènes vaso-moteurs : vertiges, bourdonnements d'oreilles, sueurs froides. Les accès durent assez longtemps et se terminent quelquefois par une lipothymie ou d'abondantes évacuations gazeuses. On constate presque toujours une dilatation du cœur droit avec hypertension pulmonaire et retentissement du second bruit pulmonaire, surtout lorsque les crises sont longues et fréquentes.

Comme autres angines de poitrine réflexes, on peut signaler celles qui surviennent à la suite de névrites dans le plexus brachial, à la suite de pleurésie sèche (Rauzier), d'accouchement (Armaingaud).

Pour distinguer des fausses angines de poitrine l'angine coronarienne, on se rappellera les trois lois données par Huchard : Toute angine de poitrine produite par un effort, une marche rapide est une angine coronarienne. Lorsqu'un malade ayant des crises provoquées par l'effort en a de spontanées pendant la nuit, c'est encore un angineux vrai. Les douleurs thoraciques provoquées par la pression ne sont pas des douleurs d'angine coronarienne.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — L'angine de poitrine par coronarite est très grave ; la mort en est la conséquence ordinaire et souvent c'est une mort subite. Cependant on a vu des malades ayant des accès d'angine de poitrine vivre plusieurs années avec une hygiène et un traitement bien suivis.

Les fausses angines de poitrine sont d'un pronostic bénin; la mort subite est absolument exceptionnelle. Elles guérissent d'ordinaire par la suppression de la cause et un traitement approprié.

Comme traitement de l'accès, on conseillera le repos absolu dans la position assise, les inhalations de nitrite d'amyle (III à VI gouttes sur un mouchoir) qui dilate les vaisseaux et diminue l'hypertension. La trinitrine a une action moins rapide, mais plus persistante. On fera une saignée en cas d'œdème pulmonaire, des injections de caféine ou d'huile camphrée en cas de syncope. Dans l'intervalle des accès, il faudra instituer le régime des artério-scléreux, prescrire la trinitrine ou l'iodure de sodium ; le malade devra éviter les efforts, les émotions, les écarts de régime.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — Si le malade succombe malgré ce traitement, on trouve le plus souvent à l'autopsie des lésions des artères coronaires habituellement associées à des lésions de l'aorte et à de la sclérose du myocarde. La *coronarite* peut être limitée aux orifices des coronaires; une plaque d'aortite localisée à ce niveau rétrécit le calibre d'une ou des deux artères. La coronarite, sur le tronc du vaisseau, atteint le plus souvent le tronc de la coronaire gauche et surtout la branche interventriculaire antérieure au-dessous du point où cette branche se détache du tronc principal. Quelquefois, ces lésions sont discrètes et il faut pratiquer au rasoir des coupes parallèles perpendiculaires au trajet du vaisseau pour trouver la plaque calcifiée qui rétrécit le calibre de l'artère (Brault et Marie). Quelquefois l'artère est oblitérée par un caillot. Au microscope, on constate une endartérite avec épaississement scléreux et même calcaire de la paroi interne, l'infiltration de la tunique moyenne et de la membrane adventice par du tissu fibreux.

Dans quelques cas, le *plexus cardiaque* présente des lésions de névrite. Il s'agit tantôt d'une névrite aiguë consécutive à une péricardite ou à une aortite aiguës, tantôt d'une névrite chronique.

Les théories proposées pour expliquer l'angine de poitrine sont très nombreuses ; Huchard en énumère 80. Aujourd'hui, deux seulement sont en présence : l'une qui attribue l'angor pectoris à une névrite du plexus cardiaque, l'autre qui rattache ce syndrome à la coronarite. Il est bien certain que la *névrite du plexus cardiaque* a été constatée dans quelques cas par Lancereaux, Peter ; mais cette théorie ne s'applique qu'à un petit nombre de faits et il est préférable de ranger ces faits dans la catégorie des fausses angines de poitrine. Cependant, Gilbert et Garnier (*Presse méd.*, 13 oct. 1900) ont admis récemment encore cette pathogénie ; d'après ces auteurs, l'angine de poitrine grave, l'angine dite coronarienne, est une névralgie ou une névrite du plexus cardiaque d'origine toxémique ; l'angine de poitrine des artério-scléreux est d'origine urémique. Toutes les autres angines de poitrine peuvent s'expliquer par une intoxication et c'est le plexus cardiaque qui est en cause.

La *théorie coronarienne* est toutefois la plus admise aujourd'hui ; par suite du rétrécissement des artères coronaires, les parois cardiaques reçoivent une quantité de sang qui peut être suffisante tant que le cœur est soumis à un travail peu considérable ; mais vienne un effort, une émotion, le travail du cœur est augmenté brusquement, l'irrigation devient insuffisante et la crise éclate. La sténose coronarienne détermine une ischémie du myocarde et met le cœur en état de méiopragie; Potain a comparé les accès angineux par ischémie du myocarde à la claudication intermittente des chevaux par sténose des artères iliaques. Huchard est le défenseur le plus ardent et le plus convaincu de cette théorie coronarienne; quelques auteurs admettent encore deux variétés d'angine de poitrine, l'angine des lésions coronariennes et celle des lésions ou troubles fonctionnels du plexus cardiaque ; d'après Huchard, c'est commettre une erreur historique, une erreur nosologique et une erreur clinique que de distinguer plusieurs angines de poitrine ; il n'y en a qu'une seule, l'angine coronarienne.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traités de méd.* ; — *Manuel des maladies de l'appareil circulatoire et du sang.* — BARIÉ. *Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte.* — HUCHARD. *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*, t. II. — PARROT. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, t. V.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 18. — SAMEDI 13 FÉVRIER 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 13 FÉVRIER 1909. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (ADMISSIBILITÉ). — Le jury est provisoirement composé de MM. Widal, Ballet, Oulmont, Dupré, Marfan, Teissier, Lenoir, Huchard et Toupet, qui acceptent, et Barbier, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 11 février 1909 : MM. Pizon, 8; Tissier, 11; Mlle de Jong et MM. François (René), 10; Rolland, 11; Turquety et Léger, 8.

Anatomie. — Séance du 11 février : MM. Chatelin (Ch.), 12; Vincent (René), 8; Pruvost (Pierre), 11, Bernard, 8; Gendron, 11; Bith et Métivet, 10; Baumgartner, 9; Logre, 12.

Prochaine séance samedi 13 février, à huit heures du matin.

— CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN A L'HOSPICE DE BRÉZIN. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Brissy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Mutations :

Médecins-majors de première classe. — MM. Lévy, maintenu à l'hôpit. de Belfort; Vachez, passe à l'hôpit. de Toul; de Casaubon, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Montauban; Farganel, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Nice; Moingeard, à l'hôpit. de Belfort.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Boucabeille, passe au 50e d'inf.; Bichelonne, au 111e d'inf.; Gauran, au 59e d'inf.; Brice, au 7e chass. à cheval; Séguinaud, à la direction du service de santé du 18e corps d'armée; Baills, au 9e escadron du train des équipages; Bierer, à l'hôpit. de Versailles; Pascal, au 5e génie; Dugrais, au 4e bat. d'inf. légère d'Afrique.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Yvernault, passe au 147e d'inf.; Gèzes, au 100e d'inf.; Autour, au 6e génie; Gobinot, au 2e tirailleurs algériens; Bellot, affecté pour ordre à l'hôpit. du Dey, à Alger; Dorange, passe aux hôpit. de la division d'Oran.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Lubet, passe au 142e d'inf.; Bergeret, à l'Ecole milit. d'inf. de Saint-Maixent; Junquet, au 9e dragons.

Prolongation de séjour aux colonies : M. Letainturier de la Chapelle, médecin-major de deuxième classe, aux troupes de l'armée de terre détachées en Indo-Chine, est autorisé à accomplir, dans cette position, une quatrième année.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Carcopino (de Verneuil) est nommé chevalier de la Légion d'honneur au titre civil : vingt-huit ans de services gratuits à la gendarmerie.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. — Nous sommes priés de rappeler à MM. les rapporteurs du XVIe Congrès international de médecine que les manuscrits des rapports doivent être envoyés jusqu'au 28 février 1909, tout dernier délai, au bureau du Congrès, VIII, Eszterhazy-utca, 7, à Budapest (Hongrie). — Nous rappellerons encore que la cotisation pour cette Assemblée scientifique est de 25 couronnes, valeur austro-hongroise, qu'on doit envoyer par mandat-poste à M. le professeur Dr. de Elischer, trésorier du Congrès, VIII, Eszterhazy-utca, 7, à Budapest.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie de Paris aura lieu le jeudi 18 février, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne dans le service de la clinique.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La Société clinique de médecine mentale se réunira à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, amphithéâtre du service de l'admission, le lundi 15 février 1909, à trois heures et demie précises.

MONUMENT VICTOR CORNIL. — M. Fallières, président de la République, vient de faire remettre au comité la somme de 300 francs.

La souscription qui dépasse 27000 francs, à l'heure actuelle, sera close dans un délai prochain.

Nous rappelons que les souscriptions sont reçues, à Paris, chez M. Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, et à Cusset (Allier), chez M. Dames Combe.

SOUSCRIPTION INTERNATIONALE POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A E.-J. MAREY. — L'association internationale de l'Institut Marey a pris l'initiative d'ouvrir une souscription pour élever, au siège même de l'Institut Marey, un monument au grand savant créateur de la méthode graphique, du chronophotographe, devenu le cinématographe, et qui par ses recherches sur le vol des oiseaux est le précurseur de l'aviation.

A l'étranger un grand nombre d'adhésions ont déjà été recueilies.

En France, un Comité de patronage s'est formé sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'Instruction publique et la présidence effective de M. Chauveau, membre de

l'Institut, pour faire appel aux anciens amis, élèves et admirateurs de Marey, et réunir les souscriptions destinées à assurer au savant disparu un témoignage d'estime et de reconnaissance digne de ses travaux qui ont illustré la science française.

Les souscriptions pourront être adressées à M. Carvallo, à l'Institut Marey (parc des Princes, à Boulogne-sur-Seine), ou à la librairie Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

LIVRES NOUVEAUX

L'Etude expérimentale de la rage (1), par le docteur Auguste MARIE.

L'auteur consacre ce volume à l'étude expérimentale de la rage et, laissant de côté la partie clinique, il montre tout ce que le traitement de cette affection doit à l'étude expérimentale telle que l'avait conçue Pasteur. Dans les premiers chapitres il étudie la transmission expérimentale de la rage, puis les modifications que subit le virus rabique dans sa virulence selon les milieux animaux par lesquels on les fait passer, et montre le siège du virus rabique dans l'organisme. Il aborde ensuite l'anatomie pathologique de la rage, en montre les lésions macroscopiques et les lésions microscopiques du système nerveux et termine par une étude très détaillée des corpuscules de Negri et en conclut que si l'on trouve ces corpuscules dans les cerveaux de presque tous les animaux atteints de rage, il faut bien reconnaître que ces formations ne sont pas nettement spécifiques de cette infection. Puis, il montre l'action des divers ajoutés mécaniques et chimiques, l'action du sérum sanguin sur le virus rabique et étudie les divers modes de vaccination contre la rage. Il termine par l'exposé de nombreuses hypothèses faites sur la nature du virus rabique et sur la pathogénie de la rage.

Ce volume est l'étude la plus complète et la plus claire qui ait été faite sur l'étude expérimentale de la rage et contient en outre la bibliographie complète de la question depuis les travaux de Pasteur. P. RAVAUT.

Les Médicaments usuels. Thérapeutique clinique (2), par le docteur Alfred MARTINET, ancien interne des hôpitaux de Paris. Troisième édition entièrement refondue et conforme à la nouvelle édition du *Codex* (1908).

Chaque fois que le docteur Martinet fait une nouvelle édition de son livre, il y introduit des améliorations, complétant ici, modifiant là, et toujours en s'appuyant, non seulement sur l'expérience des autres, ce qui est bien, mais surtout sur sa propre expérience, ce qui est mieux.

La troisième édition que l'auteur nous offre diffère donc assez des deux premières, et par la forme et par le fond, pour que tous ceux qui aiment et pratiquent cet excellent ouvrage s'empressent de l'acquérir.

On lira avec le plus vif intérêt les pages qui ouvrent le livre et où sous le titre de *Introduction à l'étude de la pharmacodynamie*, M. Martinet nous montre l'évolution suivie par cette science, laquelle, dit-il, « est exactement calquée sur celle de la chimie générale dont elle n'est qu'un chapitre ». Il ne faudrait pas croire, d'ailleurs, que ce chapitre soit uniquement théorique, car pour appuyer et démontrer les hypothèses qu'il énonce, l'auteur s'appuie sur des exemples concrets qu'il développe avec sa netteté ordinaire, et dont le clinicien ne pourra que tirer grand profit.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) 1 vol. de la Bibliothèque de microbiologie et parasitologie. — Paris, O. Doin.

(2) In-8 de XIV-515 p. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 FÉVRIER 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 24 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Lejars, Gosset et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Gaucher et Legry.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Walther, Branca et Potocki; — (2e série) : MM. Lepage, Lecène et Mulon; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne; — (2e partie, 1re série) : MM. Roger, André Jousset et Lœper; — (2e série) : MM. Pierre Marie, Macaigne et Sicard; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 25 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Albarran, Demelin et Morestin; — (2e série) : MM. Quénu, Marion et Jeannin; — (2e partie) : MM. Raymond, Gouget et Fernand Bezançon; M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 26 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Branca et Lecène.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Lejars, Potocki et Rieffel; — (2e série) : MM. Legueu, Couvelaire et Mulon; — (2e partie) : MM. Brissaud, Sicard et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Ombrédanne; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Samedi 27 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Auvray et Lenormant.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Albarran, Thiéry et Demelin; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Marion et Morestin; — (2e partie) : MM. Gilb. Ballet, Jeanselme et Brumpt.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. Maillard, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Gouget et Nobécourt; — (2e série) : MM. Albert Robin, Claude et Castaigne; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 24 février 1909, à une heure. — M. QUEMIN. L'injection parasiticide préalable dans le traitement opératoire des kystes hydatiques. (MM. Blanchard, président; Reclus, Segond et Marcel Labbé.) — M. MOCQUOT. L'état de la vésicule dans les obstructions des voies biliaires. (MM. Reclus, président; Blanchard, Segond et Marcel Labbé.) — M. POISSONNIER. Du traitement des hernies inguinales et crurales volumineuses. Technique de la cure radicale. (MM. Segond, président; Blanchard, Reclus et Marcel Labbé.)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ANGINES DE LA SCARLATINE

Par MM. L. BABONNEIX et M. BRELET.

« La scarlatine est une maladie essentiellement angineuse » (Trousseau). Bien qu'il existe des scarlatines sans angine, cette assertion de Trousseau répond à la très grande majorité des faits cliniques et mérite d'être inscrite au début de cette étude. Mais si la scarlatine est essentiellement angineuse, elle est aussi très variablement angineuse; les formes des angines qui peuvent la compliquer sont en effet nombreuses, car on y retrouve toute la gamme des infections amygdaliennes et pharyngées, depuis l'érythème jusqu'à la gangrène. L'étude objective et symptomatique en est aujourd'hui à peu près complètement faite, encore que des travaux récents aient attiré l'attention sur une forme bien décrite jadis par Hénoch, mais un peu oubliée depuis, la forme ulcéreuse et perforante. Le processus angineux de la scarlatine a, de par son intensité plus ou moins grande, une influence très marquée sur la fièvre et l'état général; l'infection pharyngée a aussi un rôle très net dans l'apparition de certaines complications; ces rapports de l'angine avec les déterminations cliniques de la scarlatine sont indiscutables. Par contre, la nature bactériologique des angines scarlatineuses n'est pas encore parfaitement mise au point; le rôle respectif du streptocoque et du bacille de Lœffler dans l'étiologie des formes pseudo-membraneuses a été très controversé; et si l'on aborde la question pathogénique, si l'on cherche à préciser le rôle des angines dans la pathogénie de la maladie infectieuse et générale qu'est la scarlatine, alors le problème devient insoluble; on ne peut qu'émettre des hypothèses et il en sera sans doute ainsi tant que le virus scarlatin n'aura pas été isolé, tant qu'on n'aura pas pu déterminer sa porte d'entrée et le suivre dans l'organisme. Ces quelques idées générales nous guideront dans l'étude des angines scarlatineuses; leurs aspects cliniques et leur influence sur la marche de la maladie, leur nature bactériologique et leur relation pathogénique avec la scarlatine devront être successivement indiqués.

I

Etude clinique. — Un sujet est pris brusquement, en pleine santé, d'un malaise intense, avec frissons, céphalée, état nauséeux et vomissements; la température s'élève bientôt à 40 degrés; le pouls est très rapide. Le malade accuse seulement une sensation de sécheresse à la gorge et, en examinant celle-ci, on ne remarque qu'une rougeur diffuse, foncée, recouvrant les amygdales, les piliers et le voile du palais; quelques heures plus tard, une éruption apparaît. Tel est un mode de début très fréquent de la scarlatine; mais, dans d'autres cas, et ces cas s'observent surtout chez l'adulte, le malade se plaint d'abord d'un violent mal de gorge; on constate tous les signes d'une inflammation amygdalo-pharyngée : douleur, rougeur, tuméfaction; le lendemain ou le surlendemain, une éruption scarlatineuse révèle la nature exacte de l'angine. Cette variabilité dans le début de la scarlatine, caractérisé tantôt par une période franchement angineuse, tantôt par une réaction générale intense avec simple érythème pharyngé, explique pourquoi l'angine est considérée par les uns comme un symptôme, par les autres comme une complication de la scarlatine. Lasègue, Cadet de Gassicourt ont concilié ces deux opinions en distinguant l'*enanthème* de l'isthme pharyngé et les *angines*. L'enanthème serait un symptôme de la scarlatine, existerait dans tous les cas, plus ou moins prononcé et plus ou moins fugace tout comme l'exanthème; l'angine viendrait se greffer sur l'enanthème, ne serait pas constante et pourrait donc être considérée comme une complication; Moizard insiste également sur la distinction entre l'enanthème et l'angine. Cette distinction présente un très grand intérêt doctrinal; malheureusement, le rapport chronologique entre l'enanthème, l'angine et l'exanthème ne peut pas toujours être rigoureusement établi, à moins que le médecin ne soit appelé auprès du malade dès les premières heures; et d'ailleurs, comment différencier un enanthème intense d'une angine légère, surtout lorsque l'angine se développe sur un enanthème ou lorsque l'enanthème apparaît sur une angine?

Quoi qu'il en soit, et tout en reconnaissant qu'il reste encore là un point à éclaircir dans l'histoire clinique de la scarlatine, nous décrirons rapidement l'enanthème avant d'aborder l'étude des angines. Nous croyons que l'enanthème est le symptôme pharyngien de la scarlatine, tandis que les angines constituent des complications. Celles-ci peuvent survenir *dès le début* ou à une période tardive. Le plus souvent l'angine apparaît dès les premiers jours; elle est *érythémato-pultacée*, *pseudo-membraneuse*, *ulcéro-perforante* ou même *gangréneuse*. Quelquefois, pendant la *convalescence* de la scarlatine, on voit survenir une reprise d'infection pharyngée, sous forme d'*angine rouge ou blanche*. L'angine-complication de la scarlatine est d'une fréquence extrême; cette fréquence s'explique par le fait de l'enanthème pharyngien ouvrant pour ainsi dire la voie aux infections secondaires et diminuant la résistance du tissu lymphoïde pharyngien; les angines graves seront surtout à craindre, par exemple chez l'enfant, lorsque le petit scarlatineux sera porteur de végétations adénoïdes ou de grosses amygdales chroniquement infectées et enflammées (Hutinel).

Enanthème. — L'enanthème est un symptôme presque constant de la période d'invasion; Rilliet et Barthez n'ont observé qu'un cas dans lequel l'examen attentif et répété de la gorge ne fit jamais voir la moindre injection; il est constitué par une rougeur plus ou moins vive, répandue non seulement sur les amygdales, la luette et le voile du palais, mais encore sur la face interne des joues et sur les gencives (Rilliet et Barthez); le ton de cette rougeur varie du

(1) Reproduction interdite.

rose tendre, de la teinte carminée légère jusqu'à la coloration framboisée, écarlate, vineuse. L'enanthème est diffus, étendu en nappe ou formé seulement par un piqueté rouge, par un pointillé de petites macules légèrement saillantes; ces formes atténuées de l'enanthème sont assez fréquentes (Moizard). Les symptômes fonctionnels sont très minimes; le malade ne se plaint guère que d'une sensation de sécheresse dans la bouche et dans la gorge, il n'a pas de grande douleur et la déglutition reste facile. La rougeur peut s'éteindre et c'est alors une scarlatine sans angine; on a noté tout particulièrement la fréquence de l'enanthème simple dans les scarlatines puerpérales et chirurgicales; nous aurons à revenir sur ce détail à propos de la pathogénie.

Mais, beaucoup plus souvent, à l'enanthème s'ajoute presque aussitôt une angine; les formes cliniques de ces *angines précoces* sont très nombreuses.

Angine érythémateuse et pultacée. — L'angine érythémateuse apparaît souvent dès le premier jour; elle peut donc se confondre presque avec l'enanthème, aussi quelques auteurs ne l'en distinguent pas. Dans d'autres cas, elle ne se montre que le deuxième ou le troisième jour. Les *symptômes fonctionnels* ne présentent rien de très spécial; comme dans toute autre angine de cette forme, le malade ressent une douleur assez vive, exaspérée par les mouvements de déglutition et par la pression aux angles de la mâchoire; le voile du palais étant immobilisé par la douleur, le malade rejette quelquefois les liquides par le nez au moment de leur déglutition; la voix prend un timbre tout particulier (voix amygdalienne de Peter) et devient nasillarde. Quand la luette infiltrée de sérosité vient chatouiller la base de la langue, elle détermine une petite toux sèche et fatigante. Si les amygdales sont très tuméfiées, la respiration est fréquente, un peu haletante. L'inflammation se propage souvent au naso-pharynx et à la muqueuse de la trompe d'Eustache, ce qui entraîne de la douleur dans la région de l'oreille, des bourdonnements et une obtusion de l'ouïe.

A l'*examen de la gorge*, on remarque une rougeur diffuse de teinte écarlate, ainsi qu'une tuméfaction des amygdales et de la luette; très souvent la présence d'une légère couche de mucus sur les amygdales leur donne un aspect vernissé.

Lasègue a décrit la succession des phénomènes angineux avec une grande précision: après une période de *congestion passive*, caractérisée surtout par la rougeur livide de tout l'isthme du gosier et l'œdème de la luette, une éruption miliaire apparaît sur la face antérieure du voile, les piliers ou les amygdales; ce sont des petits points blancs, beaucoup plus confluents et de moindre dimension que ceux de l'herpès; cette éruption va devenir le point de départ des manifestations ultérieures de l'angine, car les *vésicules miliaires* peuvent subir diverses transformations. Quelquefois elles se sèchent sur place, ce qui donne lieu à la formation d'un dépôt pultacé; dans d'autres cas, elles sécrètent du pus, deviennent pustuleuses et alors les points blancs se rompent, laissant une surface dénudée; c'est alors une ulcération qui se recouvrira d'enduits pseudo-membraneux. Notons toutefois que le stade de vésicules miliaires est très inconstant, de durée très courte peut-être; la plupart des auteurs qui ont décrit, depuis Lasègue, les angines de la scarlatine, ne le mentionnent pas ou déclarent ne l'avoir jamais pu constater.

Les deux amygdales, plus ou moins augmentées de volume, mais souvent inégalement tuméfiées, présentent quelquefois, à l'orifice de leurs cryptes, de petites masses caséeuses, gris jaunâtre; habituellement, elles se recouvrent plutôt d'*enduits pultacés*. Ceux-ci proviendraient d'après Lasègue de la transformation des vésicules miliaires; ils se forment peut-être simplement par l'accumulation des cellules épithéliales desquamées et par les produits de la sécrétion des follicules amygdaliens. L'enduit pultacé a souvent l'aspect d'une sorte de crasse blanchâtre (Laboulbène) qui recouvre uniformément les amygdales et le pharynx ou qui est disposée sous forme d'îlots et de lamelles; les amas pultacés se détachent facilement et se dissolvent dans l'eau; ils ont peu de tendance à se reproduire. Il faut noter que ces angines scarlatineuses souvent intenses et déterminant une tuméfaction parfois considérable des amygdales n'évoluent presque jamais vers l'amygdalite phlegmoneuse; Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt, Sanné en relatent à peine quelques cas. Une *adénopathie* sous-maxillaire accompagne toujours ces angines rouges, mais elle reste, dans la plupart des cas, peu développée.

Pour ce qui est de l'*état général*, il est assez difficile de faire le départ entre les symptômes généraux dépendant de la scarlatine et ceux qui relèvent de l'angine, car cette angine rouge ou pultacée est précoce, elle coïncide avec la période d'éruption; elle est d'une fréquence telle qu'elle fait presque partie du tableau clinique des scarlatines d'intensité moyenne. Dans la plupart de ces cas, la fièvre, l'angine et l'éruption évoluent parallèlement vers une défervescence assez rapide.

Cependant la gorge reste longtemps rouge, alors même que toute trace d'inflammation a disparu; la muqueuse de toute la cavité bucco-pharyngée est en effet le siège d'une véritable *desquamation;* la face postérieure du pharynx, les amygdales et le voile du palais, la face interne des joues présentent une coloration rouge et un aspect vernissé qui peuvent persister pendant plusieurs jours; en même temps la langue est d'un rouge vif, avec une surface lisse et dépouillée sur laquelle se détachent en saillie les papilles linguales; cet aspect framboisé de la langue et cet état de la muqueuse bucco-pharyngée permettent souvent, dans certains cas douteux, de faire le diagnostic de scarlatine.

Angine pseudo-membraneuse précoce. — L'angine pseudo-membraneuse précoce est une complication très fréquente de la scarlatine; au cours de certaines épidémies, on la constate dans un cinquième des cas (statistique de Variot et Dévé); et même, dans une étude sur 117 cas d'angine scarlatineuse, Le-

moine relate 79 angines pseudo-membraneuses. La *fausse membrane* apparaît dans la gorge vers le troisième ou quatrième jour de la maladie et se greffe sur une angine érythémateuse; on a signalé des cas d'angines à fausses membranes survenant en même temps que l'éruption, et même des faits d'angine pseudo-membraneuse précédant l'éruption de quelques jours (Millard). Sur une ou plus souvent sur les deux amygdales, on voit d'abord des taches peu étendues, d'une blancheur éclatante, puis d'un blanc grisâtre; elles s'élargissent rapidement et se rejoignent pour constituer une couenne qui adhère à la muqueuse; quelquefois les fausses membranes envahissent la voûte palatine, la luette et les piliers du voile. On peut même constater parfois une stomatite pseudo-membraneuse, la langue et les lèvres étant tapissées de plaques blanches très adhérentes. Sous ces fausses membranes, la muqueuse est saignante, érodée ou ulcérée. Dans les formes graves, le coryza purulent est assez habituel; du muco-pus jaunâtre s'écoule continuellement par le nez. Les *symptômes fonctionnels* sont encore beaucoup plus marqués que dans l'angine érythémateuse; l'haleine est souvent fétide; la gorge étant encombrée d'un mucus visqueux et les fosses nasales d'une sécrétion purulente, la respiration est souvent gênée; il n'est pas rare que le malade ait ainsi une dyspnée d'origine naso-pharyngée, surtout dans le décubitus dorsal. Les *ganglions* angulo-maxillaires et les ganglions du cou sont très tuméfiés; le tissu cellulaire qui les entoure est infiltré; ce gonflement gêne les mouvements du cou et force les malades à tenir la tête immobile. L'*état général* est profondément atteint; la température se maintient élevée; ces infections pharyngées ont une influence très nette sur la prolongation de la fièvre et sur la marche de la maladie.

Il est classique, depuis les travaux de Bourges et de Boulloche, de décrire trois formes d'angine pseudo-membraneuse précoce. Dans la *forme bénigne*, les fausses membranes s'étendent peu et n'ont pas tendance à se reproduire; la température ne dépasse guère 38°5 et revient à la normale après quelques jours. Dans la *forme grave*, la déglutition est presque impossible, l'haleine fétide; très étendues, de coloration grisâtre, les fausses membranes gagnent la bouche et les lèvres, se reproduisent vite; la muqueuse sous-jacente est ulcérée; l'adénite et la péri-adénite sont considérables; la fièvre est élevée et se prolonge pendant une ou deux semaines; l'albuminurie est fréquente, le malade est très abattu. Toutefois, la guérison est la règle, mais après une lente convalescence, souvent compliquée d'incidents divers.

Enfin la *forme septique* ou maligne est caractérisée par la présence de fausses membranes extrêmement épaisses, grisâtres et même noirâtres, recouvrant une muqueuse ulcérée et nécrosée; les amygdales, le voile, les piliers, la luette, tout est envahi; l'haleine est horriblement fétide, le cou énormément tuméfié prend l'aspect dit cou proconsulaire; le coryza purulent se manifeste par un jetage qui se dessèche au-dessous des narines, laissant sur la lèvre supérieure et les joues des traces à reflet brillant, comme des traînées de limace. La température se maintient aux environs de 40 degrés; le pouls est petit et rapide; le malade succombe dans l'adynamie la plus profonde. C'est bien là le tableau d'une angine diphtérique à bacilles de Lœffler; et cependant ces angines pseudo-membraneuses du début de la scarlatine, même dans leur forme la plus maligne, ne sont presque jamais des angines diphtériques; quand elles envahissent la luette, le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx, quand elles s'accompagnent d'un jetage abondant, ce sont encore des angines à *streptocoques*. Nous aurons à revenir sur ce point si bien mis en évidence par Trousseau; mais déjà trois arguments cliniques peuvent être fournis en faveur de cette opinion : ces angines ne s'accompagnent pas de phénomènes laryngés; les malades qui survivent n'ont pas dans la suite de paralysies diphtériques; si ces malades contagionnent quelque personne de leur entourage, celle-ci contracte une scarlatine et non pas une diphtérie.

Angine ulcéreuse et perforante. — Hénoch a décrit sous le nom d'*inflammation nécrotique* la tendance de certaines angines scarlatineuses à déterminer des ulcérations profondes et des pertes de substance au niveau des amygdales ou du voile palatin; quelques faits analogues avaient été depuis lors mentionnés par Bergé, Variot et Dévé: mais ce sont surtout les travaux de Méry et Hallé qui ont bien fait connaître et rendu définitivement classiques les angines ulcéreuses et perforantes; après ces auteurs, Pivert, Guindesse, Mme de Biehler, Larrouy, Lesné, Lereboullet, Langlais, Girou en ont rapporté de nouvelles observations; cette forme mérite d'être étudiée un peu longuement, en raison du regain d'actualité que ces nombreuses publications lui ont donné et en raison de ce fait qu'elle est assez sommairement décrite dans la plupart des articles sur la scarlatine.

Le caractère principal de cette angine consiste dans l'*ulcération*, variable de profondeur et d'étendue, mais ayant des lieux d'élection; cette ulcération arrive souvent jusqu'à perforer le voile du palais. L'angine ulcéro-perforante est en général précoce; elle survient surtout chez des enfants, beaucoup plus souvent filles que garçons, et avec une plus grande fréquence au cours de certaines épidémies. En examinant la gorge, on ne voit souvent au début que de la rougeur et de la tuméfaction, puis des amas pultacés qui se détachent et laissent après eux une perte de substance humide et saignante; dans d'autres cas, il existe un exsudat pseudo-membraneux sur les amygdales, le voile ou ses piliers, etc. Le processus ulcéreux est ainsi caché pendant une période plus ou moins longue; mais dans les cas types, on constate un aspect pseudo-membraneux alors qu'il n'y a pas de véritable fausse membrane; c'est la muqueuse infiltrée qui prend une couleur blanc grisâtre et si, avec un tampon d'ouate, on cherche à enlever cette partie grisâtre, on ne détache aucune fausse membrane; Méry et Hallé insistent sur cette apparence trompeuse tenant à ce que

les produits formés de la désintégration de la muqueuse ont une coloration blanc grisâtre et font une légère saillie sur la muqueuse environnante, elle-même très rouge et un peu tuméfiée. Ces plaques qui seront les futures ulcérations affectent des *sièges spéciaux* : les piliers antérieurs, la luette, le voile membraneux ; on voit quelquefois ces mêmes plaques apparaître des deux côtés de la mâchoire, derrière la dernière molaire, à l'union de la branche montante et de la branche horizontale du maxillaire ; l'ulcération peut aussi se montrer sur les gencives. C'est au niveau du voile du palais que l'aspect est le plus caractéristique; sur le voile membraneux, les plaques blanc grisâtre ont une *forme* arrondie ou ovalaire, avec un grand axe dirigé de dehors en dedans et un peu d'arrière en avant; elles ressemblent un peu à des plaques muqueuses cautérisées depuis quelques heures avec le nitrate d'argent; il existe ainsi une ou plusieurs plaques, sur les côtés, très exceptionnellement au milieu du voile; dès le lendemain ou le surlendemain de leur apparition, la partie blanchâtre nécrosée commence à se détacher et laisse une ulcération qui se creuse et se complète rapidement par la chute de toute la partie nécrosée ; quand l'ulcération est bien constituée, elle a une forme ovalaire, des bords taillés à pic, nets et tranchants sur le voile; le fond est recouvert par un tissu grisâtre, suppurant peu, mais mortifié. Quelquefois l'ulcération prend la forme d'une bande ayant plusieurs centimètres de longueur et très effilée à ses deux extrémités. Quand le processus de nécrose siège sur la luette, les piliers antérieurs du voile ou les amygdales, il est souvent recouvert au début d'une véritable fausse membrane; puis la luette est déchiquetée par l'ulcération sur toute sa surface, sauf souvent à son extrémité; l'amygdale se creuse d'une perte de substance arrondie ou à bords légèrement sinueux formant une ligne à contours polycycliques ; les piliers antérieurs sont ulcérés, parfois jusqu'à leurs pieds. Souvent, l'aspect de ces lésions est tout à fait *symétrique* ; il existe deux ulcérations sur le voile, à droite et à gauche de la ligne médiane; les deux amygdales ou les deux piliers antérieurs sont atteints. Rappelons l'apparition possible d'ulcérations des deux côtés de la mâchoire, derrière la dernière molaire et d'ulcérations gingivales; les lésions nécrotiques des gencives ont été très fréquentes dans les cas observés par Langlais à l'hôpital Claude-Bernard ; elles siégeaient de préférence à la partie médiane de la mâchoire inférieure, sertissant une ou plusieurs des incisives et des canines, amenant souvent la chute des dents et déterminant même parfois la production d'un séquestre du maxillaire inférieur. Hénoch avait déjà signalé cette extension à la cavité buccale de l'inflammation nécrotique; il a décrit les rhagades saignantes des angles de la bouche et des lèvres, les plaques jaune grisâtre sur la muqueuse buccale et linguale : il a même relaté des cas dans lesquels on observa une nécrose profonde avec gonflement considérable des paupières et une nécrose de la cornée avec perte complète de l'œil. Le *coryza* séreux ou purulent est encore assez fréquemment associé à l'angine ulcéro-perforante.

Ces lésions profondes de la gorge déterminent toujours une *réaction ganglionnaire*; si parfois l'adénopathie reste peu intense, on constate dans d'autres cas une tuméfaction extrême des ganglions sous-maxillaires, une infiltration diffuse du tissu conjonctif, avec œdème s'étendant de l'oreille jusqu'au cou et se réunissant sous le menton avec l'œdème du côté opposé (Hénoch); c'est le cou proconsulaire.

Les *symptômes fonctionnels* sont très marqués, mais sans rien de bien particulier ; il faut noter seulement que, si l'haleine est fétide, elle n'a jamais l'odeur spéciale à la gangrène (Méry et Hallé). Ce caractère présente une certaine importance au point de vue nosographique; il montre, ainsi d'ailleurs que l'examen physique, que ces angines nécrotiques ne sont pas des angines gangréneuses ; dans ces dernières, l'escarre a tendance à progresser, à envahir en surface et en profondeur ; l'haleine a une odeur de sphacèle.

Le processus nécrotique de ces angines ulcéreuses est plus ou moins destructeur. Méry et Hallé ont décrit des formes légères et des formes graves. Dans les *formes légères*, la lésion ne dépasse pas le stade d'ulcération et celle-ci se répare très vite. Les *formes graves* peuvent aussi rester des angines ulcéreuses simples, mais souvent on assiste à la perforation du voile du palais. Cette *perforation* se fait rapidement et n'est pas annoncée par les symptômes habituels, car il n'existe guère ni troubles de la phonation ni troubles de la déglutition; elle reproduit la forme de l'ulcération, elle est donc le plus souvent ovalaire, quelquefois allongée en fente linéaire; elle n'a pas tendance à s'accroître, cependant on peut voir une perforation du voile rejoindre une ulcération du pilier, perforer celui-ci et créer ainsi une vaste perte de substance; la perforation du voile est unique ou double. Bien souvent, l'enfant succombe assez rapidement, sans que la perforation soit comblée ; quand il survit, le sort ultérieur de la perforation est variable. Guindesse relate un cas dans lequel une perforation du voile persistait, quoique diminuée d'étendue, au bout de quinze jours quand l'enfant quitta l'hôpital. Méry et Hallé ont noté, dans deux observations, une tendance naturelle à la réparation avec présence de bourgeons charnus à la périphérie et effort vers la cicatrisation. Lereboullet, qui a vu cinq cas d'angine perforante ayant tous guéri, déclare avoir été surpris par la rapidité relative de la réparation ; dans tous ces cas, de jour en jour, la gorge prenait un aspect meilleur et la perforation se combla progressivement.

L'angine ulcéro-perforante peut compliquer des scarlatines d'intensité moyenne; elle reste alors généralement ulcéreuse; Méry et Hallé en ont observé un cas ainsi bénin dans une petite épidémie de collège. Mais les angines ulcéreuses graves et les angines perforantes surviennent surtout dans les infections profondes et s'accompagnent de phénomènes généraux très inquiétants : ataxie ou adynamie, pouls petit et tendance au collapsus cardiaque; l'albuminurie est fréquente mais non constante; on peut voir se produire des complications pulmonaires qui ne sont pas habituelles dans la scar-

latine; Méry et Hallé supposent qu'il s'agit de broncho-pneumonies de déglutition. Tous les cas d'angine perforante observés par Méry et Hallé ont été mortels; dans une statistique de Langlais, 11 malades sur 15 ont succombé; par contre, les cinq malades de Lereboullet ont tous guéri.

Ces angines ne sont pas spéciales à la scarlatine; elles compliquent parfois la diphtérie et la rougeole (Méry et Hallé). Elles sont contagieuses et peuvent même se montrer à l'état de maladie primitive, apparaissant chez l'enfant sain; le fils d'une surveillante de l'hôpital des Enfants-Malades contracta cette forme d'angine en entrant dans une pièce d'isolement où se trouvait un enfant atteint d'angine ulcéro-perforante. Cette angine n'a guère été signalée que dans les hôpitaux; mais à l'hôpital de l'Institut Pasteur, où les malades sont isolés individuellement et aussi aseptiquement que possible, l'angine ulcéro-perforante n'a jamais été observée chez les très nombreux scarlatineux soignés pendant l'épidémie parisienne de 1907. Nous pensons donc que l'influence du milieu a le principal rôle dans la pathogénie de ces angines et qu'elles proviennent d'une de ces *surinfections hospitalières* dont le professeur Hutinel a montré depuis longtemps l'importance, surtout dans la pathologie assez spéciale des services de médecine infantile.

Angine gangréneuse. — L'angine gangréneuse est secondaire à une des formes précédentes. C'est un processus surajouté dérivant soit de la violence de l'inflammation locale, soit de la cachexie qui résulte du degré de l'intoxication (Sanné). La gangrène atteint souvent, en même temps que la gorge, différents autres organes; elle n'est pas très fréquente, car, de toutes les fièvres éruptives, la scarlatine est celle qui se complique le moins souvent de gangrène. On l'observe surtout dans les hôpitaux, chez les enfants, chez les sujets antérieurement déprimés par le surmenage et la misère. Après une première période d'angine intense, l'exsudat pharyngé prend l'aspect d'une bouillie gris noirâtre; les amygdales sont profondément creusées; des morceaux entiers sont parfois détachés et flottent dans le gosier en pelotes fétides, brun noirâtre. La gangrène s'étend et gagne de proche en proche; la muqueuse des joues est fréquemment atteinte; l'haleine devient alors d'une fétidité horrible. Peter a parfaitement décrit en deux lignes les caractères de l'angine gangréneuse. « L'*odeur* est celle de la gangrène, ce qui est tout dire; la *couleur* est celle du sphacèle des membranes muqueuses, c'est-à-dire la couleur grisâtre ou gris noirâtre. » Une adénopathie énorme complique toujours ces angines; le tissu cellulaire périganglionnaire peut se sphacéler, produire des décollements très étendus; quelquefois les téguments de la région antérieure du cou sont aussi atteints par la gangrène; alors les escarres tombent, laissant les muscles complètement à nu, aussi nettement séparés les uns des autres que s'ils avaient été disséqués; Graves a vu ainsi les carotides primitives dénudées battre au fond de la plaie. Les vaisseaux du cou peuvent être ulcérés, ce qui détermine des hémorragies mortelles. Dans un cas de Raybaud, la gangrène d'une amygdale se propagea par la loge ptérygo-pharyngienne jusqu'à la base du crâne et détermina une thrombose des sinus de la dure-mère.

L'atteinte de l'*état général* est très profonde; le malade a de la prostration ou du délire; il meurt presque toujours. Cependant la guérison est possible; ainsi l'enfant dont Graves relate l'observation, et chez lequel tous les muscles du cou avaient été disséqués par la gangrène, finit par guérir et la cicatrisation de cette plaie fut même assez rapide.

Les angines tardives. — Un scarlatineux est convalescent; dans le cours de la deuxième ou de la troisième semaine, la fièvre se rallume; c'est presque toujours dans la gorge qu'on trouvera la cause de cet incident. Les angines tardives de la scarlatine peuvent présenter tous les aspects déjà décrits, mais une forme nouvelle apparaît presque exclusivement dans la convalescence; c'est l'angine pseudo-membraneuse de nature diphtérique.

Les angines tardives érythémateuses, pultacées et même pseudo-membraneuses à streptocoques constituent un des éléments les plus importants du *syndrome infectieux tardif* de la scarlatine, décrit par Roger et bien étudié dans la thèse de Girard. Ce syndrome s'observe dans environ 4 p. 100 des cas et survient du douzième au trentième jour. L'angine reste habituellement rouge ou pultacée; elle devient quelquefois une amygdalite phlegmoneuse; elle peut être pseudo-membraneuse sans diphtérie (Marfan et Apert); enfin on a signalé quelques cas d'angine ulcéreuse. La température s'élève à 38°5 ou 39 degrés; les ganglions du cou sont gros et douloureux. Le syndrome se borne parfois à cette reprise de manifestations angineuses; dans d'autres cas, il se complète par l'apparition d'une otite, d'érythèmes, d'arthropathies ou d'albuminurie. Il paraît influer particulièrement sur les reins et avoir un rôle important dans la pathogénie des néphrites tardives. C'est à ce point de vue seulement que le pronostic en est réservé, car la mort est exceptionnelle; cependant Girard a vu deux morts par broncho-pneumonie chez des enfants.

Il en va tout autrement avec l'*angine pseudo-membraneuse tardive et diphtérique* qui est une complication très redoutable de la scarlatine. Comme la forme ulcéro-perforante, l'angine diphtérique est surtout observée dans les hôpitaux d'enfants « où la diphtérie est pour ainsi dire toujours en puissance » (Trousseau). Ce n'est plus alors de la scarlatine pure; c'est une association scarlatine et diphtérie, c'est une maladie nouvelle entée sur la première (Sanné) avec une fréquence particulière par suite de l'attraction réciproque de ces deux empoisonnements (Rilliet et Barthez). Aussi les angines diphtériques tardives sont-elles devenues plus rares depuis que, dans les hôpitaux, les malades contagieux sont mieux isolés. Les symptômes sont ceux d'une diphtérie grave, ce qui s'explique facilement, la diphtérie atteignant des malades qui viennent de faire les frais d'une maladie infectieuse où le streptocoque joue un rôle très important; il s'agit donc presque toujours

d'une diphtérie associée, d'une *strepto-diphtérie* (Sevestre et Martin). Les fausses membranes qui se forment dans la gorge sont grisâtres, rapidement envahissantes; presque toujours les fosses nasales sont atteintes, ce qui donne lieu à un écoulement abondant et sanieux par les narines; cette diphtérie envahit rarement le larynx (Sevestre et Martin), peut-être parce que la mort survient assez vite; Trousseau avait fait remarquer que la scarlatine n'aime pas le larynx; cependant on a signalé quelques cas de *laryngite* diphtérique consécutive à l'angine (Graves) et même un cas d'accidents laryngés primitifs de nature diphtérique (Delfosse et Sabblé). L'adénopathie sous-maxillaire et cervicale est très intense; le cou devient proconsulaire.

La température est plus ou moins élevée, mais surtout le teint est pâle, plombé, le pouls petit et rapide; le malade succombe avec tous les symptômes de l'empoisonnement diphtérique, dans une lente agonie ou subitement enlevé par une syncope. Trousseau considérait cette forme comme presque fatalement mortelle; il n'avait vu guérir qu'une malade. Dans une statistique de Bourges, sept malades sur dix ont guéri; malgré cette série heureuse, il faut retenir que le pronostic de l'angine pseudo-membraneuse tardive est extrêmement grave.

Complications des angines. — Les angines tiennent sous leur dépendance immédiate plusieurs complications de la scarlatine. Pour le *bubon* scarlatineux, cette relation est des plus évidentes; le retentissement ganglionnaire est presque toujours proportionné à l'intensité de l'angine. Dans les formes bénignes, on ne constate guère qu'une légère tuméfaction douloureuse uni ou bilatérale, un ganglion roulant sous le doigt à l'angle de la mâchoire; aux angines rouges très intenses et surtout aux angines pseudo-membraneuses, correspond une adénopathie plus volumineuse, plus diffuse, avec engorgement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux et avec œdème du tissu conjonctif périganglionnaire, ce qui donne l'aspect classique du cou proconsulaire. La tuméfaction s'étend jusqu'à la région parotidienne, non pas que la parotide s'enflamme comme on l'avait admis autrefois, mais par gonflement des ganglions de cette région.

Le plus souvent, ces adénopathies se résolvent sans suppurer, mais il persiste chez les enfants scrofuleux, une induration de quelques ganglions. Les grosses tuméfactions ganglionnaires sont surtout fréquentes chez les enfants dont les ganglions sous-maxillaires et cervicaux étaient déjà en état de moindre résistance de par la syphilis, la tuberculose, la scrofule ou même de par les infections chroniques banales du pharynx et des amygdales; pour l'intensité des réactions ganglionnaires comme pour celle des réactions angineuses, cette prédisposition relevant d'un état antérieur a une importance capitale, sur laquelle insiste notre maître, le professeur Hutinel. L'*adéno-phlegmon* est relativement rare; la peau devient alors tendue, rénitente et douloureuse; mais souvent la suppuration est d'abord profonde et on est surpris, en incisant ces phlegmons qui paraissaient être devenus très superficiels, qu'il faille aller loin à travers une couche de tissu lardacé ou œdémateux pour trouver le pus. Si l'abcès n'est pas ouvert à la peau, il peut fuser, très rarement en arrière du pharynx, plus souvent au-dessous du sterno-cléido-mastoïdien dans la gaine des vaisseaux. En cas d'angine gangréneuse, le tissu cellulaire périganglionnaire est parfois envahi par le sphacèle, et le délabrement du cou est considérable, comme nous l'avons déjà signalé. La mort peut survenir rapidement par ulcération des vaisseaux du cou et hémorragie, ou lentement à la suite d'une suppuration interminable.

L'infection naso-pharyngée a comme autre conséquence l'*otite*; presque toujours une angine un peu violente s'accompagne d'une tuméfaction de la muqueuse de la trompe d'Eustache avec douleurs et bourdonnements d'oreille. L'otite moyenne suppurée est plus rare; elle survient cependant chez 10 p. 100 des scarlatineux (Variot); elle reste le plus souvent unilatérale. Le malade est alors exposé à toutes les complications habituelle des otites.

La *rhinite* purulente est très fréquemment associée aux angines graves. Dans sa forme la plus intense, elle donne au malade un aspect très particulier; l'entrée des fosses nasales est encombrée de croûtes, un muco-pus jaunâtre s'écoule continuellement par le nez, irritant les lèvres et les joues; la bouche est entr'ouverte, laissant couler aussi du mucus visqueux; la langue est sèche; le malade a de la dyspnée; il tombe dans un état de prostration comateuse qui parfois se prolonge quelques jours; puis il se cyanose et finit par succomber.

Le pronostic de ces cas est très grave; sur 39 observations de scarlatine avec rhinite purulente, Chausserie-Laprée compte 18 morts. Quand l'infection est moins profonde et quand le malade survit, la rhinite purulente peut être suivie de *sinusites* ethmoïdale, frontale ou maxillaire avec empyèmes de ces cavités; Lange, Killian en ont relaté récemment plusieurs cas.

Toutes ces complications tiennent de très près aux manifestations angineuses et n'en sont que l'extension; il semble bien prouvé que l'infection pharyngée a aussi un rôle important dans l'apparition de complications plus lointaines, en particulier de la *néphrite*. Friedlander a remarqué qu'on trouvait surtout le rein mou hémorragique aux autopsies de scarlatineux ayant eu une forme grave d'angine; Sevestre considérait les infections pharyngées comme un des facteurs principaux dans la pathogénie des néphrites et des albuminuries persistantes; Roger a montré que le syndrome infectieux tardif, dont l'angine est un élément, se retrouve à l'origine de beaucoup de néphrites. On admet aussi une certaine corrélation entre les angines graves et le *rhumatisme* scarlatin, entre l'infection streptococcique de la gorge et la pyémie avec pleurésie purulente, endo et péricardite; celle-ci est d'ailleurs exceptionnelle.

Les angines ulcéreuses et certaines angines tardives peuvent encore déterminer des complications pulmonaires, des *broncho-pneumonies* (Méry et Hallé, Girard); la source de ces infections broncho-

pulmonaires est bien dans la gorge, puisque par elle-même la scarlatine n'a aucune tendance à se compliquer d'accidents respiratoires.

Rapports de l'angine avec la fièvre et l'éruption. — Les angines et leurs complications prolongent la scarlatine, retardent ou troublent la convalescence; elles ont ainsi une importance considérable pour le pronostic immédiat ou éloigné. Mais, en dehors même de toute complication, l'angine a souvent aussi, de par son intensité, une influence très nette sur le cycle thermique, peut-être même sur l'éruption. Cette influence, déjà signalée par Rilliet et Barthez, a été surtout étudiée par Variot avec Dévé et Roy, par leur élève, Mage. Pour ce qui est de la *fièvre*, la relation avec l'angine est évidente dans un très grand nombre de cas; dans les scarlatines apyrétiques, l'angine est presque toujours très légère. Nous ne pensons pas cependant qu'on puisse admettre sans quelques réserves la loi formulée par Variot et Dévé : « C'est habituellement le processus angineux et non l'érythème qui règle la température. » Nous ferons remarquer que, par exemple, les scarlatines hyperpyrétiques ne sont pas toujours des scarlatines violemment angineuses; dans ses formes foudroyante et nerveuse, la scarlatine est hyperpyrétique par elle-même, la température dépasse 40 degrés et parfois le malade est emporté en deux jours, alors que l'angine n'a pas été très intense. Le processus angineux nous paraît régler surtout peut-être, et encore dans une certaine mesure seulement, la durée de la période fébrile ; les cycles thermiques prolongés ne s'observent guère que dans les scarlatines très angineuses; c'est cette opinion que Variot et Dévé ont soutenue en disant que l'influence du processus angineux et de ses irradiations est prédominante pour régler le cycle thermique et la gravité de l'*évolution* de la maladie. Nous avons cependant observé quelques cas de scarlatines sans angine dans lesquels la fièvre a été très élevée et s'est maintenue ainsi pendant plusieurs jours; le cycle thermique est donc sous la dépendance de l'infection scarlatineuse et l'angine, tout en ayant une grande importance, n'est qu'une seconde cause de fièvre.

Les rapports entre l'intensité de l'*angine* et celle de l'éruption sont moins constants; Rilliet et Barthez l'avaient déjà remarqué en disant qu'à une éruption exubérante correspond souvent une angine violente, mais en ajoutant qu'il n'en va pas toujours ainsi. On peut, en effet, voir des angines très graves avec une éruption discrète ; ces faits répondent à la *scarlatine angineuse* de Willan dans laquelle l'angine constitue presque toute la symptomatologie et dans laquelle l'érythème est minime; il en était ainsi dans l'épidémie observée aux environs d'Angers par Guérétin en 1841 ; la gorge des malades était presque toujours tapissée de fausses membranes, souvent les amygdales étaient déchiquetées par la gangrène et cependant l'éruption cutanée était mal caractérisée, la rougeur scarlatineuse ordinairement fugace. Certaines épidémies anglaises du XVIII[e] siècle, relatées par Fothergill et Huxham sous le nom d'angines malignes, putrides et gangréneuses, ont été considérées rétrospectivement comme des épidémies de scarlatine à forme angineuse (Graves, Lasègue). Il faut encore rappeler, à propos des angines avec éruption légère ou fugace, les cas de scarlatine sans éruption, ce sont les *scarlatinæ sine scarlatinis* de Gübler ; Lemoine a attiré l'attention sur ces faits, déjà vus par Buttura et Trousseau ; il s'agit de malades, adultes le plus souvent, qui ont une angine bénigne ou grave, pas d'éruption alors même que l'observation médicale a été minutieusement faite ; et ces malades communiquent la scarlatine à des personnes de leur entourage. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 10 février 1909)

Les greffes ovariennes. — Dans l'une des dernières séances, M. Quénu a cité un cas de greffe ovarienne avec résultat négatif. Cette communication est devenue le point de départ d'une intéressante discussion.

M. Mauclaire apporte un cas positif. Chez une vingtaine de malades il a greffé des ovaires sous la peau. La plupart des ovaires greffés ont été éliminés. La plupart des résultats éloignés ont été négatifs. Mais dans un cas où il s'agissait d'une jeune femme de vingt ans, qui avait été castrée pour une double salpingo-ovarite, M. Mauclaire a greffé les deux ovaires. L'un de ces deux ovaires a persisté et a pu être retrouvé, en sa place, quatre ans après la greffe. Chaque fois que cette malade a ses règles, l'ovaire greffé au voisinage de l'ombilic devient dur et douloureux. Mais, chez elle, les règles ont reparu et se reproduisent normalement à des époques régulières.

On sait bien que les malades auxquelles on a enlevé les annexes des deux côtés continuent, exceptionnellement, à avoir leurs règles.

M. Mauclaire, qui s'est intéressé particulièrement à cette question et qui a fait des recherches bibliographiques, a pu réunir un grand nombre d'observations, d'origine surtout américaine. Sur 17 cas d'auto-greffes, on signale, en général, de bons résultats, le retour régulier des règles ; même dans 5 ou 6 cas, il y aurait eu une grossesse consécutive. Dans 13 cas, on a implanté des ovaires ayant appartenu à d'autres malades ; ce n'est plus l'auto-greffe, c'est l'hétéro-greffe. Parmi ces cas, il en est dans lesquels les règles sont revenues définitivement; il en est d'autres dans lesquels il n'y a eu qu'une menstruation passagère. Enfin dans les travaux américains on cite quelques cas dans lesquels il y aurait eu une grossesse consécutive.

M. Mauclaire attache une grande importance à la vascularisation au point de vue des résultats positifs de ces greffes. Il croit que les résultats négatifs tiennent à une vascularisation insuffisante. Il est donc d'avis qu'il faut pratiquer ces greffes avec anastomose vasculaire, par exemple avec une anastomose entre l'épigastrique et les gros vaisseaux de l'ovaire.

C'est là, dit en terminant M. Mauclaire, une question à son début, question complexe, délicate, dont on s'est particulièrement occupé en Amérique.

Cette communication de M. Mauclaire, comme bien on pense, a suscité plusieurs questions et quelques réflexions intéressantes.

MM. SOULIGOUX et WALTHER lui demandent des renseignements complémentaires.

M. TUFFIER a pratiqué 47 opérations de transplantation de l'ovaire, 43 à l'hôpital et 4 en ville.

Dans cette question il entre suivant lui plusieurs facteurs : l'âge de la malade, la nature et la durée de son affection, l'état anatomique des ovaires transplantés. Les résultats peuvent aussi varier selon que la transplantation a été intra ou extra-péritonéale. Sur ces 47 cas il n'y en a pas eu un seul où la malade ait été à l'abri de la ménopause anticipée, ni bien entendu, un seul cas de fécondation ultérieure.

M. Tuffier a commencé par pratiquer ces transplantations dans l'abdomen, puis il les a faites dans la paroi abdominale à quatre travers de doigt de la cicatrice. Les résultats ont toujours été nuls. Un seul fait est à relever : on voit de temps en temps des phénomènes caractérisés par un gonflement plus ou moins accentué de l'ovaire transplanté ; l'augmentation de volume peut aller au triple et au quadruple ; cela dure trois ou quatre jours, et c'est tout.

Sur une série de malades, l'ovaire transplanté a complètement disparu au bout de quelque temps.

Dans quelques cas l'ovaire s'est très bien conservé, mais cela n'a pas empêché les phénomènes de la ménopause.

M. Tuffier a pris ultérieurement quelques fragments de ces ovaires transplantés pour les examiner histologiquement ; cet examen a montré qu'ils ne contenaient plus de tissu ovarien.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit qu'il est possible de greffer l'ovaire, mais il estime qu'il faut être très réservé sur les résultats publiés par les Américains. Il cite un cas où au cours d'une ovariectomie un fragment d'ovaire avait été inclus dans l'utérus. Cette malade ayant dû subir ultérieurement l'hystérectomie, on a trouvé un corps jaune dans ce fragment d'ovaire.

M. POTHERAT ne trouve pas concluantes les observations de M. Mauclaire, puisque nous savons tous que bien des femmes castrées continuent à avoir leurs époques. D'autre part, M. Potherat ne voit pas où seraient les indications de ces transplantations ovariennes, puisque de deux choses l'une, ou l'ovaire est sain, et l'on doit le conserver, ou il est altéré et sa greffe ne peut alors servir à rien. Enfin, M. Potherat élève les plus grands doutes sur les observations américaines rappelées par M. Mauclaire.

M. SEGOND se demande s'il a bien entendu, tant il doute des faits communiqués par M. Mauclaire. Il y a dans sa communication deux faits qu'il semble accepter :

1° Il paraît admettre que la greffe ovarienne peut avoir une influence sur la menstruation ; or, nombre de femmes continuent à être réglées après ablation prétendue complète des annexes ;

2° M. Mauclaire semble accepter que des ovaires, empruntés à d'autres femmes et transplantés sur une femme venant d'être castrée, pourraient amener des résultats fonctionnels. Il est impossible à M. Segond d'admettre cette hypothèse.

M. QUÉNU pense que la question mérite d'être étudiée, attendu qu'il est certain pour lui que ces greffes ovariennes ne sont pas sans influence ; de nombreuses expériences sur les lapines, de l'examen histologique positif de ces ovaires transplantés, il croit pouvoir conclure à la possibilité de résultats fonctionnels.

La discussion se poursuit entre MM. Mauclaire, Walther et Tuffier, et il résulte de cette discussion que s'il y a dans les publications américaines des exagérations inacceptables, il n'en est pas moins vrai que l'étude de ces greffes ovariennes mérite d'être poursuivie.

Paralysie stomacale post-opératoire. — M. REYNIER fait un rapport sur une intéressante observation de M. Baillet (d'Orléans). Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui, à la suite d'une désarticulation de l'épaule pour sarcome du bras, a été pris, après huit jours, de phénomènes de paralysie stomacale (vomissements incessants, élévation de température, douleurs atroces, affaiblissement graduel), les phénomènes persistèrent malgré les lavages fréquents de l'estomac. M. Baillet se décida alors à faire la gastro-entérostomie, mais le malade trop faible succomba dans la suite.

M. Reynier fait une grande réserve sur l'origine des accidents du malade opéré par M. Baillet. Il croit qu'il a eu affaire à une occlusion duodénale post-opératoire et non à un véritable exemple de paralysie stomacale aiguë.

Absence d'organes génitaux. — M. POZZI présente une malade chez laquelle il n'existait ni utérus, ni annexes, ni vagin.

Cette malade désirant se marier, M. Pozzi lui a refait un vagin parfaitement sortable.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1909)

La séance s'ouvre par une discussion sur la **fièvre hystérique**, que M. RAYMOND défend contre les attaques de M. Babinski.

Corps thyroïde et troubles vaso-moteurs. — M. LÉVI. Les viciations de la sécrétion glandulaire peuvent engendrer les troubles vaso-moteurs les plus variés : cyanose, érythrose, réactions vaso-motrices diverses, que l'opothérapie thyroïdienne peut régulariser, comme le prouvent divers exemples relatés par l'auteur.

Hémiplégie droite avec aphasie motrice pure hystérique. — MM. BABINSKI et LÉVI-BRUHL présentent, complètement guéri par suggestion à l'état de veille, le malade déjà montré à la Société par MM. Laignel-Lavastine et Glénard en décembre dernier (v. *Gaz. des hôpt.*, 1908, n° 142, p. 1699) et qui avait été autrefois considéré comme un organique. La simulation paraît avoir fait défaut, dans ce cas, où l'autosuggestion semble avoir joué le rôle dominant. Après guérison, le malade a dit avoir eu des crises convulsives, de l'irritabilité mentale, des fugues, un accès de dépression mentale, qui nécessita son internement, avec gavage à la sonde.

Apraxie idéatoire de Liepmann. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et BOUDON présentent une femme de cinquante-quatre ans, atteinte de cécité verbale légère, avec agraphie intense. Elle comprend les ordres qu'on lui donne, et exécute correctement la plupart des actes simples ; mais, dans l'exécution de certains autres actes aussi simples, ou un peu plus compliqués, commet des fautes tellement grossières, qu'on est obligé de faire intervenir l'agnoscie, ou l'apraxie, sans qu'il soit possible de préciser entre les deux.

Monoplégie organique du bras gauche. — M. BABINSKI montre un homme chez qui la nature organique de la monoplégie est rendue très vraisemblable par la constatation du phénomène de la pronation, l'exagération du réflexe tricipital. L'auteur insiste sur l'exagération des phénomènes de motilité passifs, écartement du membre lorsque le malade tourne sur lui-même, sa projection dans la marche, par le membre inférieur, les oscillations qu'il présente lorsqu'on le laisse retomber après l'avoir soulevé.

Absence de stigmates hystériques sur 500 survivants de la catastrophe de Messine. — M. NÉRI. Cette constatation négative sur un aussi grand nombre de malades soumis à des traumatismes, et à des émotions particulièrement intenses, est, dit M. Babinski, un argument de toute importance, pour ceux qui refusent à l'émotion le pouvoir d'engendrer les stigmates. Il s'agissait de malades « neufs » n'ayant pas encore été l'objet d'un examen médical, mais seulement traités chirurgicalement.

L'attitude en flexion des contractures. — M. Noica. Elle est due non à la contracture, mais à des rétractions musculo-tendineuses.

Paralysies multiples des nerfs craniens dans le tabes. — M. Souques présente un tabétique atteint de paralysie bilatérale de la branche motrice des cinquièmes paires, avec atrophie des sterno-mastoïdien et trapèze gauche et de la moitié gauche de la langue, hémi-parésie du voile du palais, et de la corde vocale gauche. — M. Léri fait remarquer que de semblables paralysies sont fréquentes dans le tabes, ordinairement dissociées, incomplètes, et reconnaissent probablement pour cause la méningite radiculaire.

Acromégalie infantilisme. — M. Thibierge présente un homme de 1m88 de haut, dont la grande envergure est de 1m99. Ce gigantisme est dû surtout à l'accroissement des membres, dont les extrémités sont hypertrophiées à la manière de l'acromégalie : aux mains, la soudure des cartilages de conjugaison est complète, les phalanges sont hypertrophiées ; le sujet présente les attributs du féminisme, avec testicules rudimentaires et voix de castrat. Il n'y a ni prognathisme, ni macroglossie.

Ophtalmoplégie totale et paralysie de la branche sensitive du trijumeau par méningite de la base. — M. Galezowski. Ce fait est très analogue à celui de M. Souques.

Sclérose en plaques, début par des troubles mentaux simulant la paralysie générale. — MM. Raymond et Touchard. Chez un homme de vingt-six ans, apparaissent progressivement, après cinq crises épileptiformes, des troubles de la mémoire, de l'intelligence et du caractère, et des troubles somatiques : fourmillements, paralysies transitoires, bredouillement et échappement de la parole, simulant un début de paralysie générale. Le malade était syphilitique, plusieurs ponctions lombaires ne montrèrent pas de lymphocytose. La déchéance intellectuelle n'était pas globale, le malade s'apercevait de ses erreurs et les corrigeait, ce qui aurait pu aider à éviter l'erreur. Puis, les troubles mentaux s'atténuèrent progressivement, tandis qu'apparaissaient une paraplégie spasmodique, du tremblement intentionnel de la main droite, un léger nystagmus, la parole devenait lente, si bien que le diagnostic de sclérose en plaques s'impose actuellement. Au point de vue mental, il reste seulement un léger défaut de l'attention et de l'irritabilité. Les auteurs rappellent qu'on a signalé des lésions du lobe frontal dans la sclérose en plaques.

Rapports du tremblement et de la tachycardie dans la maladie de Basedow. — M. Ballet pensait qu'entre les deux il y avait un certain parallélisme, et que les deux peuvent se trouver réunis, en dehors de la maladie de Basedow. Le fait actuel semble démentir cette hypothèse, en montrant un tremblement très accentué, avec une tachycardie de 90-100 à peine, chez un basedowien.

Aphasie et centre de Broca. — MM. Vincent et Dumollard. Un Arabe, à la suite d'un coup de bâton sur la région pariéto-temporale, présente de l'aphasie de Broca avec paralysie du bras droit. L'ablation d'une esquille lésant le cerveau à 2 centimètres et demi en avant de la partie inférieure de la scissure de Rolando, fut suivie de la guérison, en quelques jours.

Hérédo-ataxie cérébelleuse. — MM. Raymond et Lhermitte apportent l'étude histologique d'un cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse, établissant la transition entre cette affection, telle que M. Marie l'a décrite, et la maladie de Friedreich, car les lésions des voies cérébelleuses se trouvent complétées par la démyélinisation diffuse des cordons postérieurs.

Deux autopsies de syndrome thalamique. — M. Roussy. Présentation de cerveaux montrant un foyer de ramollissement dans la partie postéro-externe de la couche optique, empiétant sur la partie postérieure de la capsule interne avec, dans l'un de ces cas, des lacunes multiples.

Pachyméningite cervicale hypertrophique ayant simulé un néoplasme cérébral. — M. Tinel montre une belle pachyméningite étendue à toute la région cervicale, et comprimant les racines, ce qui avait déterminé, notamment, des troubles dissociés de la sensibilité. Les troubles cliniques étaient ceux d'une tumeur cérébrale, à tel point que le malade fut soumis à la trépanation. En particulier, existait une hydrocéphalie ventriculaire considérable, avec stase papillaire.

PRATIQUE MÉDICALE

LA SURALIMENTATION DANS LES ANÉMIES

Par M. P. Pérard.

On oublie trop souvent qu'en dehors de la tuberculose, il y a des maladies tributaires de la suralimentation. A part les cas de neurasthénie où le médecin met tout en œuvre pour reconstituer la cellule nerveuse et l'état général, il y a des affections où la thérapeutique directe, surtout utilisée, fait négliger la suralimentation presque aussi importante.

Il en est ainsi de l'anémie, de la chlorose. La médication arsenicale, ferrugineuse, les douches froides, les frictions, etc. sont indispensables, mais, si on fait encore appel à l'administration régulière de substances azotées, on parvient plus rapidement et plus complètement à guérir ces chlorotiques, ces anémiques. Toute la question réside, généralement, à chercher le moyen de faire tolérer par ces estomacs délicats ou hypopeptiques les aliments azotés, et, ce sera, pensons-nous, donner au praticien une bonne indication que de lui dire : « A ce point de vue, l'albumose-peptone ou nutrigène présente le maximum de propriétés reconstituantes avec le minimum d'inconvénients. »

On sait que la plupart du temps, les aliments carnés sont mal tolérés par les estomacs dyspeptiques. A leur suite des troubles plus pénibles apparaissent et peuvent, dans une certaine mesure, retarder la guérison. Or, si l'on fait absorber trois à cinq cuillerées à soupe par jour de nutrigène, dans un liquide quelconque mais *de préférence* dans le potage, on remarque qu'en aucun cas l'estomac des malades n'est défavorablement impressionné par ce suraliment.

Il est en effet *prédigéré* par un suc gastrique physiologique, et, dès lors cette substance, constituée par du tissu musculaire de bœuf sélectionné et réduit en poudre fine, représentant une dose élevée d'aliment carné, ne peut pas fatiguer l'estomac puisqu'elle n'a pas besoin de lui pour être digérée. C'est là une première supériorité.

En second lieu, elle est entièrement *soluble*, ce qui facilite son absorption et son assimilation, seconde supériorité.

En troisième lieu, elle n'amène pas de putréfactions intestinales et ne renferme pas d'agents septiques, grâce à la préparation particulière qu'elle a subie, troisième supériorité.

Telles sont les raisons aujourd'hui bien connues, qui nous font employer l'albumose-peptone naturelle dans le traitement des anémies et de la chlorose. Bientôt, sous son influence l'appétit renaît, les digestions se régularisent, le poids du corps se développe ainsi que les forces, et le teint jaunâtre ou blafard, l'essoufflement, les palpitations, etc., disparaissent.

Quand les phénomènes asthéniques dominent, nous joignons à ce suraliment deux cuillerées à café de neurogénol, association de phosphates purs, naturels et sans sucre. Dans la grande majorité des cas nous obtenons ainsi la guérison complète de nos malades, nous transformons nettement leur état général et leur diathèse toujours plus ou moins strumeuse.

Nous préconisons donc, avec le protoxalate de fer et le

cacodylate de soude, la suralimentation méthodique dans le traitement des anémies, parce que les résultats ainsi obtenus sont beaucoup plus nets, plus complets, plus sûrs.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 12, déc. 1908.) M. Durand et J. Garel : Les chondromes du cartilage cricoïde. — Jacques et Lucien : Phlegmon péri-amygdalien mortel par thrombophlébite du sinus caverneux. — F. Furet : Otite suppurée droite ancienne. Mastoïdite. Opération. Paralysie de la septième paire gauche, guérison. — Claoué : Deux cas curieux de sinus fronto-ethmoïdo-maxillaire. — A. Raoult : Septico-pyohémie d'origine otique sans phlébite du sinus. — Lemaitre et Halphen : Nystagmus et oreille interne. — Elias : Quatre cas de paresthésie nasale. — Lafite-Dupont : Hypertension artérielle et hypertension labyrinthique. — Chavanne : Corps étranger du sinus maxillaire. — Robert Leroux : Evidement de la loge amygdalienne. Nouveau morceleur à érignes. — Furet : Corps étranger du larynx. — Paul Bourlon : Plaie de l'oreille droite et d'une partie de la région temporo-pariétale du crâne par arme à feu. Paralysie de la septième paire. Opération, guérison. — (N° 1, janv. 1909.) Th. Herman : La valeur thérapeutique de la méthode d'hyperémie de Bier en otologie. — Louis Vacher : Ablation des végétations adénoïdes. Nouvelle instrumentation. Nouvelle technique. — L. Baldenweck : Les collections suppurées intra et extra-cérébrales d'origine otique (*suite*). — Cange et Aboulker : Trois cas de phlébite du sinus caverneux.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 48, 26 nov. 1908.) Pels Leusden : Le traitement des brûlures. — Strauss : Le climat et les maladies des reins. — Landmann : Sur le sérum anti-pneumococcique. — Schlesinger : La phonométrie indirecte. — V. Tabora : L'insuffisance tricuspidienne et ses symptômes. — Vollmer : Un cas d'anévrisme aortique avec complications particulières. — V. Csiky : Sur la mesure de l'hypotonie. — Haberern : Sur les tumeurs inflammatoires de l'épiploon. — Schlodtmann : Sur l'inutilisation des trichomates anormaux pour le service des chemins de fer. — Panpoukis : Sur la question des paralysies survenant pendant ou après le traitement antirabique. — (N° 49, 3 déc.) Freund : Sur le traitement du cancer utérin inopérable. — Fränkel : Un halateur. — Richter : Sur les échanges albumineux pendant les cures d'amaigrissement. — Bickel : Sur les troubles sécrétoires du pancréas; observation clinique d'un cas d'hypersécrétion pancréatique continue. — V. Verth : Sur la filariase. — Axhausen : L'anémie artificielle de la moitié inférieure du corps, d'après Momburg. — Stieh : Sur le traitement opératoire de l'emphysème pulmonaire. — Mayer : Sur la clinique de la rétroflexion. — Müller : Contribution au traitement de la blennorragie urétrale aiguë et chronique. — Grœdel : L'instrumentation Röntgen. — Cohen : Extraction d'un haricot de la bronche gauche par voie bronchoscopique. — Stein : Un cas d'intoxication mercurielle grave. — (N° 50, 10 déc.) Müller : Le traitement de la neurasthénie. — Wallbaum : Sur les scléroses multiples après un choc psychique. — Hildebrandt : Sur la question de l'origine de l'urobiline. — Fränkel : Redressement des difformités du pied dans un appareil à aspiration. — Danielsen : Sur l'extraction de corps étrangers hors de l'œsophage. — Dœpner : Contribution à l'étude des hernies traumatiques. — Becker : Gants et équivalents de gants. — Heymann : Arsacétine dans la syphilis. — Wassermann et Seitz : Sur l'emploi de la lécithine pour l'obtention des toxines. — Rudloff : Sur un cas d'angine ulcéro-membraneuse. — (N° 51, 17 déc.) Plehn : Le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — Hofbauer : Sur la question de l'expansion pulmonaire. — Joachim : La paralysie de l'oreillette gauche dans l'insuffisance mitrale. — Wolpe : Sur l'augmentation de la sécrétion et de l'acidité du suc gastrique pendant la menstruation. — Fränkel : L'importance de l'appareil de fixation à ressort dans le traitement du pied bot. — Heyde : Sur l'étiologie bactérienne et sur la clinique des abcès cérébraux. — Kausch : Un instrument pour la ponction lombaire, l'injection et la mesure de la pression; et sur son emploi. — Tomaschewski : Expériences sur l'anesthésie d'origine médullaire. — Kothschenrenther : Un cas rare de blessure du cœur. — Apolant : Sur la nomenclature des tumeurs épithéliales de la souris. — Semon : Colostrum noir. — Kirschbauer : Sur la cortine et son emploi. — Bock : Un procédé simple pour l'aspiration du lait maternel. — (N° 52, 24 déc.) Rumpf : Sur le traitement des affections cardiaques par les courants oscillants. — Plehn : Le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — Kromäyer : Electrolyse multiple sumentaire, procédé de destruction sans cicatrice, particulièrement pour les cheveux. — Fuerstenberg : Sur le traitement par les émanations du radium. — Hartmann : Un masque d'inhalation simple. — Pickert et Löwenstein : Une nouvelle méthode pour la recherche de l'immunité à la tuberculine. — Sleeswyck : Sur la propriété bactériolytique possible de la lécithine et sur l'immunisation au moyen de toxine typhique-lécithine. — Vay : Sur l'action immunisante des extraits lécithinés de bacilles pesteux. — Blumenthal : Sur la recherche et le passage de l'excrétion de l'atoxyl dans l'urine. — Jankowski : Péritonite perforante dans un ulcus simplex du jéjunum. — Zumbuch : Nouveaux progrès dans l'étude de la dermatologie et de la syphilis. — Sternberg : L'appétit. — Pust : Sur le traitement des blessures par le plâtre. — (N° 53, 31 déc.) Trenfel : Le traitement de l'asthme bronchique. — Cornelius : La preuve objective des douleurs nerveuses périphériques subjectives. — Mayer : Sur le traitement des paralysies infantiles graves. — Oberndorfer : Progrès dans le traitement des maladies nerveuses. — Ascarelli : La recherche des traces de sang par le procédé de la benzidine. — Aufrecht et Simon : Sur la valeur nutritive et l'usage d'œufs de poule crus et peu cuits. — Stürmer et Luders : La propaésine, nouvel anesthésique local très puissant. — Strauss : Le traitement des nævi par la neige d'acide carbonique. — Davidsohn : Eclairage Röntgen en pleine lumière du jour avec protection complète contre les rayons pour le médecin et le patient. — Zernik : Nouveaux médicaments, spécialités et remèdes secrets.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (ADMISSIBILITÉ). — *Formation du jury.* — M. Barbier nous prie de faire connaître qu'il a envoyé son acceptation à l'Administration de l'Assistance publique dès le mercredi 10 février.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 12 février 1909 : MM. Strauss, 7; Fontorbe, 10; Buc, 8; Vielle (Albert), 9; Pont, 11; Rousseau (Emile), 10.

Séance du 14 février : MM. Weissenbach, 10; Delivet, 8; Chevallier (Paul, 10; Mlle Hertz, 6; MM. Dufour, 8; Marquis et de Cumont, 9; Collet, 7; Paris, 10; Bruel (Paul), 8; Brac, 10.

Anatomie. — Séance du 13 février : MM. Saint-Girons, 9; Gillard, 8; Guilmet, 7; Samson, 10; Godlewski, 7; Ferry (Charles), 4; Aubry, 9; Fouchet, 12; Corpechot, 9.

Prochaine séance mardi 16 février, à huit heures du matin.

GUERRE. — MM. les médecins-majors Fazil bey et Vasfi bey, de l'armée impériale ottomane, sont autorisés par le ministre de la Guerre à faire un stage à l'Ecole d'application du service de santé.

M. le médecin-major de deuxième classe Louët, du 137e d'inf., est détaché à l'Institut océanographique de Paris et de Monaco.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la cinquième semaine, 1 134 décès, au lieu de 1158 pendant la semaine précédente et de 1096, moyenne ordinaire de la saison.

La scarlatine continue à être très répandue, mais ne cause que peu de décès.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 252 décès, au lieu de 240 pendant la semaine précédente (moyenne 228).

La phtisie pulmonaire a causé 216 décès (moyenne 220).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie, en Tunisie et aux Échelles du Levant, ou vice versa.* — La Compagnie délivre toute l'année des carnets, individuels ou collectifs, de 1re, 2e et 3e classes pour effectuer, à prix réduits, des voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux suivants : 1° Paris-Lyon-Méditerranée, Est, État, Midi, Nord, Orléans, Ouest, P.-L.-M. algérien, Est algérien, État (lignes algériennes), Ouest algérien, Bône-Guelma, Sfax-Gafsa; 2° sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache) ou par la Société générale de transports maritimes à vapeur; 3° sur les lignes maritimes ci-après, desservies par la Compagnie des messageries maritimes. Ces voyages, dont les itinéraires sont établis à l'avance par les voyageurs eux-mêmes, doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens ou tunisiens; les parcours sur les réseaux français doivent être de 300 kilomètres au moins ou comptés pour 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués par les paquebots de l'une seulement des quatre Compagnies de navigation participantes; ils peuvent cependant être effectués à la fois par les paquebots de la Compagnie des Messageries maritimes et par ceux de l'une quelconque des trois autres Compagnies de navigation.

Validité. — Les carnets sont valables pendant quatre-vingt-dix jours, à compter du jour du départ, ce jour non compris; mais ils sont valables cent vingt jours lorsqu'ils comportent des parcours sur les lignes desservies par la Compagnie des Messageries maritimes. Faculté de prolongation moyennant paiement d'un supplément.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Demandes de carnets. — Les demandes de carnets peuvent être adressées aux chefs de toutes les gares des réseaux participants; elles doivent leur parvenir cinq jours au moins avant la date du départ.

Pendant la saison d'hiver, Paris et Marseille sont reliés par de nombreux trains rapides et de luxe composés de confortables voitures à bogies.

A PROPOS DU TÉTANOS

Par L. VAILLARD,
Médecin-inspecteur de l'Armée, membre de l'Académie de médecine.

Dans la *Gazette des hôpitaux* du 19 janvier 1909, j'ai demandé à MM. Vennat et Micheleau de fournir la preuve que le tétanos était bien en cause chez les trois malades dont ils ont rapporté les observations. C'était, à mon sens, la première condition à remplir avant d'aborder une discussion devenue nécessaire.

Sans attendre cette preuve (elle pourrait tarder à venir), je crois devoir verser aux débats des documents qui contribueront à faire un peu de lumière.

L'observation II du travail de MM. Vennat et Micheleau vise le docteur H... (de Puteaux) qui avait reçu deux injections préventives de sérum à six jours d'intervalle. « Deux jours après cette deuxième injection, disent les auteurs précités, il est saisi de fièvre et se plaint d'une éruption urticariée très étendue. Le lendemain, syncope après un violent frisson, raideur de la nuque. Le surlendemain, augmentation de cette raideur et trismus. Il a pu faire néanmoins le voyage de Paris. Mais là il doit appeler *un confrère qui diagnostiqua le tétanos. Le tétanos prit le type atténué*, mais pendant trois semaines le malade garda le lit dans un état alarmant *avec des crises de contractures*, de la fièvre persistante et quelques symptômes cérébraux. La convalescence fut très longue. »

M. le docteur Lejonne, ancien chef de clinique de la Faculté, est précisément le confrère qui a donné des soins au malade pendant toute la durée des accidents. Avec une spontanéité dont j'ai plaisir à le remercier, il a bien voulu m'adresser, à toutes fins utiles, la relation clinique du fait observé par lui. « Vous verrez, m'écrit-il, qu'il s'agissait d'accidents sériques. L'observation est un peu courte; je l'ai rétablie de mémoire et n'ai voulu y mettre que des faits précis et avérés. » Je la transcris intégralement.

Observation de M. Lejonne. — Je suis appelé auprès de M. H... (de Puteaux), dans la soirée du 7 mars 1908.

On me fournit les commémoratifs suivants. H... a reçu le 24 février une injection de sérum antitétanique de 10 centimètres cubes à titre préventif; quelques heures après il aurait présenté du trismus et de la raideur de la nuque. Le 27 février, deuxième injection de 10 centimètres cubes, à la suite de laquelle courbature et frissons. Le malade peut néanmoins quitter Saint-Martin-de-Ré et rentrer à Puteaux le 4 mars. Dans la nuit du 5 au 6, apparition d'une éruption en placards énormes, rouge vif, couvrant tout le corps, faisant saillie « comme des boules », ressemblant à de l'urticaire, mais ne démangeant pas.

Le vendredi 6 mars, la température atteint 39°5 dans l'après-midi. Le samedi l'état général s'aggrave.

Voici ce que je constate : raideur et hyperesthésie généralisées; presque tout mouvement spontané ou provoqué est impossible à cause de la douleur. Il n'existe plus trace de l'éruption. En examinant de plus près le malade, on se rend compte que s'il y a un certain degré d'hyperesthésie de la peau et surtout de myalgie, les phénomènes douloureux sont avant tout articulaires; presque toutes les articulations sont prises, au premier plan celles du poignet, du cou de pied, du genou et les temporo-maxillaires. Certaines présentent plus que de l'arthralgie : du gonflement et même un peu d'épanchement intra-articulaire (genou, cou de pied).

Il n'existe pas de troubles des sphincters. La respiration est pénible par suite de la douleur causée par les mouvements respiratoires; rien aux poumons. Battements du cœur rapides, mais réguliers et bien frappés. Urines rares, sans albumine; psychisme intact.

Le diagnostic porté est celui d'accidents sériques; on prescrit seulement le repos au lit et des boissons chaudes abondantes. Pour la nuit, 1 ou 2 grammes de chloral.

L'état demeure stationnaire les 7, 8, 9 mars, la température montant jusqu'à 40°2.

Dans la nuit du 9 au 10, sueurs profuses traversant les matelas; à la suite H... ressent un bien-être général, tous les phénomènes douloureux cessent brusquement et la température tombe à la normale.

La convalescence est pénible; pendant quinze à vingt jours asthénie profonde avec vertiges et insomnies; état psychique très déprimé (1).

La comparaison des deux récits montrera combien a été insuffisante et peu exacte la documentation clinique de MM. Vennat et Micheleau.

Voilà donc un fait désormais éclairci et nettement fixé : le docteur H... (de Puteaux) *n'a point été atteint de tétanos*, *mais simplement d'accidents sériques* d'une intensité toute particulière.

Autre fait. MM. Vennat et Micheleau relatent que le frère cadet du précédent malade « lui aussi injecté préventivement avait présenté un peu de *trismus*, de la *raideur de la nuque* et *une assez forte éruption ortiée avec de la fièvre* ». Or il résulte de renseignements précis recueillis auprès des membres de la famille et de l'intéressé lui-même que ce dernier *n'aurait éprouvé aucun des accidents signalés ci-dessus*. Ce frère plus jeune était alors sergent au régiment d'infanterie de la Rochelle. Eprouvant une légère fatigue à la suite de l'injection préventive, il se présenta à la visite du médecin-major dans l'espoir d'éviter une marche militaire de 19 kilomètres, mais son état physique apparut à ce point normal que l'exemption sollicitée ne lui fut point accordée et la marche a été accomplie sans inconvénient. C'est à ces proportions que se réduisent les accidents tétaniques (communication orale du docteur Lejonne).

Dans le préambule sentencieux de leur travail, MM. Vennat et Micheleau ont écrit la phrase suivante à l'adresse d'un destinataire inconnu : « Il y a longtemps déjà que Malgaigne avait émis le vœu de voir la chirurgie — et aussi la médecine — prendre pour devise le mot : Réalité. » La leçon reste tou-

(1) Cette observation vient d'être communiquée à M. Vennat par le docteur Lejonne.

jours bonne et la retournant à ceux qui ont voulu la donner, je me permettrai de leur dire plus simplement, que la science se fait avec des documents précis, réels, bien observés et non avec des récits où l'imagination trouve place. Le sujet traité était cependant assez sérieux pour mériter une meilleure tenue dans le contrôle des faits avancés.

Il demeure donc acquis que la question du tétanos provoqué par l'injection préventive du sérum n'a plus lieu d'être posée, puisque les sujets visés dans les observations II et III n'ont jamais présenté le moindre symptôme tétanique.

Reste le cas mortel (Obs. I) dont le diagnostic a motivé de ma part les doutes les plus formels. Il m'apparaît absolument certain que le tétanos n'a jamais existé chez le malade en cause. Des renseignements nouveaux me permettront de discuter utilement le fait. Ce sera l'objet d'une note très prochaine.

HÉMI-HYPERESTHÉSIE NEURO-MUSCULAIRE
CHEZ LES VARIQUEUX
ET PATHOGÉNIE DES VARICES

Par le docteur MOLLE,
Médecin de l'hôpital civil d'Oran.

La question de l'étiologie des varices des membres inférieurs est une de celles qui ont soulevé le plus de controverses. Alors que, pour un certain nombre d'observateurs, il ne s'agirait là que de phénomènes purement mécaniques, d'autres, et non des moindres, ont considéré les dilatations variqueuses comme étant d'ordre plus complexe et se rattachant à des troubles de trophisme préexistant chez les individus prédisposés à ce genre de manifestation.

Sans insister sur la bibliographie de ce sujet, nous ne pouvons moins faire que de citer les noms de Quénu (1), de Terrier (2) et surtout de Lancereaux; ce dernier auteur a formulé ainsi qu'il suit son opinion (3) : « La coïncidence des varices avec un certain nombre d'affections résultant d'un désordre du système nerveux (migraines, névralgies, hypocondrie, asthme) porte à penser qu'elles sont subordonnées à l'action de ce système et *dépendent d'un trouble de l'innervation trophique...* »

Personnellement, nous avons cru pouvoir pousser plus loin encore l'analyse du rôle joué par le système trophique dans l'étiologie des varices; nous avons signalé en effet, dans un mémoire récent (4), la possibilité de déceler chez les variqueux, en particulier, des troubles nerveux spéciaux systématisés à une moitié du corps et dont le siège est nettement en relation avec le côté où les varices sont observées : c'est sur cette question qu'il nous paraît intéressant de revenir aujourd'hui, car elle nous semble pouvoir être le point de départ de constatations analogues dans d'autres affections en apparence fort dissemblables.

(1) Quénu. Etude sur la pathogénie des ulcères variqueux, *Revue de chir.*, 1882, p. 877.
(2) Terrier, cité par Séjournet. Th. de Paris, 1877.
(3) Lancereaux. *Traité de l'herpétisme*, p. 197.
(4) Molle. *L'homme droit et l'homme gauche au point de vue pathologique*, Maloine 1905.

Voici en quoi consistent ces troubles nerveux que nous avons relevés chez les variqueux. Les malades présentent régulièrement du côté où siègent leurs varices des phénomènes d'hyperesthésie qu'il faut rechercher d'ailleurs et qu'ils ignorent totalement. Cette hyperesthésie a son siège au niveau de certaines masses musculaires et en des lieux d'élection spéciaux, véritables « zones hyperesthésiques profondes ». En outre, les gros troncs nerveux des membres, explorés en certaines régions où cette investigation est possible, présentent une sensibilité nettement exagérée par rapport aux régions homologues du côté opposé ; enfin, il existe une hyperesthésie relative du testicule ou de l'ovaire correspondant (1).

Nous avouons de suite que ces troubles ne sont pas toujours faciles à mettre en lumière; il faut une certaine dextérité pour les reconnaître; ils sont enfin justiciables de la grande objection qui s'adresse à tous ces symptômes d'ordre subjectif qui sont souvent suggérés par le médecin à son patient; aussi bien, et quoique nous nous soyons toujours entouré de toutes les précautions d'usage dans ces sortes d'examen, nous avons constamment adjoint à la constatation de ces troubles nerveux un autre signe dont la concordance a toujours été parfaite, et qui, comme nous le verrons, est complètement en dehors de la suggestion médicale. Ce signe est celui que nous avons décrit sous le nom de *signe du décubitus latéral de prédilection.*

Il est curieux de constater, lorsqu'on demande à un variqueux quel est le côté sur lequel il prend plus facilement son sommeil, avec quelle précision habituelle ce renseignement est donné. Alors que la même question, faite à un individu sain ou atteint d'une affection quelconque, reste sans réponse précise dans la proportion de 55 p. 100 environ (2), chez les variqueux, cette proportion descend à 20 p. 100 seulement, et encore est-il possible de la réduire presque à rien si l'on donne à ces malades le temps et les indications nécessaires pour une enquête plus intime; de telle sorte qu'il est permis d'affirmer que presque tous les variqueux ont réellement un côté de choix sur lequel ils prendront plus volontiers leur sommeil. Or, quelle relation existe-t-il entre les troubles d'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire dont nous avons parlé, et le fait du choix constant d'un même côté pour prendre le sommeil? La voici : le malade ne choisit jamais pour le décubitus habituel le côté où siège l'hyperesthésie neuro-musculaire, quelque faibles qu'en soient les symptômes révélateurs; il couche régulièrement sur son côté normal; c'est ainsi, par exemple, que les troubles d'hyperesthésie siégeant toujours chez le variqueux du même côté que les varices, ce malade

(1) Tous les détails concernant ces explorations sont longuement exposés dans le travail déjà mentionné.
(2) Voir Molle. Loc. cit., p. 14.

choisira toujours pour son décubitus le côté opposé.

Nous ne pouvons insister longuement sur l'interprétation de ces phénomènes; il nous paraît bon toutefois d'ajouter quelques considérations techniques qui ne pourront que justifier l'importance que nous y avons attachée.

Les physiologistes ont bien reconnu depuis longtemps que le coucher latéral implique une gêne musculaire plus considérable que le dorsal : dans le coucher latéral, en effet, outre que le corps présente une surface moins égale et de moindre étendue au plan du lit, et y subit une pression plus forte principalement à l'épaule et à la hanche, les membres supérieurs et inférieurs sont forcés de prendre des positions diverses dans lesquelles certains muscles sont plus ou moins distendus (1).

Il ne faut pas croire, en effet, que dans le sommeil le malaise qu'amène dans les masses musculaires la mise en jeu un peu prononcée de leur élasticité ne soit pas ressenti : « Si la conscience ne le perçoit pas, l'instinct en est averti, et si bien, que le dormeur, tout en ne se réveillant pas, change d'attitude » (2). Nous ajouterons que chez les sujets qui ont réellement un côté de prédilection pour le repos, les pressions exercées par le poids du corps et les dispositions vicieuses des membres agissent vraisemblablement d'une façon plus précise et plus impérieuse du côté sur lequel ils redoutent de prendre leur sommeil : il est donc permis de dire que le malade enregistre de cette façon et pour ainsi dire automatiquement son hémi-hyperesthésie, le médecin n'ayant alors qu'à interpréter ainsi ces faits dont la signification devient pleine d'intérêt.

Une très longue période d'observation nous a permis de vérifier l'exactitude de ces phénomènes et nous ne pouvons moins faire que de les signaler aux observateurs.

Voici par exemple un malade porteur de varices siégeant exclusivement *à droite*; avant tout examen, nous savons que ce malade dort de préférence sur son côté *gauche*, et une interrogation faite dans ce sens ne tarde pas à confirmer la chose. Cette sorte de divination du médecin ne manque pas d'ailleurs d'impressionner particulièrement les malades. Mais il ne s'agit pas là d'un fait sans intérêt et destiné seulement à soulever la curiosité : il nous paraît, en effet, comporter des conséquences autrement importantes.

Si nous admettons, en effet, avec beaucoup d'auteurs éminents, que les varices sont toujours subordonnées à des troubles de trophicité; les observations présentes nous permettent d'ajouter que cette hypotrophicité est constamment accouplée à des phénomènes d'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire, ces phénomènes étant mis en lumière soit par une exploration spéciale, soit par le signe du « décubitus latéral de prédilection » par lequel le malade enregistre inconsciemment ses troubles nerveux. Or, il existe d'autres affections à prédominance unilatérale, soit au niveau des téguments, soit à localisations viscérales, au cours desquelles nous avons pu constater l'existence de ces phénomènes d'hémi-hyperesthésie; nous ne citerons que la tuberculose pulmonaire dont le problème étiologique est encore entouré de tant d'obscurité; des observateurs éminents ont d'ailleurs décrit chez les tuberculeux des troubles nerveux offrant une certaine analogie avec ceux que nous avons nous-même exposés (1). On voit tout l'intérêt qui découlerait de l'observation de pareils faits dans le domaine de la pathologie générale.

(1) *Dict. Dechambre.* Art. DÉCUBITUS.
(2) *Dict. Dechambre.* Loc. cit.

Mais des considérations de cette nature ne rentrent guère dans le cadre modeste de notre sujet; il nous reste à rechercher de quelle façon se comporte cette hypothèse de l'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire, substratum de troubles d'hémi-hypotrophie, dans le problème que soulèvent les statistiques médicales qui sont unanimes à relever la plus grande fréquence des varices du côté gauche relativement au côté droit.

Il est admis, en effet, que les variqueux gauches sont bien plus nombreux que les variqueux droits.

D'après Ponteau, il y a 7 ulcères variqueux à gauche, pour 3 à droite.

Pour expliquer ce fait indéniable, les partisans de la théorie mécanique ont mis à contribution la constipation habituelle, laquelle accumulerait des matières dans la fosse iliaque gauche, ce qui entraînerait une certaine gêne dans la circulation de la veine iliaque correspondante. Mais des observateurs éminents ont réduit à néant cette explication pathogénique : nous ne pouvons mieux faire que de citer les objections soulevées par P. Reclus contre cette même pathogénie de la constipation invoquée également pour l'étiologie du varicocelle : « Mais, dit cet auteur, le cæcum à droite se trouve dans des conditions analogues...; les relevés de Landouzy n'établissent pas que les varicocelleux soient des constipés; ils en signalent 1 sur 17; la constipation est au contraire très fréquente chez le vieillard si rarement atteint de varicocelle... Toutes ces hypothèses, ajoute ce chirurgien, prouvent la fécondité d'esprit de ceux qui les ont imaginées, mais aucune ne répond à l'argument inévitable : *ces causes sont communes à tous et la dilatation variqueuse est réservée à quelques-uns* » (2).

Tout commentaire nous semble superflu. Si, au contraire, nous nous en référons à la théorie nerveuse, telle que nous venons de l'exposer, voici à quels résultats nous arrivons.

Nous avons relevé (3) dans une statistique de 2.000 sujets de santé variable, interrogés par nous et qui ont reconnu prendre plus volontiers leur sommeil sur un côté que sur l'autre, nous avons relevé, disons-nous, que 70 p. 100 environ choisissaient leur côté droit pour dormir, alors que 30 p. 100

(1) *De l'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire dans la tuberculose pulmonaire (syndrome de Weill)*, Th. de Janot (élève de Jacquet), Paris 1899. — MOLLE. Sur quel côté dorment les tuberculeux relativement au siège de leurs lésions, *Presse méd.*, 1908, p. 548.
(2) P. RECLUS. *Traité de chir.*, t. VIII, p. 229.
(3) MOLLE. Loc. cit., p. 16.

préféraient leur côté gauche : les statistiques de variqueux donnant le même pourcentage, il nous est permis de conclure que, si les variqueux gauches sont proportionnellement plus nombreux que les variqueux droits, cela tient à ce que, d'une façon générale, et suivant une loi mise en lumière par les statistiques ci-dessus, il y a 70 p. 100 de sujets qui présentent de l'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire à gauche, laquelle constitue en quelque sorte un phénomène révélateur d'une hémi-hypotrophie sous-jacente et 30 p. 100 seulement de sujets qui présentent les mêmes symptômes du côté droit.

Or, on ne peut s'empêcher d'être frappé en lisant ces chiffres par la similitude qu'ils présentent avec ceux que la plupart des auteurs relèvent dans les statistiques du siège à droite ou à gauche des manifestations de l'hystérie; on admet en effet, depuis Briquet (1), qu'il y a environ 3 hystériques à accidents siégeant à gauche pour 1 à droite.

Est-ce à dire que ces phénomènes doivent être imputés à l'hystérie? Telle n'est pas notre opinion, à cette heure surtout où il est procédé à une sorte de démembrement de la grande névrose, et il ne peut venir à l'idée de personne d'y rattacher des faits de cette nature. A vrai dire, il nous semble qu'il s'agit là d'une sorte de déséquilibration trophique laquelle serait devenue un phénomène presque physiologique chez l'homme dégénéré par de longs siècles de civilisation, tandis que ce même état de déséquilibration devra être étiqueté « hystérie » dans les cas relativement rares où il se manifestera dans les domaines sensitif et psycho-moteur.

Un dernier point nous reste à élucider : comment expliquer l'existence de varices bilatérales? Nous avons déjà répondu à cette objection (2) en invoquant la possibilité de troubles trophiques vasculaires réflexes qui d'ailleurs ont été signalés dans d'autres affections des veines; nous ajouterons aujourd'hui une seconde explication qui nous paraît devoir être retenue; on observe, quand on étudie ces troubles d'hémihyperesthésie neuro-musculaire, des phénomènes de transfert relativement fréquents, ils ont été signalés très particulièrement par Jacquet (3). A la suite de traumatisme, de phénomènes émotifs, d'affections inflammatoires intercurrentes, et surtout après l'usage d'une médication révulsive, le transfert peut se produire, et tel individu, qui jusque-là pouvait être catalogué hémi-hyperesthésique gauche, devient brusquement hémi-hyperesthésique droit.

Ce déplacement ne se prolonge que rarement, toutefois il nous a paru suffire dans quelques cas, lorsqu'il coïncide avec des circonstances favorables, telles que *grossesse*, *surmenage*, pour amener la phlébectasie sur le côté jusque-là normal. Mais il suffit d'être averti de la possibilité de pareilles manifestations pour éviter cette cause d'erreur dans les observations de malades, et nous ne doutons pas que des recherches ultérieures ne viennent confirmer la réalité de ces faits jusque-là trop peu connus.

(1) Briquet. *Traité de l'hystérie*, 1859, p. 278.
(2) Molle. Loc. cit., p. 35.
(3) Voir thèse de Janot.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA PAR LE COALTAR

Par MM. J. Nicolas et A. Jambon [de Lyon] (1).

Le coaltar ou goudron de houille est employé depuis assez longtemps en Angleterre et en Allemagne, par les dermatologistes, pour le traitement des affections prurigineuses de la peau.

Suivant l'exemple du professeur Dind (de Lausanne) et du docteur Brocq (de Paris), l'un de nous (M. Jambon) a poursuivi pendant tout le cours de cette année, à la clinique de l'Antiquaille, des essais de traitement de l'eczéma par le coaltar, suivant une méthode très spéciale grâce à laquelle il a obtenu des résultats très satisfaisants.

Le goudron de houille est employé pur, c'est-à-dire tel qu'il est livré dans le commerce par les usines à gaz. C'est une sorte de vernis onctueux, épais, noir, odorant, qui contient des huiles légères (benzène, toluène, etc.), des phénols, des huiles lourdes, et de la poussière de coke en grande quantité.

Il est susceptible de se dessécher à la surface de la peau, pour former des sortes d'écailles noirâtres, intimement unies aux assises les plus superficielles de l'épiderme, avec lesquelles elles tombent lors de sa desquamation.

La méthode d'application que nous préconisons est la suivante : après avoir détergé, au moyen de compresses humides ou de lavages à l'eau bouillie, la surface à recouvrir, on la badigeonne purement et simplement avec un large pinceau enduit de coaltar, de manière que le médicament soit étalé sur la peau en une couche mince.

Immédiatement après l'application, on recouvre la surface traitée, à l'aide de quelques tours de bande de gaze ou d'une compresse de gaze légère, pour ne pas salir le vêtement. Cette gaze protectrice sera d'ailleurs enlevée dès que le coaltar aura séché, ce qui se produit en quelques heures.

Si l'on a affaire à un eczéma infecté, compliqué d'ecthyma superficiel ou de lésions impétigineuses, si des folliculites septiques accompagnent la lésion primitive eczémateuse, on fera précéder l'application du coaltar, d'un badigeonnage préalable avec une solution de bleu de méthylène à 1/200.

Cette pratique est celle que nous avons employée le plus communément, et nous n'avons eu qu'à nous en louer.

Les applications de coaltar ont lieu tous les deux jours et seront répétées de la même façon jusqu'à guérison.

Lorsque l'action siccative du coaltar se traduit par une sécheresse anormale de la peau et par des fissures, en particulier au niveau des régions où le tégument est le plus délicat et mince (plis de flexion, scrotum, etc.), mieux vaut incorporer le goudron à de l'axonge fraîche en mettant parties égales de chaque.

Nous avons dit que le coaltar se desséchait à la surface de la peau; au bout de quelques jours les squames noirâtres qu'on trouve au lieu d'application sont suffisamment détachées pour qu'un simple frottement détermine leur chute. Si l'on veut obtenir plus rapidement le nettoyage de la peau, un tampon de ouate imbibé d'huile d'amandes douces permettra de le réaliser en même temps qu'il assouplira le nouvel épiderme encore fragile.

Le mode d'action du coaltar sur la peau eczémateuse est aussi complexe que la composition de ce produit.

De nos observations personnelles, il semble résulter que le coaltar joue d'abord un rôle de protection à l'égard de la région traitée, en la préservant des poussières atmosphé-

(1) Communication à la Société de dermatologie, janvier 1909.

riques et des germes infectieux qui envahissent si rapidement les surfaces eczématisées.

De plus, s'il recouvre la peau comme un vernis, il se conduit comme un vernis perméable, permettant les échanges respiratoires de la peau et l'évaporation à sa surface, et cette propriété, il la doit à la grande quantité de bray qu'il contient, c'est-à-dire aux poussières de coke intimement divisées et inertes qui lui donnent sa consistance.

En troisième lieu, il est indéfiniment stable et stérile par sa composition même, et les phénols et les crésols qu'il contient exercent une action antiseptique énergique sur la flore microbienne de la peau.

Ces mêmes composés phénoliques et crésyliques sont des analgésiques puissants, et c'est à eux qu'il faut rattacher l'action antiprurigineuse que possède le coaltar à un si haut degré.

C'est encore par les phénols, puis par les huiles lourdes (huiles d'anthracène) que le coaltar mérite de prendre place au premier rang, dans le groupe des médicaments réducteurs de Unna. Par soustraction d'eau et d'oxygène, il favorise la kératinisation de l'épiderme malade, il est donc kératoplastique.

Mais de plus, nous avons remarqué que des applications réitérées de coaltar sont susceptibles de provoquer l'apparition, sur les régions traitées, d'éléments papuleux en relief, qui traduisent un travail de mitose dans les couches épidermiques : il s'agit là de phénomènes acanthoplastiques dont il importe de se défier pour ne pas avoir à les réfréner.

Les observations cliniques qui ont servi de base à ce travail comprennent 50 cas d'eczéma de formes diverses, d'étendue variable, dont 44 ont donné des succès rapides et brillants.

Toutes ces observations seront publiées dans un travail ultérieur ; nous nous bornerons à signaler les cas qui nous ont paru les plus favorables pour un traitement par le coaltar. Les eczémas franchement suintants donnent des succès à tous coups. Les formes sèches squameuses et prurigineuses sont guéries très rapidement (six applications en moyenne). Les formes infectées demandent quelques jours de plus, mais guérissent parfaitement. Les dermites eczémateuses d'origine professionnelle ou variqueuse guérissent en quatre ou cinq applications.

Les eczémas suintants et infectés du cuir chevelu chez l'homme donnent de beaux succès (on coupe les cheveux ras et on badigeonne comme sur les régions dépourvues de poils).

Les formes hyperkératosiques, très lichénifiées ou fissuraires, donnent constamment des insuccès, si l'on ne prend soin de détruire l'hyperkératose et d'obturer les fissures par des moyens appropriés. Ce sont des cas généralement rebelles et récidivants.

Les formes papulo-vésiculeuses disséminées, dont le prurit intense est si pénible pour les malades donnent toujours des échecs.

Nous possédons encore un certain nombre d'observations de psoriasis, de parakératoses psoriasiformes, de prurit vulvaire ou anal d'origine eczémateuse, où le coaltar a fait merveille. Nous attendrons d'en avoir réuni un nombre suffisant pour pouvoir en tirer des conclusions définitives.

En somme, le coaltar employé par la méthode que nous venons d'indiquer pour le traitement des eczémas, constitue un mode de traitement très avantageux, par la modicité de son prix, par sa simplicité d'application, par son efficacité, et par son action antiprurigineuse dont tous les malades, rendent compte avec éloges.

Il a quelques inconvénients, parmi lesquels sa couleur qui le fait difficilement accepter par certaines malades ; en outre il exige de la part du médecin traitant une surveillance attentive, car il ne faut pas oublier que l'acide phénique est susceptible de donner parfois, et cela nous est arrivé au début de nos essais, des nécroses superficielles, puis des ulcérations atones, contre lesquelles il est difficile de lutter.

Mais dans la plupart des cas, c'est un excellent médicament, duquel on peut attendre les meilleurs résultats.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1909)

Sur la digestion gastrique des laits de femme et d'ânesse. — M. Louis GAUCHER. La traversée des laits de femme et d'ânesse est plus rapide que celle du lait de vache et s'effectue deux fois plus vite.

La caséine de ces laits, pas plus que celle du lait de vache, n'est peptonisée dans l'estomac. Leur grande digestibilité est due à ce que la caséine coagulée en petits flocons (lait de femme), ou en un caillot peu consistant et facile à désagréger (lait d'ânesse), peut évacuer l'estomac avec le minimum mécanique.

Action hypotensive de la d'arsonvalisation dans l'hypertension artérielle permanente. — MM. LETULLE et MOUTIER exposent les résultats qu'ils ont obtenus à l'hôpital Boucicaut dans le service de M. Letulle. Ces résultats confirment une fois de plus l'action hypotensive de la d'arsonvalisation, c'est-à-dire du traitement de l'hypertension artérielle de l'artériosclérose, par les courants électriques de haute fréquence.

Ils mentionnent en terminant que ces résultats étaient contrôlés simultanément par deux méthodes différentes. Ils ont été trouvés identiques dans tous les cas.

L'antimoine dans la syphilis. — M. Paul SALMON. Après avoir constaté en 1907 la valeur de l'arsenic comme médicament dans la syphilis, M. Paul Salmon a entrepris l'étude des propriétés curatives de l'antimoine dans cette maladie.

On sait en effet qu'une sorte de parenté chimique relie ces deux métaux.

D'autre part, une certaine analogie de chimiothérapie (par l'arsenic par exemple) rapproche les spirilloses, et les trypanosomiases, il était intéressant par conséquent de vérifier si l'antimoine, capable de détruire les trypanosomes, agirait de même contre les spirilles, celui de la syphilis en particulier.

M. Salmon a fait dans ce but des recherches à titre préventif sur le singe, et à titre curatif sur l'homme. Les résultats auraient été des plus satisfaisants.

La méthode qu'il préconise est basée sur l'injection intraveinense d'une solution d'émétique de potasse à 1/100. L'injection serait indolore. On commence par une injection de 5 à 7 centigrammes pour atteindre 8 à 10 centigrammes en injections quotidiennes.

Jusqu'ici, M. Salmon a pratiqué 223 injections intra-veineuses sans incident sérieux.

Traitement chimique de la bile. Séparation des acides biliaires. — M. PIETTRE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1909)

Appendicite vermineuse. — M. MÉNÉTRIER a observé deux cas d'appendicite dans lesquels il a pu constater la présence de parasites dans la muqueuse. Dans le premier cas, il s'agissait de tricocéphale ; dans le second, d'oxyures. La pénétration de parasites s'accompagnait d'ulcérations de la muqueuse, d'infiltration des tuniques cellulaires et muscu-

leuses, d'une congestion séreuse, et on pouvait, à côté des foyers d'infiltration, constater la présence de nombreux microbes. M. Ménétrier pense que dans ces cas le premier des parasites a nettement favorisé la pénétration microbienne : il s'agit ainsi d'une pathogénie mécanique, infectieuse et ultérieurement toxique de l'appendicite.

Bubon rhumatismal. — M. Thiroloix relate l'observation d'un malade atteint de monoarthrite aiguë du genou droit, très douloureuse, avec adénopathie profonde inguinale gauche. Il n'y avait pas de réaction à la tuberculine. Il y avait une évolution aiguë qui permettait de poser le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. Or, au cours de la convalescence, après biopsie, on constata, sur des coupes après coloration, la présence de microbes pathogènes.

Traitement médical des tumeurs hypophysaires, du gigantisme et de l'acromégalie par les rayons X. — M. Béclère, après avoir énuméré les différents types d'affections affectant avec le gigantisme et l'acromégalie une parenté étroite (adiposite, infantilisme, etc.) pense que tous ces symptômes correspondent à des lésions hypophysaires. Or, on est actuellement désarmé contre de telles lésions, et comme ressources on n'a guère que le traitement spécifique lorsqu'il s'agit de syphilis, et l'hypophysectomie dont les conditions et la technique sont aujourd'hui réglées. Mais cette opération ne peut être que partielle et palliative. Et devant notre impuissance, M. Béclère s'est demandé si une tumeur de l'hypophyse ne pouvait diminuer sous l'influence des rayons, de façon à faire cesser les troubles fonctionnels et les phénomènes de compression.

Dans les tumeurs thyroïdiennes, dans la maladie de Basedow, la radiothérapie exerce une influence non seulement sur le néoplasme, mais encore sur les troubles de sécrétion. De même on connaît l'action sur les autres tumeurs et en particulier sur les gliomes. M. Béclère a pensé qu'une telle thérapeutique pouvait être tentée dans l'acromégalie.

Les irradiations doivent porter sur la région frontale et pariétale. Elles ont été tentées sur des malades des docteurs Renoir et Souques et ont donné un résultat remarquable. Depuis le début du traitement le champ visuel a triplé d'étendue, et une extension s'est faite du côté temporal. Elle peut en ce moment lire et écrire de nouveau.

Un cas d'anémie splénomégalique avec fragilité globulaire. — MM. P. Armand-Delille et F. Feuillié ont observé dans le service de M. Marfan une fillette de douze ans profondément anémique et présentant une rate très volumineuse.

La numération quantitative et qualitative des leucocytes donne des chiffres normaux ; par contre, le nombre des globules rouges était de moins de 2 millions, l'hémoglobine 0,30 de la normale, il y avait de l'anisocytose, la résistance globulaire était très diminuée, l'hémolyse commençant à 0,84, enfin il y avait 18 p. 100 d'hématies granuleuses.

C'est le type hématologique des ictères hémolytiques, mais il n'y avait ni coloration ictérique des téguments, ni cholurie ; par contre, un léger degré de cholémie décelable par la réaction de Gmelin. Il s'agit donc d'un cas d'ictère hémolytique fruste, et ce cas permet d'expliquer un certain nombre de formes d'anémie avec splénomégalie, qui ne pouvaient être diagnostiquées avant la connaissance des techniques hématologiques qu'ont fournies les recherches de MM. Vaquez, Chauffard, Widal et leurs élèves.

M. Widal pense que ce malade présentera probablement des poussées d'ictère avec augmentation de la fragilité globulaire, en présence d'hématies granuleuses. Chez un malade de M. Widal l'ictère a presque disparu.

Du rôle des anévrismes aortiques dans l'étiologie des spasmes et des sténoses à forme grave de l'œsophage (étude œsophagoscopique). — M. Guisez. Les auteurs classiques donnent peu d'importance aux phénomènes dysphagiques causés par l'anévrisme de l'aorte.

Cependant l'aorte présente des rapports intimes avec l'œsophage dans toute sa partie thoracique.

M. Guisez a observé six cas de sténose œsophagienne d'origine anévrismale diagnostiqués par l'œsophagoscope.

Cinq siégeaient au point de croisement de la crosse de l'aorte, et un, un peu au-dessus du diaphragme.

Dans l'œsophagoscope, la paroi paraît comme soulevée et refoulée par une tumeur expansive et pulsatile. L'aspect est caractéristique et ne peut être confondu avec une autre sténose. Les phénomènes spasmodiques ont ici un plus grand rôle que la sténose proprement dite et il est commun de voir des phénomènes dysphagiques graves avec une sténose incomplète. C'est que la compression des nerfs de l'œsophage par la tumeur a une grande importance dans la pathogénie de la dysphagie.

Tous ces caractères, l'œsophagoscopie a permis de les préciser, apportant ainsi sa contribution au diagnostic toujours si difficile à la fois des sténoses de l'œsophage et des anévrismes souvent latents de l'aorte thoracique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1909)

Recherche des anticorps spécifiques dans la distomatose et la cysticercose. — M. Weinberg. 1° Il serait utile de chercher des anticorps spécifiques dans le sérum des sujets chez lesquels on soupçonne la cysticercose ; 2° La présence d'anticorps spécifiques dans le sérum des moutons infestés par les douves montre qu'il existe, dans la distomatose, une véritable intoxication chronique due aux substances sécrétées par les parasites du foie.

Sur une curieuse localisation de spirilles parasites dans les canalisations glandulaires de la muqueuse gastrique normale, chez le chien et le chat. — M. Cl. Regaud, il y a environ un an, en examinant des coupes de muqueuse gastrique de chien et de chat, colorées par l'hématoxyline ferrique, en vue d'études cytologiques, a constaté un fait intéressant de parasitisme.

Chez les trois individus (2 chiens, 1 chat) dont il a examiné à cette occasion la muqueuse gastrique, d'ailleurs normale, il existait dans les glandes peptiques (glandes du fond) de véritables spirilles assez abondants. Ces microbes rappellent, par leur forme et leurs dimensions, le spirochète de la syphilis. Leurs tours de spire sont ordinairement réguliers et équidistants. L'hématoxyline ferrique les colore en noir intense, en même temps que divers détails de structure des cellules. Il n'a pas rencontré ces spirilles dans les glandes pyloriques ni à la surface de la muqueuse. Quoique très communs, ils ne se trouvent pas dans toutes les glandes peptiques, et, suivant les régions, ils sont diversement abondants.

Ce qui lui a paru digne d'attention, c'est l'habitat exact de ces microbes : on les rencontre exclusivement dans les lumières ou canalicules des glandes. Rarissimes dans les cryptes muqueuses ou entonnoirs glandulaires, ils sont assez communs dans le canalicule principal ou axial de la glande ; ils sont très communs dans les canalicules latéraux, qui relient le canalicule axial aux cellules bordantes en passant entre les cellules principales ; enfin, beaucoup de ces spirilles sont engagés dans les prolongements intracellulaires des cellures bordantes. Il n'en a pas rencontré dans le protoplasma de ces cellules ; il croit que les spirilles intracellulaires, d'ailleurs communs, sont contenus dans les canalicules et non dans le cytoplasme.

Il ne s'agit assurément pas là de produits de sécrétion. Ce sont bien des parasites.

VARIÉTÉS

NOTICE SUR LES MOUVEMENTS DE POPULATION ET LES CAUSES DE DÉCÈS A PARIS EN 1908

Par le docteur Jacques BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la Ville de Paris.

	Nombres absolus.	POUR 1 000 HABITANTS 1908	1907	1906	1901-05
Mariages	30 955	11,4	11,1	10,4	9,8
Divorces	1 926	0,7	0,7	0,7	0,6
Naissances vivantes.	50 875	18,7	18,7	18,8	20,6
Décès	48 187	17,7	18,6	17,5	17,9

Tels sont les chiffres qui résument notre tableau du *Bulletin* n° 4 (1).

On voit que les mariages ont été très nombreux, en grand progrès sur les années précédentes. La loi du 21 juin 1907 simplifiant les formalités du mariage paraît être cause de ce résultat.

Les divorces ont été à peine un peu plus nombreux que pendant l'année précédente : il y en a eu 62 pour 1 000 mariages.

Les naissances sont toujours en très petit nombre. Il n'y a eu que 123 naissances légitimes pour 100 mariages, c'est-à-dire à peine un peu plus d'une naissance par mariage. Sur 1 000 naissances (mort-nés inclus), il y en a 250 illégitimes. Cette proportion était en 1901-05 un peu plus forte (263). Elle n'a guère cessé de diminuer depuis 1817, où elle était de 360.

Sur 1 000 naissances (mort-nés inclus), il y a eu 82 mort-nés ; proportion très élevée.

Elle est un peu plus faible pour les enfants légitimes (77), que pour les illégitimes (97). La différence est beaucoup plus forte dans le reste de la France.

Les décès ont été à peu près aussi nombreux que pendant les années précédentes (excepté l'année dernière qui était mauvaise). L'excès des naissances sur les décès a été aussi insignifiant qu'il l'est communément. Il n'a été que de 2 688 unités. Pour apprécier la faiblesse de ce chiffre, il faut rappeler que 16 161 enfants ont été envoyés en nourrice hors Paris (soit 32 enfants sur 100 naissances). Ces 16 161 enfants sont nés à Paris et comptés comme tels ; s'ils meurent chez leur nourrice, leur décès, enregistré à l'endroit où ils meurent, n'entre pas dans la statistique parisienne.

La cirrhose du foie, la néphrite et les maladies organiques du cœur ont dépassé la moyenne ordinaire.

Les tuberculoses, et notamment la tuberculose pulmonaire, toujours plus fréquentes à Paris que dans la plupart des grandes villes, ont été un peu moins meurtrières en 1908 qu'en 1907. Le chiffre actuel se rapproche de la moyenne (458 décès pour 100 000 habitants, au lieu de la moyenne 456).

Les maladies épidémiques ont été plus rares qu'elles ne le sont en moyenne, excepté la scarlatine qui a été très répandue, mais qui n'a pas causé une mortalité proportionnée à son extension. La diphtérie continue à devenir de moins en moins meurtrière.

Les maladies de l'appareil respiratoire (inclus la grippe) ont eu leur degré de fréquence ordinaire (285 décès pour 100 000 habitants au lieu de la moyenne 294). La diarrhée infantile a été assez rare.

Nuptialité très élevée, natalité très faible, mortalité moyenne, telles sont les caractéristiques démographiques de l'année 1908 à Paris.

(1) *Bull. hebd. de statistique municipale.*

LIVRES NOUVEAUX

Principes de thérapeutique raisonnée et pratique (1), par A. MANQUAT.

Un critique célèbre disait que, des nombreux volumes qui lui étaient envoyés, il ne lisait guère que la préface. Nous ne saurions conseiller aux médecins désirant étudier les *principes de thérapeutique raisonnée et pratique* de s'arrêter à la lecture de la préface ; d'ailleurs, après l'avoir lue, ils voudront certainement aller plus avant, car, dès ces premières pages, ils seront séduits par les idées générales qui ont engagé M. Manquat à publier ce volume. « Beaucoup de gens, écrit l'auteur, s'imaginent que la thérapeutique est une science très imparfaite et peu avancée. Il serait plus exact de dire que c'est une science *encombrée*... Je me féliciterais si j'avais réussi à exposer des principes capables de guider au milieu de cet ensemble touffu, dans lequel le mauvais côtoie le bon et le médiocre. » Et plus loin « il était nécessaire d'étudier les différentes manières de *nuire* par une thérapeutique mal comprise ». En lisant le livre de M. Manquat, on apprendra donc « à éclairer la pratique, dans le double but d'être utile et de ne pas nuire ». Le succès durable des autres ouvrages de M. Manquat sur la thérapeutique suffit d'ailleurs à faire prévoir que ce nouveau volume sera sans doute bientôt une sorte de bréviaire pour les médecins praticiens.

L. BABONNEIX.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE POULS LENT PERMANENT

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou V gouttes de la solution au millième 4 à 6 jours de suite. Interrompre autant et reprendre.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 FÉVRIER 1909

THÈSES

Jeudi 25 février, à une heure. — Mlle GOLDCHTEIN. Le sarcome primitif de l'iris. (MM. de Lapersonne, président; Bar, André Broca et Brindeau.) — M. CHATAING. Etude statistique des présentations de l'épaule à la clinique Tarnier de 1898 à 1908. (MM. Bar, président; de Lapersonne, André Broca et Brindeau.) — Mlle CORENTSVETE. La rougeole contractée à l'hôpital des Enfants-Malades en 1908. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — Mlle FINKELSTEIN. Contribution à l'étude de la maladie d'Addison chez l'enfant. (MM. Hutinel, président ; Gilbert, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. RIBOT. Recherches expérimentales sur le foie rénal. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. FALIU. Contribution à l'étude de l'exercice de la médecine et de la pharmacie à Rome. (MM. Gilbert Ballet, président ; Hutinel, Gilbert et Jeanselme.)

(1) In-16. — Paris, A. Maloine, 1909.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 26 déc. 1908.) H. Joris : L'hypophyse au cours de la gestation. — Keiffer-Delporte et Henrard : De la radiographie stéréoscopique comme moyen d'étude et d'enseignement de l'anatomie. — De Waele : Protéolase et anti-protéolase dans les cultures microbiennes. — F. Meeus : Contribution clinique et critique à l'étude des états terminaux dans la démence précoce. — De Beule : La cure de l'hypospadias péno-scrotal par l'urétroplastie à lambeau préputial. — Lucien Beco : Recherches expérimentales sur l'action physiologique du digitalène.

Annales médico-psychologiques. — (N° 1, janv.-fév. 1909.) L. Lagriffe : Guy de Maupassant. Etude de psychologie pathologique (*suite*). — Wahl : Les traitements modernes des épileptiques. — P. Hospital : De l'interversion des habillements sexuels. — Bravo y Mareno : Auto-accusations d'attentats terroristes chez un débile intellectuel. Note sur une expertise de médecine légale psychiatrique.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 12, déc. 1908.) Surmont et Dubus : Recherches expérimentales sur le mode d'action du pansement au bismuth dans les affections de l'estomac. — Louis Delherm : Traitement de la fissure sphinctéralgique par les courants de haute fréquence. — G. Léon et Marcel Nathan : Estomac biloculaire (*fin*). — (N° 1, janv. 1909.) Cerné et Delaforge : Un cas de maladie de Hirschprüng. Son examen radioscopique. — Bensaude et Agasse-Lafont : Les intoxications par le sous-nitrate de bismuth administré à l'intérieur. — Quénu et Pierre Duval : Les angiocholites aiguës.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 1, 3 janv. 1909.) Chavannaz : Dilatation aiguë de l'estomac après gastro-entérostomie. — Verdelet : Un cas de kyste hydatique paranéphrétique. — (N° 2, 10 janv.) W. Dubreuilh : Une consultation dermatologique. Conseils pratiques aux étudiants. — H. Verger : La déviation du complément de Bordet-Gengou. — (N° 3, 17 janv.) J. Gourdon : Appareil de détorsion du rachis pour le traitement de la scoliose. — H. Verger : La déviation du complément de Bordet-Gengou. — (N° 4, 24 janv.) Vergely : Injection de quelques gouttes d'éther. Accidents nerveux. — J. Péry : A propos de l'avortement criminel.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 janv. 1909.) Debove : Hémorragie laryngée dans un cas de cirrhose. Quelques particularités de la colique de plomb. — Castaigne : Maladies rénales héréditaires. Débilité rénale.

Journal des praticiens. — (N° 1, 2 janv. 1909.) Demelin : Des applications de forceps au détroit supérieur. — Amblard : Les lésions de l'orifice aortique par hypertension artérielle. — (N° 2, 9 janv.) Baumel : La toux aboyante chez l'enfant. — Demelin : Des applications de forceps au détroit supérieur. — Hémery : Section incomplète d'un orteil par un cheveu avec arthrite suppurée de l'articulation phalango-phalangienne, et spina ventosa consécutif ayant nécessité la désarticulation. — (N° 3, 16 janv.) Debove : Colique saturnine. Sa pathogénie. — Monteuuis : L'alimentation naturelle triple. — (N° 4, 23 janv.) L. Rénon : Le rationalisme et le pragmatisme en médecine. L'empirisme scientifique. — Liégeois : Modes d'emploi de l'ipéca cuanna comme expectorant hypercrinique. — (N° 5, 30 janv.) Emile Sergent : La leucoplasie bucco-linguale en médecine générale; sa valeur séméiologique dans la recherche de la syphilis. — (N° 6, 6 fév.) P. Reclus : De l'épithélioma en surface des muqueuses leucoplasiques. — Urdareanu : Traitement de la conjonctivite granuleuse dans l'armée roumaine. — Georgiadès et Tashdjoglou : Névralgie faciale rebelle guérie par l'alcoolisation.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 1, 2 janv. 1909.) A. David et Poitau : Un cas de méningite à forme cérébro-spinale. Résultats fournis par la ponction lombaire. — Emile Poitau : De l'éosinophilie sanguine au cours du traitement de l'ankylostomiase. — (N° 2, 9 janv.) H. Lavrand : Maladie de Basedow et salicylate de soude. — Emile Poitau : Deux cas d'occlusion intestinale aiguë par invagination. Laparotomie. Guérison. — (N° 3, 16 janv.) A. David : La ponction lombaire et ses résultats en clinique. — J. Sablé : Sur quelques manifestations hystériques observées chez une enfant de onze ans. — (N° 4, 23 janv.) H. Duret : Hématométrie volumineuse et progressive des premiers mois de la grossesse. Interventions par les voies inférieures. Mort. — A. Moisan : Un cas de luxation complexe de l'articulation phalango-métacarpienne de l'index. — (N° 5, 30 janv.) A. David : La ponction lombaire et ses résultats en clinique (*fin*). — Graveline : Symptôme et procédé de réduction inédite des fractures intra-capsulaires du col fémoral.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 1, 7 janv. 1909.) Vandervelde : Pseudo-rhumatisme tuberculeux. Pleurésie séro-fibrineuse. Mort par tuberculose pulmonaire. — E. Renaux : Du danger de la réinjection de grandes quantités de sérums curatifs. — (N° 2, 14 janv.) Jean de Smeth : Les indications des différents procédés de dilatation et de massage dans l'urétrite chronique antérieure et postérieure. — Dustin : Sur quelques variétés de paralysie ascendante aiguë. — (N° 3, 21 janv.) Maessen : De l'asthme bronchique. — Weymeersch : Lésions du thymus obtenues à la suite d'injections d'un sérum thymotoxique. — (N° 4, 28 janv.) Hannecart : Contribution à l'étude de l'influence du traumatisme sur la formation et le développement des kystes hydatiques. — (N° 5, 4 fév.) Van Duyse : Sarcome orbitaire guéri par la radiothérapie. — E.-G. Beck : Effets toxiques du sous-nitrate de bismuth.

Lyon chirurgical. — (N° 3, 1er janv. 1909.) Rochet et Salinier : Prostatectomie périnéale et prostatectomie sus-pubienne. — Gayet : La tuberculose hypertrophique de l'appendice. — Vignard et Grüber : Du plombage des articulations. — (N° 4, 1er fév.) A. Pollosson : Hystérectomie avec évidement pelvien (opération de Wertheim). Réflexions sur 211 opérations pour cancer utérin. — Vignard et Monod : La scoliose pour malformation lombaire (15 fig.). — Bérard et Alamartine : Les goitres d'origine parotidienne. — René Leriche : A propos de l'estomac biloculaire congénital.

Lyon médical. — (N° 1, 3 janv. 1909.) P. Courmont et A. Cade : Hépatite et néphrite subaiguës d'origine tuberculeuse. — (N° 2, 10 janv.) Leclerc : Leucémie et lithiase rénale. — (N° 3, 17 janv.) H. Clément : Rhumatisme tuberculeux primitif à forme névralgique. — (N° 4, 24 janv.) G. Coronat : Un cas d'amblyopie par intoxication mercurielle. — (N° 5, 31 janv.) Gallavardin : Du rétrécissement aortique non rhumatismal des jeunes sujets. — (N° 6, 7 fév.) Molle : Le signe du tapotage dans la phtisie pulmonaire. Sa signification.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bar, Doléris, Tissier, Brindeau, Bonnaire, Landrieu et Riche.

— Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 15 février : MM. Rose, 10 ; Bonnet (Emile), Monbrun et Miégeville, 8 ; Gras, 6 ; Philbert, 14 ; Virenque et Netter, 8.
Anatomie. — Séance du 16 février : MM. Ségard, 8 ; Duval, 7 ; Gautier (Claude), 10 ; Ferrand, 7 ; Passot, 10 ; Durand (Henri), 8 ; Gouguet-de-Girac, 7 ; Héricourt, 8 ; Delort, 6.
Prochaine séance jeudi 18 février, à huit heures du matin.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Le jeudi 6 mai 1909, un concours aura lieu à l'Hospice général, à trois heures et demie, pour la nomination d'un médecin-adjoint des hôpitaux.

Se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice général, avant le 11 avril. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

— Tours. — Après concours, M. le docteur Guillaume vient d'être nommé chirurgien-adjoint.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Tours. — M. Barnsby, professeur suppléant de clinique chirurgicale et chargé de cours, vient d'être nommé professeur de pathologie externe en remplacement de M. le professeur Louis Thomas qui prend sa retraite.

— Un concours s'ouvrira le 8 novembre 1909 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

— Un concours s'ouvrira le 8 novembre 1909 devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours pour l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire à ladite école.

CONFÉRENCES PRATIQUES D'OPHTALMOLOGIE. — M. Poulard, ophtalmologiste des hôpitaux, commencera le mercredi 3 mars, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu (service du professeur de Lapersonne), une série de conférences pratiques avec présentation de malades. Il les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ces conférences porteront sur les maladies des yeux que tout médecin praticien doit connaître et sur les soins d'urgence.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

L'inscription est gratuite.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (Directeur : M. Pierre Sébileau, agrégé de la Faculté, chirurgien de Lariboisière). — *Semestre d'été 1909. Cours et exercices de médecine opératoire spéciale.* — Chirurgie de l'œil et de l'orbite : M. Victor Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, du mercredi 10 mars au mercredi 31 mars, les lundi, mercredi, vendredi, à deux heures et demie.

Chirurgie d'urgence et de pratique courante : M. Hippolyte Morestin, agrégé, chirurgien de la Maison municipale de santé, du mardi 16 mars au mardi 6 avril, les mardi, jeudi, samedi, à deux heures et demie.

Chirurgie génito-urinaire : M. Georges Marion, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, du jeudi 22 avril au jeudi 13 mai, les mardi, jeudi, samedi, à trois heures et demie.

Chirurgie du tube digestif et des annexes : M. Antonin Gosset, agrégé, chirurgien des hôpitaux, du vendredi 23 avril au mercredi 12 mai, les lundi, mercredi, vendredi, à deux heures et demie.

Chirurgie de la tête et du cou : MM. Pierre Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie, et Etienne Lombard, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, du lundi 17 mai au mercredi 9 juin, les lundi, mercredi, vendredi, à deux heures et demie.

Chirurgie gynécologique : MM. Félix Legueu, chirurgien de l'hôpital Tenon, et Robert Proust, chirurgien des hôpitaux, du lundi 24 mai au mercredi 16 juin, les lundi, mercredi, vendredi, à deux heures et demie.

Chirurgie des os et des articulations : M. Henri Rieffel, chirurgien de Trousseau, du lundi 21 juin au 12 juillet, les lundi, mercredi, vendredi, à deux heures et demie.

Chacun de ces cours comprendra dix leçons suivies d'exercices de technique chirurgicale.

Les cours sont gratuits pour les internes des hôpitaux. Le droit d'inscription est de 50 francs pour les étudiants en médecine et de 80 francs pour les docteurs en médecine français et étrangers. Le nombre des élèves est limité.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de dix heures à quatre heures.

L'ALIMENTATION DANS LA ROUGEOLE ET LA SCARLATINE DE L'ENFANT

Par MM. P. NOBÉCOURT et Pr. MERKLEN.

Depuis quelques années, les médecins se sont attachés plus qu'ils ne l'avaient fait jusqu'alors à l'étude de l'alimentation au cours des maladies aiguës. Celle-ci est importante à considérer tant pour la pratique que pour la connaissance précise de la physiologie pathologique de ces maladies; elle est notamment indispensable pour interpréter les variations des éliminations urinaires et les modifications du poids.

La rougeole et la scarlatine méritent par leur fréquence d'attirer spécialement l'attention des médecins d'enfants. Pendant des années le lait a été considéré sans conteste comme l'aliment de choix au cours de ces affections. En 1905, une discussion s'est élevée sur l'opportunité de son emploi exclusif au cours de la scarlatine et on a proposé de le remplacer par des aliments plus variés, additionnés ou non de sel. Les mêmes questions se sont présentées également à propos de la rougeole.

A la suite des travaux publiés à ce sujet, il est permis de se faire une idée sur la valeur comparée de ces différents modes d'alimentation. L'apparition de certaines complications, les éliminations urinaires, la courbe du poids constituent autant d'éléments d'appréciation qu'il importe d'envisager.

Nous passerons en revue les divers régimes auxquels on a eu recours.

1° Régime lacté. — a. *Scarlatine* — Il est classique de prescrire le régime lacté pendant les quinze ou vingt premiers jours, et de donner ensuite la nourriture ordinaire avec certaines restrictions.

Le régime lacté, la chose est incontestable, ménage le rein, plus exposé dans la scarlatine que dans la plupart des autres maladies infectieuses. Beaucoup de cliniciens ont constaté la diminution des néphrites par l'usage systématique du lait, et Jaccoud (1) en particulier a insisté sur son importance préventive. Néanmoins ce n'est pas là le seul élément à considérer; la pratique de plus en plus généralisée de l'antisepsie du nez et du pharynx, dont les infections sont presque toujours à l'origine de ces néphrites, n'a pas été sans exercer son influence. Le régime lacté en effet ne met pas complètement à l'abri de l'albuminurie. Sur neuf malades que nous avons examinés quotidiennement au point de vue de l'albuminurie (2), trois en ont présenté des traces. Chez l'un d'eux, elle a été constatée uniquement le vingt-quatrième jour, alors que depuis quatre jours il ingérait en plus du lait 5 grammes de NaCl et 60 grammes de riz par vingt-quatre heures; chez les deux autres, elle est apparue le deuxième et le quatrième jours et a persisté jusqu'aux vingt-sixième et vingt-huitième jours. Dopter (1) de son côté, sur vingt-cinq soldats qui ne prenaient que du lait, a vu trois cas d'albuminurie légère et quatre cas de néphrite.

(1) Jaccoud. *Leçons de clinique médicale de l'hôpital de la Pitié*, 1885-1886.

(2) Nobécourt et Prosper Merklen. Etude sur l'élimination des chlorures et l'albuminurie au cours de la scarlatine. Leurs variations suivant les régimes. *Archiv. de méd. des enf.*, février 1908 et *Soc. de péd.*, décembre 1907.

Ces réserves faites, le régime lacté n'en influence pas moins de façon favorable, le volume des urines, l'élimination des chlorures et celle de l'urée, tout au moins dans les scarlatines légères et de moyenne intensité. Brelet récemment (2) a soutenu la même opinion.

Le volume des urines se modifie peu aux différentes périodes de la maladie. Sans doute il est diminué pendant la période fébrile, mais cette diminution est en général faible et par suite l'augmentation qui lui succède peu manifeste.

Les chlorures, comme l'ont constaté Pau (3), Brunschwig (4), R. Labbé (5), Laubry (6), Courdouan (7), s'éliminent de façon très régulière, sans aucune rétention. C'est également ce que nous avons observé, sauf exceptions, chez les petits malades que nous avons suivis, quelle qu'ait été l'intensité de leur maladie (8). Il n'y a pas eu de crise manifeste; il y avait équilibre entre la quantité de sel ingéré avec le lait et le taux des chlorures excrétés. La régularité de l'élimination s'est continuée après la reprise de l'alimentation qui avait lieu vers le vingtième jour et qui comprenait du sel. Parfois cependant s'est produite, dans les jours qui ont suivi cette reprise, une véritable crise chlorurique. D'autres modes d'élimination sont toutefois possibles : c'est ainsi que Lian (9) a noté à la période d'état, dans des formes moyennes et graves observées chez l'adulte, une rétention chlorurée suivie d'une décharge au moment de la défervescence.

L'urée s'est éliminée normalement chez les enfants que nous avons observés (10), soumis à une alimentation lactée fixe. Elle restait sensiblement constante, et pour 100 grammes d'albumine ingérée nous avons trouvé en moyenne 23 ou 24 grammes d'urée excrétée. Nous n'avons pas constaté avec Brunschwig que l'urée augmentât pendant la période fébrile et

(1) Dopter. Le régime déchloruré préventif dans la scarlatine. *Soc. méd. des hôpitaux*, 16 juin 1905.

(2) Brelet. Le régime alimentaire dans la scarlatine. *Gazette méd. de Nantes*, 12 décembre 1908.

(3) Pau. *Des urines dans la scarlatine. Leurs principaux caractères*. Th. de Paris, 1894.

(4) Brunschwig. *Contribution à l'urologie clinique infantile*. Th. de Paris, 1902.

(5) R. Labbé. *Le syndrome urinaire dans la scarlatine et la diphtérie de l'enfance*. Th. de Paris, 1903. Epreuve de la chlorurie alimentaire dans la scarlatine et la diphtérie de l'enfance. *Arch. de méd. des enf.*, septembre 1903.

(6) Laubry. *Etude et interprétation de quelques phénomènes critiques morbides*. Th. de Paris, 1903.

(7) Courdouan. *Contribution à l'étude des régimes alimentaires dans la scarlatine*. Th. de Paris, 1907.

(8) Nobécourt et Prosper Merklen. *Loc. cit.*

(9) Lian De la valeur diététique et de l'action thérapeutique de différents régimes alimentaires dans la scarlatine. *Journ. de phys. et pathologie gén.*, 15 novembre 1907, p. 1029.

(10) Nobécourt et Prosper Merklen. L'élimination de l'urée dans la scarlatine chez l'enfant, ses variations suivant les régimes. *Soc. de péd.*, juin 1908, et *Tribune méd.*, 5 septembre 1908.

eût un maximum presque constant à la fin de l'éruption pour diminuer ensuite. Nous n'avons pas vu davantage la chute rapide de l'urée notée par R. Labbé vers le cinquième jour de l'éruption, suivie d'une ascension brusque de quarante-huit heures, puis d'une diminution lente et progressive.

Pour compléter les données précédentes, il convient d'étudier la courbe du poids. Chez nos enfants (1), le poids tantôt est resté stationnaire pendant treize à vingt-six jours, tantôt s'est abaissé de quelques centaines de grammes et a atteint son minimum du dixième au dix-septième jour. A partir de ce moment, il a en général augmenté jusqu'au quarantième jour. Le début de l'augmentation n'a pas toujours coïncidé avec le changement d'alimentation ; il a pu le précéder ou lui succéder de quelques jours. Ces modalités ne sont pas d'ailleurs absolument constantes. Garnier et Sabaréanu (2) ont constaté chez l'adulte que pendant les premiers jours le poids est stationnaire ou augmente plus ou moins, puis qu'au moment de la chute de la température il baisse très rapidement de quelques kilogrammes et demeure à ce minimum tant que le malade reste au régime lacté absolu ; dès la reprise de l'alimentation, se produit une augmentation considérable de poids, qui cesse à la fin de la troisième semaine. Les mêmes constatations ont été faites chez l'enfant par Pater (3) et par Courdouan, toutefois dans les faits relatés par Pater l'ascension initiale de poids fait défaut.

La courbe des poids n'est pas en rapport avec celle des éliminations urinaires; on ne saurait expliquer la première par les modifications de la seconde. Les auteurs que nous venons de citer attribuent la diminution de poids à l'insuffisance de l'alimentation réalisée par le régime lacté et font remarquer que l'ascension de la courbe coïncide en général avec les modifications du régime. Nous admettons volontiers cette opinion pour un certain nombre de cas, mais il ne faudrait pas trop généraliser. Nous avons vu en effet le poids augmenter avant toute modification du régime et tout à l'heure nous signalerons des faits analogues dans la rougeole.

b. *Rougeole.* — Dans la rougeole le régime a une importance moindre que dans la scarlatine, car les complications rénales ne sont guère à redouter. Mais il est intéressant de rechercher si les faits se passent dans cette dernière maladie comme au cours de la scarlatine.

Dans la rougeole les enfants soumis au régime lacté pendant une quinzaine de jours environ à partir du début de l'éruption présentent, comme nous l'avons vu avec Leven et avec Ramus, une baisse de poids plus ou moins marquée (4). Celle-ci se manifeste dès le début de l'éruption et atteint son maximum du cinquième au huitième jour; dans quelques observations, que nous avons recueillies avec Brelet, elle faisait directement suite à celle de la période prééruptive notée par H. Meunier (1). Ensuite le poids remonte habituellement sans atteindre cependant son chiffre primitif, quelquefois il reste stationnaire, plus rarement il continue à diminuer. Les courbes de poids ne sont pas influencées par les quantités de lait ingérées; elles se comportent de la même façon, que l'enfant prenne pendant toute la maladie des quantités fixes de lait établies d'après son âge, ou qu'il prenne des quantités variables avec son appétit. La ration alimentaire n'est donc pas le seul élément susceptible d'influencer le poids ; l'infection suffit à elle seule pour le modifier, sans qu'interviennent des changements dans le régime alimentaire. Il se passe dans la rougeole un phénomène comparable à celui que nous avons relevé dans la scarlatine.

Pas plus dans la rougeole que dans la scarlatine le poids ne paraît dépendre des variations de volume des urines. Dans la rougeole, comme dans toutes les maladies à température élevée, on constate de l'oligurie pendant la période fébrile et celle-ci est d'autant plus marquée que la température est plus forte. Elle a été plus considérable chez nos petits morbilleux que chez nos petits scarlatineux, qui étaient atteints de formes peu ou moyennement fébriles, et malgré ces différences dans le volume des urines, la chute de poids n'en existait pas moins dans les deux affections. Dans la rougeole la diurèse s'accroît à partir du cinquième jour, d'une manière plus évidente que dans la scarlatine, et l'augmentation des urines est d'autant plus grande que la diminution en a été préalablement plus marquée; or à ce moment, malgré une polyurie parfois assez abondante, le poids cesse de diminuer, reste stationnaire ou augmente.

Les chlorures urinaires, dans la rougeole comme dans la scarlatine, sont en rapport avec les chlorures ingérés (2). Quand l'alimentation lactée est fixe, le taux des chlorures ne présente pas de sensibles différences pendant toute la durée de la rougeole. Chez les enfants qui ingèrent des quantités variables de lait, les chlorures subissent par contre des oscillations parallèles à ces quantités.

L'excrétion de l'urée, contrairement à celle des chlorures, est très influencée par la rougeole (3). Avec une quantité toujours identique de lait, elle demeure à peu près fixe pendant les six ou huit premiers jours, puis elle augmente et atteint son maximum du septième au seizième jour, le plus souvent du neuvième au douzième. Ce taux élevé ne persiste

(1) NOBÉCOURT et Prosper MERKLEN. Le poids dans la scarlatine. Influence de différents régimes. *Journ. de phys. et pathol. gén.*, janv. 1909.

(2) GARNIER et SABARÉANU. Des variations de poids au cours de la scarlatine. *Presse méd.*, 23 mars 1904.

(3) PATER. Régime déchloruré dans la scarlatine. *Soc. méd. des hôp.*, 2 février 1906; — Action du régime déchloruré sur les variations de poids au cours de la scarlatine. *Presse méd.*, 19 mai 1906.

(4) NOBÉCOURT, LEVEN et Prosper MERKLEN. Le poids et les urines dans la rougeole. *Soc. de péd.*, octobre 1905 et *Rev. mens. des mal. de l'Enf.*, décembre 1905. — RAMUS. *Régime alimentaire à instituer dans la rougeole d'après les éliminations urinaires et le poids*, Th. de Paris, 1906.

(1) H. MEUNIER. Sur un symptôme nouveau de la période précontagieuse de la rougeole et sur sa valeur prophylactique. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 6 nov. 1898.

(2) NOBÉCOURT et Prosper MERKLEN. Influence de la chloruration du régime sur l'élimination urinaire des chlorures et sur le poids au cours de la rougeole; considérations diététiques. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, août 1906.

(3) NOBÉCOURT et Prosper MERKLEN. Variations de l'urée dans la rougeole, suivant le régime alimentaire. *Soc. de pédiat.*, janv. 1906.

pas plus de vingt-quatre heures; aussitôt après, l'urée commence à baisser. Si l'on considère des moyennes de quatre jours comptées à partir du premier jour de l'éruption, on trouve, pour 100 grammes d'albumine ingérée avec le lait, des quantités respectives d'urée de 15, 17 et 20 grammes L'élimination de l'urée est donc bien différente de ce qu'elle est dans la scarlatine où nous avons vu ce rapport rester constant. C'est probablement aux modalités particulières de la courbe thermique dans ces deux affections que doivent être attribuées ces différences.

2° Régime déchloruré. — Si, au lieu de mettre les enfants atteints de scarlatine ou de rougeole au régime lacté, on les laisse à l'eau d'orge pendant les quatre premiers jours qui suivent le début de l'éruption, si ensuite on les alimente avec des bouillies à l'eau, du riz, des pommes de terre, du sucre, du beurre, et en outre vers le dixième jour avec de la viande, le tout dépourvu de sel, voici ce que l'on constate au point de vue du poids et des éliminations urinaires.

a. *Scarlatine.* — Dans la scarlatine, avec le régime qui vient d'être relaté, les enfants présentent toujours une chute de poids, qui commence dès le début de l'éruption et atteint son maximum du douzième au vingtième jour. Cette chute est plus constante qu'avec le régime lacté et d'une façon générale plus accusée. Puis le poids se comporte de manière variable : tantôt il reste stationnaire, tantôt il augmente ou diminue après une période de plateau, sans qu'aucune modification de régime intervienne pour expliquer ces diverses modalités. L'augmentation de poids à cette période est donc moins habituelle qu'avec le régime lacté mixte, d'ailleurs plus nourrissant, institué chez les enfants dont nous avons parlé plus haut.

Pater a mis un certain nombre de malades au régime achloruré, à partir de la chute de la fièvre, c'est-à-dire du quatrième au quinzième jour. Il a constaté une augmentation de poids immédiate, faisant suite à l'abaissement de la phase fébrile, sans qu'il y ait de période stationnaire. Mais ses observations diffèrent des nôtres au point de vue de la constitution du régime; pendant la période fébrile, en effet, les enfants prenaient du lait, et le régime achloruré contenait également du lait en notables proportions.

Le régime déchloruré semble influencer davantage la diurèse que le régime lacté. Alors qu'avec ce dernier elle se modifie peu dans les différentes phases de la maladie, nous constatons au contraire ici, à partir du quatrième jour, une augmentation manifeste du volume des urines par rapport à la moyenne notée pendant les quatre premiers jours. Cette polyurie semble intervenir, pour sa part, dans la diminution du poids.

De même l'élimination des chlorures ne se fait pas d'une façon analogue. Tandis qu'avec le lait elle est régulière, avec le régime déchloruré elle affecte des modalités diverses; tantôt il existe du quatrième au septième jour une crise chlorurique manifeste qui dure deux jours en moyenne, tantôt il se produit une légère augmentation entre le neuvième et le quatorzième jour, tantôt enfin il y a une élimination irrégulière qui échappe à toute description. Chez les malades de Pater, l'élimination des chlorures était faible et en rapport avec le taux de l'ingestion; à cet égard, et pour la raison que nous avons indiquée plus haut, elle se comportait comme chez les sujets soumis au régime lacté.

Le taux de l'urée, pendant les quatre ou cinq premiers jours, période de diète hydrique, s'abaisse plus ou moins rapidement. Dans la période suivante, où l'enfant ingère la petite quantité d'albumine contenue dans la farine et la pomme de terre, il ne se modifie pas ou augmente légèrement. Plus tard, quand l'enfant prend avec la viande des quantités plus fortes d'albumine, l'urée augmente un peu; elle présente des oscillations et son rapport avec l'albumine ingérée est assez variable; il oscille entre 22 et 33 p. 100. L'élimination de l'urée n'offre donc pas la régularité qu'elle a avec le régime lacté, ce que peut expliquer d'une part la moindre quantité d'albumine contenue dans le régime et d'autre part la digestion moins parfaite de cette albumine végétale.

Quant à l'influence du régime déchloruré sur l'albuminurie, elle est diversement appréciée. Dufour (1), chez les adultes soumis à ce régime, n'a pas vu de néphrite caractérisée, mais a noté de l'albuminurie précoce ou tardive et passagère. Dans les mêmes conditions Dopter (2) n'en a jamais rencontré, alors qu'il en a observé avec le régime lacté. Les enfants que nous avons suivis ont tous eu une albuminurie légère à un moment donné compris entre le quatrième et le quarante-sixième jour et pendant des périodes assez longues, mais sans qu'il y ait eu de néphrite véritable; avec le régime lacté elle a été beaucoup plus rare.

b. *Rougeole.* — Dans la rougeole, les enfants soumis au régime déchloruré présentent dès le début une chute de poids, tout comme les enfants soumis au régime lacté, mais elle est beaucoup plus marquée. A partir du huitième jour, le poids augmente, d'abord faiblement, puis un peu plus, quand le régime contient de la viande.

Le volume des urines subit, d'une façon générale, les mêmes variations qu'avec le régime lacté. Le taux des chlorures s'abaisse progressivement du premier au douzième jour; on n'observe ni les mêmes crises, ni les mêmes irrégularités que dans la scarlatine.

L'urée éliminée pendant les quatre premiers jours de la maladie a sensiblement le même taux qu'avec le régime lacté, bien qu'il n'y ait pas d'albumine ingérée. Dans les quatre jours qui suivent elle diminue, alors qu'avec le régime lacté elle reste à peu près fixe. Finalement elle s'élève légèrement au moment où l'enfant prend de la viande; à ce mo-

(1) Dufour. Alimentation et allaitement dans la scarlatine. Statistique d'une année de scarlatine. *Soc. méd. des hôpit.*, 2 juin 1905; — *Ibid.*, 16 juin 1905; — *Ibid.*, 9 fév. 1906.

(2) Dopter. Loc. cit. — Citons encore : Deléarde. Le régime achloruré dans le traitement de la scarlatine et des néphrites aiguës. *Echo méd. du Nord*, 20 janv. 1907.

ment le taux de l'urée par rapport à l'albumine ingérée atteint 33 p. 100 et est plus élevé qu'avec le régime lacté; il y a donc une décharge uréique plus manifeste qu'avec ce dernier. Si l'on compare l'élimination de l'urée dans la rougeole et la scarlatine, on constate au début des différences intéressantes : en effet, pendant les quatre premiers jours de la scarlatine, l'urée est moins abondante avec le régime peu ou pas albumineux qu'avec le régime lacté; au cours de la rougeole elle est analogue avec les deux régimes. Ensuite elle se comporte d'une façon comparable dans les deux maladies.

3° Régime chloruré. — Nous venons de voir l'influence du régime déchloruré sur le poids et sur les éliminations urinaires; il est facile de déterminer l'action du sel, en en ajoutant une certaine quantité à ce régime.

a. *Scarlatine.* — Chez des enfants qui prenaient par jour 5 à 10 grammes de sel, nous avons constaté tantôt une légère augmentation de poids qui peut atteindre son maximum du troisième au onzième jour, tantôt une chute de poids initiale. Qu'elle soit précoce ou tardive, on observe d'ailleurs toujours une diminution de poids, parfois assez accentuée, qui peut se prolonger jusque vers le trente-cinquième jour. Ensuite le poids reste stationnaire ou se met à augmenter. Avec le même régime alimentaire, qu'il soit chloruré ou non, il se produit donc tôt ou tard une chute de poids, mais l'ingestion de sel peut en retarder le début et même provoquer une élévation passagère de la courbe. Avec le régime lacté au contraire, la chute de poids fait défaut ou est moins accentuée. La perte de poids au cours de la scarlatine ne saurait donc être uniquement attribuée à l'absence d'ingestion de sel. La lecture des observations de Courdouan, qui soumettait ses petits malades à un régime hyperchloruré, conduit à des conclusions analogues; les différences, qui peuvent exister entre ses observations et les nôtres, s'expliquent par ce fait que ses malades étaient soumis à l'alimentation lactée.

Au point de vue du volume des urines, on ne note pas de différences appréciables entre les régimes déchloruré et chloruré.

Avec le régime chloruré on constate une crise chlorurique plus ou moins tardive, entre le sixième et le vingt-quatrième jour. Cette crise paraît être plus constante qu'avec le régime déchloruré; rappelons qu'elle fait défaut avec le régime lacté. Il existe peut-être parfois une légère rétention passagère des chlorures au début. Mais somme toute, Labbé, Courdouan l'ont également noté, les chlorures s'éliminent de façon satisfaisante.

Quant à l'élimination de l'urée, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous en avons dit à propos du régime déchloruré. Enfin, de même qu'avec ce régime, nous avons constamment noté chez les malades prenant du sel une albuminurie passagère et minime qui s'est manifestée entre le sixième et le trente-neuvième jour.

Courdouan, de son côté, n'a observé aucune action du sel ajouté aux aliments sur la fréquence et la gravité de l'albuminurie. Par contre, Lian, recherchant l'albuminurie à la sortie de l'hôpital, vers le quarantième jour, l'a constatée chez 50 p. 100 des malades soumis au régime lacté jusqu'à la défervescence et ensuite au régime ordinaire additionné de 8 grammes de sel, chez 33 p. 100 des sujets qui ne prenaient dans les mêmes conditions que 4 grammes de sel, et seulement chez 22 p. 100 des sujets mis au régime lacté absolu jusqu'au trentième jour, puis au régime ordinaire déchloruré.

b. *Rougeole.* — Dans la rougeole, l'addition de sel au régime a une influence manifeste sur le poids. Alors que pendant les quatre premiers jours de la maladie la perte de poids est très marquée chez les enfants mis à l'eau d'orge, elle est peu accentuée chez ceux qui prennent en outre du sel. Chez ces derniers, bien qu'ils n'ingèrent aucune substance alimentaire, l'amaigrissement n'est guère plus marqué que chez les enfants alimentés avec du lait. Pendant les quatre jours suivants, la chute de poids continue et s'accentue même légèrement; il en est de même d'ailleurs chez les enfants soumis au régime déchloruré et au régime lacté. L'influence du sel n'est ensuite plus guère appréciable. Le rôle de ce dernier dans la rougeole est donc comparable à ce qu'il est dans la scarlatine; dans les deux affections, la courbe des poids rend évidente son action, et celle-ci ne se décèle qu'au début.

Dans la rougeole, l'élimination urinaire des chlorures à toutes les périodes de la maladie est à peu près en rapport avec la quantité de sel ingérée. Nous n'avons pas observé de crise comme dans la scarlatine.

L'élimination de l'urée n'est pas influencée par l'ingestion de sel.

***

Au *point de vue pratique*, on peut déduire un certain nombre de conclusions des faits qui viennent d'être exposés.

Dans la scarlatine, c'est avec le régime lacté, institué dès le début, que les éliminations urinaires sont les plus régulières. Avec les autres régimes, l'élimination de l'urée et celle des chlorures présentent des oscillations plus ou moins marquées; parfois, avec une ingestion répétée de sel, on note une légère rétention chlorurée. D'autre part, c'est avec le lait que l'albuminurie est le moins fréquente. Quant au poids, il présente pendant les premières phases de la maladie une diminution plus ou moins marquée, quel que soit le régime. Pour toutes ces raisons, le régime lacté doit être préféré aux autres modes d'alimentation, tout au moins pendant les quinze ou vingt premiers jours de la maladie. Il devra être absolu pendant la période fébrile; ensuite il pourra être mitigé sous forme de bouillies et de potages au lait. A partir du quinzième ou vingtième jour, on devra instituer, comme le font la plupart des médecins, une alimentation plus complexe, composée de lait ou de potages au lait, de bouillies au lait, d'un peu de viande de volaille ou de boucherie, de purées de pommes de terre, pois, lentilles, de pâtes et de fruits cuits. Les aliments pourront être modérément

salés; leur choix et leur quantité seront appropriés à l'âge et à l'appétit de l'enfant. Il faudra naturellement examiner les urines avec régularité et reprendre momentanément le régime lacté en cas d'albuminurie un peu persistante.

Dans la rougeole, l'élimination de l'urée se comporte de même au début, que le malade prenne du lait ou de l'eau d'orge. Il n'y a donc aucune utilité à donner aux petits malades à cette période des aliments albuminoïdes; d'ailleurs ils ont habituellement de l'inappétence, refusent souvent le lait et le vomissent parfois. On se contentera donc de leur faire ingérer de l'eau sous forme de tisane ou d'eau d'orge; mais comme dans ce cas la perte de poids peut être très marquée et que d'autre part elle peut être évitée par l'ingestion de sel, on leur donnera 4 à 5 grammes de NaCl par vingt-quatre heures. Le sel peut en effet être donné sans inconvénient, puisqu'il s'élimine bien par les urines. Dès que la fièvre sera tombée, il conviendra d'alimenter le malade, car, malgré l'ingestion de sel, la perte de poids, qui se produit d'ailleurs même chez les enfants soumis au régime lacté dès le début, s'accentue; on prescrira donc du lait, et au bout d'un jour ou deux on ajoutera d'autres aliments choisis parmi ceux que nous avons indiqués plus haut.

Les recherches de physiologie pathologique méthodiquement conduites montrent en somme que la scarlatine et la rougeole, bien différentes au point de vue de leurs manifestations cliniques, impressionnent l'économie chacune à leur façon et nécessitent chacune une hygiène alimentaire particulière.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1909)

Traitement des néphrites épithéliales par la teinture de cantharide. — M. LANCEREAUX rappelle avoir déjà signalé les bons effets de cette médication lors de la discussion qui eut lieu en 1892 sur les néphrites, depuis lors il a employé avec succès la teinture de cantharide dans beaucoup de néphrites épithéliales. C'est surtout dans les cas d'anurie presque complète qu'il en a constaté les bons effets.

Quelle que soit l'explication, les faits cliniques sont indiscutables. Ceux qu'apporte M. Lancereaux en donnent la preuve la plus convaincante.

Suivent plusieurs observations dans lesquelles la quantité d'urine en vingt-quatre heures était tombée à 150 grammes environ, où tous les diurétiques étaient restés sans résultat; un julep gommeux avec une seule goutte de teinture de cantharide procurait le lendemain 600 grammes d'urine; en même temps l'état général s'améliorait, l'anorexie, les vomissements cédaient, le calme et le sommeil revenaient, l'albumine diminuait peu à peu de quantité.

M. Lancereaux ajoute que ces malades se trouvaient dans une situation extrêmement grave, et il est convaincu que la médication cantharidienne appliquée à temps leur a sauvé la vie.

Dans plusieurs des cas cités par M. Lancereaux il s'agissait de néphrite infectieuse; la dose de teinture de cantharide habituellement employée par M. Lancereaux a été d'une à dix gouttes de teinture de cantharide dans un julep gommeux. Dans tous ces cas, dès le lendemain, la quantité des urines s'élève considérablement, par exemple dans un cas avec six gouttes, de 500 grammes à 2200 grammes; le troisième jour, avec huit gouttes, cette quantité atteignait 4800 grammes, puis avec dix gouttes, 5200 grammes.

Ces différents faits concordent de la façon la plus nette avec ceux que M. Lancereaux a publié antérieurement. M. Lancereaux insiste sur ce fait que cette médication se montre efficace dans les néphrites localisées aux épithéliums. Mais en présence d'une néphrite affectant plus spécialement les artères et le tissu conjonctif, la cantharide demeurerait sans effet.

M. Lancereaux termine en exprimant l'espoir qu'il est parvenu à convaincre ses collègues de l'utilité incontestable de la cantharide dans le traitement de certaines néphrites épithéliales, celles qui s'accompagnent d'une anurie provenant surtout de l'obstruction des canalicules urinifères.

De l'action para-spécifique du sérum de Roux dans toutes les infections médicales et chirurgicales. — M. A. DARIER fait une communication sur ce sujet. Il montre par une série de faits empruntés à l'ophtalmologie tout le parti qu'on peut tirer de l'emploi du sérum de Roux dans les infections traumatiques ou autres des plus graves.

De l'instabilité thyroïdienne. Sa forme paroxystique. — MM. LÉOPOLD-LÉVI et Henri DE ROTHSCHILD, poursuivant leurs recherches sur la physio-pathologie thyroïdienne, établissent la réalité de l'instabilité thyroïdienne fondée sur des arguments cliniques, thérapeutiques, anatomiques et expérimentaux.

Après un aperçu clinique des formes maxima, minima, intermédiaires de l'instabilité thyroïdienne, ils insistent sur une forme particulière, la forme à paroxysmes d'hyperthyroïdie réactionnelle.

Cette forme comprend les syndromes rangés dans le neuro-arthritisme : migraine, asthme, asthme des foins, urticaire, eczéma, rhumatisme chronique.

Le traitement thyroïdien améliore ou fait disparaître ces syndromes, mais il demande à être manié avec dextérité, et, en général, à petites doses.

L'instabilité thyroïdienne établit un lien entre les syndromes symétriquement opposés du myxœdème et de la maladie de Basedow.

La notion de la forme paroxystique de l'instabilité thyroïdienne se substitue pour un certain nombre de faits à celle du neuro-arthritisme d'après les résultats mêmes d'un traitement efficace.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie; la liste de présentation portait : en première ligne M. Grimbert, en seconde ligne, *ex æquo* MM. Léger et Meillère, en troisième ligne MM. Barillé, Cautier et Patein.

Après deux tours de scrutin M. Meillère a été proclamé élu par 35 suffrages contre 34 donnés à M. Grimbert.

La commission pour l'examen des titres des candidats dans la section des associés libres est ainsi composée : MM. Raymond, Hutinel, Delorme, Porak, Béclère, Bourquelot, Kermorgant et Roux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1909)

Renouvellement des tissus. Rajeunissement des fonctions. (Suite de la discussion.) — M. ROESER. La cure de M. Guelpa est applicable dans la vieillesse où, d'après M. Metchnikoff, se produisent des intoxications d'origine intestinale et des accu-

mulations de matériaux de désassimilation, comme dans l'arthritisme. De plus, la leucocytose provoquée par cette cure en même temps que le renouvellement du milieu est de nature à changer l'action des phagocytes qui, dans la vieillesse, s'attaquent aux tissus sains pour les détruire. De cette façon sans doute, on obtiendra une vieillesse exempte de maladies et d'infirmités et le prolongement de la vie.

M. MAUREL critique la conception de la faim telle que l'a formulée M. Guelpa; pour lui, la faim n'est pas le « cri de l'organisme » infecté et intoxiqué. Le fait le plus constant dans toute infection et toute intoxication, c'est l'anorexie absolue et non la faim. Par la purge, M. Guelpa évacue les acides stomacaux qui sont les excitants actifs de la faim; il crée de plus un état psychique antagoniste de l'appétit. C'est en somme en réalisant la diète absolue des excitants physiologiques de la faim que M. Guelpa la supprime.

M. GUELPA maintient les conclusions qu'il a émises précédemment et apporte de nouvelles observations dans le même sens.

Tuberculose laryngée et syphilis méconnue. Evolution et traitement. — M. DUBAR montre que la syphilis et la tuberculose peuvent former une association morbide ou métissage dont la symptomatologie affecte des caractères tantôt spéciaux et tantôt se rapportant aux deux diathèses précédentes. Le traitement doit être dirigé contre la syphilis, et dans le cas particulier, l'emploi du biiodure d'hydrargyre en solution aqueuse a donné des résultats. Toutefois, les lésions ressortissant à la tuberculose ont évolué sans rétrocéder. Donc, il convient d'instituer également un autre traitement; au premier rang, il faut citer l'iode combiné au ratanhia, le méthylarsinate disodique à hautes doses (10 à 20 centigrammes par vingt-quatre heures) et les inhalations médicamenteuses renouvelées huit à dix fois par jour et faites selon une technique précise.

M. MORTIER cite le cas d'un malade venu, il y a trois ans à l'hôpital Bichat, consulter le docteur Picqué pour un néoplasme supposé du larynx. Après examen minutieux, on conclut à une syphilis tertiaire et le malade fut soumis aux piqûres d'huile grise. Malgré le traitement, la maladie évolua en peu de temps vers la mort. M. Mortier fut chargé de l'examen histologique de la lésion laryngée et conclut nettement à la tuberculose. On peut en conclure qu'il est difficile souvent de différencier la tuberculose de la syphilis et que, dans un cas de tuberculose, le traitement mercuriel semble aggraver rapidement l'état du malade.

Tables et maisons de régime. — Après une discussion à laquelle prennent part MM. Dedet, Leroux, Maurice Faure, Dignat, Marcel Labbé, Nigay, Audistère, Mazeran, les conclusions des rapporteurs sont acceptées.

La gymnastique musculaire électrique. — M. LAQUERRIÈRE montre que l'électricité permet, en déterminant des contractions musculaires artificielles, de réaliser une gymnastique qui est applicable dans les états les plus divers, même lorsque le muscle n'obéit pas à la volonté. La contraction musculaire électrique peut être employée seule, c'est alors l'électro-cinémathérapie, mais l'auteur a montré que, grâce aux progrès de l'appareillage électrique, on peut aussi faire travailler électriquement le muscle sur une résistance extérieure, on a alors l'électro-mécanothérapie qui ne peut être employée que dans certains cas.

FORMULAIRE

POUDRE DENTIFRICE

Craie préparée	10 grammes.
Salol	1 —
Poudre de gaïac	5 —
Acide borique en poudre	10 —
Essence de menthe	Q. s.

M. s. a.

AUTRE POUDRE DENTIFRICE

Pierre ponce porphyrisée	5 grammes.
Chlorate de potasse	10 —
Borax	20 —
Craie préparée	40 —
Essence de menthe	xx gouttes
Glycyrrhizate d'ammoniaque	2 grammes

F. s. a. [Lemanski] (1).

LIVRES NOUVEAUX

Indications opératoires dans les affections de l'estomac (2), par le docteur DELANGRE (de Tournai).

Dans cet exposé, l'auteur s'est efforcé de condenser les éléments de la question du diagnostic exact des maladies de l'estomac, justiciables de la chirurgie. Aussi a-t-il tenu à donner un certain développement à la partie clinique pour apprécier l'opportunité d'une intervention avec ses résultats immédiats et éloignés.

Les indications opératoires sont en effet fournies par des notions cliniques, pathogéniques, techniques et statistiques qui sont mises en valeur pour en déduire la méthode chirurgicale la mieux adaptée à une phase ou à une modalité déterminée de ces gastropathies.

Basé sur les considérations de physiologie et d'anatomie pathologique, si indispensables au diagnostic et au traitement, ce livre, très documenté, répond parfaitement à son but: il est écrit avec beaucoup de méthode, de clarté, de précision et constitue un véritable manuel, une excellente mise au point de cette importante question d'actualité. Il sera consulté avec fruit, non seulement par les chirurgiens, mais aussi par les médecins à cette époque où, comme l'a dit M. le professeur Bouchard, la thérapeutique évolue davantage, chaque jour, dans le sens chirurgical. L. GAYARD.

Maladies des articulations. — Action physiologique du massage (3), par le docteur NORSTRÖM.

Parmi toutes les pratiques physiothérapiques si à la mode aujourd'hui, le massage est resté le traitement de choix dans bien des maladies.

Le docteur Norström (de Stockholm), qui le pratique depuis plus de vingt ans, en a été un des initiateurs en France, par ses nombreuses publications, depuis son Traité et son Formulaire jusqu'à ses nombreuses monographies spéciales, telles que celles sur le massage de l'utérus ou le traitement de la migraine par le massage. Tout récemment il vient de publier quatre brochures nouvelles où il donne le résultat de sa longue expérience. C'est d'abord une étude sur les *Idées modernes dans les troubles gastro-intestinaux et leur traitement par le massage* (4) où il montre que les effets favorables du

(1) *L'Art pratique de formuler*, 3e édit., G. Steinheil, édit.
(2) In-8. — Prix : 5 francs. — Paris, Vigot frères.
(3) 1909. — Paris, J.-B Baillière et fils.
(4) In-8, 37 p. — Prix : 1 franc.

massage aussi bien dans la constipation que dans la diarrhée sont dus à ce que dans les deux cas les intestins sont ramenés à un fonctionnement normal et physiologique.

On lira avec le même intérêt ses brochures sur la *Myosite chronique rhumatismale* et son traitement par le massage (1), sur les *Maladies des articulations* et leur traitement par le massage (2), et enfin son étude générale sur l'*Action physiologique du massage* (3).

L. BABONNEIX.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de chirurgie. — (N° 12, 25 déc. 1908.) BOBBIO et GENNARI : Contribution à l'étude de la cholécystite typhique précoce. — GUISEZ : Traitement par l'œsophagoscopie de nos derniers cas de rétrécissements cicatriciels à forme grave de l'œsophage. — MAUCLAIRE : Greffes ovariennes avec ou sans anastomoses vasculaires chez la femme. — (N° 1, janv. 1909.) R. ROBINSON et F. JACOULET : Luxations congénitales de l'extrémité inférieure du cubitus (fig.). — Ch. VILLANDRE : Anévrismes de l'artère hépatique. — BERTHAUX et BURNIER : Les tumeurs du cervelet chez l'enfant.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 1, janv. 1909.) L. BROCQ : Le goudron de houille brut en dermatologie. — A. JAMBON : Traitement des eczémas par le coaltar.

Archives générales de médecine. — (N° 12, déc. 1908.) P. E. LAUNOIS : La mamelle chez l'homme, l'épithélioma de la mamelle. — P. DÉSARNAULDS : Lésions traumatiques du carpe, luxation en arrière du grand os avec ou sans déplacement du semi-lunaire, avec ou sans fraction du scaphoïde. — DRANSART et FAMECHON : Etude du nystagmus professionnel, ses rapports avec les traumatismes en général. — (N° 1, janv. 1909.) Georges ROSENTHAL : Recherches sur la gymnastique opératoire. Les exercices physiologiques de respiration dans le traitement de la pleurésie séro-fibrineuse (pleuro-tuberculose primitive). — Isaac LEVIN : Synovite de l'articulation du genou comme manifestation tardive de la syphilis acquise. — Doran Cuthbert LOCKYER : Deux cas de fibromes utérins présentant des altérations périthéliomateuses. Longue absence de récidive après opération.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 253, 10 janv. 1909.) H. GUILLEMINOT : Absorption des rayons X par les tissus, actions biochimiques correspondantes. — H. BORDIER : Détermination du pouvoir diffusif (par réflexion) de différents corps et de la peau en particulier pour les rayons ultra-violets. Conséquences pratiques. — (N° 254, 25 janv.) St. LEDUC : Electrocution. — H. MARQUÈS : Encore un nouveau cas de luxation de la symphyse pubienne décelé uniquement par la radiographie. — CARÉ : Sur le traitement de la blennorragie par l'introduction électrolytique de l'ion argent. — KIENBÖCK : Sur la diminution transitoire du volume du cœur. — H. BORDIER, A. MOREL et Th. NOGIER : Action des radiations ultra-violettes émises par la lampe de Kromayer, sur le sang et l'oxyhémoglobine pure. — Th. NOGIER : Pince radiographique localisatrice.

(1) In-8, 43 p. — Prix : 1 franc.
(2) In-8, 24 p. — Prix : 1 franc.
(3) In-8, 24 p. — Prix : 1 franc.

Archives de médecine des enfants. — (N° 1, janv. 1909.) HUTINEL et RIVET : Septicémies dans les affections cutanées. — LION et MOREAU : Diabète infantile familial. — MOUSSOUS et CARLES : Atrophie musculaire progressive. — SARGNON, BOULLOCHE et ROBERT : Sténose laryngée. — (N° 2, fév.) E. WEILL et G. MOURIQUAND : La conjonctivite diphtérique post-rubéolique. — J. ROUX et Ph. JOSSERAND (de Cannes) : La pathogénie de l'infection tuberculeuse. — Victor IMERWOL : De la hernie de la vessie à travers l'urètre dans la première enfance. — A. BRUCH : Observations concernant trois jumeaux nés le 20 juillet 1907. — Mme DE BIEHLER : Traitement de la coqueluche par le fluoroforme. — J. COMBY : Lymphocytémie infantile.

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (1er janv. 1909.) H. GAUDIER : Lipome du voile du palais. — P. CORNET : Thrombo-phlébite du sinus latéral gauche chez une enfant de quatre ans. Ouverture et drainage du sinus sans ligature de la jugulaire. Septicémie prolongée. Guérison. — André CASTEX : Laryngectomie partielle par voie latérale; — Tumeurs malignes des fosses nasales. — Florea SIMONESCU : Un cas de chancre simple du pharynx. — P. JACQUES : D'où naissent les polypes naso-pharyngiens. — RANGÉ : Troubles oculo-moteurs d'origine otique. — GUISEZ : Nos derniers faits de trachéo-bronchoscopie; — Extraction de corps étrangers des bronches et de l'œsophage; — Diagnostic et thérapeutique dans quelques affections œsophagiennes. — A. MALHERBE : Traitement des scléroses de l'oreille par l'électro-ionisation trans-tympanique. — E.-J. MOURE : Sur deux cas de tumeurs malignes du sinus maxillaire développées aux dépens des kystes radiculaires. — RABÉ : Récidive des végétations adénoïdes. — G. CHEVALLIER : Complications des otorrhées chroniques. Indications thérapeutiques.

NOTES POUR L'INTERNAT

STOMATITE MERCURIELLE

La stomatite est une des manifestations les plus précoces et les plus importantes pour le diagnostic de l'intoxication par le mercure. Elle s'observe dans les trois grandes variétés d'intoxication mercurielle : empoisonnements aigus, intoxication médicamenteuse, hydrargyrisme professionnel. La stomatite de l'intoxication médicamenteuse est surtout fréquente et doit particulièrement attirer l'attention.

ÉTIOLOGIE. — La stomatite peut apparaître après les *empoisonnements aigus* volontaires, accidentels ou criminels; elle est alors un peu effacée par l'intensité des autres symptômes et des phénomènes généraux.

L'*intoxication médicamenteuse* survient dans le traitement des infections puerpérales par les injections de sublimé et surtout dans le traitement de la syphilis. Ce sont les frictions

mercurielles qui déterminent le plus facilement la stomatite, mais on l'observe aussi après l'emploi des injections hypodermiques et après l'administration du mercure par ingestion. Deux facteurs conditionnent son apparition; c'est d'abord la quantité de mercure introduite dans l'organisme, c'est ensuite et surtout peut-être la prédisposition individuelle. Les causes de cette prédisposition sont l'état de la dentition et de la bouche, car les individus qui sont dépourvus de dents n'ont pas de stomatite mercurielle; l'insuffisance des reins et du foie; enfin une susceptibilité particulière de certains sujets, l'idiosyncrasie. La stomatite de l'*hydrargyrisme professionnel* s'observe chez les ouvriers employés à l'extraction du mercure, chez les doreurs, chapeliers, constructeurs de thermomètres, etc.

PATHOGÉNIE. — On attribuait autrefois la stomatite à une action directe du mercure au moment de l'ingestion. Puis il fut admis que le mercure, après avoir imprégné l'organisme, agissait sur la muqueuse buccale en s'éliminant par les glandes salivaires. D'après Galippe, la stomatite mercurielle n'est nullement une stomatite spécifique, toxique, mais bien une inflammation d'origine infectieuse; le mercure produit en s'éliminant des modifications quantitatives et qualitatives de la salive et cette salive adultérée offre des conditions très favorables à la pullulation des micro-organismes de la cavité buccale. Les idées de Galippe sont en grande partie exactes (Paisseau); on peut dire avec Lermoyez que le mercure modifie les milieux buccaux d'une façon spécifique qui les rend accessibles aux microbes, avec Bockart qu'il s'agit d'une stomatite d'abord toxique et secondairement infectieuse.

SYMPTOMES. — La stomatite de l'*intoxication suraiguë* n'est pas toujours très intense; il s'agit d'ailleurs le plus souvent non pas précisément de stomatite, mais de lésions buccales par contact direct, caustique; c'est ce qui se voit après l'ingestion de sublimé. Dans d'autres cas, le malade a la bouche sèche et tuméfiée, la langue épaissie, la gorge rouge et œdématiée; les dents semblent ébranlées par suite du gonflement des gencives; habituellement les accidents aigus sont très rapides et ne laissent pas à la stomatite le temps d'évoluer; le ptyalisme peut alors manquer.

Dans l'*intoxication médicamenteuse*, on décrit avec Fournier trois formes de stomatite : forme légère localisée, forme moyenne généralisée et forme grave. La *forme légère localisée* revêt plusieurs types cliniques qui se distinguent par leur localisation et celle-ci est déterminée par la présence d'une dent cariée ou d'une gencive enflammée. On peut ainsi observer le déchaussement de la gencive en contact avec la partie postérieure de la grosse molaire inférieure; la gingivite au pourtour d'une dent cariée ou d'un chicot; une gingivite médiane inférieure à la sertissure des incisives; une hémi-stomatite. Ces quatre types ont des caractères communs; la stomatite est unilatérale, par suite du décubitus du malade, les accidents se produisant d'abord là où stagnent les liquides buccaux (Ricord). Le malade a une sensation d'agacement de la dent, un goût métallique dans la bouche, quelques douleurs pendant la mastication; l'haleine a une odeur spéciale, aigrelette. Les gencives, dans la région atteinte, sont rouges, boursouflées; la pression peut en faire sourdre une gouttelette d'un liquide séro-purulent. La stomatite reste à cette forme et guérit vite, si on suspend aussitôt le traitement mercuriel.

Dans la *forme moyenne généralisée*, les symptômes fonctionnels sont plus intenses; la parole, la mastication, les mouvements de la langue sont très pénibles; le contact des aliments provoque de vives douleurs. La salivation est un symptôme très important; le malade crache plus d'un litre d'une salive épaisse, blanchâtre, filante. La douleur, l'insomnie et la salivation déterminent bientôt de la pâleur et de l'amaigrissement; la température s'élève rarement. Il peut d'ailleurs se produire d'autres symptômes d'intoxication, qui retentissent sur l'état général.

A l'examen, on constate tout d'abord une fétidité toute particulière de l'haleine; le malade ouvre assez difficilement la bouche, car il a parfois un peu de trismus; on voit les gencives rouges et tuméfiées, avec des érosions et même des ulcérations recouvertes d'exsudats pseudo-membraneux. Les dents sont déchaussées et recouvertes d'un enduit limoneux formant une bouillie fétide; la langue est très augmentée de volume, on remarque sur ses bords l'empreinte des dents; toute la face interne des joues est aussi enflammée, excoriée par places. Ces lésions s'arrêtent brusquement au niveau du voile et des piliers.

Les ganglions sous-maxillaires sont augmentés de volume ainsi que les glandes parotides et sous-maxillaires; ce gonflement douloureux rappelle l'aspect des oreillons.

Si on suspend l'administration du mercure, cette forme dure en moyenne huit à douze jours, parfois deux à trois semaines.

La *forme grave généralisée* était surtout fréquente autrefois quand on recherchait la salivation dans le traitement de la syphilis; c'est une stomatite historique (Fournier). Les symptômes sont ceux de la forme précédente, mais très exagérés; le ptyalisme devient excessif. La salivation peut atteindre 3 ou 4 litres; l'haleine est horriblement fétide; le malade qui ne peut plus s'alimenter en arrive à un état d'adynamie profonde, il a de la diarrhée, de la fièvre. En l'examinant, on voit une langue énorme qui pend hors de la bouche, sur les gencives des ulcérations qui tendent à devenir gangréneuses ou à prendre le caractère phagédénique; autrefois ces accidents allaient jusqu'à l'élimination de lambeaux de muqueuse gangrénée, jusqu'à la gangrène des muscles sous-jacents avec même des nécroses osseuses. Cette forme grave dure plusieurs mois, la convalescence est très longue.

La stomatite est quelquefois le seul signe de l'intoxication mercurielle subaiguë; dans ses formes moyenne et grave, elle s'accompagne souvent de troubles intestinaux et urinaires, qui entraînent parfois une terminaison fatale.

L'*hydrargyrisme chronique* professionnel détermine presque toujours une *stomatite chronique* qui peut succéder à une stomatite aiguë ou plutôt se développer primitivement. Elle frappe d'une manière presque exclusive la muqueuse gingivale; les dents s'ébranlent et tombent les unes après les autres, alors la lésion gingivale se cicatrise. Parfois la chute des dents se borne à la chute des molaires. Quelques malades n'ont pas de véritable stomatite; on remarque seulement chez eux une coloration noire des dents et une atrophie du corps dentaire.

DIAGNOSTIC. — On pourrait confondre au début la stomatite mercurielle avec la *stomatite catarrhale*, la stomatite du diabète et de l'urémie. A la période d'état, elle a les mêmes caractères que la *stomatite ulcéro-membraneuse*; cependant la salivation est peut-être plus abondante dans la stomatite mercurielle; la tuméfaction des glandes salivaires est très caractéristique, mais elle n'existe pas toujours. L'examen bactériologique ne permet pas d'arriver au diagnostic différentiel, puisque Lesueur a trouvé constamment les bacilles fusiformes et les spirilles dans la stomatite mercurielle. Celle-ci est donc cliniquement une variété de stomatite ulcéro-membraneuse, elle n'a qu'une individualité étiologique.

Le *noma* débute sur un point de la face interne de la joue; l'ulcération du début se distingue déjà par son induration et par la présence d'un enduit noir, gangréneux, fétide; il faut noter que la gangrène peut compliquer la stomatite mercurielle, mais elle n'apparaît alors que tardivement.

C'est encore l'étiologie qui distinguera la stomatite mercurielle des stomatites apparaissant dans les intoxications par le *bismuth* et surtout par le *plomb*, l'*arsenic* et le *phosphore*, car toutes ces stomatites ont à peu près les mêmes caractères.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Le pronostic de la stomatite mercurielle n'est pas grave, mais on ne peut le séparer du pronostic de l'intoxication mercurielle qui est tout différent.

Le traitement doit être d'abord préventif : soins dentaires et nettoyages minutieux de la bouche et des dents avant et pendant les traitements mercuriels. Comme traitement local, le chlorate de potasse a été longtemps préconisé; plusieurs auteurs conseillent un traitement antiseptique plus énergique par le sublimé. Les ulcérations seront badigeonnées avec une solution d'acide chromique.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traités de médecine*; — PAISSEAU. *Manuel des maladies du tube digestif*, t. I.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 21. — SAMEDI 20 FÉVRIER 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 20 FÉVRIER 1909. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 17 février : MM. Ferry (Maurice), 9; Heuyer et Gutmann, 8; Viguerie, 5; Labourdette, 8; de Vaugiraud et Nicaud, 10.

Prochaine séance dimanche 21 février, à neuf heures du matin.

Anatomie. — Séance du 18 février : MM. Mondor, 12; Bodineau, 7; Petit (Charles), 8; Fourrière, 9; Charrier, 10; Sédillot, 8; Gougelet, 6; Madre, 7; Vinay, 8.

Prochaine séance samedi 20 février, à huit heures du matin.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le concours annuel pour les emplois de médecin adjoint des asiles d'aliénés, qui s'est ouvert au ministère de l'Intérieur, le 1er février 1909, s'est terminé le 17 février.

Trente-six candidats s'étaient fait inscrire.

Ont été reconnus admissibles, par ordre de mérite, aux emplois de médecins adjoints :

1° *Pour les asiles publics.* — MM. les docteurs Camus (Faculté de Paris); *ex æquo*, Froissart (Faculté de Paris) et Perrins (Faculté de Bordeaux); Cotard, Latapie et Barbé (Faculté de Paris), Vieux-Pernon, Chéze et Salins (Faculté de Lyon), Mézie (Faculté de Lille).

2° *Pour les établissements privés.* — MM. les docteurs Gauthier et Suttel (Faculté de Lyon), Conso, Bussard et Levert (Faculté de Paris), Rebattel (Faculté de Lyon).

— Le lundi 22 mars 1909, à deux heures précises, il sera ouvert, à la préfecture de la Seine, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, asile Clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif, Maison-Blanche, Moisselles et l'infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures, du lundi 22 février au samedi 6 mars 1909, inclusivement.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent sont promus au grade de médecin aide-major de première classe pour prendre rang du 1er février 1909, et sont maintenus à leurs postes actuels :

MM. Bellot, hôpit. milit. du Val-de-Grâce (bactériologie); Jandot dit Danjou, 22e d'inf.; Legrand, hôpit. milit. du Val-de-Grâce (diagnostic chirurgical spécial); Perret, 99e d'inf.; Bercher, 81e d'inf.; De Person, 8e cuir.; Cristau, hôpit. milit. de la division d'Oran; Bonnenfant, 51e d'inf.; Rouch, 131e d'inf.; Jeandin, 31e d'inf.; Pagnier, 89e d'inf.; Fayet, 16e d'art.; Laurent, 26e drag.; Billet, 7e d'art.; Cayrel, 22e d'art.; Cavarroc, 10e drag.; Bech, 61e d'inf.; Courboulès, 3e chass. à cheval; Jacquemart, hôpit. milit. de la division d'Oran; Heuraux, 26e d'inf.; Contant, 15e chass. à cheval; Lefébure, 140e d'inf.; Decour, hôpit. milit. de la division d'occupation de Tunisie; Mathieu de Fossey, 1er spahis; Médan, 145e d'inf.; Lancelot, 10e d'art.; Legendre, 6e cuir.; Renoux, 16e chass. à cheval; Pouchet, 7e huss.; Aulong, 101e d'inf.; Lescuyer, 2e d'inf.; Chabardès, 3e bat. chass. à pied; Batier, 15e d'art.; Rouzaud, hôpit. milit. de la division d'Oran; Dubalen, 29e d'inf.; Blanc, hôpit. milit. de la division d'Oran; Torresse, hôpit. milit. de la division d'Alger; Mercier, 116e d'inf.; Gand, 47e d'inf.; Pitois, 48e d'inf.; Pichet, 105e d'inf.; Fonvielle, 150e d'inf.; Mercier, 55e d'inf.; Uffert, hôpit. milit. de la division d'occupation de Tunisie; Roussille et Mahot, hôpit. milit. de la division d'Oran; Moy et Morras, hôpit. milit. de la division de Constantine; Bertaux, 6e huss.; Anglade, 45e d'inf.; Heyraud, 6e d'inf.; Odinot, 28e bat. de chass. à pied; Richard, 3e cuir.; Vialle, hôpit. milit. de la division d'Alger; Paris, 1er chass. à cheval; Roussel, 42e d'inf.; Vallot, 151e d'inf.; Joubert, 115e d'inf.; Clot, 19e bat. chass. à pied; Toinon, 85e d'inf.; Solle, 1er bat. d'inf. légère d'Afrique; Simoni, hôpit. milit. de la division d'Oran; Minouflet, 149e d'inf.; Larrazet, 154e d'inf.; Théron, 152e d'inf.; Boisseau, 153e d'inf.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée à MM. les docteurs Buès (de Sisteron) et Hagopian (de Vandeuvre du Poitou).

La médaille en bronze est décernée à MM. les docteurs Clerc, médecin sanitaire maritime; MM. Boyé, Krantz, internes des hôpitaux de Paris; Vincent, Chardin et Girardot, externes des hôpitaux.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ANGINES DE LA SCARLATINE (2)

Par MM. L. BABONNEIX et M. BRELET.

II

Etude bactériologique. — L'étude bactériologique des angines de la scarlatine restera incomplète et imprécise, tant qu'on n'aura pas isolé le germe de cette fièvre éruptive; la seule notion actuellement acquise, c'est qu'on constate la présence du *streptocoque* dans la plupart des angines et des autres complications de la scarlatine; on a même trouvé plusieurs fois le streptocoque dans le sang des scarlatineux. Presque toutes les angines précoces sont des angines à streptocoques, aussi bien les formes érythémateuses et pultacées, que les formes pseudo-membraneuses, ulcéreuses et perforantes; pour ce qui est des angines gangréneuses, leur étude bactériologique n'est pas encore achevée, du moins à notre connaissance; il est probable que les anaérobies ont un rôle très important. C'est encore le streptocoque qui détermine les accidents de la convalescence décrits par Roger sous le nom de syndrome infectieux tardif. De nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet; on trouvera dans la thèse de Bourges, dans le mémoire de Lemoine, toutes les indications bibliographiques, en particulier les résultats des recherches de Crooke, Baumgarten, Marie Raskin, Prudden. Le streptocoque est le plus souvent le germe pathogène isolé de ces angines; en prélevant la matière de l'ensemencement au sein même de l'amygdale, après cautérisation de la surface, Lemoine a trouvé le streptocoque seul dans 93 cas sur 117; le streptocoque est quelquefois associé au staphylocoque, plus rarement au coli-bacille et au pneumocoque; l'association streptocoque et coli-bacille, observée deux fois par Lemoine, détermina une forme d'angine particulièrement grave. Les faits de strepto-diphtérie devront être mentionnés avec l'étude des angines diphtériques. Dans quatre cas d'angine ulcéreuse, Simonin a trouvé la symbiose fuso-spirillaire de Vincent; les recherches faites depuis pour retrouver cette symbiose n'ont donné que des résultats négatifs.

Mais une autre infection peut venir compliquer la scarlatine; c'est la *diphtérie* et ceci nous amène à étudier la nature bactériologique des angines pseudo-membraneuses précoces et tardives. Trousseau, dans ses *Cliniques*, Jaccoud, dans sa traduction du livre de Graves, avaient enseigné que les angines pseudo-membraneuses précoces ne sont pas de nature diphtérique, tandis que les angines tardives relèvent de la diphtérie. Cette doctrine fut longtemps classique, confirmée par les observations cliniques de Sevestre, Odent, par les recherches bactériologiques de Wurtz et Bourges; dans sa thèse et dans une Revue générale, Bourges apporte de nombreux documents à l'appui de cette opinion, tout en reconnaissant qu'il peut se produire quelques exceptions à la règle; sur 18 angines pseudo-membraneuses précoces, il a constaté 17 fois la présence du streptocoque et 1 fois celle du bacille de Lœffler; sur 4 angines tardives, 3 fois le bacille de Lœffler et 1 fois le streptocoque. Puis voici que, plus récemment, Marfan et Apert observent toujours des angines tardives à streptocoques, tandis que Variot et Dévé, de Saint-Paul relatent plusieurs cas d'angines précoces à bacilles de Lœffler. Mais l'examen bactériologique avec constatation du bacille de Lœffler n'a pas toujours été suivi d'inoculation au cobaye et on ne peut savoir par conséquent s'il s'agissait de bacilles virulents; ce détail pourrait avoir une certaine importance, car, d'après Schabad, on trouve quelquefois dans la gorge des scarlatineux, au début de leur maladie, des bacilles diphtériques peu ou pas virulents pour le cobaye, tandis que, dans les angines pseudo-membraneuses des convalescents, les bacilles diphtériques sont virulents; on peut, il est vrai, objecter que la virulence des bacilles diphtériques « n'est pas un caractère bien fixe » (L. Martin). Si, cependant, ces conclusions de Schabad étaient confirmées par de nouvelles recherches, elles expliqueraient peut-être les divergences entre les auteurs; elles rendraient compte de ce fait que l'angine diphtérique complique surtout la convalescence de la scarlatine. Nous adoptons, pour notre part, la doctrine ancienne de Trousseau, de Wurtz et Bourges: les angines pseudo-membraneuses précoces sont presque toujours des angines à streptocoques; les angines pseudo-membraneuses tardives sont presque toujours des angines à bacilles de Lœffler. Cette doctrine n'a d'ailleurs pas cessé d'être classique; on la retrouve dans les articles de Sevestre et Martin, de Wurtz, de von Pirquet et Schick; d'après Sevestre et Martin, ces diphtéries de la convalescence sont presque toujours des strepto-diphtéries. Nous avons déjà eu l'occasion de dire que nous considérions la plupart des angines pseudo-membraneuses tardives comme des cas de contagion hospitalière de diphtérie.

Les angines et la pathogénie de la scarlatine. — Pour discuter le rôle des angines dans la pathogénie de la scarlatine, il serait encore plus nécessaire de connaître le virus scarlatin, que pour préciser leur nature bactériologique. C'est pourquoi la théorie de Bergé, bien que très séduisante, reste encore hypothétique; cet auteur, reprenant et développant les idées de Dowson, admet que la scarlatine est d'abord une lésion locale des amygdales, siégeant au fond des cavités crypteuses; l'éruption scarlatineuse, enanthème et exanthème, est le résultat d'une action toxique érythémogène, exercée par les poisons microbiens sécrétés au niveau des amygdales infectées; d'après Bergé, cette proposition peut être considérée comme certaine; de plus, un ensemble d'arguments divers milite en faveur de cette opinion que l'agent pathogène de la scarlatine est le streptocoque dans une de ses modalités virulentes. La théorie du streptocoque, agent pathogène de la

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 18, p. 213.

scarlatine, a été plusieurs fois soutenue; Kurth a même décrit un *streptococcus conglomeratus* avec quelques caractères spéciaux; récemment encore, Gabritchewsky a rapproché la scarlatine des érythèmes streptococciques et l'a presque considérée comme une forme spéciale de ces érythèmes. Malheureusement, aucune preuve expérimentale n'a été faite pour justifier ce rapprochement, et, comme le dit fort bien Guinon, s'il existe des exanthèmes scarlatiniformes à streptocoques, aucun ne s'accompagne de desquamation de la langue et de la peau; l'évolution de la scarlatine, sa contagiosité, la durée de son incubation, la rareté des récidives sont des caractères trop spéciaux pour que ce microbe à tout faire puisse les revendiquer (Guinon). Ne pourrait-on pas encore remarquer que, dans les complications de la rougeole, le streptocoque a aussi un rôle capital et que cependant ces complications ne rappellent en rien celles de la scarlatine? Cette considération nous paraît prouver, autant du moins qu'un raisonnement peut constituer une preuve en biologie, que les infections streptococciques de la rougeole et de la scarlatine sont des infections secondaires et qu'elles sont commandées dans leurs localisations par un autre agent pathogène, agent spécifique et de rang plus élevé dans la hiérarchie microbienne. Nous devons donc considérer le streptocoque comme un élément surajouté, qui complique presque toujours la scarlatine à un degré variable; le streptocoque est le « compagnon perpétuel de la scarlatine » (Nedrigailow).

Reste à discuter la théorie de l'*origine amygdalienne* de la scarlatine. Bergé fait remarquer que l'amygdalite est une lésion précoce et presque constante, sauf dans les cas de scarlatine puerpérale et chirurgicale; il est vrai qu'on a décrit des scarlatines sans angine; ces cas sont rares et peut-être n'a-t-on pas examiné minutieusement les tonsilles. Le principal argument de Bergé est tiré de l'état de la gorge dans les scarlatines puerpérales et chirurgicales; les accouchées peuvent être atteintes, surtout lors d'une épidémie, d'une scarlatine banale d'origine amygdalienne; mais la véritable scarlatine puerpérale est d'origine utéro-vaginale; la porte d'entrée de l'infection se trouvant dans les organes génitaux, ces malades doivent avoir des manifestations angineuses peu intenses et c'est en effet ce que l'on constate. Il en est de même pour les scarlatines d'origine chirurgicale; tous les auteurs qui les ont décrites, en particulier de Bovis et Hamilton dans deux importantes revues générales, ont été frappés de ce fait que l'exanthème apparaît souvent d'abord au voisinage de la plaie et que l'angine est toujours fort légère, se réduisant souvent à un simple enanthème. Cet argument n'est toutefois pas irréfutable, car, à côté de la scarlatine, il existe toute une série d'érythèmes scarlatiniformes dont le diagnostic d'avec la scarlatine est parfois presque impossible; le doute subsistera donc tant qu'on n'aura pas un criterium fourni par la bactériologie définitive de la scarlatine. Et d'ailleurs la théorie de Bergé s'accorde mal avec la succession des phénomènes angineux, telle qu'on l'observe très souvent chez l'enfant, telle que l'ont décrite Lasègue, Cadet de Gassicourt, Moizard, c'est-à-dire avec un début par enanthème. Contre l'hypothèse de l'origine amygdalienne de la scarlatine, on peut encore faire valoir les idées nouvelles apportées à la compréhension pathogénique des maladies infectieuses par les résultats des ensemencements du sang pratiqués dans ces infections; la fièvre typhoïde n'est plus essentiellement une maladie intestinale, c'est une septicémie à bacilles d'Eberth; la pneumonie elle-même, considérée jadis comme le type parfait de l'inflammation pulmonaire, n'est peut-être qu'une localisation tardive de la pneumococcémie (Lemierre, Abrami et Joltrain). La scarlatine n'est-elle pas aussi une infection *totius substantiæ* par l'intermédiaire du sang (Enriquez)?

III

Traitement. — Le traitement de l'angine occupe souvent la première place dans la thérapeutique de la scarlatine; on doit même faire un *traitement prophylactique*, c'est-à-dire que l'on pratiquera des lavages de gorge à l'eau boriquée ou à l'eau bouillie et qu'on fera mettre de l'huile ou de la vaseline mentholée dans les fosses nasales chez tous les malades atteints de scarlatine.

Hutinel et Deschamps ont montré, dès 1890, l'importance de cette désinfection de la cavité buccale pour prévenir les complications d'origine pharyngée. Les lavages fréquents de la bouche et de la gorge ont encore une autre utilité, non plus pour le malade, mais pour les personnes de son entourage, car il semble bien que, si le contage scarlatineux se trouve dans les squames, il se trouve aussi dans le pharynx, comme l'a démontré Lemoine; l'asepsie du pharynx sera donc en même temps prophylactique de complications pour le malade, et prophylactique de contamination scarlatineuse.

Quelques auteurs ont aussi conseillé de faire un traitement prophylactique des angines pseudo-membraneuses à bacilles de Lœffler, en injectant de façon préventive au sérum antidiphtérique tout enfant atteint de scarlatine; cette pratique est très justifiée dans les hôpitaux d'enfants (Lesné); en dehors de ces circonstances de milieu hospitalier, elle ne nous paraît pas utile.

Le *traitement curatif* des angines ne présentant rien de spécial à la scarlatine, nous n'y insisterons pas; il faudra plus compter sur l'asepsie pour ainsi dire mécanique produite par les lavages fréquents de la gorge que sur les antiseptiques parfois un peu irritants. Cependant, en cas d'angine ulcéreuse, il faut agir énergiquement; Méry et Hallé conseillent les grands lavages avec l'eau oxygénée et la liqueur de Labarraque, et des attouchements faits deux fois par jour avec du chlorure de zinc (solution à 1/30); Lereboullet préfère se servir d'eau d'Alibour étendue. Dans tous ces cas d'angines graves, le traitement général ne devra pas être négligé; Lesné préconise l'injection intra-veineuse d'argent colloïdal qui permet de sauver un certain nombre de malades dont l'état paraissait désespéré.

Le seul point litigieux est dans la thérapeutique à employer en présence d'une angine pseudo-mem-

braneuse et surtout d'une angine précoce. Cliniquement, les formes graves des angines précoces à fausses membranes de nature streptococcique ne diffèrent en rien des angines à bacilles de Lœffler; c'est le même aspect de la gorge, le même envahissement des piliers, de la luette, le même cou proconsulaire. Faut-il pratiquer systématiquement une injection de *sérum antidiphtérique* dans ces formes graves et même toutes les fois qu'un scarlatineux a une angine blanche précoce?

Lorsque le malade est un enfant, il sera toujours plus prudent de faire immédiatement une injection de sérum antidiphtérique; mais s'il s'agit d'un adulte et si les fausses membranes sont peu étendues, on pourra fort bien attendre les résultats de l'examen bactériologique et des cultures; si cet examen est impossible ou exige un long délai, par exemple à la campagne, on fera, sans plus tarder et sans contrôle bactériologique, des injections de sérum dans les angines pseudo-membraneuses précoces, bien qu'elles soient très exceptionnellement diphtériques; il est en effet préférable de faire quelques injections de sérum sans aucune utilité plutôt que de risquer de laisser un scarlatineux, par exception diphtérique, manquer d'une injection de sérum antidiphtérique. Une angine pseudo-membraneuse tardive doit toujours être traitée par le sérum de Roux. En résumé, pour les angines pseudo-membraneuses précoces, nous préférons, sauf s'il s'agit d'un enfant soigné à l'hôpital, ne faire une injection de sérum qu'après examen des cultures et constatation du bacille de Lœffler; si, pour une raison quelconque, cet examen ne peut être fait et le résultat connu dans les vingt-quatre heures, il sera plus prudent de pratiquer une injection de sérum antidiphtérique.

On a aussi essayé, dans la scarlatine, divers *sérums antistreptococciques*; en Allemagne, le sérum de Moser est souvent employé; il a paru donner quelques résultats favorables à Nolstchanoff, à Egis et Langovoy; mais, par contre, Bilik a constaté dans dix cas que l'effet de ce traitement était presque nul et que des accidents sériques graves survenaient avec une très grande fréquence; cette question de l'emploi du sérum de Moser est donc encore à l'étude.

IV

Conclusions. — L'étude clinique et bactériologique des angines de la scarlatine nous paraît pouvoir être résumée dans les quelques propositions suivantes :

Tous les scarlatineux présentent des symptômes et signes physiques à siège amygdalo-pharyngé; mais parfois ces symptômes sont peu accusés et les signes physiques constitués seulement par la présence d'une rougeur diffuse dans la gorge; c'est l'enanthème-symptôme; les déterminations pharyngées ne dépassent pas ce stade dans un certain nombre de cas, scarlatines sans angine, et dans la plupart des scarlatines puerpérales ou chirurgicales.

Beaucoup plus souvent, il survient dans la suite ou même il existe dès le début une véritable angine; celle-ci peut rester érythémateuse et pultacée, elle peut se recouvrir d'exsudats pseudo-membraneux, devenir ulcéreuse et perforante, se compliquer de gangrène; presque toutes ces angines du début dépendent d'une infection secondaire à streptocoques; il est exceptionnel que la diphtérie vienne à cette date compliquer la scarlatine. L'intensité du processus angineux a, dans certains cas, une influence indiscutable sur la marche de la température, sur la prolongation de la période fébrile, moins constante sur l'érythème; de l'angine, relèvent plusieurs complications de voisinage et peut-être quelques complications éloignées. L'état de la gorge gouverne donc, dans une certaine mesure, le pronostic de la scarlatine.

A la convalescence, on peut voir survenir une reprise des phénomènes d'angine, avec le syndrome infectieux tardif qui est encore une infection streptococcique. Si des fausses membranes apparaissent à ce moment dans la gorge, il s'agit le plus souvent d'une angine diphtérique; celle-ci était assez fréquente autrefois dans les hôpitaux d'enfants; elle devient de plus en plus rare depuis que les malades sont mieux isolés.

Le streptocoque a un rôle capital dans les angines et les autres complications de la scarlatine, mais il ne peut être considéré actuellement comme l'agent pathogène de la scarlatine. Il est possible que le germe de la scarlatine pénètre dans l'organisme par les amygdales; toutefois cette pathogénie n'a pas encore été démontrée et, quoi qu'il en soit, il paraît de plus en plus vraisemblable que la scarlatine est surtout une toxi-infection avec septicémie.

BIBLIOGRAPHIE

ANTOINE. *Du processus gangréneux dans les angines de la scarlatine*, Th. de Paris, juillet 1902. — ARÈNE. *Des adénites et des adéno-phlegmons de la région cervicale dans l'angine diphtéritique et dans la scarlatine*, Th. de Paris, août 1881.

BERGÉ. *Pathogénie de la scarlatine*, Th. de Paris, juillet 1895; — Angine érosive post-scarlatineuse, *Bull. de la Soc. de pédiat.*, 1899, p. 154. — BIEHLER (Mme DE). Quatre cas de perforation du voile du palais dans la scarlatine, *Arch. de méd. des enf.*, 1907, p. 224. — BILIK. *Arch. f. Kind.*, 1908, Bd. XLVII, p. 344. — BOULLOCHE. Les angines à fausses membranes, *Bibl. méd. Charcot-Debove.* — BOURGES. *Les angines de la scarlatine*, Th. de Paris, janv. 1891; — *Gaz. des hôpit.*, 4 juillet 1891, n° 78. — BOVIS (DE). La scarlatine traumatique, *Sem. méd.*, 1902, n° 5, p. 33.

CADET DE GASSICOURT. *Traité clin. des mal. de l'enf.*, 1882, t. II. — CHAUSSERIE-LAPRÉE. *De la rhinite purulente dans la scarlatine*, Th. de Paris, oct. 1900. — COURTOIS. *Streptocoques et scarlatine*, Th. de Paris, juillet 1899.

DELFOSSE et SABBLÉ. Scarlatine; laryngite pseudo-membraneuse tardive; inhalations d'oxygène; tubage; guérison, *Pédiat. prat.*, 15 oct. 1908. — DESNOS. Art. ANGINES, *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*

EGIS et LANGOVOY. *Jahrb. f. Kind.*, 1907, Bd. LXVI, H. 5, p. 514. — ENRIQUEZ. Art. SCARLATINE, *Traité de méd.*, 1909, t. I.

GABRITSCHEWSKY. L'érythème streptococcique; ses rapports avec la scarlatine, *Berl. klin. Wochens.*, 6 mai 1907, p. 556. — GIRARD. *Syndrome infectieux tardif au cours de la scarlatine*, Th. de Paris, mars 1900. — GIROU. Angines nécrotiques au cours de la scarlatine, *Arch. de méd. des enf.*, nov. 1908, p. 756. — GRAVES. *Leçons de clin. méd.*, trad. Jac-

coud, 1863, t. I. — GRISOLLE. *Pathol. interne*, t. I. — GUÉRÉTIN. Mémoire sur une épidémie d'angine scarlatineuse observée dans le canton du Lion d'Angers pendant l'année 1841, *Arch. gén. de méd.*, 1842, t. XIV. — GUINDESSE. L'angine scarlatineuse perforante, *Vratcheb. Gaz.*, déc. 1905 ; — *Sem. méd.*, 1906, n° 12, p. 138. — GUINON. Art. SCARLATINE, *Traité de méd.*, t. II.

HAMILTON. Surgical scarlatina, *Amer. Journ. of the med. Sciences*, 1904, vol. CXXVIII, p. 111. — HÉNOCH. *Leçons clin. sur les mal. des enf.*, trad. Hendrix, 1885. — HUTINEL et DESCHAMPS. Antisepsie médicale et scarlatine au pavillon d'isolement de l'hôpital des Enfants-Malades, *Revue d'hygiène*, juillet 1890.

KILLIAN. Les sinusites dans la scarlatine, *Zeitsch. f. Okrenheilk. und f. die Krankh. der Luftwege*, 1908 ; — *Sem. méd.*, 2 déc. 1908.

LABOULBÈNE. *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*, 1861. — LANGE. Akute Empyeme der Nebenhöhlen der Nase nach Scharlach, *Med. Klin.*, 19 août 1906, p. 859. — LANGLAIS. *Les angines nécrotiques ou ulcéro perforantes dans la scarlatine*, Th. de Paris, mars 1908. — LARROUY. *L'angine ulcéreuse précoce de la scarlatine*, Th. de Paris, mai 1907. — LASÈGUE *Traité des angines*, 1868. — LEBAILLY. *Contribution à l'étude du bubon scarlatineux.* Th. de Paris, juillet 1902. — LEMOINE. Contagiosité de la scarlatine, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1895, p. 738; — Etude bactériologique de 117 cas d'angine scarlatineuse, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1895, p. 847. — LEREBOULLET. Angines nécrotiques et perforation du voile du palais dans la scarlatine, *Progrès méd.*, 8 fév. 1908, p. 61 — LESNÉ. Les angines de la scarlatine, *La Clinique*, 29 nov. 1907.

MAGE. *De l'influence du processus angineux sur le cycle thermique de la scarlatine*, Th. de Paris, juillet 1901. — MARFAN et APERT. La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1896, p. 424. — L. MARTIN. Diagnostic bactériologique de la diphtérie, *Arch. gén. de méd.*, 1904, tome II, p. 2644. — MÉRY et HALLÉ. Angines ulcéreuses et perforantes dans la scarlatine, *Bull. méd.*, 13 mai 1903, p. 447; — Les perforations du voile du palais dans la scarlatine, *Arch. de méd. des enf.*, déc. 1905, p. 705. — MEYER. Bakteriämie bei Scharlach, *Ver. f. inn. Med.*, Berlin, 20 nov. 1905. — MOIZARD. Art. SCARLATINE, *Traité des maladies de l'enfance*, 1904, t. I.

NEDRIGAÏLOW. Zur Frage ueber die spezifische Natur des Scharlachstreptococcus, *Central. f. Bakt.*, 1906, Bd. XLII, p. 13 et 102. — NOBÉCOURT. *Précis de médecine infantile*, 1907. — NOLSTCHANOFF. *Jahrb. f. Kind.*, 1907, Bd. LXVI, H. 5, p. 572.

ODENT. *Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine*, Th. de Paris, janv. 1887.

PETER. Art. ANGINES, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1876. — PICOT. Art. SCARLATINE, *Nouveau dict. de méd. et de chir. prat.*, 1882. — VON PIRQUET et SCHICK. Art. SCARLATINE, *Hand. d. Kind.*, Pfaundler-Schlossmann, 1906, Bd. I. — PIVERT. *Les angines ulcéreuses et les perforations du voile du palais dans la scarlatine*, Th. de Paris, juillet 1905.

RAYBAUD. Thrombose des sinus de la dure-mère consécutive à une angine gangréneuse dans la scarlatine, *Marseille méd.*, 1900, p. 749. — RILLIET et BARTHEZ. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 3e édit., 1891, t. III. — ROGER. Etude clinique sur quelques maladies infectieuses, *Revue de méd.*, 1899, p. 277; — *Les maladies infectieuses*, 1902.

DE SAINT-PAUL. *Etude de 300 cas de scarlatine observés à l'hôpital des Enfants-Malades*, Th. de Paris, avril 1905. — SALLARD. Art. SCARLATINE, *Manuel de méd.*, 1897, t. VIII. — SANNÉ. Art. SCARLATINE, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1879. — SCHABAD. Diphterie und der Diphteriebacillus bei Scharlach, *Arch, f. Kind.*, 1902, Bd. XXXIV, p. 161. — SEVESTRE. De l'angine scarlatineuse précoce pseudo-diphtérique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1890, p. 411; — *Id.*, 23 fév. 1906. — SEVESTRE et MARTIN. Art. DIPHTÉRIE, *Traité des maladies de l'enfance*, 1904, t. I. — Jules SIMON. *Nouvelles études sur la diphtérie*, 1889. — SIMONIN. Les rapports de la symbiose fuso-spirillaire avec les angines banales, la scarlatine, la diphtérie et le scorbut, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1902, p. 239.

TISSIER. Des complications rénales de la scarlatine, *Gaz. des hôpit.*, 10 nov. 1888, n° 129. — TOLLEMER. Art. SCARLATINE, *Pratique médico-chirurgicale.* — TROUSSEAU. *Clin. méd.*, t. I.

VARIOT et DÉVÉ. Sur le polymorphisme des angines de la scarlatine et sur les relations du processus angineux avec l'évolution du cycle thermique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1900, p. 1019. — VARIOT et ROY. Nouvelles recherches cliniques sur le processus angineux dans la scarlatine chez les enfants et sur ses irradiations, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1902, p. 411.

WEST. *Leçons sur les maladies des enfants*, traduites par Archambault, Paris 1881. — WURTZ. ART. SCARLATINE, *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique*, 1905, fasc. 2. — WURTZ et BOURGES. Recherches bactériologiques sur l'angine pseudo-diphtérique de la scarlatine, *Arch. de méd. expérim.*, 1890, p. 341.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1909)

De la suture perforante des artères. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une observation d'anévrisme diffus traumatique de l'artère fémorale, consécutif à un coup de compas, adressée par M. Sencert (de Nancy).

Comme au cours de l'extirpation de la poche l'artère saigne abondamment, M. Sencert y applique une suture perforante.

Une courte discussion s'engage entre MM. DELBET, TUFFIER et MAUCLAIRE, d'où il résulte que la suture perforante des artères est un procédé très recommandable, avec, toutefois, cette restriction de M. Mauclaire, que quand il s'agit de très grosses artères il vaut peut-être mieux que la suture ne soit pas perforante.

Obstruction par cancer de l'intestin. — M. LAUNAY fait un rapport sur un travail de M. Ferron. Dans un premier cas, il s'agissait d'un cancer de l'anse sigmoïde avec obstruction intestinale. Le malade étant très gravement atteint, M. Ferron se contenta, dans une première opération, d'établir un anus sur le cæcum. Vingt jours après, le malade allant bien, il fit une laparotomie sous-ombilicale, constata la présence d'un cancer inopérable de l'anse sigmoïde et fit alors un anus iliaque. Le malade depuis cette opération, datant de quelques mois, va aussi bien que possible.

Une seconde observation rapportée par M. Ferron a trait à un homme de cinquante ans, en état d'occlusion intestinale depuis cinq jours. Il s'agissait d'un cancer inopérable du gros intestin près de sa terminaison. M. Ferron fit une anastomose iléo-rectale. Les suites immédiates furent excellentes; mais dix jours après apparurent de nouveaux symptômes d'occlusion nécessitant une nouvelle intervention qui a consisté dans l'établissement d'un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche ; il y eut une importante débâcle et le malade expulsa 380 noyaux de cerises.

Ligature des deux veines jugulaires internes. — M. MORESTIN analyse une observation de M. Duval et fait suivre cette analyse de réflexions très intéressantes sur l'extirpation

primitive des ganglions du cou dans les cas de cancers buccaux et sur la ligature, dans certains cas, des deux jugulaires internes.

Le malade de M. Duval était un homme de quarante-sept ans qui portait un épithélioma parti de la gencive, ayant successivement gagné le plancher de la bouche, le sillon gingivo-jugal, etc. M. Duval crut devoir faire l'ablation préalable des ganglions carotidiens. Au cours de cette dissection, il fallut faire la ligature des deux veines jugulaires internes. Aussitôt la face du malade devint violacée, noire; la respiration s'arrêta; mais une abondante quantité de sang noir s'étant écoulée par le nez et par la bouche, grâce à cette hémorragie, le malade revint à lui et l'opération put être terminée. Treize jours après, cette ablation des ganglions carotidiens ayant nécessité la résection et la ligature des deux jugulaires, M. Duval put procéder à l'ablation du cancer buccal. Les suites furent simples. Deux ans et demi après, cet homme était encore en parfaite santé.

M. Morestin a fait une vingtaine de fois la résection et la ligature de la veine jugulaire interne au cours de l'ablation des ganglions carotidiens d'origine cancéreuse. Deux fois il a dû faire la résection bilatérale des jugulaires. Gril cite de nombreux cas où il a dû faire cette double ligature sans avoir eu d'accidents immédiats ni consécutifs. Et cependant, ajoute M. Morestin, il faut bien savoir que c'est là un acte fort grave. Le malade de M. Duval a dû la vie à l'hémorragie abondante qu'il a présentée. Mais M. Morestin a vu les phénomènes terrifiants qui résultent de cette double ligature se présenter même plusieurs jours après l'opération.

Dans un premier cas, au cours de la dissection d'un noyau ganglionnaire cancéreux, M. Morestin dut réséquer la veine jugulaire interne sur une hauteur de 0,03 centimètres. Aussitôt le teint du malade se cyanosa, le visage se tuméfia, la tête devint une sphère violette et le malade mourut par asphyxie cérébro-médullaire.

Dans un autre cas d'épithélioma du pharynx avec adénopathie bilatérale, M. Morestin voulut tenter l'ablation de cette tumeur en plusieurs temps successifs. Il enleva d'abord une masse ganglionnaire du côté gauche, il dut réséquer la jugulaire interne dans toute sa hauteur. Vingt-huit jours après, il voulut en faire autant du côté droit; là encore, il fallait sacrifier la jugulaire interne; il y jeta d'abord un fil qu'il commença à serrer très peu; mais à mesure qu'il serrait, la face se violaçait, le malade était menacé de mort; M. Morestin distendait alors le fil, et la face devenait rosée et le malade revenait à lui. Enfin, il put arriver à serrer définitivement les deux fils, celui du haut et celui du bas. Le malade continua à bien respirer, le pouls était à 120, la température à 37°8, et conservait le facies très cyanosé; la respiration devint de plus en plus rapide, dyspnéique et le malade succomba brusquement le troisième jour. Il n'y eut pas d'autopsie.

Il résulte de ces faits que la prudence exige qu'on évite autant que possible de lier les deux veines jugulaires internes. Si les nécessités de l'intervention l'exigent, il faut alors prendre certaines précautions; il faut qu'il s'écoule un certain espace de temps entre les deux ligatures. Cette ligature doit être faite très lentement, en quelque sorte par temps successifs.

Le malade de M. Duval a dû la vie à son hémorragie. Peut-être serait-il bon de saigner préalablement les malades, ou de lier ou de comprimer la carotide en même temps qu'on lie la jugulaire. On pourrait aussi interposer un segment de veine entre les deux tronçons de la jugulaire.

En résumé, la ligature d'une des veines jugulaires internes est chose bénigne et inoffensive. La ligature des deux veines jugulaires est chose extrêmement grave, à laquelle il ne faut recourir que quand on y est absolument forcé.

M. Sieur pense qu'on pourrait, dans ces cas, placer sur la veine une anse de fil et le serrer progressivement, comme on l'a fait pour l'oblitération de la veine porte.

M. Delbet a eu un cas malheureux. Après la ligature d'une jugulaire interne, le malade perdit connaissance et succomba après quelques heures. Mieux vaut, selon M. Delbet, ne jamais lier les deux jugulaires internes.

M. Moty, au cours d'une résection de ganglions tuberculeux du cou, a ouvert la jugulaire interne; il y a eu une abondante hémorragie veineuse; il a mis une pince sur la veine et l'y a laissée quarante-huit heures. Le malade n'a eu qu'une parésie passagère du membre inférieur.

M. Segond dans un cas de tumeur tuberculeuse du cou a vu une hémorragie veineuse qu'il n'a pu arrêter qu'en liant la jugulaire interne. La malade a présenté une coloration bleuâtre de la face qui a duré trente-six heures. Elle s'est bien remise.

M. Quénu n'a pas d'expérience de la double ligature, mais il a réséqué une vingtaine de fois une seule jugulaire interne et il n'a jamais constaté d'accidents consécutifs. Il pense que dans certains cas où il y aurait, de l'autre côté, une circulation anormale, on pourrait alors voir se produire les accidents qu'on observe après la double ligature.

M. Guinard a fait beaucoup de sections, résections ou ligatures de la jugulaire interne. Dans un cas, il a vu le malade devenir bleu instantanément. Il a fait aussitôt la ligature de la carotide du même côté et tous les accidents ont disparu.

M. Walther n'a pas observé d'autres accidents qu'une céphalalgie durant environ trente six heures.

M. Tuffier dit qu'on n'observe pas toujours des accidents immédiats. Mais il a vu se produire un accident mortel quelques heures après.

M. Ricard, au cours de l'ablation d'un cancer du corps thyroïde, a enlevé toutes les jugulaires d'un côté. Mais il s'est appliqué, dans l'ablation du néoplasme de l'autre côté à conserver la jugulaire interne. Il n'y a pas eu d'accidents. Il a pratiqué un grand nombre de fois la ligature ou la résection unilatérale sans jamais observer d'accidents.

M. Reynier, dans un cas, a déchiré la jugulaire interne; il a vu une hémorragie qu'il a arrêtée par le pincement et le tamponnement.

M. Morestin résume la discussion en disant que tout le monde est d'accord pour admettre l'innocuité de la ligature de la jugulaire interne et les grands dangers de la ligature bilatérale. Cependant il y a des cas où celle-ci s'impose. Il faut alors multiplier les précautions pour éviter les accidents.

Traitement des gangrènes diabétiques par l'air chaud. — M. Ricard présente plusieurs malades chez lesquels l'emploi de l'air chaud a donné de très bons résultats pour le traitement des gangrènes diabétiques.

Résultats éloignés d'une opération pour épispadias. — M. Pozzi présente un malade très intéressant. C'était un épispade qu'il a opéré il y a quinze ans, à l'âge de cinq ans, et qui avait une incontinence d'urine diurne et nocturne. Il l'a opéré en plusieurs temps : premier temps, établissement d'une fistule périnéale; deuxième temps, constitution de deux lambeaux sur les côtés de la gouttière épispadiaque, formant un large pont au-dessus de l'épispadias; troisième temps, établissement de deux lambeaux péniens pour couvrir le gland.

Le résultat obtenu a été des plus remarquables et la comparaison des deux moules, de celui qui a été pris avant l'opération avec celui qui a été pris après est des plus suggestives.

Le malade contient parfaitement ses urines, un peu moins bien maintenant parce qu'il vient de contracter une blennorragie, preuve évidente du bon fonctionnement de son pénis à tous les points de vue.

ANALYSES

MÉDECINE

Adénites cervicales et sous-maxillaires dans la convalescence de la diphtérie. (ROLLESTON. *The Brit. Journ. of Chlid. Diseas.*, oct. 1908 [bibliogr.]) — Les adénites sous-maxillaires et cervicales que l'on observe dans la convalescence de la diphtérie représentent, le plus souvent, des accidents sérieux; celles qui sont indépendantes de cette cause surviennent à une époque beaucoup plus tardive. Les premières surviennent surtout à la suite des diphtéries sévères; le côté de l'adénite n'a d'ailleurs pas de relations avec la localisation initiale de la diphtérie. Elles peuvent apparaître à tout âge. Les adénites tardives ne se voient que chez le jeune enfant; contrairement aux adénites de la scarlatine, elles ne s'accompagnent pas de néphrite, ne retentissent pas sur l'état général des malades, et se terminent presque toujours par résolution : la suppuration est exceptionnelle, de même que l'hyperplasie chronique. L'adénopathie sérique se reconnaîtra par l'existence d'autres accidents de même nature. Son pronostic est aussi favorable que celui des adénopathies précoces est grave. L. BABONNEIX.

L'anesthésie régionale par la rachistovaïnisation. (AVRAMESCO. *Revue neurol.*, 1908, p. 1090-1092.) — Voici les conclusions de ce travail :

1° Par la rachistovaïnisation, ce n'est pas la moelle elle-même qui est anesthésiée, mais ce sont seulement les racines des nerfs rachidiens;

2° Pour anesthésier une région quelconque par la rachistovaïnisation, il faut injecter la stovaïne au niveau des racines des nerfs rachidiens qui innervent la région qu'on doit opérer. L. ALQUIER.

MEDECINE INFANTILE

Œdème et anasarque chez le nourrisson. (Communication à la *Soc. de pédiat.*, 15 déc. 1908.) — MM. P. LEREBOULLET et A.-P. MARCORELLES rapportent cinq observations d'œdème considérable et d'anasarque qu'ils ont pu suivre en quelques semaines à la crèche des Enfants-Malades. Dans un de ces cas, il s'agissait d'œdème d'origine hérédo-syphilitique qui disparut à la suite du traitement. Un autre concernait un nourrisson de dix mois dont l'œdème d'origine hépatique était lié à des lésions scléreuses et congestives du foie démontrées par l'autopsie.

Dans les trois derniers faits, suivis de mort à plus ou moins brève échéance, l'anasarque, en apparence primitive, a pu être rattachée à des troubles gastro-intestinaux antérieurs et relevait sans doute d'une pathogénie analogue à celle invoquée par M. Hutinel pour l'anasarque des entérocolites de l'enfance. Le rôle de l'ingestion de chlorures sous forme de bouillon salé semble avoir été accessoire. En revanche, il y avait, malgré la bénignité apparente des troubles intestinaux, une altération profonde de la nutrition dont témoignait l'état du foie toujours très stéatosé et, dans deux cas, parsemé d'hémorragies.

Aux altérations marquées du foie s'associaient d'ailleurs des lésions rénales, glomérulaires et tubulaires, démontrées par l'examen histologique et qui, bien que légères, ont dû favoriser la production de l'anasarque. L'auto-intoxication et l'auto-infection consécutives à la gastro-entérite expliquent l'apparition de ces lésions. L'œdème et l'anasarque du nourrisson semblent donc relever de causes multiples mais souvent bien définies.

A côté de l'œdème d'origine septicémique, de l'œdème hérédo-syphilitique, de l'œdème lié aux lésions hépatiques, une place doit être faite aux anasarques d'origine digestive qui, quoique rares, ont une réelle importance en raison des lésions du foie et des reins qui semblent en favoriser l'apparition et en expliquent la gravité. L. GAYARD.

De l'eau de mer dans la tuberculose pulmonaire et dans la gastro-entérite infantile. (Rose WASSERMANN. Th. de Montpellier, 1908, 152 p.) — Dans la *tuberculose pulmonaire*, l'eau de mer isotonique est loin de donner les résultats auxquels on s'attendait après les premiers succès de Quinton et Robert Simon. Elle peut dans quelques cas améliorer quelques symptômes (anorexie, mauvais état du tube digestif), mais ces effets sont inconstants. Elle détermine par contre des réactions thermiques considérables et nuisibles, peut être la cause d'hémoptysies, paraît sans influence sur l'état général. A l'encontre de l'opinion de Bonnal, Quinton, R. Simon, Mathieu, Vedy, Carles, Lalesque, Fumoux, Barrère, cette médication est plutôt dangereuse qu'utile dans la tuberculose pulmonaire (L.-R. Simon et Pater, Mongour, Laufer, Le Gendre).

Ces conclusions découlent de quelques observations personnelles, de l'étude des nombreuses observations de la littérature et de la critique serrée des prétendus effets de l'eau de mer sur la température, la nutrition et l'état général, l'appareil digestif, l'état pulmonaire.

Dans la gastro-entérite infantile, par contre, l'eau de mer isotonique a un rôle heureux. Elle guérit rapidement la forme aiguë et améliore la forme chronique.

L'auteur préconise une nouvelle méthode, les lavements d'eau de mer, à la dose de 300 centimètres cubes, qui, généralement bien supportés, produisent les mêmes effets que les injections, agissent davantage sur les symptômes intestinaux et sont plus pratiques en clientèle. Ils sont supérieurs aux lavements de sérum artificiel. Ils peuvent être employés seuls ou associés aux injections d'eau de mer. H. ROGER.

CHIRURGIE

Mélanose primitive du palais : fistule naso-buccale d'origine sarcomateuse récente. (J. N. ROY. *Med. Rec.*, vol. LXXII, n° 18, 2 nov. 1907, p. 730-732.) — Un homme de vingt-deux ans se blesse légèrement le palais, en 1885, avec le tuyau d'une pipe en terre. L'hémorragie est insignifiante et la blessure guérit sans laisser de traces. L'année suivante il remarqua sur le raphé une petite tache ronde d'environ 3 millimètres de diamètre. Pendant les douze ans qui suivirent, la tache passa à 6 millimètres de diamètre, mais sans devenir saillante. Des applications de teinture d'iode la rendirent douloureuse; la pigmentation s'étendit graduellement aux parties avoisinantes et la muqueuse devint irrégulièrement granuleuse. Des masses dures et noires à tendance hémorragique apparurent.

En 1902, tout l'espace compris dans l'arc du maxillaire supérieur était plein de granulations mélaniques.

Jusqu'en 1906, la lésion devint plus profonde et le palais entier devint mélanique. Puis, une dépression se forma, plus marquée du côté gauche, sans qu'il y ait eu de tumeur précédant l'apparition de cette dépression.

Enfin, en septembre 1906, pendant un mouvement de succion, le malade s'aperçut de la présence d'une fistule naso-buccale. L'examen histologique d'une granulation montra la structure d'un sarcome mélanique ressemblant à de l'endothéliome mélanique. Actuellement, la fistule s'est agrandie, une infection secondaire s'est surajoutée, le palais commence à se nécroser, et le pronostic est mauvais à brève échéance.

Ce cas est difficile à interpréter. La longue évolution écarte l'idée d'une affection mélanique sarcomateuse dès le début, quoiqu'elle soit bien certainement sarcomateuse maintenant. La mélanose primitive, d'où qu'elle vînt, était bénigne et le sarcome était secondaire, semble-t-il. F. GARDNER.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le bromure de potassium est, ainsi que l'a montré M. le professeur Pouchet, tout particulièrement intéressant au point de vue de son action médicamenteuse, parce qu'en raison des métamorphoses qu'il subit dans l'économie, il permet la dissociation des actions pharmacodynamiques du brome et du potassium, répondant chacune à des indications et à des électivités spéciales.

Si on introduit le brome dans l'organisme sous forme de bromure de sodium, il agit sur le cerveau, calme la surexcitation nerveuse produite par un travail intellectuel trop prolongé et se conduit alors comme un hypnotique très efficace.

Si nous lui substituons, au contraire, le bromure de potassium, à l'action précédente viendra se joindre une influence sur le cœur, la respiration, la température dont on pourra entraver ou annuler les manifestations au moyen d'un exercice violent ou de tout autre procédé aboutissant à une exagération des phénomènes de nutrition, alors que l'influence cérébrale n'est empêchée en aucune façon.

Autant de cas, autant d'indications différentes en face desquelles le praticien sera heureux de trouver à sa disposition la gamme des bromures alcalins de Henri Mure d'un emploi si fidèle et toujours si exactement dosés à 2 grammes de sel par cuillerée à soupe et 50 centigrammes par cuillerée à café.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 MARS 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 1er mars, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Lecène et Ombrédanne.

3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Rieffel et Couvelaire ; — M. Branca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Delbet, Gosset et Proust; — (2e partie) : MM. Gaucher, Legry et André Jousset; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 2 mars, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Hartmann et Lenormant.

1er (oral) : MM. Nicolas, Thiéry et Auvray.

3e (oral, 1re partie) : MM. Albarran, Demelin et Morestin.

4e ; MM. Chantemesse, Thoinot et Richaud ; — M. Maillard, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Gilbert, Jeanselme et Nobécourt ; — (2e série) : MM. Albert Robin, Gouget et Claude ; — M. Launois, suppléant.

Mercredi 3 mars, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Nicolas et Walther.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

3e (oral, 1re partie) : MM. Segond, Potocki et Rieffel ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust ; — (2e série) : MM. Delbet, Lecène et Ombrédanne ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Jeudi 4 mars, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Auvray.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez et Fernand Bezançon.

2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. de Lapersonne, Nicolas et Demelin.

4e : MM. Chantemesse, Carnot et Balthazard ; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 5 mars, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Nicolas et Walther.

3e (oral, 1re partie) : MM. Segond, Lepage et Rieffel ; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Proust et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Delbet, Gosset et Lecène ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 6 mars, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Albarran, Nicolas et Lenormant.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Ribemont-Dessaignes et Morestin; — (2e série) : MM. Quénu, Hartmann et Demelin.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard ; — M. Maillard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin ; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Jeudi 4 mars, à une heure. — M. CAMILATOS. La prostatectomie dans les prostatites chroniques. (MM. Albarran, président ; Hartmann, Marion et Lenormant.) — M. PUY-LE-BLANC. Procédé pratique pour la recherche du sang dans l'urine. (MM. Albarran, président ; Hartmann, Marion et Lenormant.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements. Anatomie. Présentations et positions. Mécanisme. Toucher. Manœuvres. Extraction du siège. Version. Forceps, par le professeur L.-H. FARABEUF et le docteur Henri VARNIER. Préface de M. le professeur A. PINARD. Dessins démonstratifs de L.-H. F. donnant avec les répétitions nécessaires 375 figures dont plusieurs nouvelles. Nouvelle édition revue et augmentée par le professeur L.-H. Farabeuf. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Steinheil.

Traité des maladies des vieillards, par le docteur RAUZIER, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, préface du professeur GRASSET. In-8 de 708 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Nouvelles conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris. Pathologie et petite chirurgie, par J. SAULIEU et H. RAILLÈRE, internes des hôpitaux. Grand in-8 de 384 p. avec 34 figures. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Dysenteries. Etude bactériologique, par le docteur Ch. DOPTER, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Encyclopédie scientifique (bibliothèque de microbiologie et de parasitologie). In-18 jésus, cartonné toile, de 300 pages avec figures dans le texte et 12 planches hors texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 1, janv. 1909.) NOLLET : Etude hygiénique sur le cuirassé *République* (*fin*). — BOUDET : Rapport sur la campagne de l'*Allier* (1878-1879). — CAZAMIAN : Un cas d'arrachement de la tubérosité antérieure du tibia. — BELLET : Paralysies radiales par compression chez les marins. — CANDIOTTI : Recherches bactériologiques faites en Nouvelle-Zemble et dans les mers arctiques. — SILVADO : Les poissons normalement nuisibles à Rio de Janeiro.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 1, 15 janv. 1909.) GAUDEAU : La méningite tuberculeuse des jeunes enfants. — G. RENON : Plaie du pharynx par coup de corne. Suture. Guérison. — P. GUILLAUME-LOUIS : La lithiase biliaire devant les derniers congrès de chirurgie.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 déc. 1908.) A. ROBIN : Traitement des adénites tuberculeuses. — (8 janv. 1909.) A. ROBIN : Traitement du coma diabétique. — (15 janv.) A. ROBIN : Traitement du coma diabétique (*fin*). — (23 janv.) D. B. SPENCER : Sur la fièvre typhoïde et paratyphoïde aux Indes anglaises. — THEUVENY : Le traitement des abcès du sein par la ponction et les lavages répétés à l'argent colloïdal. — (30 janv.) DELABROSSE : Prophylaxie de la diarrhée infantile.

Bulletin médical. — (N° 1, 6 janv. 1909.) A. CHARPENTIER : La rééducation motrice. — NOËL : La situation des médecins militaires. — (N° 2, 9 janv.) L. GUINARD : Sur quelques essais répétés de cuti-tuberculinisation. — (N° 3, 13 janv.) CHANTEMESSE : Coagulation et décoagulation du sang dans les veines. Prophylaxie de la phlébite et de l'embolie. — MIRAMOND DE LAROQUETTE : Action et emploi thérapeutiques de la lumière électrique à incandescence. — (N° 4, 16 janv.) Edgard HIRTZ : Les intoxications oxycarbonées méconnues. — GILBERT et LEREBOULLET : Hémorragies rétiniennes et affections du foie. — (N° 5, 20 janv.) A. CHAUFFARD et J. TROISIER : Erythème noueux expérimental pour injection intra-dermique de tuberculine. — GUILLET : Les kystes hydatiques du corps thyroïde. — (N° 6, 23 janv.) LINOSSIER : La restriction de l'alimentation globale chez les diabétiques. — (N° 7, 27 janv.) M. LŒPER : Angine de poitrine et entéro-colite muco-membraneuse. — G.-H. LEMOINE : Un cas de filariose traité par l'atoxyl. — (N° 8, 30 janv.) CATHELIN : Le rein unique au point de vue chirurgical. — F. GALLOIS : Opération esthétique des adénites cervicales aiguës suppurées. — (N° 9, 3 fév.) L. BROCQ : Le traitement interne des dermatoses. — CHANTEMESSE et F. BOREL : Un procédé pratique et économique de sulfuration des navires. — (N° 10, 6 fév.) L. JULLIEN : La propagande anticonceptionnelle. — SOUQUES et CHIRIÉ : Le pouls lent permanent dans ses rapports avec le faisceau de His. — (N° 11, 10 fév.) DUMAREST : Du pneumothorax chirurgical dans le traitement de la phtisie pulmonaire. — Paul LE GENDRE : Goutte et délire.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 1, 5 janv. 1909.) DENUCÉ : Appendicite chronique. Foie appendiculaire. Appendicectomie. Guérison. — KUNSTLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1909 (*suite*). — AUCHÉ : Recherche de l'urobiline de la bile. — (N° 2, 10 janv.) DELAUNAY : La fréquence des erreurs de diagnostic dans les cas de rage humaine. — J. KUNSTLER : La rénovation du P. C. N. et les études medicales en 1909 (*suite*). — (N° 3, 17 janv.) PETIT DE LA VILLÉON : Sur une variété exceptionnelle d'ectopie testiculaire sous-abdominale. — Paul LEMAIRE : Titrage et prescription des capsules gélatineuses. — J. KUNSTLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1909 (*suite*). — (N° 4, 24 janv.) Louis PAGÈS : Un type particulier de paraphasique. — J. KUNSTLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1909 (*suite*). — (N° 5, 31 janv.) Halls DALLY : Contribution à l'étude du mécanisme de la respiration, envisagé surtout au point de vue de l'action de la colonne vertébrale et du diaphragme. — J. KUNSTLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1909 (*suite*). — (N° 6, 7 fév.) Paul LEMAIRE : Confusion à éviter à propos des nouveaux sirops de belladone, de jusquiame et de datura stramonium. — K. E. ECKERYSTEIN : Coloration combinée pour l'étude cyto-bactérioscopique des crachats et des liquides bactériologiques. — KUNSTLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1909 (*suite*).

Écho médical du Nord. — (N° 1, 3 janv. 1909.) CALMETTE : Sur quelques propriétés du bacille tuberculeux de la bile. — MINET et BENOIT : A propos de trois cas de néphrite avec albumine acéto-soluble. — H. DAMAGE et A. MÉZIE : Sur le placement nécessaire et précoce des malades atteints de troubles mentaux. — (N° 2, 10 janv.) LEMAIRE : De la stercobiline. — VANVERTS et PAUCOT : Pubiotomie latérale mort un mois après par péritonite d'origine annexielle. Remarques sur la pubiotomie.

Gynécologie. — (N° 1, janv. 1909.) G. DURANTE : Lésions des vaisseaux fœtaux dans le môle hydatiforme. — L. FUNCK-BRENTANO : Pyélonéphrite ayant nécessité l'interruption de la grossesse. — MAEREZ : Tonicité utéro-pelvienne et rétro-déviations. — BINET DU JASSONNEIX : Etude d'un monstre bicéphale.

Marseille médical. — (N° 1, 1er janv. 1909.) ROUX et BRIGNOLES : Cure radicale d'une hernie inguinale. — D'ASTROS : Etude sur les causes de l'épidémie thyphoïdique.

Montpellier médical. — (N° 1, 3 janv. 1909.) JEANBRAU : Note sur la création de la Clinique des maladies des voies urinaires de Montpellier et sur sa première année de fonctionnement.

Nord médical. — (N° 342, 1er janv. 1909.) V. BUÉ : Tuberculose et grossesse. — J. VANVERTS : Procédé simple de cure radicale de la hernie inguinale : suture en bourse du collet du sac, sans résection de ce sac; suture en huit de chiffre ou en double cercle de la paroi inguinale.

Semaine gynécologique. — (N° 2, 1er janv. 1909.) PICHEVIN : Le traitement de la métrite du col. — (N° 3, 19 janv.) PICHEVIN : A propos de la rupture tubaire.

Semaine médicale. — (N° 51, 16 déc. 1908.) B. SCHIASSI : La cure des varices du membre inférieur par l'injection intra veineuse d'une solution d'iode. — (N° 52, 23 déc.) CHEINISSE : La race juive jouit-elle d'une immunité à l'égard de l'alcoolisme?

Tribune médicale. — (N° 51, 19 déc. 1908.) G. CARRIÈRE : Sur quelques manifestations gastriques de la syphilis. — H. MORESTIN : Rupture traumatique du rein traitée par la suture. — (N° 52, 26 déc.) A. BROCA : Kystes séreux congénitaux.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 23, 15 déc. 1908.) CHEVRON : Un cas de paralysie générale liée à un traumatisme. — BICHATON et BERTEAUX : Un cas de cancer du tiers inférieur de l'œsophage ayant respecté le cardia.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par 31 voix sur 32 votants, M. A. Chauffard vient d'être désigné au choix du ministre pour la chaire d'histoire de la médecine.

Tout le monde sera heureux de cette présentation qui fera entrer à la Faculté, sur ses seuls titres scientifiques, un de nos maîtres les plus aimés.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le concours s'est ouvert aujourd'hui lundi à midi. Questions données : « Anatomie pathologique et parasitologie de la syphilis héréditaire du foie. — Dilatation des bronches. Symptômes et diagnostic. »

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 20 février : MM. Girou, 10; Pinchon, 3; Philippon et Vignes, 9 ; Bénazet, 7; Brodin, de Berne-Lagarde et Bougot, 9; Lévy (Alfred), 6.

Prochaine séance jeudi 25 février, à huit heures du matin.

Pathologie. — Séance du 21 février : MM. Finot et Baron, 10 ; Tzanck, 6; Bailleul, 7; Amaudrut, 10; Viel (Emile), 11 ; Girard et Jacquet, 8 ; Schneider, 6; Bruslé, 10; Mignot, 9; Gallais, 2.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une place de médecin des hôpitaux de Saint-Etienne s'est terminé par la nomination de M. Ch. Beutter, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 15 février 1909, les élèves de l'école du service de santé militaire reçus docteur en médecine et les docteurs en médecine directement admis après concours à l'école d'application du service de santé militaire dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 1er février 1909, et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après. Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe, élève à l'école d'application du service de santé militaire :

MM. Abel, Allenet, Avril, Basse, Baur, Beaufort, Belbèze, Bornecque, Bressot, de Brisson de Laroche, Brizon, Chanoine, Cherceby, Clot, Collignon, Delorme, Demerliac, Doniol, Druard, Duband, Fidon, Gallès, Godar, Grenot, Hauvuy, Hirtzmann, Jullian, de Labonnefon, Lafforgue, de Lagoanère, Legrand, Le Mançois-Duprey, Maissonneti, Malgat, Merlat, Minguet, Odinot, Pellet, Pellissier, Peltier, Péré, Pernod, Poulhès, Pradourat, Rivay, Rollin, Roudouly, Roux, Salinier, Schangel, Surin, Tartavez, Théobalt, Tricolet, Vendeuvre, Wateau, Xambeu, Xémar.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 17 février 1909, les trente élèves de l'école principale du service de santé de la marine reçus docteurs en médecine dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 1er février 1909 et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après.

Ces aides-majors sont pourvus de l'empioi de médecin aide-major de deuxième classe élève à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

MM. Baisez, Bideau, Bizolier, Borel, Caillet, Certain, Combaudon, Corson, Coste, Denœux, De Reilhan de Carnas, Enault, Gambier, Gayrard, Isaac, Lafargue, Lossouarn, Lucas, Morin, Morisson, Motais, Prat, Raymond, Rey, Riquier, Roussy, Rouvier, Rouzoul, Spéder, Tardieu.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de l'internat aura lieu le jeudi 24 février, à quatre heures et demie du soir, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

Ordre du jour. — I. Communications : 1° M. Paul Salmon. Syphilis héréditaire sans signes cliniquement appréciables ; séro-réaction positive ; 2° M. H. Judet. Sur une forme anatomique rare d'adénite cervicale tuberculeuse.

II. A cinq heures : Conférence par M. Edouard Jeanselme: « Fumeurs d'opium ».

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la sixième semaine, 1080 décès, au lieu de 1134 pendant la semaine précédente et de 1096, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc mormal.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 248 décès, au lieu de 252 pendant la semaine précédente (moyenne 228).

La phtisie pulmonaire a causé 219 décès (moyenne 220).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Apté (de Cambrai) et Vérité (de Menton).

ERRATUM. — N° 21, p. 256, 1re col., 7e ligne, au lieu de : « des accidents sérieux », lire : « des accidents sériques ».

COURS DE CLINIQUE ANNEXE DE LA FACULTÉ
A L'HOTEL-DIEU

KYSTE DERMOIDE DU TRAJET INGUINAL

Par le docteur GUINARD,
et M. CAMBESSÉDÈS, externe du service.

« La question des kystes dermoïdes, dit M. Reclus, est reprise de temps à autre à propos des cas qui surgissent. » Parmi ces cas certains offrent un intérêt particulier, les uns par la nature de leur contenu, d'autres par le siège qu'occupe la tumeur. C'est à ces derniers qu'appartient celui qu'il nous a été donné d'observer récemment.

Il y a quelques semaines entrait dans le service de M. le docteur Guinard un jeune homme de vingt-quatre ans qui venait désirant se faire opérer de « hernie inguinale droite avec orchi-épididymite chronique et hydrocèle ». Ce diagnostic lui avait été donné par la commission de réforme qui venait de le renvoyer dans ses foyers.

Son histoire clinique se résumait en ceci :

Etant tout enfant il avait suivi un traitement pour un varicocèle gauche de naissance, et quelque temps après, vers l'âge de sept ans, pour un état nerveux assez grave; il avait alors de fréquentes crises de nerfs.

A l'âge de vingt et un ans, pendant trois mois, il eut une période d'érétisme génital très marqué qui fut interrompue par une blennorragie compliquée bientôt d'orchi épididymite gauche.

Le conseil de revision devant lequel il se présenta alors l'ajourna pour faiblesse générale, mais rien ne fut signalé d'anormal du côté de son trajet inguinal.

Un an après, un second conseil de revision lui trouva une pointe de hernie droite. Il constata, en effet, lui-même, à l'aine une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Depuis lors (il y a un an et demi) la tumeur a grossi jusqu'à atteindre le volume d'un œuf qu'elle a actuellement.

Pendant ce temps, il a fait un an de service, a eu une hydrocèle et a été réformé avec le diagnostic indiqué plus haut.

On examine son orchi-épididymite et on constate la transparence de son hydrocèle.

Au pli de l'aine à droite existe une tuméfaction du volume d'un œuf qui fait saillie hors du trajet inguinal vers le pubis.

On introduit le doigt dans le trajet pour vérifier ce qu'on pense être une hernie, mais la sensation est celle de la fluctuation et les essais de réduction restent infructueux.

Aussi, étant donné la relation avec le cordon, fait-on le diagnostic de « kyste du cordon ».

M. Guinard opère le malade. Après incision de la paroi antérieure du canal inguinal, comme dans le premier temps de la cure radicale de la hernie inguinale, il isole une poche qu'il arrive très facilement à extraire en totalité sans l'ouvrir. La palpation donne une sensation spéciale; la tumeur est fluctuante, mais pâteuse. La coupe montre un kyste dermoïde très net contenant de la matière sébacée avec quelques poils typiques qu'on retire de la masse. La surface interne de la paroi est granitée, comme couverte de papilles cutanées. Le diagnostic anatomique de kyste dermoïde avec poils et matière sébacée n'est pas douteux.

Si des sièges très nombreux ont été signalés pour le kyste dermoïde, le trajet inguinal n'a jamais été donné comme région de prédilection.

Parmi les cas analogues que nous avons relevés dans la littérature médicale, deux sont particulièrement intéressants qui ont été rapportés par le docteur Coville (d'Orléans).

Dans un cas il s'agissait d'un homme se présentant comme atteint de hernie. La consistance était peut-être quelque peu pâteuse, mais « l'idée de hernie ne parut pas discutable ».

Ce cas était absolument identique au nôtre.

L'autre est celui d'un homme qui présentait au testicule les signes d'une pachyvaginalite.

L'opération montra qu'on avait affaire dans le testicule à un kyste tapissé d'os et que, surmontant la tumeur et y adhérant, se trouvait un autre kyste dermoïde séparé du premier, remontant jusqu'au trajet inguinal et analogue au nôtre.

Nous pouvons joindre à ces deux observations trois faits qui nous sont signalés par M. Kendirdji.

L'un est dû à Patterson (de Londres) [*Transactions of the pathological Soc. of London*, 1903]. C'est un kyste dermoïde du canal inguinal chez un homme de trente-cinq ans, qui l'avait depuis cinq ans. On diagnostiqua une hernie inguinale et l'incision montra qu'il s'agissait d'un kyste ovoïde long de plus de 12 centimètres et contenant « de la matière pultacée et un seul poil ». L'examen histologique confirma le diagnostic macroscopique de kyste dermoïde.

Le second est publié par Waiss (de Chicago) dans *Surgery, gynecology and obstetrics*, en avril 1908. C'est un kyste dermoïde du canal inguinal datant de quatorze ans, chez un homme de trente-sept ans; les deux dernières années le kyste a grossi rapidement et a 7 centimètres de long sur 5 centimètres de large. Il contient « de la matière pultacée avec une touffe de poils blonds ». L'examen histologique est probant.

Enfin, le troisième concerne une jeune fille de vingt-six ans [Képler (de Boston), in *Boston med. and surg. Journ.*, 20 août 1908] qui de cinq à dix ans a porté un bandage pour une prétendue hernie inguinale droite. Cette hernie « réduite par le bandage » (?) aurait reparu depuis deux ans, en même temps qu'une première crise d'appendicite. Elle était un peu douloureuse surtout quand la malade se fatiguait. C'était une masse ovoïde de la région inguinale, formant boudin et de consistance élastique. On pouvait la réduire en partie dans le canal inguinal, mais elle en ressortait aussitôt. Képler diagnostiqua une appendicite avec une hernie, et en avril 1907, enleva l'appendice. Il vit alors que la prétendue hernie était une tumeur solide du canal de Nück : il l'enleva et refit la paroi par le procédé de Bassini. La tumeur enlevée contenait une substance analogue à du mastic très fluide et des poils. L'auteur fait

remarquer que c'est le seul cas connu de kyste dermoïde du canal de Nück.

Tels sont les derniers faits que nous avons trouvés dans la littérature médicale.

A cette occasion, nous rappellerons les idées qui ont été émises pour expliquer le siège de ces kystes, de ces tumeurs d'origine épidermique, dans le voisinage du testicule et du cordon spermatique, et nous verrons si nos observations sont de nature à apporter quelque lumière dans la pathogénie des kystes dermoïdes du canal inguinal.

Le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté possède une pièce de kyste dermoïde dans laquelle le prolongement supérieur remonte le long du cordon.

C'est d'ailleurs un fait connu et signalé par plusieurs auteurs que le kyste dermoïde subit une migration à la suite du testicule. Celui-ci retenu en ectopie a été vu par M. Delbet continuant sa migration avec le kyste dermoïde qui lui était adhérent. Prochaska parle de cas analogues.

Ces faits tendraient à prouver que l'origine du kyste dermoïde du testicule doit être recherchée dans les premiers temps de la vie embryonnaire au niveau de la région d'origine du testicule.

Pour essayer de préciser voyons quelle relation existe entre le testicule et le kyste.

Sans « reprendre la question », bornons-nous à rappeler que Verneuil voulait une indépendance complète entre la glande et le kyste. Pour lui il ne pouvait y avoir que des rapports de voisinage et les adhérences qui pouvaient être trouvées étaient secondaires. Sa conception dans laquelle il faisait rentrer tout à la fois les kystes du raphé périnéo-scrotal et ceux du testicule ne paraît plus partagée par les auteurs contemporains. M. Sébileau distingue les kystes sous-albuginéens et les kystes sus-albuginéens, ceux-là adhérents à la glande, ceux-ci ayant vis-à-vis d'elle une certaine indépendance, rattachés qu'ils sont seulement par une plaque de tissu cellulaire.

Notre observation et ses analogues semblent plaider en faveur de l'indépendance de la tumeur, ou dans la conception de M. Sébileau elle pourrait rentrer dans la deuxième catégorie admise par cet auteur. Mais dans ce dernier cas le lien d'union aurait été lâche et se serait rompu et nous dirions, empruntant une comparaison connue, qu'il en a été du kyste comme du wagon qui, détaché du convoi par rupture du tendeur, s'est arrêté en chemin.

Quoiqu'il en soit, l'origine nous paraît devoir être recherchée non au testicule, mais dans une région voisine de celle où prend naissance cet organe.

M. Lannelongue, parlant de l'origine testiculaire, dit que le feuillet épidermique peut par accident laisser un petit diverticule enclavé dans le corps de Wolff, quand celui-ci est « très voisin de l'ectoderme, c'est-à-dire pendant les premiers temps de la vie embryonnaire ». Il nous semble que si, tenant compte de l'indépendance vis-à-vis du testicule et de la relation avec le canal déférent que semble prouver la topographie des cas cités, nous plaçons l'origine non plus dans le corps de Wolff, mais dans le canal de Wolff, la question se simplifie; et nous comprenons du même coup comment dans l'observation de Képler, le kyste siégeait dans le canal de Nück à la terminaison du ligament rond au lieu de siéger dans l'ovaire.

En effet, suivant M. Tourneux « on s'accorde généralement à admettre que le canal de Wolff formé dans son segment supérieur aux dépens du mésoderme, s'allonge de haut en bas aux dépens d'une crête épidermique ». Telle est aussi la conception de Hertwig qui même pense que le canal de Wolff pouvait s'ouvrir primitivement à l'extérieur.

Les embryologistes ont été très partagés à ce sujet, mais d'après l'avis que nous avons pris à la Faculté auprès d'un de nos maîtres spécialement compétent en embryologie, la question serait à l'heure actuelle encore pendante, et si une majorité incline à refuser au canal de Wolff une origine partiellement ectodermique beaucoup d'embryologistes partagent la conception de Hertwig et de Tourneux.

Dans ces conditions, pour les kystes dermoïdes comme le nôtre qui sont des kystes dermoïdes proprement dits et non des tératomes, la pathogénie nous paraît simple et satisfaisante pour l'esprit : c'est celle de l'évolution après un long silence (comme cela a lieu pour tous les kystes dermoïdes) de quelques cellules de cette portion de crête épidermique qui a contribué à former le canal de Wolff et par suite le canal déférent. Ces cellules abandonnées au niveau du trajet inguinal auraient proliféré sous l'influence d'une excitation qui ici ne semblerait être due ni à un traumatisme, ni à l'âge de la puberté, mais qui a coïncidé avec l'excitation génésique intense de la période d'érétisme génital que nous avons signalée au cours de l'observation.

En résumé, les kystes dermoïdes peuvent siéger non seulement dans le testicule, mais sur un point quelconque du cordon spermatique où ils simulent une hernie inguinale d'autant mieux qu'on peut les réduire parfois. La pathogénie de ces kystes si éloignés du testicule ne saurait toujours être considérée comme liée au développement du testicule lui-même, et il paraît très vraisemblable que ces kystes dermoïdes du cordon spermatique, sans rapport de voisinage avec le testicule, ont avec le canal déférent les mêmes relations anatomiques et embryologiques que les kystes dermoïdes du testicule sus ou sous-albuginéens, avec le testicule lui-même. En d'autres termes, les kystes dermoïdes du cordon se développent aux dépens des éléments ectodermiques qui ont pris part à la formation du canal déférent ou canal de Wolff, éléments qui ont subi la migration physiologique avec cet organe.

FORMULAIRE

CONTRE L'ÉPISTAXIS REBELLE

Antipyrine..............	0gr50
Acide tannique...........	1 gramme.
Sucre en poudre..........	10 —

Pour priser. (*Bull. gén. de thérap.*)

MÉDECINE PRATIQUE

LES INTOXICATIONS PAR LE SOUS-NITRATE DE BISMUTH ADMINISTRÉ A L'INTÉRIEUR

Le sous-nitrate de bismuth rend de précieux services dans le traitement des affections gastriques; il est aussi fréquemment utilisé pour l'examen radioscopique de l'estomac. Mais son emploi, à forte dose, n'est pas d'une innocuité absolue; il peut occasionner des accidents graves. Cette question des intoxications par le sous-nitrate de bismuth vient d'être mise au point par MM. Bensaude et Agasse-Lafont dans un important mémoire paru dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif* (1).

Dès le XVIII[e] siècle, on avait constaté que le sous-nitrate de bismuth pouvait déterminer de l'anxiété précordiale, des nausées et des sueurs. En 1829, Kerner avait publié un cas d'intoxication mortelle, après absorption d'un mélange renfermant 8 grammes de magistère de bismuth et la même quantité de bitartrate de potasse. Puis, pendant une longue période, on ne signala aucun accident, si bien que médecins et surtout radiologues n'hésitaient pas à faire ingérer des doses énormes de bismuth « avec une audace, mais aussi avec une imprudence toujours croissante, qui devait fatalement aboutir à des accidents nouveaux ». C'est en 1906 que furent publiés, en Allemagne et en Amérique, plusieurs travaux sur les dangers du sous-nitrate de bismuth à très haute dose; on relata même quatre cas de mort chez des enfants et des adultes ayant ingéré ou absorbé par voie rectale, ceux-ci 50 grammes et ceux-là 4 grammes de sous-nitrate de bismuth. MM. Bensaude et Agasse-Lafont apportent deux observations nouvelles d'intoxication; dans l'une, il s'agit d'une femme, gastro-entérostomisée pour néoplasme du pylore, à laquelle on donna 40 grammes de bismuth en vue d'un examen radioscopique; elle eut des vomissements, de la dyspnée, du délire, de l'hypothermie et une cyanose généralisée pendant vingt-quatre heures; l'autre cas est celui d'une jeune fille de vingt ans qui souffrait depuis trois ans de crises douloureuses intestinales ayant les caractères du syndrome de Kœnig; on fit le diagnostic de sténose tuberculeuse de l'intestin grêle; la malade, ayant pris deux fois du sous-nitrate de bismuth, eut, à deux reprises, des accidents graves : vertiges, mouvements convulsifs épileptoïdes avec perte de connaissance et cyanose; elle resta dans le coma plus de trente-six heures.

L'intoxication par le sous-nitrate de bismuth administré à l'intérieur se présente sous deux formes cliniques très différentes. Quelquefois les symptômes rappellent l'intoxication externe par l'emploi des sels de bismuth dans le traitement des plaies : stomatite, liseré, taches buccales, lésions gastro-intestinales, albuminurie; ces cas, à évolution lente, sont rares. Beaucoup plus souvent, l'intoxication présente les caractères des empoisonnements par poisons méthémoglobinémisants; elle est alors essentiellement caractérisée par la dyspnée, la tachycardie, l'hypothermie, les convulsions et surtout la cyanose excessive; l'évolution est rapide, se terminant en quelques heures ou tout au plus en quelques jours par la guérison ou la mort.

L'intoxication ne peut être rapportée qu'à deux causes : intoxication par l'acide, intoxication par le métal. Il semble, d'après les recherches récentes, que les accidents s'expliquent par deux mécanismes différents. Tantôt le métal produit une intoxication lente, c'est le cas des intoxications par l'usage externe du bismuth et de quelques cas rares d'intoxication à la suite de l'administration de bismuth à l'intérieur. Tantôt les nitrites, élaborés par la flore intestinale, produisent par leur résorption rapide des accidents suraigus, collapsus, cyanose, méthémoglobinémie; cette pathogénie rend compte de ce fait que le danger réside surtout dans l'arrêt et le séjour du sous-nitrate de bismuth dans l'intestin; aussi, pour plusieurs cas d'intoxication, il existait un obstacle intestinal qui favorisa la résorption du sel.

On a essayé de remplacer le sous-nitrate de bismuth par le carbonate; on évite ainsi l'intoxication due aux nitrites, mais il faut craindre la transformation du carbonate en chlorure de bismuth, sel soluble, absorbable et par suite dangereux (Chassevant). On a proposé aussi le sulfure de bismuth ou mieux le sous-nitrate avec une eau sulfureuse pour faire la transformation du sous-nitrate en sulfure dans le tube digestif, alors que le sel est déjà fixé aux parois gastro-intestinales (Chassevant). Les médecins allemands préconisent le bismutose, composition de bismuth et d'albumine. Ces différents essais nécessitent de nouvelles recherches.

MM. Bensaude et Agasse-Lafont conseillent de remplacer le sous-nitrate par le carbonate de bismuth pour les examens radioscopiques. En thérapeutique gastro-intestinale, ils préfèrent continuer l'emploi du sous-nitrate, mais en le limitant de la façon suivante : s'abstenir de le donner chez les tout jeunes enfants dont la flore intestinale paraît particulièrement propre à le transformer en sel nocif. Chez les adultes, ne pas dépasser 20 grammes par jour; éviter son emploi à haute dose chez les malades ayant subi une gastro-entérostomie et lorsque l'on soupçonne un rétrécissement de l'intestin.

M. BRELET.

(1) BENSAUDE et AGASSE-LAFONT. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, n° 1, janv. 1909, p. 13.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1909)

Sur une méthode spéciale d'électro-diagnostic. — M. GUYENOT. Cette méthode basée sur une application intéressante de condensateurs permet : 1° d'évaluer par une mesure pratiquement exacte et rigoureuse, les degrés de récupération fonctionnelle du système neuro-musculaire, pendant le traitement des paralysies et parésies motrices d'origine périphérique; 2° de dépister à coup sûr la simulation ou l'exagération des symptômes des mêmes affections.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1909)

Des rapports de certaines anémies splénomégaliques avec l'ictère hémolytique congénital. — MM. A. CHAUFFARD et Jean TROISIER communiquent l'histoire pathologique de deux malades : la mère et le fils, l'une atteinte d'ictère hémolytique typique, et l'autre d'anémie splénomégalique sans ictère. Ils montrent que malgré la dissemblance monographique, il s'agit cependant d'une même maladie familiale évoluant sur le même terrain organique, avec une parfaite identité du syndrome hématologique. Chez tous deux, en effet, on trouve, au même degré, la triade biologique des ictères hémolytiques, fragilité globulaire, hématies granuleuses et microcytémie.

La seule différence symptomatique que l'on constate, c'est l'absence d'ictère tégumentaire chez le fils, bien que l'état cholémique de son sérum soit aussi marqué que celui de sa mère. La raison de cette différence est malaisée à donner d'une manière précise. On peut supposer que le fils est un prédisposé ictérique actuellement en période de compensa-

tion. L'excès des déchets pigmentaires d'origine hémolytique est encore compensé par l'élimination pléïochromique biliaire et peut-être aussi par l'activité histolytique des tissus, l'élimination et la destruction des pigments restent proportionnés à leur taux de production.

L'enquête hématologique permet donc de différencier dans le cadre des anémies graves, qu'il s'agisse d'anémie dite pernicieuse ou d'anémie splénomégalique, deux catégories de faits dont les uns sont complètement indépendants du processus hémolytique, tandis que les autres présentent au complet les réactions typiques des ictères hémolytiques.

Syndrome d'Addison. Opothérapie. Pression artérielle avant et après l'opothérapie. — MM. Pierre Teissier et Schœffer rapportent un cas de syndrome d'Addison traité par la médication surrénale.

Le cas se caractérise par l'action un peu particulière et inhabituelle de l'opothérapie et aussi présente un certain intérêt en raison des circonstances qui ont entouré le début apparent du syndrome.

1° L'opothérapie, — ingestion d'extrait surrénal Carrion et Hallion, puis injection d'adrénaline, — qui eut une action réelle sur l'amaigrissement, l'asthénie et la mélanodermie dont la régression fut très marquée, resta sans aucune influence sur les manifestations cardio-vasculaires et notamment sur la pression artérielle qui, oscillant entre 10 et 10 1/2 avant la médication surrénale, subit à peu près les mêmes oscillations, exception faite de quelques élévations à 12 centimètres, sans rapport aucun d'ailleurs avec la médication et la dose de la médication.

2° Le syndrome d'Addison chez le malade, guéri d'un foyer tuberculeux pulmonaire ancien et très limité, mais ayant une cuti-réaction positive, eut un développement rapide et se termina par la mort brusque en syncope.

Le malade, quatorze mois auparavant, avait eu la variole pour laquelle il avait été traité à Claude-Bernard par la médication xylolée qui a pour effet de déterminer l'hyperpigmentation et l'hypergénèse des couches profondes de l'épiderme, plus particulièrement au niveau des cicatrices de variole. Il avait quitté l'hôpital en parfait état de santé, avec l'hyperpigmentation exclusivement cutanée qui est particulière aux sujets soumis au xylol.

Quelques mois après, des symptômes d'asthénie, d'amaigrissement se manifestent qui furent constatés par le médecin du malade, le docteur Quémot, à l'occasion de douleurs abdominales et épigastriques violentes qui d'ailleurs ne se reproduisirent pas.

MM. Pierre Teissier et H. Schœffer se demandent, sans pouvoir d'ailleurs proposer une interprétation, quel peut avoir été, au point de vue de la reviviscence d'un foyer tuberculeux surrénal, l'action de la variole, ou quel rôle la médication xylolée a pu jouer comme agent de localisation du processus tuberculeux au niveau des glandes surrénales.

Cancer du corps de pancréas. — M. Malbot rapporte l'observation d'un sujet atteint d'un cancer du corps de pancréas, localisation démontrée par une intervention chirurgicale. Le malade vu par M. Chauffard présentait le syndrome pancréatico-solaire décrit par cet auteur, crises gastriques douloureuses simulant celles du tabes, avec la sensation d'étau. Ici les douleurs irradiaient dans le testicule gauche. Une des crises cependant différa un peu des précédentes; elle simula à s'y méprendre une crise d'angine de poitrine. Le malade fut pris un matin subitement d'une douleur atroce dans la région du cœur, s'accompagnant de pâleur de la face et d'étouffements sans perte de connaissance. Apaisée par une injection de morphine, la douleur ne disparut qu'au bout de huit jours.

La maladie subit une longue évolution de novembre 1906 à janvier 1909. Elle fut coupée à plusieurs reprises par des améliorations durant plusieurs mois pendant lesquels le malade reprenait ses occupations professionnelles allant à son bureau comme à l'ordinaire, mangeant bien, ayant un sommeil normal et reprenant même du poids.

L'opération pratiquée le 2 novembre 1908 par le docteur Témoin fit cesser complètement les crises douloureuses comme dans les cas rapportés dernièrement à l'Académie par M. Chauffard.

Oosporose buccale. — MM. Roger et Bory proposent de réunir, sous le nom d'oosporose, les affections produites par les végétaux appartenant au genre oospora. D'étroites parentés réunissent les diverses oosporoses connues (actinomycose, mycétome, farcin du bœuf) à la tuberculose. Elles semblent correspondre à une certaine parenté d'origine; car il n'est pas du tout prouvé que le bacille de Koch soit une bactérie.

Quoiqu'il en soit, le rôle joué par les oospores semble beaucoup plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

Dans une note récente à la Société de biologie, les auteurs rapportaient une observation d'oosporose pulmonaire due à une variété nouvelle, l'oospora pulmonalis.

Ils apportent aujourd'hui trois observations d'un type clinique nouveau, l'oosporose buccale.

L'une d'elles concerne un homme de soixante-huit ans qui fut atteint brusquement, au milieu d'une santé apparente parfaite, d'une stomatite très particulière. Un écoulement nasal abondant, séreux, pendant huit jours, avait précédé son apparition. Au bout de ce temps il disparut. Le lendemain survint un grand frisson suivi de phénomènes généraux graves. Le surlendemain, la déglutition devint très douloureuse, tandis qu'une salivation abondante gênait la parole et la respiration.

A l'ouverture de la bouche on pouvait croire que du muguet s'y était développé. En réalité, la muqueuse était recouverte uniformément d'un enduit blanc grisâtre sur lequel tranchaient, à droite surtout, des parties plus saillantes et plus blanches.

Sur les bords de la langue elles formaient de petits grains analogues aux grains blancs décrits par les auteurs dans l'oosporose pulmonaire; ces grains blancs sont aussi caractéristiques que les grains jaunes de l'actinomycose; on y trouve en effet le parasite à l'état de pureté.

Dans le fond de la gorge paraissait exister un phlegmon amygdalien banal; l'évolution devait démontrer son origine mycosique.

Dans les deux autres observations qui concernaient deux tuberculeuses arrivées à la cachexie terminale, l'oosporose était mélangée au muguet, mais jouait le rôle prépondérant.

Dans ces trois cas, le parasite était facilement reconnaissable sur de simples frottis, à plus forte raison dans les cultures.

Il se présente sous l'aspect de filaments allongés, minces, fragiles, ramifiés, souvent munis latéralement ou à leur extrémité de petits corps sphériques; on pourrait les prendre pour des cocci accolés par hasard au corps mycélien; ce sont en réalité des coccidies réunies à celui-ci par un court stérigmate. Parfois groupées, elles forment de petits chapelets qui peuvent, une fois isolés, ressembler à des streptocoques. La fragilité du mycélium le fait lui-même apparaître sous un aspect plus ou moins fragmenté, d'où la confusion possible également avec de vulgaires bacilles.

Le bouillon maltosé paraît être le seul milieu favorable au développement de ces oospores; c'est par les cultures en goutte pendante que les auteurs ont pu, avec M. Sartory, déterminer les espèces Celle qu'ils ont isolée de la bouche de leur premier malade est une espèce nouvelle qu'ils proposent de dénommer oospora buccalis.

MM. Gérard et Lemoine (de Lille) présentent un mémoire sur **l'atténuation de la tuberculine par l'extrait éthéré de bile.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1909)

Morphologie du produit d'excrétion des cellules bordantes. — MM. P. CARNOT et A. LELIÈVRE ont suivi, chez le chien, aux différents stades de la digestion du lait, l'évolution des cellules bordantes. Ils ont constaté que celles-ci, remplies tout d'abord de granulations, se vacuolisent, sérient leurs granulations sur des filaments protoplasmiques, contiennent enfin des corps spiralés qui, au premier abord, ressemblent à des spirilles. Ces filaments spiralés (tréposomes) quittent ensuite la cellule, se trouvent dans le canalicule intra-cellulaire, se déversent enfin dans la lumière glandulaire.

L'évolution des cellules bordantes est un peu différente chez le chat où l'on constate à la fois, des filaments granuleux, ondulés, spiralés, sigmoïdes et en boule, qui prennent naissance dans les cellules bordantes et se déversent dans la cavité gastrique.

L'épreuve de la glace. — MM. O. JOSUÉ et H. PAILLARD, pour savoir comment réagissent le cœur et les artères sous l'influence de causes extérieures et comment se fait l'accommodation fonctionnelle entre les différentes parties du système vasculaire, à l'état normal et dans divers états pathologiques, ont institué pour obtenir ces renseignements l'épreuve de la glace.

Voici comment on procède. On prend toutes les deux minutes la fréquence du pouls et la tension artérielle au sphygmanomètre de Potain. Au moment de faire la quatrième mesure, on pose un morceau de glace au pli du coude du même côté. On fait trois déterminations la glace étant appliquée, deux minutes après on l'enlève, puis on mesure immédiatement la fréquence du pouls et la tension; on recommence ensuite encore trois fois de deux en deux minutes.

Les sujets normaux peuvent réagir de plusieurs manières. Une première réaction ne s'observe que chez les individus en bonne santé; la pression reste fixe en même temps que la fréquence du pouls varie. Une deuxième réaction se produit aussi chez des malades dont le système vasculaire est indemne; la pression et le pouls varient à peu près, conformément à la loi de Marey. La troisième réaction indique une intégrité fonctionnelle moins parfaite de l'appareil circulatoire : les oscillations de la pression et de la fréquence du pouls sont petites, mais s'écartent plus ou moins de la loi de Marey.

Chez les artério-scléreux, il n'est pas rare que la fréquence du pouls varie relativement peu sous l'influence de la glace, tandis que la pression subit des oscillations considérables; souvent la pression s'abaisse au moment où l'on applique la glace pour se relever ensuite quand on l'enlève. Parfois la pression et la fréquence du pouls varient simultanément, mais en sens inverse de la loi de Marey. Les oscillations de la pression sont particulièrement marquées chez les artério-scléreux porteurs de lésions de l'orifice aortique. Enfin quelques artério-scléreux réagissent d'une façon relativement normale conformément à la loi de Marey.

Les malades jeunes, atteints d'insuffisance aortique ou de rétrécissement mitral bien compensé, réagissent par de grandes variations de la pression et de la fréquence du pouls conformes à la loi de Marey. Chez les asystoliques, la réaction tend à reprendre ce type sous l'influence de la digitale.

Chez les tuberculeux on constate souvent une réaction analogue à celle des artério-scléreux. Parfois la pression s'abaisse progressivement sous l'influence de la glace. On observe aussi dans quelques cas des réactions à peu près conformes à la loi de Marey.

Des malades atteints d'affections diverses ont réagi plus ou moins dans le sens de la loi de Marey suivant l'état d'intégrité plus ou moins parfaite de leur appareil circulatoire.

La pression artérielle des artério-scléreux est loin d'être fixe. Elle s'abaisse parfois de plusieurs centimètres de mercure d'une minute à l'autre, spontanément ou sous l'influence de l'émotion ou d'une cause minime. comme l'application d'un morceau de glace au pli du coude. Il convient donc d'être prudent dans l'appréciation de l'action hypotensive spécifique de divers traitements.

Oospora buccalis. — MM. ROGER, BORY et SARTORY décrivent une variété nouvelle d'oospora qu'ils ont isolée dans un cas d'oosporose buccale, rapporté tout récemment à la Société médicale des hôpitaux.

Des grains blancs, identiques à ceux précédemment signalés dans l'oosporose pulmonaire, révélèrent la nature mycosique de l'affection. Ils contenaient le parasite à l'état de pureté. Les caractères de ce champignon permettent de l'isoler, sous le nom d'oospora buccalis, des autres espèces connues.

Son développement dans les cultures en goutte pendante se fait par des filaments généralement droits, immobiles, ne s'enchevêtrant pas. Leur longueur est variable; la largeur atteint souvent 0,7 à 0μ8. Ils deviennent sinueux, onduleux même en vieillissant. Les ramifications latérales sont irrégulièrement distribuées et naissent comme d'habitude sous forme d'une petite hernie latérale qui grandit peu à peu.

Les organes reproducteurs apparaissent vers le quatrième ou cinquième jour. Les coccidies premièrement formées sont dolliformes, puis deviennent ovales et parfois sphériques. Elles forment des chaînettes d'une longueur remarquable et qui, isolées de leur mycélium, ressemblent à des streptocoques.

Dans les tubes en bouillon maltosé, dès le deuxième jour, les cultures sont luxuriantes. Les filaments fragiles se brisent facilement et forment des bâtonnets qu'on pourrait confondre avec des bacilles.

Les filaments enfin peuvent se segmenter en de longues séries d'articles, légèrement ovoïdes, que l'on peut considérer comme des arthrospores. On peut suivre leur germination; entre 32 et 35 degrés, elles donnent au bout de trente-six heures de petits filaments qui prennent bientôt l'aspect habituel.

Dans des cultures vieilles, les filaments deviennent granuleux; leurs ramifications disparaissent; on ne trouve plus que des débris d'appareils reproducteurs.

Action du bleu de Prusse sur la coagulation. — M. ACHARD a constaté avec M. AYNAUD que, chez le chien, le bleu de Prusse injecté dans les veines à une dose égale ou un peu supérieure à un centigramme par kilo rend le sang incoagulable. Toutefois, pendant quinze à vingt minutes, il y a d'abord une coagulabilité excessive. Puis l'incoagulabilité apparaît graduellement, persiste quelques heures et lorsqu'elle disparaît, on observe une phase de coagulation incomplète, avec formation de caillots mous, irrétractilité et redissolution du caillot.

Le sang incoagulable n'est pas doué de propriétés anticoagulantes, car, mélangé à du sang neuf, il en accélère la coagulation. Une température de 56-58 degrés le coagule. Mais il résiste à la dilution, à l'acidification, à l'action de l'acide carbonique, à l'addition de sérum frais, d'extraits de tissus, de sels calciques.

Chez la plupart des chiens, la mort est survenue dans les vingt-quatre heures à la suite de l'injection du bleu de Prusse. Deux, qui avaient survécu, avaient acquis l'immunité contre une dose égale ou supérieure au bout de vingt-quatre et trente heures.

L'injection dans le péritoine, qui ne produit pas l'incoagulabilité, n'immunise pas non plus contre l'effet de l'injection intra-veineuse.

Chez le lapin, le bleu de Prusse est inefficace.

Vaccination antirabique au moyen de la substance nerveuse normale. — M. Remlinger. On a prétendu récemment que la substance nerveuse normale possédait à l'égard de la rage un pouvoir immunisant égal à celui de la substance nerveuse rabique. On conçoit quelle importance aurait ce fait pour la pratique des inoculations pasteuriennes et quelles transformations radicales il serait de nature à apporter au fonctionnement des Instituts antirabiques. Leur existence pourrait d'autant plus facilement être mise en cause que, pour ces mêmes auteurs, la vaccination à l'aide de la substance nerveuse normale — cerveaux de bœuf ou de mouton par exemple — serait parfaitement possible par voie digestive. Malheureusement des lapins inoculés sous la peau avec de grandes quantités de cerveaux d'autres lapins et des chiens nourris pendant des semaines avec des cerveaux de bœuf n'ont montré par la suite aucune immunité contre la rage. L'injection sous la peau du mouton de vingt cerveaux de lapin sain ne confère au sérum aucune propriété antirabique tandis que l'injection de vingt cerveaux de lapin enragé permet à ce même sérum de neutraliser quatre fois son volume d'émulsion centésimale de virus fixe. Ces faits doivent rendre très sceptique au sujet de la possibilité de vacciner contre la rage au moyen de substance nerveuse normale.

Pièces microscopiques conservées dans la gélatine glycérinée en boîte de Pétri. — M. G. Roussy présente quelques fragments de pièces microscopiques tels que coupe d'adénome de la capsule surrénale, fragment de poumon tuberculeux, d'infarctus de la rate, de kyste du rein, etc., conservées dans la gélatine glycérine phéniquée et montés séparément en boîtes de Pétri, après fixation préalable dans le liquide Kaiserling.

La fermeture hermétique des boîtes est obtenue au moyen de plâtre à modeler coulé dans l'interstice qui sépare le couvercle de la boîte.

Par ce procédé on obtient de jolies préparations, faciles à manier, commodes à transporter, qui peuvent remplacer avantageusement dans nombre de cas les pièces conservées en bocaux, et rendre en particulier de réels services pour l'instruction des élèves.

Influence des vents sur les dépenses de l'organisme (troisième note). — M. Maurel. 1° Chez cet animal, la ventilation avec une vitesse de vingt et un kilomètres à l'heure, augmente sensiblement les dépenses de l'organisme.

2° A la condition de maintenir la même alimentation, l'influence du vent se traduit par une perte de poids qui atteint une moyenne de 12 grammes par kilo, et par jour.

3° Mais la perte de poids à cette vitesse de vingt et un kilomètres, ne dépasse que de fort peu celle due à la vitesse de seize kilomètres à l'heure.

Inconstance de la glycosine après extirpation totale du pancréas. — MM. Suñer et Turró. Contrairement à l'opinion classique, les chiens dépancréatés et soumis à un régime alimentaire protéique ne sont pas toujours glycosuriques. Par contre, les chiens nourris avec des hydrates de carbone sont constamment glycosuriques. Tous les chiens pancréactomisés sont hyperzoturiques. D'ailleurs, il existe une sorte d'opposition entre la teneur d'acide urinaire et la quantité de glycose excrétée. Le pancréas paraît donc exercer une action retardatrice sur la desintégration de la molécule protéique. [On sait que cette conclusion, à laquelle arrivent les savants espagnols, a été depuis longtemps soutenue par M. Kauffmann].

Le liquide céphalo-rachidien dans un cas d'hydrocéphalie consécutive à un gliome du cervelet. — MM. Mestresat et Gaujoux. Le liquide a sa composition normale, ce qui s'explique, si l'on se rappelle qu'il n'y avait aucune réaction méningée. Il contient, à côté du glucose, un principe réducteur spécial, et, de plus, des nitrates et des nitrites.

VARIÉTÉS

Au dernier banquet de la Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris, M. Charles Monod a donné lecture d'une pièce de vers composée il y a cinquante-trois ans par son cousin, M. Théodore Monod, qui alors préparait sa licence ès lettres. Un de ses amis, étudiant en médecine, lui avait demandé des rimes, pour l'aider à retenir l'anatomie du trijumeau.

M. Charles Monod a bien voulu mettre, à la disposition de la *Gazette des hôpitaux*, cette poésie d'un genre spécial. Elle pourra divertir un instant les étudiants jeunes... et vieux.

NÉVROLOGIE RIMÉE

CINQUIÈME PAIRE OU NERF TRIJUMEAU

La cinquième paire, c'est celle
Qui nous cause beaucoup de maux ;
Savez-vous comment on l'appelle ?
Ce sont là les nerfs trijumeaux :
Mal de tête qui nous transperce,
Mal de dents qui crie : O ! la la ! !
Tout vient de cette paire-là...
Ah ! c'est vraiment une perverse.

Ces messieurs de la Faculté
Divisent la paire en *trois branches*.
(Si vous voulez avoir des blanches
A votre examen, cet été,
Dites l'exacte vérité :
Trois branches, — c'est bien constaté.)

I

En tête, la *branche* **opthalmique** ;
C'est une branche peu comique,
Car le premier des *trois rameaux*
(Trois rameaux, retenez ces mots,
Et surtout retenez la chose),
Car le premier des trois rameaux
Dont cette branche se compose,
C'est ce larmoyant animal
Qu'on nomme *rameau lacrymal* ; —
Ensuite, à la seconde place,
Cet effronté *frontal* se classe ;
Puis le rameau des enrhumés,
— Le *nasal* : — Tous trois sont nommés.

Mais sur le nasal, pauvre sire,
Il reste encore un mot à dire :
Ce bon *nasal* est très vexé,
Car à lui se trouve *annexé*
Un *ganglion*, — c'est l'*ophthalmique*,
Vieux ganglion académique ; —
Nasal lui fait des pieds de nez,
— Mais ces gens-là sont obstinés, —
Ophthalmique jamais ne bouge,
C'est à peine s'il devient rouge ;
Il répond, plein d'un noble orgueil :
« Allez, nasal, je m'en bats l'œil. »

— Pour porter ses journaux, ses rentes,
Il a *trois branches afférentes*.
(C'est bien facile, cette fois ;
Trois, comme tout à l'heure trois :)
Du nerf nasal vient la première, —
Du commun moteur oculaire
Vient la seconde, — et puis enfin
La troisième, d'un air très fin,
Dit qu'elle vient — est-ce authentique ? —
Tout droit *du nerf grand sympathique*.

La première branche, vraiment,
Finit là, — *sympathiquement.*

II

La seconde vient après elle;
Elle est bien plus longue : on l'appelle
— Mettez ce nom sur votre cœur —
Maxillaire supérieur;
(Si vous ne voulez pas m'en croire,
Je vous traiterai de mâchoire).
Ici, ce n'est plus trois *rameaux* :
Ils sont bien *quatre*, les chameaux !
D'abord nous avons : l'*orbitaire*;
Puis *dentaire postérieur*;
Puis le *dentaire antérieur*;
Enfin (je ne veux rien vous taire),
Le modeste *sous-orbitaire* ;
Ça fait quatre, nombre fixé.
A cette branche est *annexé*
Un autre *ganglion*, qu'on nomme
Ou bien *ganglion de Meckel*,
— Du nom d'un médecin, lequel
Le découvrit, (le savant homme !) —
Ou bien, d'un mot grec et latin :
Ganglion sphéno-palatin.

Il a *trois branches afférentes*,
Outre *cinq branches efférentes.*
Les afférentes sont : *Primo*,
Un certain nombre de *rameaux*
Du supérieur maxillaire ;
Et puis ce *grand* flandrin de *Pierre*
(*Grand pétreux superficiel*) ;
Tertio (c'est essentiel),
Le tendre *filet sympathique*
Ou *filet carotidien;*
Pétreux et lui, d'un nom unique,
S'appellent *le nerf vidien*,
Ou bien, d'un mot fort poétique :
Le nerf ptérygoïdien.
J'arrive aux *branches efférentes :*
Elles sont *cinq*, toutes parentes ;
(Quand on est cinq, ni plus ni moins,
On peut jouer aux quatre coins) ;
Aussi toujours on les voit rire...
Mais il serait temps de vous dire
Leurs noms, que j'allais oublier :
Grand nerf palatin, le premier ;
Petit palatin vient ensuite,
(C'est un jeune homme de mérite ;)
Après lui, *moyen palatin*,
(Celui-là, c'est un vrai lutin ;)
Ça nous fait trois; le quatrième,
C'est *sphéno-palatin* lui-même,
Ou bien encor (ils sont plusieurs)
Naso-post- et *sup - érieurs ;*
Gourmand comme un vieil aubergiste,
Pharyngien finit la liste :
Bock l'a découvert ; *propter hoc*,
On l'appelle aussi : nerf de Bock.

III

Enfin, de la cinquième paire
La branche *troisième* et dernière
C'est de la seconde la sœur,
Le maxillaire inférieur.
En *sept branches* on le partage ;
(En sept branches, pas davantage.)
Les voici : d'abord, le doyen,
C'est *temporal profond moyen ;*
Massétérin, — ce nom me touche ; —
Buccal, — l'eau m'en vient à la bouche ; —
Nerf du muscle (sachez-le bien)
Interne ptérygoïdien ;
(La liste devient longue et bête !)
Un nerf qui fait mal à la tête
C'est l'*auriculo-temporal*;
Puis un autre, qu'en général,
Ouvertement et sans mystère
On nomme *inférieur dentaire.*
Après eux tous, septièmement,
Vient un nerf qui, communément,
Chez un sexe aimable et charmant
Prend un grand développement ;
Chez femme ou fille également,
Avant, pendant, après la noce,
Il est toujours en mouvement :
On l'appelle vulgairement
Lingual, ou *petit hypoglosse.*

Le maxillaire inférieur
Voyant (c'est un petit rageur)
Le ganglion de son grand frère
Le supérieur maxillaire,
Par esprit d'imitation
Possède aussi son ganglion,
Qu'on nomme *ganglion otique.*
— Comment ?... despotique ?... exotique ?...
Escargotique ? — Etes-vous sourd ?
On vous dit : *otique*, tout court.

Il a *trois branches afférentes*,
(Comme les deux fois précédentes :)
Ecoutez bien : *Petit pétreux*
Superficiel (un vrai gueux);
Petit pétreux profond externe
(Gaillard à pendre à la lanterne);
Après ces deux petits pétreux,
Au pétrin empêtrés tous deux,
Voici, pour fermer la boutique,
Encor *un filet sympathique.*
Ce ganglion a bien aussi
(Je ne l'ai pas dit jusqu'ici)
A bien ses *branches efférentes*,
Mais leurs parents et leurs parentes
(Ceci va vous scandaliser)
Ne les ont pas fait baptiser.
Donc *pas de nom* qui les rappelle
A notre mémoire fidèle ;
Mais on sait qu'il en faut noter
Jusqu'à *trois*, dignes de compter;
On sait aussi, de bonne source,
Vers où chacune prend sa course :
L'une vers ce muscle malin,
L'*externe péristaphylin* ;
Une autre vers le *muscle externe*
Du marteau, tapeur subalterne
Qui par son tapage assourdit ;
Une autre, enfin, (et j'ai tout dit)
S'en va là-bas faire la nique
A la *muqueuse tympanique.*

Paris, le 28 juin 1856.

Scribebat *Théodore Monod*,
(talia qui nunquam scripserat nec scripturus erat),
donavitque, rogatus, amico dilectissimo *Clément Arnal*,
quum in grata proximitate studerent,
alter medicinæ, alter litteris.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 1, 7 janv. 1909.) Bäumler : Sur la connaissance et le diagnostic du typhus exanthématique. — Hering : Sur l'importance clinique de l'électro-cardiogramme. — Pick : Psychiatrie et médecine sociale. — Spitzer : Contributions nouvelles à la thérapeutique étiologique de la syphilis. — Köster : Le traitement de la chorée. — Riedel : L'ablation du segment moyen de l'estomac pour ulcère. — Vossius : Un cas de petit éclat de fer dans le cristallin avec remarques sur le diagnostic des éclats de fer intra-oculaires. — Walb : Le traitement par aspiration pour le nez. — Eicken : Progrès dans le domaine de la laryngo-rhinologie. — Hausemann : Discussions et remarques sur quelques questions touchant les tumeurs. — (N° 2, 14 janv.) Kuttner : Diagnostic et traitement du carcinome gastrique inopérable. — Riedel : L'ablation du segment moyen de l'estomac pour ulcère (*suite*). — Holländer : Sur les indications de l'anesthésie lombaire particulièrement dans les opérations abdominales. — Schautz : Progrès dans le traitement de l'insuffisance du pied. — Bering : Sur le traitement des affections cutanées par la lampe de Quartz de Kromayer. — Schmidt : Sur l'étiologie de la réaction précoce après le traitement par les rayons Röntgen. — Lubinski : Sur le traitement par inhalation. — Eicken : Progrès dans le domaine de la laryngo-rhinologie (*suite*).

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 1, 3 janv. 1909.) A. Montini : Contribution à la thérapeutique chirurgicale de l'occlusion intestinale. — (N° 4, 10 janv.) Cesare Nicolini : Les purgatifs par la voie hypodermique. — (N° 7, 17 janv.) Pasquale Romeo : L'étiologie, le diagnostic et la thérapeutique de l'hémorragie utérine.— Ferruccio Bindi : Thyrotomie pour corps étranger volumineux du larynx.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 1, 5 janv. 1909.) Heim : Production de sources riches de substances protectrices. — Schade : Contribution à la fixation du complément. — Lüdke et Polano : Sur l'hémolyse des streptocoques. — Wichern : Sur l'intoxication par la benzine. — Mendel : Le traitement intra-veineux par l'arsenic et la tuberculine. — Krecke : Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — Gœht : Les dommages qui peuvent être causés par les rayons Röntgen. — Riehl : Spirales asthmatiques macroscopiques dans l'expectoration. — Neugebauer : Une suture du cœur. — Voigt : Un cas de « maciès uteri ». — Goldenberg : Traitement des abcès tuberculeux par les ferments. — Schmiencke : Le phonendoskascope. — (N° 2, 12 janv.) Lüdke : Sur le microbisme latent des bacilles typhiques. — Rolly : La réaction de Wassermann dans la syphilis et autres infections. — Bergel : Ferment lipolytique dans les lymphocytes. — Lebhardt : La version externe. — Heye : Stérilisation et emploi des gants de caoutchouc. — Bauer : Sur la recherche des antigènes dans la déviation du complément sur les tuberculeux. — Mann : L'inflammation fibrineuse des muqueuses (stomatite fibrineuse) par infection pneumococcique. — Höchtlen : Un cas intéressant de polydactylie. — Brünings : Un spectroscope spécial pour l'uréthroscopie et la cystoscopie. — Schade : Contribution à la formation des concrétions. — Gocht : Les dommages qui peuvent être causés par les rayons Röntgen ; le moyen de les éviter, leur traitement et leur importance actuelle. — Vidal : Que peut faire le médecin praticien pour la diffusion de l'allaitement maternel. — Groth : Rapport sur l'action de l'assistance centrale aux nourrissons à Münich de 1906 à 1908. — (N° 3, 19 janv.) Feer : Sur la clinique et le traitement de l'eczéma constitutionnel du nourrisson. — Baisch : Le traitement du placenta prævia et de l'éclampsie. — Martin : L'ophtalmo-réaction et le pronostic dans les affections tuberculeuses pendant la grossesse. — Hart : La prédisposition du sommet du poumon à la phtisie tuberculeuse et la loi de localisation du premier foyer tuberculeux pulmonaire. — Bürker : Sur la recherche de l'hémoglobine et de ses dérivés par les cristaux d'hémochromogène et les raies d'absorption de ces substances colorantes dans les parties violettes et ultra-violettes du spectre. — Stœber : Recherches expérimentales sur la production de proliférations épithéliales expérimentales. — Seiffert : Sur le bacille de la coqueluche de Bordet. — Lotsch : Deux cas de suture pulmonaire pour hémorragie grave. — Würtz : Sur l'emploi du camphre dans les intoxications alimentaires du nourrisson. — Ebstein : Expériences sur le médinal. — Werndorff : Sur l'almatéïne. — Wyss : Maladie de Dupuytren aiguë d'origine traumatique. — Nahm : Sur l'ictère grave habituel des nouveau-nés.

Policlinico. — *Section médicale.* (Janv. 1909, fasc. 1.) Prof. Umberto Gabbi : Foyers endémiques de la variété fébrile de l'anémie splénique infectieuse des enfants. — Prof. Adelchi Zancan : Un cas de maladie de Banti. Splénectomie et guérison. — Brunetto Baecchi : Un cas d'échinocoque du cœur. — Umberto Deganello : A propos de l'action de la strophantine.

Riforma medica. — (N° 1, 4 janv. 1909). Gaetano Rummo : Les tumeurs de la base de l'encéphale. — Cesare Frugoni : La polynévrite syphilitique primitive à la période tertiaire. — Alfonso Sertoli : Un cas de tératome volumineux du tissu conjonctif pelvien, chez l'homme, s'étant développé surtout dans l'abdomen. — (N° 2, 11 janv.) Gaetano Rummo : Les tumeurs de la base de l'encéphale. — Giuseppe Lucibelli : A propos de certaines leucopénies expérimentales. — Alfonso Sertoli : Un cas de tératome volumineux du tissu conjonctif pelvien, chez l'homme, s'étant développé surtout dans l'abdomen. — (N° 3, 18 janv.) Gaetano Rummo : Les tumeurs de la base de l'encéphale. — Cesare Baduel : Le phénomène de l'émulsion éthéro-urineuse (réaction de Jacquemet-Testevin) et la présence d'une substance colloïde dans les urines. — Giacomo Pighini : La cholestérine dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques et sa participation à la réaction de Wassermann.

Therapie der Gegenwart. — (12e fasc., déc. 1908.) Martin Jacoby : Sur l'avenir de réactions de sérums non spécifiques. — Carlo Forlanini : Les indications et la technique du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — L. Lichtwitz : Signification de l'adsorption en thérapeutique. — H. Boruttan : Sur la suspension et le contrôle de l'action du cœur par les préparations de convallaria. — Ph. Fischer et J. Hoppe : Du véronal-sodium. — (1er fasc., janv. 1909.) E. von Leyden : Cinquante ans de thérapeutique interne. — Wilh. Erb : Cinquante ans de médecine nerveuse. — Fr. König : Cinquante ans de travaux chirurgicaux. — W. A. Freund : Cinquante ans de gynécologie. — Alfred Hegar : Cinquante ans d'obstétrique. — E. Bumur : De la signification et du traitement des maladies annexielles de la femme. — Félix Klemperer : Coup d'œil d'ensemble sur le traitement par la tuberculine dans la tuberculose pulmonaire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité au concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve écrite* : « Anatomie pathologique et parasitologie de la syphilis héréditaire du foie. — Dilatation des bronches. Symptômes et diagnostic. »

Questions restées dans l'urne : « Anatomie pathologique des lésions du rein chez les tuberculeux. — Anatomie pathologique des lésions du foie chez les tuberculeux. — Signes et diagnostic de l'insuffisance surrénale. — Signes et diagnostic des complications pulmonaires dans les maladies du cœur. »

Le jury s'est divisé en deux sections : pour l'anatomie pathologique, MM. Marfan, Teissier, Dupré, Huchard et Toupet; pour la pathologie, MM. Le Noir, Oulmont, Widal, Barbier et Ballet.

Le jury d'anatomie pathologique siégera dans la salle de l'ancienne Académie de médecine, rue des Saints-Pères, les lundi, mercredi et vendredi à cinq heures du soir, et s'il est besoin le dimanche à neuf heures du matin. Par exception, la première séance aura lieu mercredi à neuf heures du matin.

Le jury de pathologie siégera à l'hôpital Beaujon les mercredi, jeudi et samedi à cinq heures du soir, le dimanche à dix heures du matin.

Ordre de lecture des copies. — 1. MM. Rivet, I. de Jong, Benjamin Weill, R. Gaultier, Fouquet, E. Weill, Merklen, Faure-Beaulieu, Crouzon, Darré,

11. Ramond, L.-G. Simon, Géraudel, Maloizel, Aubertin, Lhermite, Lemierre, Philibert, Audistère, Læderich,

21. Flourens, Armand-Delille, O. Claude, Trémollières, Schæfer, Lipmann, Roussy, Bergeron, Tanon, Bensaude,

31. Beaufumé, Courcoux, Ribadeau-Dumas, Jomier, Camus, Ribierre, Lemaire, Legroux, Moutier, Touchard,

41. Agasse-Lafond, Le Sourd, Leven, Laubry, Froin, Bourguignon, Halbron, Detot, Léri, Le Play,

51. Tixier, Verliac, Herscher, Salomon, Ferrand, Renaud, F. Lévi, Chiray, Bauer, Vitry,

61. Dreyfus-Rose, Pagniez, Rosenthal, Paris, Nathan-Larrier, Balthazard, Louste, Bigart, Voisin, Grenet,

71. Babonneix, Paiseau, Lejonne, Genevrier, Rostaine, Nathan, Deguy, Boidin, Villaret.

— La lecture des copies ira, pour l'anatomie pathologique, du n° 1 au n° 79; pour la pathologie, du n° 40 au n° 79 et du n° 1 au n° 39.

— Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 22 février : MM. Villette, 8; Mutel, 10; Goret, 8; Maurer, 9; Baufle, 10; Leveuf, 9; Madier, 10; François (Paul), 8; Chauvet, 11.

Prochaine séance vendredi 26 février, à cinq heures.

LA MAISON DU MÉDECIN. — Première assemblée générale annuelle. — Conformément à l'article 14 des statuts — reproduit ci-dessous — la première assemblée générale annuelle de la Maison du médecin aura lieu le dimanche 21 mars prochain, à deux heures, au palais de la Faculté de médecine de Paris.

Art. 14. — L'assemblée générale comprend tous les membres prévus à l'art. 1er.

Elle se réunit une fois par an, au mois de mars et toutes les fois que le Conseil d'administration le juge nécessaire.

Elle élit le Conseil d'administration et les Commissions.

Elle entend et approuve le compte rendu du secrétaire général, du trésorier, et le rapport de la commission de contrôle financier.

Elle prend toutes décisions relatives aux questions inscrites à son ordre du jour.

Toute proposition émanant de trois membres de la Société devra, pour être inscrite à l'ordre du jour, être adressée au Conseil d'administration un mois au moins avant la date de cette assemblée.

Le vote par correspondance est admis pour les élections au Conseil d'administration et aux commissions.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 281.*)



Affections pulmonaires
Tuberculose
Sirop Roche
Préparé par Ch. Weiss
Sirop Roche au Thiocol
Prix 4 fr
Les seules préparations ayant donné des résultats appréciables et constants dans le traitement de la
TUBERCULOSE PULMONAIRE
Grâce à leur goût agréable elles sont toujours acceptées même par les malades les plus difficiles.
Eviter les contrefaçons
Échantillon et Littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7 rue Saint Claude
PARIS
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

INDICATIONS ET TECHNIQUE DE L'AMYGDALECTOMIE TOTALE

Par L. LABOURÉ (d'Amiens).

On a vu fréquemment la repullulation de débris amygdaliens après une intervention incomplète, aussi l'amygdalectomie doit-elle être totale.

INDICATIONS. — Elles sont nombreuses, mais peuvent toutes se ramener à deux :

1° L'amygdale est très hypertrophiée, et par son volume, gêne la déglutition, la respiration, ou provoque la sténose tubaire, en comprimant la trompe de bas en haut par l'intermédiaire du voile.

2° L'amygdale a un volume quelconque, mais elle est profondément infectée et, véritable éponge microbienne, elle donne lieu à des angines à répétition, à des rhino-pharyngites, à des otites, à des laryngites.

Dans les deux cas, l'exérèse totale s'impose, surtout chez l'enfant d'âge moyen, où la sécrétion interne par fonction leucocytaire n'est plus indispensable, suppléée déjà par d'autres fonctions glandibulaires.

TECHNIQUE. — On a abandonné depuis longtemps le bistouri parce que trop dangereux. L'amygdalotome ne l'est guère moins et va subir le même sort. Nous restons donc en présence de trois procédés qui, en valeur décroissante, sont : l'anse galvanique, l'anse froide, la pince de Ruault. Chacun de ces procédés comporte une même position du malade et une même anesthésie. *La position du malade* varie selon l'âge du sujet. L'enfant est bien tenu par un seul aide vigoureux qui enserre les jambes du patient dans les siennes, tient ses deux mains avec une et, de l'autre, maintient sa tête droite ou légèrement hyperétendue. L'adolescent et l'adulte sont mieux étendus sur un fauteuil. *L'anesthésie* de choix est le chlorure d'éthyle, administré avec la compresse enroulée comme un cornet ou bien mieux avec le masque de Camus.

Avant d'aborder une amygdale à l'anse ou à la pince, il faut la préparer, et pour cela, il faut disposer sur un plateau à portée :

1° Un ouvre-bouche et un abaisse-langue ;
2° Une pince à traction;
3° Un crochet coupant ou un plicotome.

En pratique, nous avons affaire à trois sortes d'amygdales :

1° *Amygdale pédiculée.* — Celle-ci est toute prête à saisir quel que soit le procédé.

2° *Amygdale sessile.* — Avec le plicotome, on la désinsère du pilier antérieur et du pli triangulaire en passant en plein tissu amygdalien qui ne saigne point. L'amygdale saisie avec une pince cède à la moindre traction, s'énuclée de sa loge et s'épanouit en chou-fleur.

3° *Amygdale petite étalée adhérente.* — C'est le type adulte, où déjà l'organe a subi des poussées aiguës, des interventions, est transformé en tissu fibreux. Ici, l'amygdale est séparée du pilier antérieur et même postérieur avec le crochet. Puis elle est saisie avec la pince à traction. Elle tient toujours par des adhérences profondes qui sont sectionnées au fur et à mesure qu'elles se présentent. Au total, il faut faire rentrer dans le premier cas, le second et

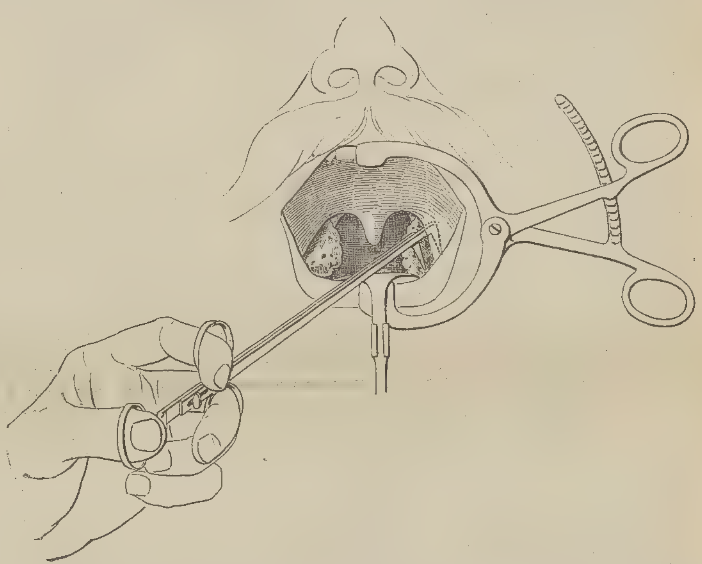


FIG. 1. — La combinaison de l'ouvre-bouche de Doyen et de l'abaisse-langue (Mahu), facilite l'accès de l'amygdale. Le plicotome de Vacher engagé derrière le pilier antérieur se prépare à rompre les adhérences. On remarquera combien la manœuvre des instruments est aidée sur l'amygdale gauche par l'emploi de la main gauche.

le troisième; en un mot, il faut pédiculiser. Il n'y a plus qu'à terminer par l'un des procédés choisis.

1° *L'anse galvanique* est plus compliquée. Elle exige, en effet, une source d'énergie électrique de

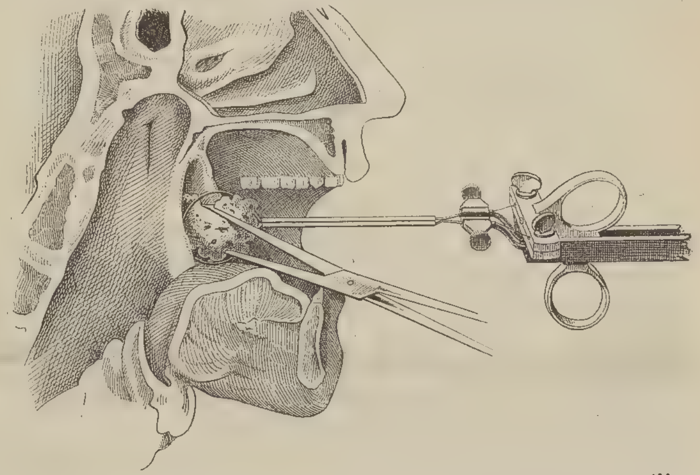


FIG. 2. — L'amygdale dégagée de ses adhérences avec le pilier antérieur est attirée à travers l'anse par une pince à traction. Il ne reste plus qu'à réduire à un pédicule très étroit par traction sur le chariot, puis à faire passer le courant pour achever la section.

6 à 8 volts et de 15 à 20 ampères, un manche de Moritz-Schmith, réuni à la source électrique par des fils. L'anse est formée par du fil d'acier de 6 millimètres.

La pince à traction est passée à travers l'anse et saisit l'amygdale qu'elle amène en dedans vers la ligne médiane. En serrant l'anse à fond, elle se place au bon endroit et réduit à un mince pédicule

la partie tenante de l'amygdale. Alors seulement on fait passer le courant qui produit une eschare minime.

2° *L'anse froide.* — Elle se montre sur le polypotome de Lermoyez ou de Vacher qui est plus fort. Elle s'applique comme l'anse galvanique et, pour achever la section, on serre lentement la vis micrométrique pour diminuer les chances d'hémorragie.

3° *La pince de Ruault* sera choisie d'un volume correspondant à la tonsille et maniée verticalement pour éviter de saisir les piliers ou parties fibro-musculaires.

Soins consécutifs. — Ils sont très simples, une couenne blanchâtre marque le fond de la loge amygdalienne et simule une plaque diphtérique. Elle tombe au dixième jour, avec quelques gouttes de sang.

Complications. — Les accidents qui peuvent troubler cette évolution sont de deux ordres : l'infection est rarement inquiétante, ne donne pas lieu à ces poussées de cellulite et de tissu cicatriciel comme dans les cautérisations ignées ou chimiques ou dans la décapitation de l'amygdale.

L'hémorragie prolongée reste le point noir de l'amygdalectomie. Elle est souvent due à un défaut de technique. J'ai pu l'attribuer deux fois sur trois à une traction trop intense sur la pince qui avait amené la section des artères amygdaliennes à leur origine, avant leur bifurcation. Dans les trois cas, on voyait l'orifice béant de l'artère, alternativement donnant un jet de sang, puis restant obstrué momentanément par un caillot peu adhérent. Une pince à forcipressure appliquée au bout de quelques heures d'hémorragie en a eu raison. Il n'a pas été nécessaire de recourir à la suture des piliers.

LA PROPHYLAXIE A LA CRÈCHE

Par le docteur BELUZE (de Paris).

La crèche réunit des enfants très jeunes (quinze jours à trois ans), rachitiques ou atrophiques pour une bonne part, habitant en ville des logis malsains souvent infectés de tuberculose; c'est par conséquent un milieu où les affections contagieuses se propagent avec facilité d'abord et, de plus, menacent secondairement de complications graves. Le médecin doit donc s'efforcer d'en écarter toute maladie transmissible.

Si difficile que soit la tâche, il peut l'entreprendre non sans chances de succès; car le nombre restreint des enfants d'une part, et l'importance relative du personnel, de l'autre, lui procurent des moyens d'action dont le médecin inspecteur des écoles, par exemple, se trouve totalement dépourvu.

Ce sont ces moyens de sauvegarder pour le mieux l'asepsie de la crèche et d'y pratiquer méthodiquement l'antisepsie que nous nous proposons d'énumérer.

I

Théoriquement, la crèche peut être contaminée :

Soit par les mères qui viennent apporter, allaiter ou chercher les enfants;

Soit par le personnel qui les garde;

Soit par les enfants qui la fréquentent

En fait, le premier cas est purement exceptionnel, le second fort rare. Aussi nous bornons-nous à en signaler l'éventualité, ce double danger pouvant d'ailleurs être écarté au prix de précautions simples :

1° Ne pas admettre les familles, frères et sœurs surtout, dans les salles habitées (dortoirs, pouponnat, salle de jeux);

2° Soumettre les berceuses à un examen médical avant leur entrée en fonctions et surveiller ultérieurement leur état de santé.

II

Quant à l'infection de la crèche par les enfants même qu'on y amène, voilà ce qu'il faut redouter constamment et qui mérite par suite de retenir l'attention.

Pas de grandes crèches. — Un soin préliminaire à prendre sera d'y limiter le nombre des places à une quarantaine : c'est tout ce qu'une directrice et un médecin peuvent efficacement surveiller.

Visite médicale des nouveaux avant leur admission. — Ecarter de prime abord tout enfant dangereux pour les autres est une précaution élémentaire prescrite par l'arrêté ministériel de 1897 (art. 8). Nous n'oserions cependant pas affirmer qu'en réalité elle soit exactement prise partout. En cas de besoin, il appartient au médecin responsable de la crèche d'exiger l'exécution stricte de cette mesure tutélaire afin qu'il puisse toujours et en temps utile s'opposer à l'admission des contagieux.

Examen médical des rentrants après absences ou licenciement. — Tout enfant resté absent quatre jours consécutifs ne pourra être repris par la directrice avant que le médecin n'ait autorisé sa rentrée. En effet, l'arrêté ministériel de 1897 (art. 8) réduit à trois jours à partir de leur délivrance la période de validité des certificats d'admission. C'est donc en appliquer l'esprit que d'exiger la réadmission de tout sujet perdu de vue depuis le même temps.

Quand l'absence a été motivée par une maladie dont nous ignorons la nature, nous devons exiger un certificat du médecin traitant constatant que la guérison est complète et qu'il n'y a jamais eu ou ne subsiste plus danger de contagion.

En présence de la diphtérie, il faudra de plus une attestation établissant que les sécrétions buccales et pharyngées sont indemnes de tout bacille de Lœffler, à moins pourtant que l'on n'ait déjà immunisé systématiquement la population de la crèche au moyen d'injections préventives du sérum de Roux.

Jamais la production de ces certificats ne dispensera le médecin de la crèche d'un examen du petit rentrant. Car, étant seul responsable, il doit pour le mieux contrôler par lui-même l'exactitude des renseignements fournis et en apprécier la valeur.

Après un licenciement, les rentrants, sans exception, subiront préalablement l'examen médical individuel. C'est nécessaire puisque tous étaient suspects d'infection lors de leur renvoi. L'oubli de cette précaution a été plus d'une fois, à notre connaissance, cause d'un retour offensif de l'épidémie.

Examen clinique quotidien des arrivants par la directrice. — Chaque matin la directrice accueille elle-même, un par un, les arrivants; interroge la mère qui les apporte sur la manière dont ils ont passé la nuit; s'assure qu'ils ne présentent aucune éruption dangereuse; contrôle, au besoin, l'état de la gorge et, s'il y a lieu, prend la température. Celui qui a de la fièvre accompagnée soit de catarrhe oculo-nasal, soit de toux, sera éliminé d'emblée. Les maux d'yeux, l'impétigo seront, de leur côté, sinon toujours exclus, au moins signalés à l'attention de la berceuse intéressée.

D'où cette double nécessité, la directrice doit :

1° Recevoir quotidiennement en personne les arrivants;

2° Etre capable de reconnaître les premiers symptômes des maladies à craindre.

Si certains cas restent douteux pour elle, elle isolera le suspect jusqu'à la visite du médecin qui décidera lui-même.

Déshabillage et toilette des arrivants; costume de la crèche. — L'enfant reçu par la directrice passe aux mains de sa berceuse qui, au vestiaire, le débarrasse de sa coiffure, de son manteau, de sa robe; puis l'emporte au lavabo pour procéder à sa toilette.

Celle-ci devant être générale et exiger par conséquent un déshabillage complet, il ne sera guère plus long d'y pourvoir au moyen d'un bain quand la crèche sera munie de baignoires et d'eau chaude à volonté. Nous faisons cette remarque parce que nous avons maintes fois constaté que les bains ne sont donnés qu'avec une excessive et inexplicable parcimonie jusque dans les établissements les mieux dotés, sous ce rapport, du nécessaire.

Quoi qu'il en soit, l'enfant lavé, de façon ou d'autre, des pieds à la tête, est revêtu du costume de la crèche qui ne consiste parfois — c'est un minimum — qu'en une robe ou grande blouse enveloppant ses vêtements personnels.

En résumé donc, vestiaire et lavabo sont quelque chose comme un lazaret où les entrants sont aseptisés avant de franchir le seuil de la crèche proprement dite.

Division de l'effectif en groupes isolés. — Ces précautions prises, reste à prévoir qu'elles seront mises en défaut tantôt par un contagieux méconnu et admis le matin, tantôt par un enfant arrivé bien portant et tombant malade au cours de la journée.

Contre pareilles erreurs ou fatalités, il faut répartir l'effectif en sections isolées les unes des autres, de manière à réduire au minimum le champ de diffusion des contages.

Or, que se passe-t-il couramment, à cet égard, dans les établissements même les plus modernes et les plus dispendieusement construits en vue de leur destination? La population enfantine y est divisée en deux lots : les maillots couchés dans leur dortoir, d'une part; de l'autre, tout le reste, c'est-à-dire les cinq sixièmes de l'effectif. Cette séparation entre ceux qui dorment et ceux qui jouent bruyamment est indispensable, mais ne saurait suffire; le groupe trop nombreux des grands a besoin d'être subdivisé.

On commencera donc par séparer les poupons (six à dix-huit mois) des enfants plus âgés qui courent; on fera même ensuite deux groupes de poupons : ceux qui restent assis, ceux qui s'essaient à la marche, quand c'est possible d'après la distribution des locaux et surtout le nombre des berceuses dont on dispose, car chacune de ces unités doit avoir sa gardienne spéciale et responsable si l'on veut établir entre elles mieux qu'une vaine apparence d'isolement.

Grâce à ces mesures, une affection contagieuse importée du dehors menacera non plus la crèche entière, mais une seule de ses sections; et, le cas échéant, un licenciement partiel suffira pour limiter l'expansion du mal, sans qu'il faille recourir dans ce but à la fermeture complète de l'établissement.

Chambre d'isolement. — La chambre d'isolement sera toujours prête à servir, c'est-à-dire désinfectée, aérée, propre. De cette façon, sans perte de temps, on y pourra reléguer tout suspect, qu'une berceuse, momentanément distraite de ses fonctions habituelles, aura mission de surveiller et de soigner. Pendant la durée de cette garde, celle-ci devra naturellement éviter tout contact avec le reste de la crèche, où elle ne reprendra sa place qu'après s'être désinfecté soigneusement les mains, avoir changé de blouse et de tablier, pris, en un mot toutes les précautions requises.

En raison du trouble qu'ils jettent dans le service normal, les séjours à la chambre d'isolement seront réduits au strict minimum, et l'on rendra les petits malades à leur famille dans le plus bref délai possible.

Licenciement. — Le licenciement, entraînant le chômage et de l'œuvre elle-même et des mères auxquelles on rend leurs enfants, doit être aussi rare, restreint et court que la prudence le permet.

Coqueluche, diphtérie et rougeole, à cause de leur début insidieux et de leur gravité, sont les seules maladies capables de le justifier.

La coqueluche ne l'entraîne que tout à fait exceptionnellement, car une surveillance attentive permet d'enrayer l'épidémie dès son origine.

La diphtérie est peu fréquente à la crèche. En revanche elle est si redoutable qu'elle légitimera une fermeture immédiate si l'on ne pratique sans délai les injections préventives de sérum.

Quant à la rougeole, faute d'un signe précoce capable de la déceler sûrement, elle reste la cause principale, sinon unique, des licenciements dans les crèches même les mieux surveillées. Lorsqu'un cas en a été constaté, surtout parmi les enfants qui marchent et jouent entre eux, il faut fermer ou la crèche (licenciement général), ou le groupe menacé (licenciement partiel) avant que les contaminés ne deviennent dangereux à leur tour, c'est-à-dire six jours après le contact supposé infectant. On disperse les suspects pour une durée de neuf jours au minimum. Ainsi à leur retour, quinze jours pleins se sont écoulés depuis la date de contamination possible; la période maxima d'incubation est close et les infectés présentent des prodromes aisément diagnosticables qui permettent de les éliminer individuellement. Un enfant exclu entraîne avec lui ses frère et sœur à quelque groupe qu'ils appartiennent. En revanche, on peut excepter les sujets qu'on sait avoir eu déjà la rougeole, les récidives à brève échéance restant exceptionnelles.

Désinfections. — Ces précautions prises pour écarter le malade lui-même de la crèche, reste à assurer l'antisepsie des locaux où il a séjourné et des objets qu'il a contaminés. D'où deux séries de mesures à prendre : désinfection générale des salles de la crèche quand un incident l'exige; désinfections courantes de tous meubles, linges, vêtements exposés à des souillures incessantes.

La désinfection générale des locaux et du matériel pourra être faite soit au moyen du sublimé (procédé municipal), soit au moyen du formol selon les indications de Flügge (1) ou de Dopter (2). En même temps les lits et berceaux sont regarnis, le contenu des paillasses est renouvelé et les enveloppes mises à la lessive. Ces opérations seront faites d'urgence quand un cas de maladie contagieuse aura été constaté. Par conséquent la chambre d'isolement sera désinfectée de cette façon dès la sortie de chaque malade.

Les désinfections journalières seront pratiquées au moyen de solutions antiseptiques nettement teintées : sublimé et sulfate de cuivre, par exemple. La solution de sublimé servira pour les mains des berceuses qui nettoient les enfants, pansent souvent des conjonctivites et de l'impétigo, soignent momentanément le malade relégué à la chambre d'isolement. Le médecin devra donc veiller avec le plus grand soin à la propreté chirurgicale des mains et des vêtements de son personnel (blouses et tabliers). Une solution forte de sulfate de cuivre (5 p. 100) servira pour le lavage des vases de nuit, des planchers, des meubles (fauteuils, fers de lit ou berceau,

(1) A.-J. Martin. La désinfection par l'aldéhyde formique gazeuse, *Revue d'hyg. et de police sanit.*, Paris, Masson, juillet 1899, p. 613 à 627.

(2) Dopter. Sur la désinfection des locaux par la pulvérisation d'une solution de formol, *Revue d'hyg. et de police sanit.*, Paris, Masson, fév. 1902, p. 131 à 144.

pouponnière) quand ils seront souillés de déjections et de vomissements. Dans une solution faible du même sel (2 p. 100), on fera tremper les couches salies et les carrés de molleton garnissant les berceaux. Les jouets, que les enfants portent volontiers à la bouche, seront brûlés en cas de besoin. Assiettes, verres, cuillères seront passées à l'eau bouillante. Les tétines sont strictement personnelles. Les éponges seront supprimées et remplacées par le coton hydrophile.

Tels sont les moyens qui permettent, autant que possible, de soustraire la clientèle des crèches aux dangers de contagion et d'épidémie qui la menacent si gravement. On le comprend, pour en assurer l'application méthodique, il faut avant tout un personnel instruit et expérimenté. C'est au médecin qu'il incombe, non seulement d'organiser, diriger, surveiller tous les détails de cette prophylaxie, mais encore de fournir à la directrice et aux berceuses l'enseignement professionnel dont elles ont besoin pour la mener à bien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1909)

Myopathie atrophique progressive. — M. LANDOUZY nous a communiqué une observation très intéressante relative à un cas de myopathie atrophique progressive qu'il a pu suivre pendant trente ans. Cette observation, prise depuis le début de la maladie jusqu'à la mort et confirmée par l'autopsie, est une justification complète du travail publié sur ce sujet, il y a déjà de longues années, par MM. Landouzy et Déjerine. Ce qui fait surtout l'intérêt de cette observation c'est, d'une part, que M. Landouzy a pu suivre le malade pendant trente ans, et, d'autre part, qu'il peut présenter le squelette du myopathique, sur lequel on peut constater les lésions et les déformations osseuses du thorax et du bassin chez un myopathique, déformations qui avaient déjà pu être révélées par la radiographie.

Les principaux caractères que présentent ces os sont les suivants : gracilité excessive des os des membres, courbure exagérée des fémurs, déformations particulières du thorax et du bassin.

Dès l'âge de seize ans, ce malade avait perdu les quatre cinquièmes de son système musculaire. Il est mort à quarante-cinq ans, et son squelette pourrait être pris pour celui d'une toute jeune fille. Le squelette présente une ensellure considérable si bien que le bassin, quand le squelette est dans la position verticale, regarde l'horizon et quand il est couché, se présente comme une coupe qui regarde le ciel. Le détroit supérieur et le détroit inférieur sont rétrécis; les deux moitiés du bassin sont asymétriques.

Le frère de ce malade était également myopathique. On sait que c'est là une affection familiale.

Ce malade était dans l'impossibilité de clore les paupières, la myopathie atrophique ayant commencé, chez lui, par l'atrophie des muscles palpébraux et par l'atrophie de l'orbiculaire des lèvres, si bien que ce malade ne pouvait ni siffler, ni souffler une bougie. Peu à peu cette atrophie s'est étendue à tous les muscles.

Les muscles de la vie organique étaient restés indemnes; il y avait une intégrité complète du système nerveux central et périphérique. Chez ce malade on constatait une disparition complète, absolue de tout le système musculaire.

Cette myopathie atrophique progressive diffère essentiellement de l'atrophie musculaire d'origine myélopathique. Dans cette dernière maladie le point de départ est dans le système nerveux, dans la moelle. Or, le système nerveux et la moelle sont absolument indemnes dans la myopathie atrophique progressive, maladie que l'on pourrait appeler la maladie de Déjerine et de Landouzy.

Le malade qui fait l'objet de cette intéressante observation est mort de phtisie pulmonaire.

M. RAYMOND fait ressortir tout l'intérêt de cette observation qui présente le type complet de la maladie décrite par MM. Landouzy et Déjerine, disparition complète des muscles, atrophie de ces muscles débutant toujours au même âge, altérations osseuses, etc.

Pathogénie des douleurs dites de croissance. — M. P. COUDRAY fait une communication sur ce sujet. Les douleurs simples de croissance, c'est-à-dire douleurs qui ne s'accompagnent ni de gonflement local, ni de fièvre, sont observées chez des enfants ou des adolescents, issus de parents arthritiques.

L'examen des urines de ces enfants montre des troubles certains de la nutrition, caractérisés notamment par une diminution des éléments minéraux, et surtout par une exagération parfois énorme de l'acide urique.

Ces faits prouvent que les douleurs en question sont des phénomènes arthritiques, sans doute de nature congestive, ayant pour siège la zone osseuse voisine du cartilage de conjugaison. Elles n'ont aucun rapport ni avec l'ostéomyélite, ni avec la fièvre de croissance qui n'est vraisemblablement elle-même qu'une ostéomyélite atténuée. La thérapeutique découle de cette théorie pathogénique.

Migration des bacilles de la lèpre. — M. MARCHOUX. Le bacille de la lèpre est toujours intracellulaire et cantonne dans les cellules lépreuses. Celles-ci ne diffèrent pas des globules blancs mononucléaires. Englobé dès son entrée dans l'organisme, le bacille d'Hansen protégé par son enveloppe cireuse résiste à l'action digestive des cellules phagocytaires, et forme de véritables colonies. Quand ces cellules sont remplies de microbes, elles s'immobilisent mais, jusque-là, elles obéissent comme les cellules saines à toutes les attractions chimiotactiques. Il s'ensuit qu'elles déterminent l'infection dans tout l'organisme et qu'elles portent les microbes spécifiques dans des cellules qui ne possèdent aucun pouvoir phagocytaire. Ces migrations peuvent être facilement suivies chez les malades par examen, sur lames, du sang prélevé soit au niveau des tubercules, soit sur la face antérieure de l'un des doigts.

— L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture des rapports de M. Kermorgant sur les titres des candidats au titre de membre associé libre.

ANALYSES

CHIRURGIE

La fracture de Bennett du premier métacarpien. Diagnostic et traitement. (Samuel ROBINSON. *Boston med. and surg. Journ.*, 27 fév 1908, vol. CLVIII, n° 9, p. 275.) — La fracture du premier métacarpien décrite par Bennett en 1881 est une fracture oblique de la base de l'os, détachant du corps de l'os cette apophyse palmaire, sorte de bec qui s'articule avec le trapèze. Le petit fragment reste en contact avec le trapèze, tandis que le corps de l'os est subluxé en dehors. Cette subluxation se réduit très facilement avec un peu de crépitation, mais se reproduit aussitôt. La réduction ne peut se maintenir que si la réunion des deux fragments a été obtenue.

Dans une étude très complète de cette lésion reposant sur 92 cas radiographiés et 5 cas provenant de pièces anatomiques, Robinson met en relief certains points importants de son histoire.

De tous les métacarpiens le premier et le cinquième sont

de beaucoup le plus souvent fracturés. Pour le premier métacarpien 64 p. 100 de ses fractures sont des fractures transverses de peu de gravité. La fracture de Bennett : fracture oblique intra-articulaire, est, contrairement à l'opinion courante, beaucoup plus rare et ne comprend que 28 p. 100 des fractures.

Elle résulte toujours d'une chute sur la main, et si le pouce est en abduction il en résulte la fracture d'un petit fragment, tandis que s'il est en adduction le fragment est beaucoup plus étendu, car le trait de fracture est presque transversal.

Le diagnostic est souvent difficile. Cependant une simple entorse du premier métacarpien n'entraînera pas de déformation et de crépitation osseuse. Une saillie dorsale éloignée du niveau de l'articulation du trapèze, accompagné de crépitation et de gonflement local, se rapportera à une fracture transversale du corps chirurgical. Une saillie dorsale au niveau de l'articulation du trapèze, se réduisant facilement avec un peu de crépitation mais se reproduisant aussitôt, est en faveur de la fracture de Bennett. Une saillie analogue qui ne se réduit que par une traction considérable et avec un grattement sans crépitation, et qui reste réduite, se rapporte à une luxation du métacarpien. Cette dernière est fort rare et les cas décrits sont presque tous des fractures de Bennett méconnues.

Robinson insiste sur la nécessité de la radiographie pour toutes ces lésions de la base du premier métacarpien. Le diagnostic précis est indispensable pour le traitement. En effet, alors que la fracture transverse guérira sans déformation avec un simple appareil d'immobilisation, la fracture de Bennett nécessite l'emploi d'un appareil à traction continue imaginé et construit par l'auteur.

Il montre par un exemple et une série de radiographies que la simple immobilisation ne suffit pas à obtenir la coaptation des fragments, que la traction continue sur le pouce est nécessaire. De plus cette traction doit être maintenue pendant trente à quarante jours, sans quoi, comme il l'a vu dans un cas, on voit la déformation se reproduire rapidement et le malade conserver une diminution de l'étendue et de la force des mouvements du pouce. M. LANCE.

Fistule entre le fond de l'utérus et la portion supérieure de l'intestin grêle. Opération. Guérison. (W. P. GRAVES. *Amer. journ. of Obstetrics*, mars 1908.) — Femme de trente-huit ans, délivrée de son neuvième enfant par une application de forceps. L'utérus se déchira, et même avant la naissance de l'enfant une anse d'intestin descendit dans le vagin. Peu à peu, les symptômes, assez peu accusés d'ailleurs, s'amendèrent. Six semaines après l'accouchement, Graves trouva une femme émaciée, dans le délire, avec un vagin et des fesses très excoriés. Une sonde utérine pénétra directement dans l'intestin. L'écoulement venait de la partie supérieure de l'intestin et parfois contenait de la bile pure. A la laparotomie, on trouva que l'intestin avait été lésé à environ 60 centimètres du duodénum, le bout central s'implantant sur la corne utérine gauche; le bout périphérique était à quelque distance, oblitéré et collé aux parois pelviennes par des adhérences.

Entérorrhaphie terminale, fermeture de la plaie utérine à l'aide du ligament large. Drainage. Guérison.

F. GARDNER.

Opérations multiples et opérations consécutives sur les reins pour calculs. (W. Wayne BABCOCK. *Ann. of Surg.*, vol. XLVII, n° 4, avril 1908, p. 600-611.) — Commentant un récent article de Watson (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 39, avril 1908, p. 364) où un cas de néphrotomie bilatérale en une seule séance pour calculs est donné comme le premier publié, Babcock fait remarquer que cette priorité n'est probablement due qu'au fait que les chirurgiens ont négligé de publier leurs observations.

La néphrolithotomie est en effet fréquemment suivie par la reformation de pierres dans le rein, soit que l'infection urinaire persiste, soit que l'on y ait laissé quelque fragment, soit qu'un corps étranger, caillot ou autre, ait servi de noyau à la concrétion néoformée, soit enfin que les mêmes causes générales qui ont produit le premier calcul, président aussi à la formation du second.

Les opérations multiples sont bien tolérées par le rein, s'il n'y a pas d'infection. La néphrostomie simple non seulement ne guérit pas, mais semble favoriser celle-ci.

Babcock relate cinq cas : 1° un d'anurie calculeuse, où depuis cinq ans furent pratiquées quatre néphrolithotomies, une néphrotomie, une néphrectomie et une néphrostomie. L'opéré survit encore; 2° un cas où des néphrotomies multipliées furent faites sur les deux reins, puis une double néphrostomie, puis une néphrectomie. Guérison; 3° un cas de néphrolithotomie suivie de néphrotomie, après que l'appendice eut été enlevé par erreur; 4° et 5° enfin deux autres observations montrant l'opiniâtreté de récidive des calculs; la dernière observation se termina par la mort.

A noter que Babcock opère ses reins après rachitropacocaïnisation ou rachistovaïnisation. F. GARDNER.

La cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant. Statistique de 76 cas, avec 76 guérisons définitives. Quelques remarques sur la cure radicale chez l'adulte. (L. JULIEN. *La pédiatrie pratique*, 1er août 1908, p. 173.) — La plupart des chirurgiens d'enfants attendent pour faire la cure radicale de la hernie inguinale que l'enfant ait vingt mois ou deux ans; jusqu'à ce moment, l'enfant porte un bandage; quand l'enfant a deux ans, on enlève le bandage et si la hernie persiste, il faut opérer. M. Kirmisson admet cependant qu'avec le progrès de l'asepsie, on peut opérer dès la première année. M. Julien proscrit complètement le bandage et érige en principe qu'on doit opérer toutes les hernies de l'enfant; la cure radicale peut être faite dès l'âge de trois mois, pourvu qu'il ne s'agisse pas d'un débile ou d'un malade, pourvu que l'opération soit faite dans un milieu convenable par un chirurgien sûr de lui et de sa méthode.

Le principal argument en faveur des interventions précoces est l'insuccès fréquent du bandage, souvent mal appliqué ou insuffisant et dont l'emploi nécessite des soins et une surveillance continus; aussi les insuccès sont-ils plus fréquents dans la classe pauvre, où le port du bandage est mal surveillé. L'auteur réfute aussi les objections faites à la cure radicale de la hernie chez les nourrissons; l'enfant supporte bien l'anesthésie, la perte de sang est insignifiante quand la cure radicale est habilement faite; les complications respiratoires ou digestives consécutives à l'opération sont exceptionnelles.

Sur une série de 76 cas de cures radicales pratiquées à l'hôpital de Tourcoing, chez des enfants âgés de trois mois à treize ans, M. Julien n'a pas eu un seul décès. Chez 36 opérés revus récemment, les résultats définitifs sont excellents : pas de récidive, petite cicatrice souvent presque invisible, testicule en bon état de descente et de nutrition.

L. BABONNEIX.

NEUROLOGIE

Etude des dégénérations secondaires bulbo-protubérantielles et médullaires du faisceau pyramidal. (BARBÉ. Th. de Paris, 1908.) — L'auteur a étudié, en détail, seize cas de lésions dégénératives du faisceau pyramidal, et, à l'aide de ces documents, critique les diverses théories concernant le trajet de ce faisceau; ce travail est accompagné d'une bonne bibliographie. Voici les points saillants des conclusions. Dans la protubérance, « il semble que la dégénération des fibres pyramidales soit en rapport avec l'étendue des lésions cérébrales ou mésencéphaliques ». Dans la moelle, il ne semble pas que la forme du faisceau pyramidal direct dépendît du siège de la lésion causale : qu'il y ait altération cérébrale ou protubérantielle, ce faisceau garde le même aspect. Il

a tendance, au niveau de la moelle cervicale, à descendre dans le fond du sillon médian antérieur, pour redevenir plus superficiel dans la moelle dorsale; c'est à ce niveau qu'il prend une forme incurvée à concavité postéro-externe; il est presque constamment séparé de la pie-mère par une mince bande de fibres restées saines, la dégénération du faisceau pyramidal s'accompagne de son atrophie et de l'atrophie du côté correspondant du névraxe; il n'y a pas d'hypertrophie compensatrice du faisceau sain. L. ALQUIER.

Sclérose latérale amyotrophique d'origine émotionnelle. (GALLETTA, *Rivista di patol. nerv. e mentale*, 1908, p. 400-418.) — C'est l'histoire clinique d'une femme de trente-deux ans qui, à la suite d'une violente émotion, présenta les signes d'une sclérose latérale amyotrophique, à début bulbaire et à marche chronique, avec rachialgie. L'auteur compare ce fait à d'autres publiés par divers auteurs. L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

Recherches sur l'action des métaux colloïdaux électriques dans quelques infections. (M. Julio APARICIO. Th. de Bogota (Colombie), août 1908.) — Le docteur Julio Aparicio (de Bogota) a consacré sa thèse inaugurale à une revue d'ensemble de l'action thérapeutique des ferments métalliques dans quelques infections. Ce travail constitue une mise au point de la question dans laquelle l'auteur a mis à profit la littérature scientifique si abondante qui, depuis quelques années, traite avec détail de l'action de ces nouveaux agents médicamenteux. M. J. Aparicio apporte en outre des faits expérimentaux qui lui sont personnels et qui lui ont permis de formuler les conclusions suivantes :

« 1° Les métaux colloïdaux électriques (électrargol, etc.) peuvent rendre des services importants dans le traitement de quelques maladies infectieuses;

2° Les injections intra-musculaires de ces substances sont suffisamment actives à moins que les circonstances exigent d'agir rapidement; dans ce cas la voie intra-veineuse est préférable;

3° Les injections ne sont pas douloureuses et ne laissent pas de nodosités, leur application est parfaitement inoffensive sauf les dangers qui se réfèrent aux injections en général;

4° Les métaux colloïdaux doivent s'employer avec les autres médications que nécessitent les divers symptômes de la maladie. Le collargol peut être également utile dans le traitement de quelques infections mais on doit l'appliquer en injections intra-veineuses;

5° Nous n'avons pas étudié lequel des deux produits, électrargol ou collargol, est supérieur à l'autre, mais l'application du premier est beaucoup plus facile puisqu'on peut employer toutes les voies pour son introduction, tandis que le second est seulement actif en injections intra-veineuses et celles-ci, comme l'on sait, ont leurs dangers;

6° Les doses employées sont de 5 centimètres cubes d'électrargol en injections intra-veineuses, et de 10 centimètres cubes en injections intra-musculaires. » L. GAYARD.

Le bromural (monobromisovalérianylate d'urée). (RÉMY. *Prov. méd.*, n° 29, 12 juillet 1908.) — Dans cette étude l'auteur insiste particulièrement sur l'étude clinique du bromural. Il montre que cet hypnotique est avant tout d'une innocuité parfaite, qu'il ne donne lieu à aucun trouble digestif, nerveux ou circulatoire, qu'il est bien supporté par les cardiaques ou les malades souffrant de l'estomac. On ne constate après son administration ni somnolence, ni lourdeur de tête, ni obnubilation.

Ces propriétés ressortent nettement des expériences que l'auteur a faites, en particulier dans le service du professeur Deléarde (de Lille), sur des enfants, par qui des doses de 0gr60 et 1 gramme de bromural furent très bien supportées sans troubles stomacaux ni sécréteurs. L'usage prolongé n'entraîne pas l'accoutumance, les mêmes enfants ont pris 1 gramme de bromural pendant plus de dix jours sans aucun malaise. Bien que Würschmidt ait signalé une éruption chez une hystérique, après la prise de 60 centigrammes de bromural, M. Rémy a cependant eu l'occasion de voir supporter sans aucun malaise, sans aucune manifestation, des doses de 2 grammes de bromural pendant huit jours par une jeune fille, chez qui l'administration de 4 grammes de bromure avait occasionné une éruption d'acné bromique assez violente.

Enfin, la narcose, obtenue avec d'autres hypnotiques, n'existe pas chez les sujets traités par le bromural. En général, ils s'endorment de cinq à vingt-cinq minutes après l'absorption du médicament; la durée du sommeil provoqué est de trois à cinq heures, et dans les cas où le sommeil s'étend au delà de ce laps de temps, c'est que le sommeil naturel s'est greffé sur le sommeil artificiel.

Les malades qui ont le plus bénéficié du bromural sont, d'après l'expérience de M. Rémy, des hystériques, des neurasthéniques et des tuberculeux au début. Les sueurs des tuberculeux ont diminué avec le bromural.

Chez les sujets un peu âgés le bromural amène facilement le sommeil, son absence de toxicité et son élimination facile le font recommander chez eux.

En résumé, le bromural est un médicament d'administration très facile, d'une toxicité presque nulle, ne s'accumulant et ne produisant pas de narcose. Il procure un sommeil paisible, cinq à vingt minutes après son absorption, d'où le malade sort frais et dispos. Les indications se bornent aux cas d'insomnie légère, lorsque les phénomènes irritants et douloureux n'existent pas. En outre, son effet sédatif nerveux, quoique peu développé, le fait indiquer dans les maladies spasmodiques avec insomnie. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Exploration de l'appareil urinaire (1), par Georges LUYS. Deuxième édition revue et augmentée.

Couronnée dès son apparition par l'Académie de médecine (prix Laborie 1907) la première édition de l'ouvrage du docteur Georges Luys sur l'*Exploration de l'appareil urinaire* a été complètement épuisée en moins d'un an. Ce fait montre le grand intérêt que le public médical a porté à cet important travail, et l'accueil flatteur qui lui a été fait est fort mérité. En effet, les idées si originales et les inventions de l'auteur ont puissamment contribué à la simplification et au perfectionnement de l'exploration si difficile des voies urinaires, et devaient nécessairement forcer l'attention. Ses méthodes d'urétroscopie, de cystoscopie à vision directe, et de séparation endo-vésicale des urines, discutées, il est vrai, à leur apparition, se sont imposées néanmoins aujourd'hui, moins cependant par les luttes que l'auteur a dû soutenir en leur faveur, que par la perfection des résultats qu'obtenaient avec elles tous les chirurgiens impartiaux qui en faisaient l'essai loyal.

La deuxième édition que l'auteur présente aujourd'hui comprend cent pages de plus que la première, et le nombre des figures y est augmenté de soixante et une figures nouvelles; de plus, deux planches en couleur inédites sont ajoutées à celles qui existaient déjà. Dans cet ouvrage, se trouvent rassemblés tous les modes d'exploration de l'appareil urinaire, épars jusqu'ici dans les livres classiques de manière à en former un faisceau destiné à armer le praticien pour la lutte contre les maladies des voies urinaires.

Ce livre est divisé en quatre parties qui traitent successi-

(1) In-8 de 610 p. avec 226 fig. dans le texte et 6 pl. en couleur. — Paris, 1909, Masson et Cie.

vement de l'exploration de l'urètre, de la vessie, de l'uretère et du bassinet, et du rein.

L'illustration de cet ouvrage a été l'objet d'une attention particulière : la plupart des figures qui y sont représentées sont originales, et, dans un grand nombre d'entre elles, le lecteur a l'impression que c'est lui-même qui opère, et que les mains représentées sur les figures ne sont autres que les siennes.

Magnifiquement édité, ce livre se recommande à l'attention de tous ceux qui veulent apprendre comment on parvient à établir un diagnostic précis dans les maladies des voies urinaires. Après sa lecture, le praticien bien documenté saura soit faire le nécessaire lorsque les circonstances l'y obligeront, soit demander avec précision au spécialiste tel examen qu'il jugera utile.

L. GAYARD.

FORMULAIRE

ABCÈS PELVIENS

Repos absolu, laxatifs, grands bains, lavements à la glycérine. Onctions sur le ventre avec la pommade :

Thigénol	4	grammes.
Extrait de belladone	1	—
Extrait d'opium	2	—
Vaséline	20	—
Lanoline	10	—

Lavements chauds à l'eau bouillie, matin et soir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

LA RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES. — Le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux recteurs des différentes Académies une circulaire relative à l'application du décret du 11 janvier 1909 (voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 6, p. 68).

Le ministre rappelle combien l'élaboration de cette réforme fut longuement étudiée : l'enquête qui fut au préalable ouverte auprès de toutes les facultés de médecine, les travaux de la commission de soixante-quatorze membres où figuraient non seulement des professeurs des facultés et écoles de médecine, mais des membres du Parlement, des savants désignés par leurs travaux, des médecins des hôpitaux, des représentants des principales associations médicales. « Cette Commission, dit M. Doumergue, s'est acquittée de sa tâche avec une conscience et une compétence auxquelles je tiens à rendre hommage. »

Le ministre ajoute :

« J'ai le droit d'espérer qu'un décret qui a été préparé avec tant de soin contribuera à améliorer notablement des études dont les progrès sont si étroitement liés au bien public. Fortifier à la fois, par la fréquentation assidue et méthodique des cliniques et des laboratoires, l'éducation scientifique et l'éducation professionnelle du futur médecin, lui donner par tous les moyens possibles et sous toutes les formes l'habitude de l'observation et de l'expérimentation, développer en même temps chez lui le sentiment de ses devoirs et de sa responsabilité, tel est le but qu'on s'est proposé.

Les Facultés et Ecoles de médecine comprendront certainement combien il importe que l'application de toutes les dispositions de ce décret soit entourée des plus sérieuses garanties. »

Avant de fixer la date à laquelle la réforme sera appliquée, le ministre désire connaître, d'une façon précise, quelles mesures les Facultés comptent prendre pour assurer, dans les meilleures conditions, l'organisation nouvelle. Il les invite à en délibérer et leur demande un avis motivé avant le 1er mai.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Alard (de Paris), Barillet (de Reims), Basche, Bassinot, Bécart (de Paris), Bernard (de Juvisy-sur-Orge), Bouhében (de Paris), Boutier (de Loches), Brosset (de Paris), Castri (d'Ault), Cayrol (Mme) née Vinsonneau (de Paris), Chevreux (de Villersexel), Cossa (de Nice), Curie (de Paris), Delplanque (de Lille), Dunème et Dupont (de Paris), Florentin (de Robert-Espagne), Guillemin (de la Rochelle), Hugon (de Paris), Jardon (d'Huriel), Jocqs et Keim (de Paris), Loze (de Rieux), Luyt (de Neuilly), Massier (de Nice), Miette (de Saint-Ouen), Poizat de Gérente, Stora et Thomas (de Paris), Valmyre (d'Hyères).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Astruc (de Saint-Cloud), Audemard (de Lyon), Aurenche (de Paris), Balhadère (de Pissos), Belot (de Paris), Belzer (de Bordeaux), Benoît (de l'Arba), Besançon (de Villefranche-sur-Saône), Bled (de Laon), Boisserie (de Sauveterre-de-Guyenne), Boissier (de Milhaud), Boulogne (de Valenciennes), Bourguet (de Sommières), Braunberger (de Paris), Breton (d'Antibes), Brissé Saint-Macary, Caldaguès (de Saint-Raphaël), Cammas (de Paris), Carré (de Guise), Cazin (de Provenchères-sur-Favé), Champenois (de Paris), Chazet (de Domont), Cochet (de Broons), Couffon (de Saint-Quentin-en-Mauges), Coulomb (de Paris), Dupont (de Tourcoing), Escaravage (de Malaunay), Estrada (de Paris), Fiuheux (de Croisilles), Francon et Geoffroy Saint-Hilaire (de Paris), Gilis (de Nîmes), Grabias (de Pierrelaye), Guérin (du Chesne), Hilaire (de Levallois-Perret), Houssay (de Pontlevoy), Huot de Saint-Albin (d'Asnières), Huyon (de Martigny), Jourdan (de Montpellier), Laisney (de Paris), Lancien (de Carhaix), Leroy (de Lille), Lévy (de Belfort), Malsang (de Champeix), Meunier (de Calais), Millas (de Bois-Colombes), Milliot (de Villejuif), Milon (de Versailles), Ollivier (de Tananarive), Paulouch (de Bordeaux), Philippe (d'Arignac), Rigal (de Janville), Rivière (de Lanta), Robin (de Bordeaux), Sautelet (de Saint-Sauveur), de Tastes (de Paris), Texier (d'Angoulême), Thieux (de Sisteron), Vincent (de Colombes), Vuillième (d'Issy-les-Moulineaux), Weil et Weisgerber (de Paris).

BANQUET EN L'HONNEUR DU DOCTEUR JULES VOISIN. — La Société de pathologie comparée, la Société d'hypnologie et de psychologie, l'Ecole de psychologie et le Syndicat de la presse scientifique ont décidé d'offrir un banquet au docteur Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière et médecin en chef du Dépôt, à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur.

Le banquet aura lieu le samedi 20 mars 1909, au Grand Hôtel (entrée 1, rue Auber), sous la présidence de M. le docteur F. Raymond, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, et sous la présidence d'honneur de M. le docteur Fernand Dubief, vice-président de la Chambre des députés.

Le prix du banquet a été fixé à 15 francs. Les amis et élèves du docteur Jules Voisin, qui ne pourraient assister au banquet, sont invités à contribuer par leur souscription à l'achat du souvenir qui lui sera offert à cette occasion.

Adresser les adhésions et les souscriptions à M. le docteur Bérillon, 4, rue Castellane, et à M. le docteur Tonchard, chef de clinique de la Faculté, 79, rue d'Amsterdam.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Audiffrent (de Paris) et Pierre (de Berck-Plage).

LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE UROLOGIQUE. — MM. Desnos et Minet feront une série de leçons à leur clinique, 15, rue Malebranche, à partir du 1er mars, les lundis et vendredis, à quatre heures.

NOTES POUR L'INTERNAT

GRENOUILLETTE

DÉFINITION. — On distingue sous ce nom des tumeurs kystiques développées le plus souvent dans la région sublinguale, parfois dans la région sus-hyoïdienne et dont la pathogénie encore très discutée n'est probablement pas univoque.

SYMPTOMES. — I. AU DÉBUT. — Se développant souvent chez des adolescents, plus souvent chez des adultes, la grenouillette a un début insidieux.

Les *symptômes fonctionnels* sont peu importants, un peu de gêne de la langue pouvant modifier la prononciation, aucune douleur; le malade vient consulter pour une petite tumeur remarquée par lui dans le plancher de la bouche.

Symptômes physiques. — En ouvrant la bouche, on trouve une tumeur unilatérale, ovoïde, saillante sur le plancher, du volume d'une noisette à un œuf de poule; elle refoule la langue qui semble basculer vers l'autre côté. Elle va de la dernière molaire au frein de la langue et parfois passe du côté opposé, bilobée dans ce cas et en apparence double. La muqueuse à sa surface est rosée ou bleuâtre, mobile, lisse. Sa consistance enfin est nettement fluctuante.

II. PLUS TARD. — La tumeur augmentant de volume, les *symptômes fonctionnels* deviennent notables. Il y a de la gêne de la mastication et de la déglutition. La parole est difficile surtout pour les linguales et les dentales. La respiration peut même être entravée et on a observé des accès de suffocation. La compression exercée par la tumeur peut déterminer des douleurs névralgiques, en particulier dans le domaine du lingual.

L'*examen* montre une tumeur de plus en plus grosse, bosselée, couverte d'une muqueuse toujours libre, mais épaissie par endroits en placards d'aspect cartilagineux. La langue est fortement refoulée du côté opposé et est ainsi exposée à être pincée entre les arcades dentaires; on peut retrouver la trace de ces morsures.

III. Dans la GRENOUILLETTE SUS-HYOÏDIENNE, on trouve dans la région sus-hyoïdienne antérieure sous la branche horizontale du maxillaire inférieur, une tumeur arrondie rénitente ou fluctuante de grosseur variable. Généralement elle coïncide avec une grenouillette sublinguale et on peut, en mettant un doigt dans la bouche et l'autre sous le menton, renvoyer le liquide d'une poche à l'autre à travers le mylohyoïdien.

ÉVOLUTION. COMPLICATIONS. — Elles sont rares. La suppuration est exceptionnelle. La rupture est moins rare; la poche s'amincit progressivement, en un point s'ulcère, se vide : la tumeur disparaît et avec elle tous les symptômes. Mais bientôt l'orifice s'oblitère, le liquide se reforme et la tumeur se reproduit.

Le pronostic en est donc bénin; désagréable par la gêne fonctionnelle qu'elle détermine la grenouillette n'est que très exceptionnellement dangereuse par les accidents de suffocation qu'elle peut entraîner.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — SIÈGE. — La sublinguale est sous la muqueuse buccale, elle refoule en dedans le canal de Warthon, en bas et en dehors la glande sublinguale qui s'étale sur son bord inférieur. La sus-hyoïdienne est entre le mylohyoïdien et les plans superficiels sous le peaucier.

CONTENU. — A l'ouverture de la poche s'écoule un liquide clair, muqueux, parfois hématique, ne contenant généralement ni ptyaline, ni sulfocyanate de potassium. La poche est presque toujours uniloculaire.

STRUCTURE. — La paroi comprend : 1° une assise conjonctive de tissu adulte ou embryonnaire suivant les cas, contenant quelques fibres musculaires; 2° un épithélium très fragile, polymorphe, plutôt cylindrique cilié, unistratifié, disposé en couches multiples de cellules polydriques ayant parfois subi la dégénérescence muqueuse.

PATHOGÉNIE. — Des théories très nombreuses ont été mises en avant qui font de la grenouillette : 1° une ectasie du canal de Warton; 2° une inflammation de la bourse séreuse de Fleichmann; 2° une production des glandes de Blandin-Nühn; 4° une dégénérescence muqueuse de la sublinguale (Suzanne); 5° une oblitération calculeuse ou inflammatoire des conduits de la sublinguale (Hippel); 6° un cystoépithélioma de la sublinguale (Montade); 7° l'origine congénitale de la grenouillette défendue par Imbert et Jeanbrau, Cunéo et Veau, paraît être la plus acceptable dans la plupart des cas. La grenouillette serait due au développement de débris épithéliaux restés inclus dans le plancher lors de la fermeture chez l'embryon du sillon paralingual externe qui forme la sublinguale alors que l'interne donne le canal de Warthon. Cette théorie s'appuie : 1° sur les rapports anatomiques de la grenouillette; 2° sur son évolution qui est bien celle d'un kyste mucoïde; 3° sur l'identité de l'épithélium polymorphe de la grenouillette avec celui des premiers stades de la muqueuse buccale.

DIAGNOSTIC. — Il s'impose généralement. On peut cependant confondre la grenouillette avec : 1° un lipome du plancher de la bouche; 2° un angiome; 3° un lymphangiome qui apparaît dès la naissance et se développe rapidement; 4° un kyste hydatique du plancher. Toutes choses rares.

Il faut aussi éliminer des tumeurs désignées à tort sous le nom de grenouillette : 1° la grenouillette sanguine de Dolbeau, tumeur érectile et réductible; 2° la grenouillette congénitale qui est un kyste branchial; 3° la grenouillette aiguë qui est un phlegmon circonscrit du plancher.

TRAITEMENT. — L'*incision simple* ou suivie de curetage et cautérisation de la poche a donné des récidives fréquentes.

Les *injections modificatrices* (chlorure de zinc) après ponction ont souvent donné d'assez bons résultats.

L'*excision totale* de la poche est le traitement de choix. Les récidives sont dues à une extirpation incomplète; la tumeur se reforme aux dépens des débris d'épithélium non extirpés. Elle se fait par voie buccale. L'ablation de la sublinguale nécessaire pour les auteurs qui lui attribuent un rôle pathogénique est absolument inutile d'après Cunéo et Veau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Pratique thérapeutique, par M. COURTOIS-SUFFIT et Fernand TRÉMOLIÈRES. Un vol. relié toile de 704 pages, avec une préface de M. le professeur Albert ROBIN. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Guide pratique du médecin dans les accidents du travail. Leurs suites médicales et judiciaires, par E. FORGUE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Eloi, et E. JEANBREAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, chirurgien de l'hôpital général. Préface de M. Jean CRUPPI, ministre du Commerce et de l'Industrie. Deuxième édition augmentée et mise au courant de la jurisprudence, revue par M. MOURRAL, conseiller à la Cour de Rouen. In 8 de XIX-576 pages, cartonné toile. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les Dilatations de l'estomac, par le docteur R. GAULTIER, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. In-16 de 96 pages avec 14 fig., cartonné (Actualités médicales). — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 24. — SAMEDI 27 FÉVRIER 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 27 FÉVRIER 1909. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — MM. Chantemesse passe du Bastion 29 à l'Hôtel-Dieu; Aviragnet de Bichat aux Enfants-Malades; Gouget du Bastion 29 à Tenon; Claude va au Bastion 27, Auclair et René Marie au Bastion 29.

— CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AU CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite* : *Anatomie pathologique*. — Séance du 24 février 1909 : MM. Weill (Benjamin), 9; Gaultier, 7; Fouquet, 9; Merklen, 10; Darré, 9; Simon, 8.

Symptomatologie. — Séance du 23 février : MM. Touchard, Agasse-Lafond, Le Sourd et Leven, 8; Laubry, 9; Froin, 10; Halbron, 8.

Séance du 25 février : MM. Léri, 8; Herscher, 9; Salomon et F. Lévi, 7; Vitry, 9.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie*. — Séance du 25 février : MM. Gauchery, 8; Photiadès, 6; Genil Perrin, 5; Donzelot et Larcher, 7; Prost et Caudrelier, 9; Lévy (Pierre), 11; Castex, 7.

La prochaine séance aura lieu le samedi 27 février, à huit heures du matin.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 20 février 1909 :

M. le médecin principal de première classe Trifaud, directeur du service de santé des troupes débarquées à Casablanca, passe à l'hôpital militaire de Marseille, pour ordre, en attendant une affectation ultérieure.

M. le médecin principal de deuxième classe Simon, médecin chef de l'hôpital militaire de Constantine, est nommé directeur du service de santé des troupes débarquées à Casablanca.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jacques Farina, ancien médecin de l'hôpital de Menton (Alpes-Maritimes). Il était le père de M. le docteur Paul Farina (de Menton).

LEÇONS PRATIQUES SUR LES MALADIES DE L'ESTOMAC. — Le docteur G. Leven commencera le vendredi 5 mars, à dix heures et demie, à l'hôpital Tenon, une série de six leçons, sur les maladies de l'estomac (diagnostic, traitement et présentation de malades).

Ces leçons auront lieu le vendredi, dans le service du docteur Caussade, salle Pidoux.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — De mars à juin, auront lieu, au laboratoire, des travaux pratiques de psychologie, sous la direction de M. Henri Piéron, maître de conférences, assisté de M. J.-M. Lahy, chef des travaux.

Ces travaux comprendront l'emploi des méthodes de psychologie physiologique et de psychologie expérimentale.

Quelques séances seront consacrées aux études préparatoires d'anatomie et histologie comparées, de physiologie cérébrale et de psycho-physiologie comparée.

Ces travaux auront lieu au laboratoire de psychologie expérimentale, à l'asile de Villejuif, les mercredis, de deux heures et demie à cinq heures et demie.

En outre, une série indépendante de cinq séances de démonstrations sera consacrée à l'examen psycho-physiologique de malades atteints d'affections nerveuses et mentales.

Le nombre des places étant strictement limité, on est prié de se faire inscrire, soit au laboratoire, à l'asile de Villejuif, soit au laboratoire d'évolution de la Sorbonne (3, rue d'Ulm), soit chez M. Piéron (96, rue de Rennes). Les personnes inscrites seront avisées de leur admission avant le 1er mars.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Stations hivernales (Nice, Cannes, Menton, etc.)*. — Billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, valables 33 jours.

Du 15 octobre au 15 mai, la Compagnie délivre, dans toutes les gares de son réseau, sous condition d'effectuer un minimum de parcours simple de 150 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes pour les stations hivernales suivantes : Toulon, Hyères et toutes les gares situées entre Saint-Raphaël-Valescure, Grasse, Nice et Menton inclusivement.

Le prix s'obtient en ajoutant, au prix de quatre billets simples ordinaires (pour les 2 premières personnes), le prix d'un billet simple pour la 3e personne, la moitié de ce prix pour la 4e et chacune des suivantes.

La durée de validité des billets peut être prolongée une ou plusieurs fois de 15 jours moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100. Arrêts facultatifs.

Faire la demande de billets quatre jours au moins à l'avance à la gare de départ.

Des trains rapides et de luxe composés de confortables voitures à bogies desservent, pendant l'hiver, les stations du Littoral. Paris-Nice (1087 kilom. en 13 h. 45) par le train « Côte d'Azur rapide ».

REVUE GÉNÉRALE (1)

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE AU LABORATOIRE

(ÉTUDE DE QUELQUES NOTIONS RÉCENTES)

Par J. LÉVY-VALENSI,
Interne des hôpitaux de Paris.

Le laboratoire rend chaque jour de nouveaux services à la clinique dans le diagnostic de la tuberculose.

Le cadre de cet article nous oblige à faire un choix parmi les nombreux travaux qui traitent de cette question.

Nous nous bornerons à étudier ici :

1° Les acido-résistants;
2° Le sang chez les tuberculeux.
3° Le diagnostic par la tuberculine.

I

Les acido-résistants. — L'acido-résistance est la propriété que possède le bacille de Koch coloré par la fuschine de Ziehl, de résister à l'action décolorante des acides.

C'est là le caractère tinctorial principal de ce microbe. Des travaux récents ont montré qu'il existe d'autres microbes qui possèdent cette propriété à un degré plus ou moins accusé.

On comprend combien cette constatation paraît déconcertante pour le diagnostic. Nous allons voir si une bonne technique permet de reconnaître à coup sûr le bacille de Koch.

Nous suivrons dans cette critique les indications recueillies dans l'excellente thèse de Philibert (Paris, 1908).

Cet auteur croit qu'il faut distinguer parmi les acido-résistants, les vrais qu'il appelle tuberculoïdes et les pseudo-acido-résistants qui sont les plus nombreux.

Les TUBERCULOÏDES ou acido-résistants vrais sont aussi alcoolo-résistants et ils ne perdent pas ces propriétés par les cultures. Ils comprennent :

1° *Les bacilles de la tuberculose humaine, bovine, aviaire, porcine.*

2° *Un groupe de bacilles non cultivés* : B. de la lèpre, B. de Ginsberg, B. de la pseudo-lèpre des rats de Stefanski et Dean, B. de la Verruga du Pérou.

3° *Bacilles du beurre* : de Petri-Rabinowitsch, de Korn I et II, de Tobler I, II, III, IV, de Benvenutti, de Marne, de Binot, de Aujeski, de Beck, de Herbert, de Hern et Beninde.

4° *Bacilles du lait* : de Mœller, de Carnevali.

5° *Bacilles de la nature* : B. de Thimotei, B. de Mœller (graminées).

6° *Bacille de la pseudo-pommelière des bovidés* (Mœller).

7° *Bacilles trouvés chez l'homme* : gangrène pulmonaire (Rabinowitsch), Smegma (Mœller), amygdale (Beck), mucus nasal (Karlinski) (2).

La simple lecture de cette liste fait voir que le plus grand nombre des tuberculoïdes ne se rencontrent pas chez l'homme, le diagnostic ne se pose donc pas.

(1) Reproduction interdite.
(2) Ce dernier n'est pas alcoolo-résistant mais il se comporte dans les cultures comme un tuberculoïde.

Les tuberculoïdes qui constituent le septième groupe se reconnaissent à ce caractère essentiel, ils ne déterminent pas les lésions expérimentales du cobaye (1).

Quant à la lèpre elle se reconnaît aux difficultés presque insurmontables de sa culture, à l'alcoolo-résistance plus forte encore que celle du bacille de Koch (Baumgarten).

Le groupe des pseudo-acido-résistants est plus important à connaître car nous avons tous les jours à les séparer du bacille de Koch.

Voici leur énumération d'après Philibert.

1° *Mucus et Smegma* : B. de Laabs, B. de Lustgarten, B. d'Alvarez et Tavel, B. de Doutrelepont et Schutze, B. de Stolz, B. de Laser, B. de Czaplewski, B. de Neufeld, B. de Frænkel, B. de Weber, B. de Newjadowski et Kedrowski.

2° *Sécrétions sébacées* : B. de Gottshein (cérumen), B. de Laabs (peau), B. de Marzinowski (peau).

3° *Epanchements pleuraux et sang* : Bezançon et Philibert.

4° *Expectoration* : bronchite (Mœller), bronchectasie (Lichtenstein et Millhner), gangrène (Frænkel, Pappenheim, Ophüls, Gouget, Mayer, Folli), congestion pulmonaire (Zahn), pseudo-tuberculose humaine (Plexner), caverne (Aoyama et Miyamoto), bronchite fibrineuse (Lichtenstein), broncho-pneumonie (Birt et Leischmann).

5° *Divers* : fèces (cas de Jousset), pus d'otite (cas de Cima).

Les caractères différentiels entre les tuberculoïdes et les pseudo-acido-résistants ont été fixés par Philibert dans le tableau suivant :

	Tuberculoïdes.	Pseudo-acido-résistants.
M. de Gabbet (2).	colore en rouge.	quelques bacilles bleus.
Acide tart. saturé.	ne décolore pas.	décolore quelques bacilles.
Acide nitrique au tiers-rapide...	Id.	Id.
Acide nitrique au tiers .... 5 minutes.	Id.	ne résistent pas plus de 2 minutes.
Alcool absolu...	résistent 1 heure.	résistent 1/4 d'heure.
Bleu de Unna... 1 heure.	ne colore pas.	colore.

Rappelons enfin avec Philibert que les pseudo-acido-résistants qui doivent sans doute leurs propriétés aux milieux gras dans lesquels ils se trouvent accidentellement les perdent par la culture. Ils ne sont pas comme les tuberculoïdes héréditairement acido et alcoolo-résistants.

II

Le sang chez les tuberculeux (3). — Nous ne nous arrêterons pas ici sur les caractères cytologiques du

(1) Il faut ajouter à cette liste les cas d'Auclair, où des bacilles acido et alcoolo-résistants furent trouvés dans les crachats de malades soupçonnés à tort de tuberculose pulmonaire (submatité et sous-crépitants du sommet). Dans ces cas l'inoculation du cobaye, négative, permit seule de faire le diagnostic (AUCLAIR. *Presse méd.*, 8 juillet 1908).

(2) Après coloration au Ziehl, on traite la préparation une minute par le mélange suivant :

Bleu de méthylène........	2 grammes
Acide sulfurique 1/4.......	100 centimètres cubes

puis on lave.

Décoloration et recoloration se font ainsi dans un seul temps.

(3) Le plus grand nombre des méthodes étudiées à propos du sang sont applicables aux exsudats pathologiques chez les tuberculeux. Il en est ainsi de la bactérioscopie indirecte (homogénisation-inoscopie) et du séro-diagnostic. Nous croyons avoir obtenu la fixation du complément dans quelques exsudats tuberculeux (pleurésie, hydrocèle, hydarthrose). C'est là d'ailleurs une étude

sang chez les tuberculeux. Ces caractères peu précis ne sauraient servir au diagnostic.

Nous signalerons cependant l'épreuve ingénieuse du vésicatoire de MM. Roger et Josué, puis nous étudierons la bactérioscopie du sang et le sérum des tuberculeux.

1° Épreuve du vésicatoire (1). — D'après MM. Roger et Josué, le liquide exsudé dans la bulle d'un vésicatoire chez des tuberculeux offrirait deux caractères spéciaux : l'absence d'éosinophiles, l'existence de cellules particulières dites cellules hydropiques.

Ce procédé permettrait le diagnostic de tuberculoses latentes. Tarchetti, Germani et Chiaffre nient l'absence d'éosinophiles et font des cellules hydropiques les éléments modifiés de la couche muqueuse de l'épiderme.

2° Bactérioscopie. — La recherche du bacille de Koch dans le sang par l'examen direct donne des résultats peu encourageants.

Dans les cas de tuberculose pulmonaire chronique, cette méthode entre les mains d'Ewald, Ehrlich, Cantoni, Mickulicz a toujours donné des résultats négatifs.

Par contre dans un certain nombre de cas de tuberculose aiguë, Meissel, Lustig, Weichselbaum, Rutemayer ont vu leurs recherches couronnées de succès.

Les résultats négatifs de la méthode directe tiennent à la trop faible quantité de sang examiné.

Il fallait donc arriver à grouper dans cette faible quantité le maximum de bacilles en circulation.

Deux méthodes opposées concourent à ce même but.

La première, préconisée par Jousset, Bezançon, Griffon et Philibert, repose sur l'emprisonnement des bacilles dans le caillot et la dissolution de ce caillot.

La seconde, défendue par Lesieur, Lœper et Louste, Nattan-Larrier et Bergeron, se propose d'empêcher la coagulation du sang afin de réunir les bacilles par la centrifugation.

α. Méthodes du caillot. — I. *Homogénisation* (Bezançon, Griffon, Philibert). — C'est l'application à l'étude du caillot sanguin de la méthode de Biedert pour l'examen des crachats.

Cinq centimètres cubes de sang sont mélangés dans un mortier à 5 centimètres cubes d'eau distillée additionnée de 5 grammes de lessive de soude. Le caillot est broyé, puis on ajoute 20 centimètres cubes d'eau distillée. On fait bouillir dix minutes, puis on centrifuge dix minutes. Le culot est étalé et examiné par les procédés habituels.

II. *Inoscopie* (Jousset). — Pour appliquer ce procédé on peut prélever le sang soit directement dans une veine, soit au moyen de ventouses scarifiées.

Dans le premier cas, on recueille 30 à 40 centimètres cubes de sang au niveau d'une veine du pli du coude et on jette ce sang dans 150 ou 200 grammes d'eau distillée. Au bout de quelques heures on filtre ce sang laqué sur une compresse bouillie dans l'eau alcaline.

On a ainsi de petits flocons de fibrine qui lavés à l'eau distillée sur la compresse sont ensuite prélevés aseptiquement et placés dans un suc gastrique artificiel.

Il est plus simple de se servir de deux ou trois ventouses scarifiées ; au bout de quelques minutes le sang est coagulé. Les caillots sont lavés à l'eau distillée sur une compresse. Lorsqu'il ne reste plus qu'une masse rosâtre de fibrine on fait agir le suc digestif artificiel.

Le liquide digestif a la composition suivante :

Pepsine en paillettes du Codex........	1 à 2 gr.
Glycérine pure..................	} $\bar{a}\bar{a}$ 10^cmc
Acide chlorhydrique à 22° Baumé.	}
Fluorure de sodium..................	3 gr.
Eau distillée..........................	1 litre.

On se sert de 10-30 centimètres cubes de ce liquide placés dans un vase stérile.

L'opération exige deux à trois heures à la température de 38 degrés. Elle est plus rapide au bain-marie à 50 degrés. Il faut avoir soin d'agiter le mélange de temps en temps.

Le produit de cette digestion est centrifugé et étudié sur lames.

La coloration employée par M. Jousset est celle de Gabbet.

β. Méthodes du sang incoagulable. — I. *Méthode de Lesieur*. — Cet auteur se sert de la propriété curieuse que possèdent les humeurs de la sangsue, de rendre le sang incoagulable.

Les sangsues gorgées de sang, on leur sectionne la tête et on exprime le sang (25 à 30 grammes par sangsue), qui est centrifugé.

II. *Méthode de l'hémolyse*. — Lœper et Louste se servent d'un mélange de 1 gramme d'alcool à 90 degrés pour 2 grammes d'eau distillée. Ils aspirent directement le sang d'une veine dans une seringue aux deux tiers pleine de ce mélange. Ils agitent le liquide sanglant ainsi obtenu et centrifugent immédiatement.

III. *Méthode de l'hydro-hémolyse*. — Nattan-Larrier et Bergeron reçoivent le sang aspiré d'une veine dans des vases renfermant de l'eau distillée. Ils agitent quelques minutes, puis le liquide est centrifugé dans plusieurs tubes.

Dans ces deux procédés le culot est examiné par la méthode de Ziehl.

Rappelons que toute recherche bactériologique du sang pourra être contrariée par la présence d'acido et de pseudo-acido-résistants.

Cultures. — La culture du sang chez les tuberculeux est rarement pratiquée. Elle devra faire intervenir les procédés généraux qui conviennent à la culture du sang, appliqués aux milieux favorables au développement du bacille de Koch.

Inoculation. — Le sang est puisé directement dans la veine et c'est le caillot qui est inoculé sous la peau du cobaye.

La bactérioscopie du sang comme sa cytologie n'apportent que de bien faibles lueurs au diagnostic de la tuberculose. Elles ne répondent qu'à quelques cas particuliers.

Le sérum des tuberculeux permet l'application de méthodes plus générales que nous devons étudier. Ces méthodes reposent sur la constatation au niveau des humeurs des malades de propriétés spécifiques. Ces méthodes sont :

---

que nous poursuivrons. Kurt Mayer (*Deutsh. med. Woch.*, 14 mai 1908) a fait sans succès des recherches analogues, mais cet auteur contrairement à nous a essayé de déceler dans les exsudats l'antigène et non l'anticorps.

(1) *Presse méd.*, 8 mai 1901.

1° Le séro-diagnostic;
2° La réaction de fixation;
3° La méthode opsonique (1).

Séro-diagnostic. — L'agglutination des microbes par les humeurs des malades qu'ils infectent est devenue une loi à peu près absolue en bactériologie. Le bacille de Koch n'échappe point à cette loi.

Pour pratiquer le séro-diagnostic de la tuberculose il faut des cultures homogènes et autant que possible des bacilles mobiles.

Ces conditions difficiles ont été réalisées par Arloing et Courmont (1898).

Ces auteurs partent d'une culture luxuriante sur pomme de terre glycérinée. Ils prennent les grumeaux surnageant sur le liquide du fond, ces grumeaux sont portés au fond de matras à fonds plats de 75 centimètres cubes, à moitié pleins de bouillon peptoné (1-2 p. 100) et glycériné (6 p. 100).

Ces matras sont placés à l'étuve à 39 degrés et agités tous les jours quelques minutes, un agitateur électrique remplit parfaitement ce rôle.

Généralement au bout de huit à dix jours on a des cultures homogènes de bacille mobile.

Ces cultures seront essayées au moyen d'un sérum étalon. Si elles n'agglutinent pas assez on les remettra à l'étuve. Si au contraire il y a des amas avant l'addition du sérum on les diluera dans du bouillon glycériné.

On peut formoler les cultures (1 à 2 centimètres cubes de formol pour 200 centimètres cubes de culture). Ce procédé permet de conserver les cultures deux ou trois semaines.

Arloing et Courmont conseillent aussi de laisser les cultures s'enrichir un mois à l'étuve, puis de les diluer dans du sérum physiologique.

D'autres méthodes ont été préconisées afin d'obtenir des cultures utilisables pour le séro-diagnostic.

Koch-Romberg utilisent des émulsions de cultures solides.

Jousset et Peraskiopoulos (Soc. de biol., 24 juin 1905) se servent de cultures mortes. Ils prennent des cultures ordinaires en voiles stérilisées à 100 degrés. Un fragment du voile est lavé, puis broyé avec de la silice. La poudre ainsi obtenue est progressivement diluée dans une solution de chlorure de sodium 1 p. 1000 additionnée de 10 grammes de phénol. Le mélange est centrifugé et on se sert du liquide qui surnage. La réaction n'est nette qu'au vingtième.

Pratiquement c'est la méthode d'Arloing qui est employée avec le microbe d'Arloing, que l'on trouve dans les laboratoires.

Technique du séro-diagnostic. — A. *Agglutination à l'œil nu.* — C'est le procédé de choix, on se sert de tubes à essai stériles de cinq à six centimètres de longueur sur 7 millimètres de diamètre. Ces tubes sont inclinés à 45 degrés sur le porte-tubes et placés sur un fond noir.

L'un d'eux ne contient que quelques gouttes de culture, c'est le tube témoin; il doit demeurer trouble jusqu'à la fin de l'expérience et sans aucun dépôt.

Les autres reçoivent de la culture et du sérum de malades soupçonnés tuberculeux dans les proportions de une goutte de sérum, pour quatre, neuf, dix-neuf gouttes de culture.

La réaction demande de deux à six heures. Elle se fait à l'étuve à 38 ou 39 degrés.

Quand la réaction est négative le tube demeure trouble, quand elle est positive un dépôt se forme et le liquide surnageant s'éclaircit, enfin quand il y a ébauche de réaction le liquide demeure trouble malgré l'existence d'un dépôt.

Il ne faut pas confondre l'agglutination avec la sédimentation qui se fait à la longue. Celle-ci se fait aussi d'ailleurs dans le tube témoin.

B. *Agglutination au microscope.* — La présence d'amas nombreux au microscope dans les tubes en expérience viendra confirmer les résultats obtenus par le simple examen des tubes.

Résultats. — La difficulté du séro-diagnostic consiste dans le faible taux des dilutions employées. L'agglutination au vingtième qui n'a aucune valeur dans la fièvre typhoïde devient ici le plus souvent l'agglutination maxima.

Comment alors reconnaître cette agglutination de l'agglutination des sérums normaux.

Chez les individus normaux l'agglutination va croissant de l'enfance à l'âge adulte. Nulle chez le nourrisson elle est généralement inférieure à un tiers chez l'enfant, à un cinquième chez l'adulte.

Le taux pathologique variera donc selon l'âge.

Arloing et Courmont considèrent comme pathologique chez l'adulte une agglutination au cinquième. Jousset fixe la limite à un dixième.

La fièvre typhoïde, la pneumonie, la fièvre puerpérale, le rhumatisme ont donné des réactions positives. Ce sont là autant de causes d'erreurs.

Enfin les tuberculoses pulmonaires, très avancées, certaines tuberculoses aiguës ne donnent pas d'agglutination.

Le séro-diagnostic paraît surtout triompher dans les lésions localisées à marche torpide dans les tuberculoses chirurgicales.

Le séro-diagnostic de la tuberculose ne doit donc pas être dédaigné. Il ne faudrait pas cependant lui accorder une importance trop grande.

Si la réaction négative permet à peu près d'éliminer la tuberculose que signifie la réaction positive?

Elle peut trahir une lésion ancienne cicatrisée, elle peut déceler une lésion infime et faire diagnostiquer tuberculeuse une affection apparente d'une autre nature.

Réaction de fixation. — Cette réaction découverte par Bordet et Gengou fut appliquée au diagnostic de la tuberculose par Widal et L. Le Sourd

Voici le principe de la méthode :

1° Un animal A subit pendant plusieurs semaines des injections de sang défibriné d'un animal B d'une autre espèce.

Le sérum de A va acquérir la propriété d'hémolyser les globules de l'espèce B.

Cette hémolyse est due à la présence dans le sérum de A de deux substances (anticorps) : une alexine existant d'ailleurs dans tous les sérums, banale par conséquent et détruite par la chaleur à 56 degrés, une sensibilisatrice spécifique pour les globules de l'espèce B et créée par l'injection de ces globules à l'animal A. Cette substance n'est pas détruite par la chaleur à 56 degrés.

(1) La recherche de précipitines dans le sérum des tuberculeux créera peut-être une nouvelle méthode de diagnostic (Erich Stœrk. *Wiener klin. Woch.*, 27 fév. et 12 mars 1908).

2° La bactériolyse se fait par le même processus que l'hémolyse. Un malade infecté par un microbe X (antigène) formera dans son sérum, où existe déjà l'alexine banale, une sensibilisatrice spécifique pour ce microbe (anticorps).

Cette sensibilisatrice a la propriété de se fixer sur le bacille X et d'y fixer toute l'alexine disponible.

3° Si l'on met en présence des globules B avec un sérum préparé A chauffé une demi-heure à 56 degrés l'hémolyse ne saurait se produire, car il n'existe plus d'alexine. Pour que l'hémolyse se produise il faut donc fournir une alexine aux globules déjà sensibilisés.

Si l'on ajoute un sérum quelconque non chauffé, par conséquent une alexine, l'hémolyse se produira.

4° Si le sérum ajouté est celui d'un malade infecté par un microbe X, si ce sérum a été au préalable en contact avec une culture de ce même microbe, l'hémolyse ne se produira pas. Que s'est-il passé ? Le microbe X a trouvé dans le sérum sa sensibilisatrice spécifique et l'a fixée, puis a secondairement fixé l'alexine disponible. Donc plus d'alexine libre dans le mélange et plus d'hémolyse. Si le sérum examiné n'était pas celui d'un individu infecté par X l'alexine ne serait pas fixée, il y aurait hémolyse.

Technique de Widal et L. Le Sourd (Soc. méd. des hôp., 5 juillet 1901). — Le sérum choisi est celui du lapin rendu hémolytique pour les globules de poules.

Les injections sont faites dans le péritoine, on injecte huit, dix centimètres cubes de sang défibriné tous les six jours un certain nombre de fois, puis on laisse l'animal au repos dix jours environ. On peut alors prendre du sérum.

La culture employée est la culture homogène d'Arloing sur bouillon glycériné, culture vieille de trois à sept jours.

Cette culture est centrifugée au centrifugeur à eau de quinze à vingt heures. Elle est ensuite décantée et égouttée sur papier buvard. Le culot est émulsionné dans une solution de NaCl 7 p. 1000 que l'on fait couler goutte à goutte jusqu'à formation d'une émulsion homogène épaisse. C'est cette émulsion qui sera employée et non la culture car la glycérine ayant des propriétés hémolytiques fausserait les résultats.

On fera l'expérience dans les conditions suivantes.

Un premier mélange contiendra :

Deux gouttes de sérum d'un cobaye, neuf, recueilli dans les vingt-quatre heures. Ce sérum est ajouté à cause de sa richesse en alexine. L'alexine du sérum humain étant peu active.

Cinq gouttes d'émulsion microbienne.

Neuf gouttes de sérum à éprouver chauffé une demi-heure au bain-marie à 56 degrés. Ce chauffage semble inutile, cependant les résultats sont meilleurs lorsque le sérum a été ainsi privé de son alexine.

Le mélange est laissé cinq heures à l'étuve à 37-38 degrés.

Si le sérum appartient à un tuberculeux il fixe sur la culture grâce à sa sensibilisatrice l'alexine du cobaye.

Un deuxième mélange est formé d'un volume de globules de poule lavés par centrifugation avec de l'eau salée physiologique pour deux volumes de sérum hémolytique de lapin chauffé à 56 degrés.

On ajoute au premier mélange deux gouttes de ce dernier et on laisse quelques heures à la température du laboratoire.

Lorsqu'il s'agit d'un sérum de tuberculeux, l'hémolyse ne se fait pas, faute d'alexine. Les globules demeurent adhérents au fond du tube, sous forme d'un dépôt noirâtre et le liquide surnageant est clair. Au microscope les globules sont agglutinés, mais de coloration normale.

S'il ne s'agit pas de tuberculose l'hémolyse a lieu. Le dépôt est plus rouge, moins adhérent et le liquide franchement rouge. Au microscope les globules forment des groupes moins nombreux et sont décolorés.

Cette méthode a entre les mains de Widal et Le Sourd donné d'excellents résultats. Depuis elle a été négligée comme peu facile à exécuter.

Nous avons obtenu avec cette méthode dans un certain nombre de cas des résultats satisfaisants. Nous nous sommes servis de sérum de lapin préparé par des injections intra-péritonéales de sang humain.

Elle présente le grave inconvénient de donner des résultats négatifs dans les formes intenses ou à évolution rapide.

Marmorek (*Presse méd.*, 6 janv. 1909) a apporté une modification dans cette technique. Il croit à la présence dans les humeurs des tuberculeux d'une toxine qui n'est pas la tuberculine. Ce sera l'antigène, l'anticorps sera fourni par le sérum antituberculeux (sérum de Marmorek). Ces recherches ont été faites sur le sérum et les urines de 600 sujets.

Calmette a récemment préconisé une méthode nouvelle de diagnostic précoce de la tuberculose, basée sur un principe analogue à celui de la réaction de fixation : c'est l'activation du venin de cobra par les sérums de tuberculeux.

Certains sérums (homme, bœuf, porc), contrairement à d'autres (cheval, chien, rat, chèvre, mouton), ne possèdent pas la propriété d'activer le venin de cobra pour lui permettre d'hémolyser les hématies. Or, premier point : ces sérums acquièrent la propriété activante chez les sujets tuberculeux ; deuxième point : ils perdent cette propriété si on les met en contact deux heures à l'étuve à 37 degrés avec une émulsion de bacilles tuberculeux ou de tuberculine : il y a eu dans ce cas fixation de la substance activante (lécithines ou lipoïdes). Calmette. *Acad. des sc.*, 30 mars et 23 mai 1908 ; *Bull. méd.*, 24 oct. 1908.

Méthode opsonique. — Cette méthode est de découverte tout à fait récente. Imaginée par Wright en 1903 et appliquée d'abord expérimentalement au staphylocoque, elle entra ensuite dans le domaine de la clinique.

Elle est intéressante en matière de tuberculose au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique.

Nous allons essayer de résumer en quelques lignes cette intéressante méthode.

Opsonine vient du mot grec οψωνεω, du latin *obsono* (je prépare les aliments). La méthode est basée sur cette constatation :

Des leucocytes quelconques, mis en présence d'une culture microbienne, phagocytent beaucoup plus de microbes, si l'on ajoute au mélange le sérum d'un sujet immunisé pour ce microbe ou infecté par lui.

Les leucocytes n'ont par conséquent aucune spé-

cificité. Ce sont les bacilles qui modifiés, *cuisinés* par le sérum se laisseront plus facilement englober.

On a donné à cette propriété du sérum le nom d'opsonine.

Il existerait dans tout sérum une opsonine banale peu active, thermolabile, disparaissant à 60 degrés. D'autre part chez les sujets immunisés et infectés il se formerait une autre opsonine, spécifique, active, thermostabile.

Que faut-il penser de ces substances ou mieux de ces propriétés. Elles ressemblent étrangement à l'alexine et à la sensibilisatrice.

Pour employer la méthode opsonique il faut quatre choses : une culture de bacilles de Koch, des leucocytes, du sérum de tuberculeux, du sérum normal.

La culture est une culture humaine en voile. Le fragment prélevé est broyé au mortier d'agate, puis additionné goutte à goutte d'une solution de NaCl à 1,5 p. 100. L'émulsion très laiteuse est mise dans un tube très épais et agitée avec des perles de verre. On centrifuge, la partie supérieure dépourvue de grumeaux est alors décantée et chauffée un quart d'heure. L'apparence de l'émulsion à ce moment rappelle une culture d'Eberth de vingt-quatre heures.

Les leucocytes sont pris sur n'importe quel sujet, on pourrait se servir de sang d'animaux, mais le sang humain est préférable.

Généralement l'expérimentateur prend ses propres globules par scarification de la matrice de l'ongle. Il mélange quelques gouttes de sang à 8 à 10 fois leur volume environ de citrate de soude à 1,5 p. 100 ou 2 p. 100 fraîchement préparé.

On centrifuge, puis on remplace le liquide clair surnageant par une solution de NaCl à 0,85 p. 100, on mélange et on centrifuge de nouveau. Cette opération est recommencée plusieurs fois afin de bien laver les globules.

Il est facile alors de recueillir la couche crémeuse des leucocytes, sus-jacente à la couche rouge des hématies.

Les sérums sont obtenus par les procédés ordinaires, on peut les chauffer à 60 degrés pour détruire l'opsonine banale. C'est là une opération inutile.

La technique à suivre maintenant est des plus simples.

On prend une pipette, on fait un trait à l'encre à quelques centimètres de son extrémité, ainsi est délimitée une dose.

On aspire successivement dans la même pipette une dose de leucocytes, une dose de bacilles, une dose de sérum séparées par une bulle d'air. On jette le tout dans un verre de montre où l'on mélange rapidement, on remplit de nouveau la pipette, on la ferme et on la place horizontalement à l'étuve à 37 degrés.

Deux pipettes sont ainsi préparées, l'une avec le sérum à examiner, l'autre avec un sérum supposé normal, toujours le même autant que possible.

Après vingt minutes de séjour à l'étuve on mélange de nouveau et on étale sur plusieurs lames.

Les préparations fixées au sublimé saturé sont colorées au Ziehl à chaud et décolorées par l'acide sulfurique très dilué 2,5 p. 100. Les noyaux sont colorés énergiquement par un bleu basique.

Il faut maintenant compter les bacilles englobés par les leucocytes. On compte généralement 50 à 60 globules choisis de préférence à l'extrémité de la préparation, opposée à celle où a été déposée la goutte.

On a généralement 2 à 5 bacilles par globule. Lorsqu'il y en a trop pour que l'on puisse les compter on dit arbitrairement qu'il y en a 9.

Prenons un exemple, soit pour le sérum du malade, 50 globules renferment 150 bacilles, la moyenne $\frac{150}{50} = 3$;

soit pour le sérum normal, 50 globules renferment 100 bacilles, la moyenne $\frac{100}{50} = 2$.

On appelle index opsonique le rapport des deux moyennes $\frac{3}{2} = 1,5$.

Notons que l'index opsonique normal, qui théoriquement devrait égaler l'unité, varie entre 0,8 et 1,2.

Les résultats fournis par la méthode opsonique dans le diagnostic de la tuberculose méritent d'être signalés.

Les tuberculoses chirurgicales possèdent toutes un index bas. Wright et Douglas examinent 60 cas et trouvent de 0,4-0,8.

Bulloch examine 150 lupus et trouve en moyenne 0,75.

Un fait est intéressant. Si, par une légère constriction ou un massage, on traumatise la lésion, on voit l'index opsonique baisser brusquement.

D'après Wright, ces manœuvres auraient pour effet de faire entrer dans la circulation les poisons élaborés dans le foyer tuberculeux où ils sont stagnants ; c'est une auto-inoculation. L'inoculation de tuberculine produit un abaissement analogue.

L'étude de la courbe opsonique est plus instructive dans les tuberculoses aiguës et dans les tuberculoses pulmonaires.

Sur 100 phtisiques, 75 ont un index opsonique > 1; 20 en ont un < 1 et 5 ont un index normal.

Dans les formes aiguës, l'index varie constamment.

Ce n'est pas la détermination de l'index une seule fois qui aidera au diagnostic, mais l'étude de la courbe.

Cette étude montre l'extrême variabilité de l'index et c'est là le phénomène capital. Sans qu'il existe un rapport entre ces deux faits, on peut dire que les tuberculeux sont des déséquilibrés au point de vue opsonique comme ils le sont au point de vue thermique.

Sur le terrain du pronostic la méthode opsonique permet les conclusions suivantes :

1° Un index stable et supérieur à l'unité comporte un excellent pronostic ;

2° Un index stable inférieur à l'unité, un pronostic adéquat à la tuberculose locale qu'il représente et généralement en rapport avec la valeur numérique ;

3° Un index oscillant comporte un mauvais pronostic dont la gravité se mesure à l'amplitude des oscillations.

Disons en terminant, bien que cela sorte de notre sujet, que la méthode de Wright a permis au thérapeute de doser et de réglementer l'emploi de la tuberculine.

Rappelons que Wright a montré qu'il existe un abaissement de l'index opsonique à la suite de l'injection de tuberculine. Cet abaissement dure quelques jours, c'est la phase négative ; puis l'index se relève.

Tout le secret de la méthode consiste dans l'abstention pendant la phase négative.

III

Diagnostic par la tuberculine. — Des tentatives thérapeutiques malheureuses de Koch et de ses élèves, une notion importante est demeurée.

La tuberculine injectée dans de certaines conditions détermine chez les tuberculeux une élévation de la température.

La connaissance de cette particularité devait faire employer la tuberculine pour le diagnostic des lésions tuberculeuses, et pendant des années, on a, dans ce but, pratiqué des injections sous-cutanées de tuberculine. Cette méthode utilisée par des médecins avertis paraît être inoffensive ; mais néanmoins la tuberculine traduit son action par des manifestations générales. Elle exerce donc une perturbation dans l'organisme du malade.

On a employé ces derniers temps des procédés qui utilisent la tuberculine localement, déterminant des réactions diagnostiques locales. C'est ainsi qu'il faut étudier aujourd'hui après la vieille méthode ou sous-cuti-réaction, ses sœurs cadettes, la cuti et l'ophtalmo-réaction.

Enfin nous montrerons comment certains auteurs ont utilisé la tuberculine d'une façon indirecte, déterminant la réaction fébrile non plus chez le malade, mais chez l'animal inoculé avec les produits du malade.

La tuberculine ancienne de Koch ou tuberculine brute TO est la seule qui doive nous intéresser au point de vue du diagnostic.

De la tuberculine TR, nous ne dirons rien, sinon que, extraite de bacilles virulents, elle n'est pas inoffensive.

La tuberculine de Koch est extraite de cultures humaines ou aviaires. Ces cultures sont faites sur bouillon de veau légèrement alcalin additionné de 1 p. 100 de peptone et de 4 à 5 p. 100 de glycérine. Elles sont laissées à l'étuve six à huit semaines. Il se forme un voile à la surface. On évapore alors à 100 degrés au bain-marie jusqu'à réduction au dixième du volume, puis on filtre sur bougie.

On aurait pu aussi bien stériliser les cultures à l'autoclave, puis les filtrer simplement sur papier.

On garde le produit ainsi obtenu en tubes scellés. Lorsqu'on veut l'utiliser on le dilue au millième ou au dix-millième dans du sérum artificiel stérilisé ou dans de l'eau phéniquée à 1 p. 1000.

Il y aurait beaucoup à dire sur la sous-cuti-réaction, mais cette question ayant été récemment traitée dans ce journal par M. Labbé, nous renvoyons le lecteur à cette intéressante Revue générale (27 juillet 1907).

La cuti et l'ophtalmo-réaction ont vu le jour à peu près à la même époque.

Le 15 mai 1907, à la Société de médecine berlinoise, Wolff-Eisner signalait 150 cas d'ophtalmo-réaction à la tuberculine.

Le 20 mai de la même année, Von Pirket (*Berl. Klin. Wochens.*) indiquait la technique et les résultats de la cuti-réaction.

Depuis cette époque, on peut dire qu'il ne s'est pas passé de jour sans que la cuti et l'ophtalmo-réaction aient été traitées devant une Société savante allemande ou française.

A l'heure qu'il est on discute encore et il serait téméraire d'essayer de fixer cette question d'une façon définitive. Bornons-nous donc à indiquer la technique et les principaux résultats de ces méthodes nouvelles (1).

Cuti-réaction. — Elle se pratique au moyen de la tuberculine ancienne de Koch en solution à 1 p. 100. Une goutte est déposée sur le bras du patient, puis sont faites plusieurs scarifications.

Du premier au quatrième jour apparaît chez les tuberculeux une pustule comparable à la pustule vaccinale.

Ophtalmo-réaction. — Elle se fait avec une tuberculine sèche précipitée par l'alcool à 95 degrés. Cette tuberculine est généralement employée en solution à 1 p. 100 dans l'eau distillée stérilisée. Les solutions à 1/200 doivent être préférées.

On choisit un œil ne présentant aucune lésion, on abaisse la paupière inférieure et l'on dépose dans son cul-de-sac une goutte de la solution. La goutte est maintenue une demi-minute sur la paupière retournée, puis le malade renverse la tête laissant une demi-minute l'œil entr'ouvert.

Un pansement occlusif est institué alors.

Lorsque la réaction est positive, on voit de trois à cinq heures après survenir de la congestion et de l'œdème de la conjonctive palpébrale et avant tout de la caroncule qui se recouvre d'un exsudat fibrineux. Le maximum de la réaction est de la sixième à la dixième heure.

Les signes fonctionnels sont minimes, picotement, larmoiement. La température n'est pas modifiée. Tous ces troubles ont disparu en dix-huit heures chez l'enfant, trente-six heures chez l'adulte.

Wolff-Eisner admet 4 degrés de la réaction :

1° Trace de réaction (?);
2° Rougeur de la conjonctive;
3° Rougeur et exsudat muco-fibrineux;
4° Rougeur et exsudat avec chemosis (2).

Il faudra éviter de faire l'expérience deux fois sur le même œil, car il se produit souvent des phénomènes d'hypersensibilisation.

Après avoir accepté l'ophtalmo-réaction avec enthousiasme, les médecins s'aperçurent qu'elle n'était pas sans inconvénients. Quelques lésions oculaires immédiates ou secondaires ont été signalées. Doivent-elles faire renoncer à la méthode ? Certes non ; mais il faut avoir soin d'employer des solutions faibles de tuberculine 1/200 et d'éviter les yeux déjà altérés, surtout ceux présentant des lésions tuberculeuses.

Les deux méthodes que nous venons d'envisager rendent de grands services pour le diagnostic de la tuberculose. On peut leur faire un grand reproche, c'est d'être trop sensibles. S'il est vrai, comme on

---

(1) Depuis la remise de cet article de nombreux travaux ont paru sur cette question. Ces travaux sont exposés dans l'intéressante Revue générale de Villaret et Tixier (*Revue de la tuberculose*, 1908, nos 3, 4, 5).

Signalons cependant certaines variétés de la cuti-réaction :

1° Réaction par la piqûre (Hamburger. *Wien. klin. Woch.*, 1908, n° 12) : réaction inflammatoire au point d'inoculation dans les injections sous-cutanées de tuberculine ;

2° Réaction percutanée (Lignières et Berger. *Acad. des sc.*, 26 oct. 1907 ; — Moro. *Münch. med. Woch.*, 1908, n° 5 ; — Lautier. *Prov. méd.*, 8 fév. 1908) : sans scarifications préalables, on frictionne la peau avec une émulsion de bacilles morts ou une pommade à la tuberculine ;

3° Intra-dermo-réaction (Ch. Mantoux. *Congrès intern. contre la tub.*, sept.-oct. 1908 ; — Acad. de méd., 27 août 1908).

(2) Lafon et Lautier insistent sur la présence de polynucléaires dans l'exsudat (*Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 22 déc. 1907).

l'a prétendu, qu'elles révèlent même des lésions microscopiques, on conçoit le trouble qu'elles doivent jeter dans l'esprit du médecin qui cherche la nature d'une lésion cliniquement appréciable.

L'ophtalmo-réaction, un peu moins sensible que la cuti-réaction, devrait être préférée.

On a voulu tirer de l'ophtalmo-réaction quelques renseignements pour le pronostic. On a dit que les réactions franches indiquaient les formes à évolution favorable; les réactions faibles et écourtées seraient d'un mauvais pronostic. Plus sombre encore serait le pronostic quand chez les tuberculeux avérés les réactions sont nulles ou à peine ébauchées.

Au contraire, les réactions tardives et prolongées ne se rencontreraient que dans les tuberculoses tout à fait inactives.

Notons pour terminer que M. Arloing nie la spécificité de l'ophtalmo-réaction, la tuberculine n'agirait que comme substance vaso-dilatatrice.

Tuberculino-diagnostic indirect. — Dans cette méthode on n'utilise plus l'organisme du malade mais celui de l'animal, du cobaye auquel on injecte les produits organiques suspects. M. Marmorek (Soc. de biol., 15 déc. 1903) sous le nom de tuberculine-réaction précoce indique la technique suivante.

Il inocule au cobaye le produit suspect, puis une demi-heure après fait une injection de tuberculine intra-cérébrale. La température s'élève. Th. de Christmas croit que la seule injection intra-cérébrale suffit à déterminer la réaction.

M. Mérieux (Soc. de biol., 26 mars 1904) suit la technique opposée; à un cobaye tuberculisé il injecte le produit suspect.

La température s'élève en deux jours. Une première poussée brusque se fait de deux à six heures après l'injection, une deuxième poussée progressive se fait de vingt-quatre à trente-six heures après. Cette dernière aurait une plus grande importance pour le diagnostic.

Nattan-Larrier, sous le nom de tuberculine-réaction indirecte propose une méthode à peu près analogue à celle de Marmorek. Le cobaye reçoit le produit suspect, puis seulement quelques jours après la tuberculine.

Yamanouchi (*Wien. klin. Woch.*, 19 nov. 1908) vient de publier une méthode diagnostique à peu près semblable, mais basée sur l'anaphylaxie.

Il injecte dans le péritoine d'un jeune lapin le sang ou le liquide d'exsudat d'un individu suspect de tuberculose. Les deux jours suivants, l'animal reçoit de la tuberculine en injection intra-veineuse. Quand la réaction est positive, l'animal meurt avec les symptômes de l'anaphylaxie (*Sem. méd.*, 25 nov. 1908).

BIBLIOGRAPHIE

Articles généraux. — Bezançon. *Précis de microbiologie clinique*, Masson 1906. — Achard. *Congrès de la tuberculose*, 1905, rapport, « Diagnostic précoce de la tuberculose par les nouvelles méthodes ». — Nattan-Larrier. Diagnostic de la tuberculose par les nouveaux procédés de laboratoire, *Monographies cliniques* (Masson), 12 oct. 1905, n° 43. — Calmette. *Congrès de Washington*, 1908; — *Bull. méd.*, 24 oct. 1908.

Acido-résistants (d'après la thèse de Philibert, Paris 1908). — Aronson. *Deuts. med. Wochens.*, 1902. — Auclair et Paris. *Arch. de méd. expér.*, mars 1902. — Babes et Cantacuzene. *Ann. de l'Institut Pasteur*, nov. 1905. — Beck. *Deuts. med. Wochens.*, 1899, n° 9. — Bezançon, Griffon et Philibert. *Soc. de biol.*, 7 fév. 1903. — Bezançon et Griffon. *Congrès de la tuberculose*, Paris 1905; — *Bull. méd.*, 11 déc. 1907; — *Bull. de la Soc. d'études sc. sur la tub.*, déc. 1907. — Binot. *Arch. de parasitol.*, 10 mai 1903. — Borrel. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1893; — *Bull. de l'Institut Pasteur*, 1904. — Bureau. Th. de Paris, 1906, n°s 10, 11 et 12. — Camus et Pagniez. *Soc. de biol.*, 23 déc. 1905. — Cazottes. Th. de Lyon, 1904. — Ciaccio. *Soc. de biol.*, 24 mai 1904. — Courmont et Potet. *Arch. de méd. expér.*, janv. 1903. — Courmont. *Lyon méd.*, 1904, n° 4. — Cowic. *Journ. of experim. med.*, 1900. — Crouzon et Villaret. *Revue de la tub.*, 2 juillet 1903. — Falle. *Riforma med.*, 27 août 1901. — Klein. *Centralbl. f. Bakt.*, 1900. — Marmorek. *Zeits. f. Tub.*, 1900. — Mayer. *Münch. med. Wochens.*, 1900. — Michner. *Berl. klin. Wochens.*, 20 juillet 1903. — Mironescu. *Zeits. f. Hyg.*, 1901. — Mœller. *Centralbl. f. Bakt.*, 1901, n° 14; — *Revue de la tub.*, avril 1905. — Ophuls. *Journ. of med. research.*, 1902, n° 1. — Pottet. Th. de Lyon, 1902; — Ramond et Ravaut. *Progrès méd.*, 1er déc. 1900, etc., etc.

Bactérioscopie du sang et des liquides séro-fibrineux. — *Directe.* — Fernet. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 fév. 1895. — Ehrlich. *Berl. klin. Wochens.*, 1887. — Weber. Th. de Saint-Pétersbourg, 1895. — Jakowski. *Zeits. f. klin. Med.*, 1893. — Thue. *Norsk Magazine for laegevidenskaben*, mars 1895. — Grawitz. *Charite annalen*, 1893. — Loriga et Pensunti. *Rivista d'igiene et sanità publica*, 1892. — Meissels. *Wiener med. Wochens.*, 1884, n°s 39 et 40. — Lustig. *Wiener med. Wochens.*, 1884, n° 48. — Sticker. *Centralbl. f. d. klin. Med.*, 1885. — Weischelbaum. *Wiener med. Wochens.*, 1884, n°s 12. — Rutimeyer. *Centralbl.*, 1885, n° 21. — Bergeron. Th. de Paris, 1904.

Indirecte. — Bezançon, Griffon et Philibert. *Soc. de biol.*, janv. et 7 fév. 1903. — Biedert. *Berl. klin. Wochens.*, 1886, n°s 42 et 43, et 1891, n° 2. — Jousset. *Soc. méd. des hôpit.*, 9 janv. 1903; — *Sem. méd.*, 21 janv. 1903; — *Arch. de méd. expér.*, 1903; — *Soc. méd. des hôpit.*, 8 mai 1903; — *Sem. méd.*, 14 sept. 1904; — *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept. 1904. — Gargano et Resti. *Rivista crit. di cl. med.*, 1903, n° 31. — Kormoczi et Jassinger. *Deuts. med. Wochens.*, 1904. — Gebrovsky. *Roussk Vratch.*, 7 mai 1905. — Lœper et Louste. *Soc. de biol.*, avril 1904; — *Arch. de méd. expér.*, mai 1905. — N. Larrier et Bergeron. *Presse méd.*, 14 juin 1905. — Bonardi. *Gazz. degli osped. e delle clin.*, 1904, n° 88. — Masselon. *Presse méd.*, 19 sept. 1903.

Séro-diagnostic. — Arloing. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 9, 16, 31 mai 1898. — Arloing et Courmont. *Journ. de phy-siol. et de pathol. gén.*, 1900, n° 1; — *Congrès de Londres*, 1902. — Berthelon. *Variations de l'agglutination*, Th. de Lyon, 1904. — Buard. Th. de Bordeaux, 1900; — *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 15 sept. 1900; — *Gaz. heb. des sciences méd. de Bordeaux*, sept. 1900. — Grillot. Th. de Lyon, 1899. — Courmont. *Soc. de biol.*, 28 mai 1898 et nov. 1900; — *Presse méd.*, 11 juin 1898; — *Arch. de méd. expér.*, nov. 1900; — *Congrès de la tuberculose*, Paris 1898. — Marini. *La sero-reazione nella tuberculosi*, Bologne 1904. — Beck. *Deuts. med. Wochens.*, 1899. — Franck. *Münch. med. Wochens.*, 1902, n° 7. — Romberg. *Deuts. med. Wochens.*, 1901, n°s 18 et 19; — *Münch. med. Wochens.*, 1902, n° 3. — De Nobele et Beyer. *Soc. méd. de Gand*, 3 déc. 1903. — Descos. Séro-réaction chez l'enfant, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv. 1903. — Rumpf et Guinard. *Presse méd.*, 1902, n° 24.

Réaction de fixation. — Widal et Le Sourd. *Soc. méd. des hôpit.*, 5 juillet 1901. — P. Ruitinga. *Nederl. tyds. v. Geneesk.*, 2 et 11 juillet 1903. — Bordet et Gengou. *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 1903, p. 665; — *Acad. des sc.*, 1903; — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1901. — Gengou. *Berl. klin. Wochens.*, 26 nov. 1906; — *Soc. de biol.*, 28 juillet 1906; — Dembowski. *Soc. de biol.*, 3 sept. 1904. — Wolff et Hans Muhsam. *Deuts. med. Woch.*, 27 août 1908. — Cohn. *Deuts. med. Woch.*, 13 juillet 1908. — Christian et Rosenblot. *Deuts. med. Woch.*, 29 sept. 1908. — Marmorek. *Presse méd.*, 6 janv. 1909.

Méthode opsonique. — Wright et Douglas. *Proceed. of the Roy. Soc.*, vol. LXXII, 1903. — Leishman, *Brit. med. Journ.*, 11 janv. 1902. — Inman. *A Monthly Journ. of pract. med. and Surg.*, mai 1906. — Sawtchenkow. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1902. — Leishman. *Pathol. Soc. Trans.*, 1905, vol. LVI. — Neufeld et Rimpau. *Deuts. med. Wochens.*, sept. 1904. —

Dean. *Proceed. of the Roy. Soc.*, vol. LXXVI, p. 511. — Lœhlein. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 oct. 1905. — Wright et Reid. *Proceed. of the Roy. Soc.*, 1906, vol. LXXVII. — Denys et Leclef. *La Cellule*, 1895, vol. XI. — Crafton. *Journ. of Hyg.*, 1905. — Wright. *Lancet*, 23 déc. 1899. — Fyshe. *Montreal med. Journ.*, oct. 1906. — Hektœn et Ruediger. *Journ. of Infect. dis.*, 1905, p. 128. — Potter, Ditman et Bradley. *Amer. Journ. of Med.*, août 1906. — Hektœn. *Amer. Assoc. Journ.*, 12 mai 1906. — Crace Calvert. *Brit. med. Journ.*, juillet 1906. — Ross. *Id.* — Dodds. *Id.* — Muir et Martin. *Id.*, 22 déc. 1906. — Levaditi et Inmann. *Soc. de biol.*, 27 avril 1907. — Gay. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1905. — Lowenstein. *Zeits. f. Nyg.*, 1906. — Neufeld et Hühne. *Kaiserl. Gesund.*, vol. XXV. — Becher. *Zeits. f. Nyg.*, 1907. — Wright. *Presse méd.*, 1905, n° 13, trad. Jousset. — Fernet. *Brit. Journ. of Dermatol.*, 1906. — Gray. *Lancet*, avril 1906. — White. *Dublin Journ. of Med. sc.*, avril 1906. — Mc Farland. *Ann. arbor. Michyan.*, 28 déc. 1905. — Meahin et Wheeler. *Brit. med. Journ.*, 1905. — Lawson et S. Stewardt. *Lancet*, déc. 1905. — Man Gruber et Futaki. *Münch. med. Wochens*, 1906, n° 6. — Roos. *Wien. klin. Wochens.*, 1906, 37. — Weinstein. *Berl. klin. Wochens.*, 30 et 39. — Levaditi. *Presse méd.*, 31 août 1907. — Jousset. Rapport à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose (séance du 2 mai 1907), *Bulletin méd.*, 1907, n°s 37 et 38. — Sauerbeck. Wiesbaden 1907. — Urwick. *Brit. med. Journ.*, juillet 1905.

Diagnostic par la tuberculine. Sous-cuti-réaction. — Voir la bibliographie dans la Revue générale de M. Labbé, *Gaz. des hôpit.*, 27 juillet 1907.

Cuti et ophtalmo-réaction. — Wolff-Eisner. *Soc. de méd. berl.*, 15 mai 1907 ; — Traduction Kuss. *Bulletin méd.*, 1908, n° 13. — V. Pirket. *Berl. klin. Wochens.*, 20 mai 1907. — *Acad. des sc.*, Calmette, 17 juin 1907 ; — Vallée, 3 et 17 juin 1907 ; 13 fév. 1908. — *Soc. méd. des hôpit.* 1907, 21 juin, H. Dufour ; — 26 juin, P. Claisse ; — 28 juin, Letulle ; Sicard et Descomps ; Souques ; — 5 juillet, Souques ; — 12, 19 et 26 juillet, Comby ; — 19 juillet, Dufour et Buslé ; — 7 déc., Barbier, Rénon. — *Soc. de biol.*, 12 oct. 1907, Lemaire ; Calmette, Breton et Petit ; — 15 janv. 1908, Arloing ; — 15 fév., Etienne (de Nancy) ; — 14 mars, Sakorrophos ; — 2 mai, Arloing. — *Acad. de méd.*, 14 janv. et 4 fév. 1908, Calmette ; — 3 mars 1908, Ausset ; — 21 juin, Delorme. — *Soc. de méd. int. de Berlin*, 16 déc. 1907 et 6 janv. 1908, Fritz-Lévy ; — 20 janv. 1908, Citron ; — 3 fév. 1908, Möller, Lévi, etc. — Engel et Bauer. *Berl. klin. Wochens.*, 16 sept. 1907. — De Lapersonne. *Presse méd.*, 1907, n° 99. — Van Durme et Ev. Stocke. *Presse méd.*, 1908, n° 22. — Mantoux. *Revue de la tub.*, fév. 1908. — Oppert. Th. de Paris, 1908.

Tuberculine réaction indirecte. — Marmorek. *Soc. de biol.*, 25 déc. 1903 et 22 janv. 1904. — N.-Larrier. *Soc. de biol.*, 30 janv. 1904. — T. Christmas. *Soc. de biol.*, 13 fév. 1904. — Merieux. *Soc. de biol.*, 26 mars 1904 ; — *Revue de méd.*, 1906.

FORMULAIRE

ABCÈS DU SEIN

Compresses très chaudes imbibées d'eau boriquée.
Combattre la douleur avec la pommade :

Thigénol	2 grammes.
Extrait de belladone	0g50
Vaseline	30 grammes.

Incision profonde, si le pus est collecté ; compresses d'eau oxygénée.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 MARS 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

1er (oral) : MM. Nicolas, Branca et Ombrédanne.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Couvelaire et Mulon ; — (2e série) : MM. Delbet, Potocki et Rieffel ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Sicard ; — (2e série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper ; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 9 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Fernand Bezançon et Maillard.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pozzi, Demelin et Morestin ; — (2e série) : MM. Hartmann, Thiéry et Brindeau ; — M. Nicloux, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Quénu, Marion et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Hutinel, Jeanselme et Nobécourt ; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 10 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Branca et Lecène.

1er (oral) : MM. Brissaud, Rieffel et Proust.

3e (oral, 1re partie) : MM. Reclus, Couvelaire et Mulon ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 11 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Hartmann, Thiéry et Morestin.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Launois et Demelin ; — (2e série) : MM. Quénu, Brindeau et Lenormant ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 12 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Retterer et Rieffel.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Potocki et Branca ; — (2e série) : MM. Nicolas, Legueu et Couvelaire ; — (2e partie) : MM. Blanchard, Déjerine et Marcel Labbé ; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Gosset et Lecène ; — (2e série) : MM. Delbet, Proust et Ombrédanne ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 13 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Lenormant.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Auvray et Morestin ; — (2e partie) : MM. Hutinel, Nobécourt et Brumpt.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard ; — M. Maillard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin ; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

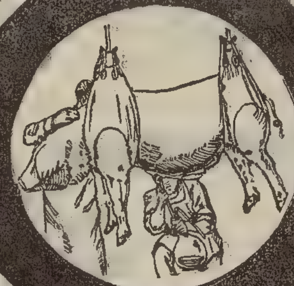
Mercredi 10 mars 1909, à une heure. — M. Picy. Diagnostic clinique et bactériologique du choléra. La prophylaxie. (MM. Blanchard, président ; Gaucher, Marcel Labbé et Macaigne.) — M. Ancibure. Quelques considérations sur le rôle thérapeutique de l'iodure dans la syphilis. (MM. Gaucher, président ; Blanchard, Marcel Labbé et Macaigne.) — M. Brechot. Contribution à l'étude de la pylorectomie. La gastro-duodéno-entérostomie. (MM. Kirmisson, président ; Delbet, Gosset et Ombrédanne.) — M. Vivicorsi. De la rétraction des muscles fléchisseurs des doigts (maladie de Volkmann). (MM. Delbet, président ; Kirmisson, Gosset et Ombrédanne.)

Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac, par Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 724 pages avec 14 schémas radioscopiques, cartonné toile. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.





BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cours de philosophie positive, t. IV : Partie dogmatique de la philosophie sociale, par Auguste COMTE. In-8 de 400 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères.

N° 25. — MARDI 2 MARS 1909. 82e ANNÉE. MARDI 2 MARS 1909. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AU CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite* : *Anatomie pathologique*. — Séance du 26 février 1909 : MM. Géraudel, 8; Malloizel, 9; Aubertin, 8; Lhermitte, 7; Lemierre, 10; Læderich, 9; Flourens, 6; Armand-Delille, 10.

Séance du 28 février : MM. Schaeffer et Tanon, 9; Lippmann, 7; Bensaude, 10; Beaufumé, 8; Courcoux, 10; Ribadeau-Dumas, 9; Jomier, 7; Camus et Ribierre, 10.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie*. — Séance du 26 février : MM. May et Camboulives, 9; Doucet, 7; Malet (Charles), 8; Routier, 9; Dragoesco, 5; Miriel, 8.

La dernière séance aura lieu le mercredi 3 mars, à quatre heures et demie.

Anatomie. — Séance du 27 février : MM. Maréchal, 5; Monod (Robert), 10; Lataillade, 7; Carrié, 12; Weber, 10; Vaudescal, 4; Bergeret, 9; Vilbort, 6; Guyonnaud, 8.

La prochaine séance aura lieu le mardi 2 mars, à huit heures du matin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Sicard, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris, pendant la durée du congé accordé au professeur Bouchard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Ont obtenu le diplôme de médecin colonial : MM. Barrière, Colat, Maupetit, Riou-Kérangal, Toucet, Cambriels, Féret, Fourrier, Goett, médecins de la marine; Isaac, médecin des troupes coloniales; Henao, docteur de l'Université nationale de Colombie; Neeb, médecin-major de l'armée des Indes néerlandaises.

— LYON. — M. Moreau, agrégé, est chargé d'un cours de matière médicale à la Faculté de médecine de Lyon, en remplacement de M. Beauvisage, sénateur.

GUERRE. — La Commission technique permanente pour la prophylaxie des maladies infectieuses dans l'armée est ainsi constituée :

Président : M. Vaillard, médecin-inspecteur, directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire, membre de la Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires, membre de l'Académie de médecine.

Vice-président : M. Vincent, médecin principal de deuxième classe, professeur (maladies et épidémies des armées) à l'Ecole d'application du service de santé, membre de l'Académie de médecine.

Membres : MM. Billet, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; Braun, médecin-major de première classe, à l'hôpital militaire Saint-Martin, détaché au ministère de la Guerre; Roussel, médecin-major de deuxième classe au 14e chasseurs à cheval, qui passe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris; Cathoire, médecin-major de deuxième classe au 8e bataillon d'artillerie à pied, qui passe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris; Schneider, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé (maladies et épidémies des armées), à l'Ecole d'application du service de santé militaire; Conor, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris; Dopter, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; Henry, médecin aide-major de première classe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris.

— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 26 février 1909 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Ferrand, passe aux hôpit. de la division de Tunisie; Sébillon, rappelé à la portion centrale du 1er étranger à Bel-Abbès.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Mathieu, passe au 101e d'inf.; Lamoureux, aux hôpit. de la division d'Oran; Mélot, au 1er cuirass.; Baumelou, au 12e chass. à cheval; Navas, au 11e bat. de chass. à pied; Imbert, au 143e d'inf.; Jullien, au 2e dragons; Ouin, à la direction du service de santé du 4e corps d'armée; Spindler, au 26e bat. de chass. à pied; Gruié, au 25e bat. de chass. à pied; Talon, au 4e spahis; Bablon, au 16e chass. à cheval.

HOMMAGE AU PROFESSEUR CHATIN. — A l'occasion de la promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur de M. le professeur Chatin, l'Union fédérative des médecins de réserve et de l'armée territoriale organise un banquet le jeudi 4 mars, à sept heures et demie du soir, à l'Hôtel Continental.

Les adhésions des personnes étrangères à la Société sont reçues chez M. le docteur Jeanton, vice-président, 18, rue Boccador. — Prix du banquet : 20 francs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Salathé, père (de Paris). Notre confrère, l'un des doyens des médecins de France, avait passé sa thèse en 1838 à Strasbourg; — et de M. le professeur Boursier (de Bordeaux).

A PROPOS DU TÉTANOS

Par MM. H. VENNAT et E. MICHELEAU.

Le récent article que nous avons publié sur « deux cas de tétanos développés malgré l'emploi préventif du sérum » (1) paraît avoir soulevé quelque émotion. On s'est préoccupé de l'étiologie un peu mystérieuse de nos observations, on a cherché à l'expliquer, cette étiologie. Désir très légitime, non seulement parce qu'il est pénible, à une époque de la médecine où l'expérimentation a tellement expliqué, de ne pas expliquer quelque chose, mais aussi et surtout — et ceci est médical, sinon scientifique — parce que nos deux observations sont, la première tout au moins, particulièrement troublantes, particulièrement angoissantes après tout ce qui a été dit et écrit sur la sérothérapie préventive du tétanos. Et elles le demeureront, nous en sommes, hélas! convaincus.

M. Guinard (2) n'hésite pas à incriminer le sérum employé : « Sérum mal préparé, ou trop vieux ou toxique substitué par erreur au sérum préventif ». Voici les résultats de notre enquête sur ces trois points :

Tout le sérum venait de l'Institut Pasteur. Il ne pouvait donc avoir été mal préparé.

Celui dont s'est servi notre confrère Louis H... (obs. I) dans les premiers jours de février 1908 avait été reçu de l'Institut le 16 décembre et fabriqué le 4 décembre 1907.

Notre confrère Jules H... (obs. II) fut injecté le 19 février 1908 avec du sérum reçu le 3 février et fabriqué le 1er février, et le 25 février avec du sérum reçu le 24 et fabriqué le 7 février. Le sérum n'était donc pas trop vieux.

Etait-il toxique? Son origine ne permet pas de le supposer. D'autre part, il serait vraiment étrange que les trois envois eussent contenu un sérum toxique et en eussent contenu seulement pour nos deux confrères; il ne paraît pas en effet s'être produit ailleurs aucun cas analogue, ce qui n'aurait pas manqué avec les sérums contemporains s'ils eussent été mal préparés ou toxiques. Dans la réponse qu'il a bien voulu faire à la date du 10 février à une lettre que nous écrivîmes quelques jours après la note de M. Guinard, M. le docteur Roux ne met pas en doute la bonne qualité du sérum, il lui paraît seulement que nos observations n'ont rien de commun avec des observations de tétanos.

C'est également l'opinion de M. Vaillard, opinion très nettement exprimée à deux reprises (3). Nous avons souvent cité le très savant article que M. Vaillard a écrit sur le tétanos (*Traité de médecine et de thérapeutique*, fasc. 4); nous ne saurions mieux faire que d'y recourir encore pour soutenir l'exactitude de notre diagnostic.

Mais, auparavant, il est indispensable de bien rétablir quelques faits; une documentation suffisante et exacte va nous le permettre à propos surtout de notre obs. II.

Pour celle-ci, en effet, le diagnostic de tétanos est plus que discutable. Nous reconnaissons très sincèrement que nous avons eu le plus grand tort de la publier sous cette rubrique en nous appuyant seulement sur le trismus et la raideur de la nuque, signes plutôt habituels du début du tétanos, que l'un de nous avait pu constater et sur les renseignements un peu prématurés qui avaient suivi l'arrivée du docteur Jules H... à Puteaux. Après la note de M. Vaillard, nous avons écrit et au docteur Jules H..., le malade, et au docteur Lejonne qui l'avait suivi régulièrement.

L'un comme l'autre sont parfaitement d'accord sur le diagnostic d'accidents sérothérapiques : érythème et rhumatisme infectieux. Dès le début, cependant, il y eut un peu d'hésitation. *Des confrères appelés, écrit le docteur Jules H...* (*5 février 1909*), *les uns diagnostiquent tétanos, les autres accidents dus au sérum.* Nous avons eu tout à fait tort, nous le répétons encore, de trop nous souvenir de l'opinion des premiers sans être assez sûrs de l'opinion des seconds et sans nous être surtout documentés auprès du médecin traitant, le docteur Lejonne. On voudra bien nous accorder cependant que, malgré la précipitation de notre diagnostic, notre observation n'est pas de celles que l'on pourrait revendiquer en faveur de l'utilité préventive du sérum et de son innocuité. *Je suis persuadé, ajoute le docteur Jules H..., que si on m'avait injecté une nouvelle dose de sérum, j'aurais été retrouver le pauvre Louis.* C'est là une opinion bien pessimiste qu'il serait également dangereux de soutenir ou de combattre.

Nous ne faisons donc aucune difficulté pour reconnaître que nous nous sommes très probablement trompés et qu'il s'agissait seulement d'accidents sériques. Même chose évidemment dans les trois ou quatre lignes que M. Vaillard appelle notre troisième observation et que nous n'avons même pas étiquetée. En est-il de même pour la première?

La meilleure preuve que nous pourrions en donner, la preuve scientifique, la seule scientifique qui lèverait tous les doutes, serait la démonstration chez notre malade de l'existence du bacille de Nicolaier. C'est surtout celle qui nous manque.

A son défaut, il est des arguments cliniques qui ont bien quelque valeur. D'une façon générale, nous croyons que l'on risque beaucoup moins de se tromper, pour établir un diagnostic exact, en voyant, en examinant un malade, qu'en lisant son observation. Ce que la lecture de l'observation ne saurait donner, c'est l'impression produite par le malade, cette impression générale dont tout médecin a pu si souvent apprécier la valeur ; à plus forte raison lorsque cette impression est en harmonie avec les signes fournis par l'examen. Or, aucun des sept médecins appelés à examiner et à soigner Louis H..., depuis le début de sa maladie jusqu'à sa mort, n'ont à ce moment, après mûres et longues réflexions, porté d'autre diagnostic que celui de tétanos. Après l'assertion, connue de chacun d'eux, de M. Vaillard, qu'il

(1) *Gaz. des hôpit.*, 15 déc. 1908.
(2) *Gaz. des hôpit.*, 5 janv. 1909.
(3) *Gaz. des hôpit.*, 19 janv. et 16 fév. 1909.

pouvait s'être agi de méningite cérébro-spinale et pas de tétanos, aucun n'a modifié son diagnostic premier. Ils ont été formels dans les réponses qu'ils nous ont écrites. Seul, un huitième, le frère du défunt, le docteur Jules H... (obs. II) croit aujourd'hui que son frère n'est pas mort du tétanos, mais du sérum antitétanique.

Ce premier point était important à établir. Il en est un deuxième d'ordre très général : c'est l'absence absolue depuis plusieurs années et aujourd'hui encore, à l'île de Ré, de tout cas de méningite cérébro-spinale, tant dans la population civile que dans la population militaire. Nous n'insisterons pas sur la contradiction absolue de cette constatation avec l'épidémicité habituelle de cette maladie, non plus que sur les conditions singulièrement favorables que l'île de Ré fournirait à son développement. Nous ajouterons seulement que notre malade ne présenta jamais ni la céphalalgie, ni les vomissements, ni la constipation opiniâtre qui sont aujourdhui encore les signes cardinaux des méningites, ni le signe de Kernig, ni du délire.

Abordons maintenant les particularités de l'observation.

Il est très exact que la fièvre ne soit pas un symptôme habituel du tétanos. Cullen l'avait déjà signalé. Elle doit cependant exister quelquefois puisque dans l'article de M. Vaillard nous lisons, p. 357 : *La fièvre est un fait habituel, mais non un symptôme constant... Dans les cas aigus ou à cours rapide, la température présente dès le début une forte ascension (39 degrés ou 39°5) et s'élève ensuite d'une manière progressive pour atteindre parfois des degrés hyperthermiques, 42, 43 degrés et même davantage.* (Cf. la courbe de température.)

Léger trismus, raideur de la nuque, contracture légère des membres supérieurs qui accompagnèrent, avec de la dyspnée, cette élévation de la température rentrent dans le cadre du tétanos.

Les troubles cérébraux ne font pas ordinairement partie de la symptomatologie du tétanos. Rien de plus vrai. Mais n'est-ce pas une interprétation un peu étroite que d'appeler troubles cérébraux cette apparente perte de connaissance, cette indifférence au monde extérieur plutôt, cette somnolence d'un malade qui se sent, qui se sait perdu. Toutes les deux ou trois heures il se reprend, il cause un peu, il se rend compte de la gravité de sa situation, il dicte ses dernières volontés. Est-ce là le fait de troubles cérébraux infectieux ou toxiques, cette connaissance qui se manifeste aussi lucide, aussi entière toutes les deux ou trois heures et a-t-on réellement le droit de conclure que, dans l'intervalle, le malade l'a perdue? C'est un médecin ce malade, sa mentalité n'est-elle pas notablement différente de celle des autres malades, n'explique-t-elle pas dans une suffisante mesure le mutisme, le recueillement dans lesquels il se renferme et que la phrase, un peu maladroite peut-être, de notre observation, a pu faire prendre pour de la perte de connaissance due à des troubles cérébraux? De plus, c'est un malade qui a pris du chloral, beaucoup de chloral (8 grammes par jour dès le début). A mesure que la maladie évolue et se rapproche de la mort, l'intelligence paraît diminuer et, pendant les deux derniers jours, les moments de connaissance complète deviennent de plus en plus rares; après un instant de lucidité, le dernier jour, le malade tombe dans un demi-coma d'où il ne sortira plus. Ce n'est point dans ces conditions que survient la mort chez les tétaniques, dit M. Vaillard. C'est vrai, le plus souvent. N'oublions pas cependant, nous le répétons, qu'à mesure que la mort approchait, le malade était de plus en plus saturé de chloral. De plus, si le coma est exceptionnel et si les malades meurent généralement ou par asphyxie, ou par arrêt brusque du cœur, il leur arrive aussi de tomber dans la prostration (semi-coma) et de mourir sans convulsions (loc. cit., p. 360).

Ces troubles cérébraux ne sont donc pas de ceux dont on puisse faire état pour écarter notre diagnostic et admettre en place celui de méningite cérébro-spinale. Nous reconnaissons en revanche toute la solidité apparente de l'argument tiré de la cessation passagère des contractures et de la paralysie des sphincters; ce sont les points véritablement faibles de notre observation. Lui enlèvent-ils toute valeur? Ne peut-on les expliquer tout au moins dans une certaine mesure?

Ils ne se produisent pas au cours de l'évolution du tétanos; les contractures y sont et y demeurent permanentes au niveau des sphincters comme des autres muscles; de temps à autre elles sont augmentées par des crises spasmodiques, par de véritables convulsions. C'est exact. Mais le traitement par le chloral à hautes doses ne peut-il modifier le tableau clinique? « J'ai vu souvent, nous écrit un de nos confrères d'Ars-en-Ré, les contractures céder à de certains moments sous l'influence du traitement calmant. » Et, chez notre malade, leur diminution n'alla jamais jusqu'à la cessation absolue, comme l'observation le dit trop nettement et trop brièvement surtout. De plus, des spasmes se manifestèrent dès le 19 février dans les membres supérieurs contracturés. C'est à leur niveau que l'on put observer la diminution de la contracture : le trismus ne céda à aucun moment.

Quant à la paralysie des sphincters, devons-nous aussi chercher à l'expliquer par l'usage des doses presque massives de chloral employé? Certainement. Nous n'ignorons pas que la toxicité du chloral est infiniment moindre chez les tétaniques et que, chez ces malades, on peut dépasser et même de beaucoup les 3 à 4 grammes qui constituent la dose journalière maxima chez l'adulte. Mais dans notre observation, il en fut pris le double de cette dose d'une façon à peu près continue et s'il faut en croire des gens qui s'appelèrent Claude Bernard et Oré, si le récent *Précis de pharmacologie* du professeur Pouchet est suffisamment et exactement documenté (voir *Chloral*, p. 112 à 118) la paralysie des sphincters, la résolution musculaire, la somnolence et l'apathie cérébrale ne sont pas des phénomènes dont la manifestation puisse beaucoup nous surprendre chez un sujet ayant absorbé beaucoup de chloral, même chez un sujet tétanique.

Notre malheureux confrère a donc été atteint

avec quelques variantes tenant certainement à l'emploi de hautes doses de chloral, peut-être aussi à ce que l'on aurait appelé jadis *son tempérament*, d'une maladie essentiellement caractérisée par de la contracture tonique et douloureuse des muscles, des spasmes paroxystiques qui l'ont exagérée et portée au maximum et aussi par des troubles de la calorification, de la circulation et de la respiration (voir Vaillard, *Tétanos*, p. 355). Cela ressemble trop au tétanos et pas assez à la méningite cérébro-spinale pour que nous nous attardions à discuter ce dernier diagnostic.

Quant aux plaques ortiées, il est à peine besoin d'ajouter que nous n'hésitons pas à en rendre responsables et seules responsables les injections de sérum antitétanique. N'ont-elles pas aussi quelque part de responsabilité avec le chloral, dans le déterminisme des particularités de l'observation?

Sommes-nous maintenant autorisés à formuler des conclusions précises et l'étiologie de nos deux observations se trouve-t-elle mieux fixée? Oui, pour la seconde : le sérum fut incontestablement la seule cause des graves accidents observés. Non pour la première. Un seul fait s'en dégage, c'est que les injections préventives furent inefficaces. Mais, quant à dire pourquoi le tétanos a évolué chez notre malheureux confrère, quelle fut exactement la porte d'entrée du bacille, cela nous ne le savons pas et nous persistons à croire qu'il n'est pas possible de l'affirmer. Cette observation reste donc, nous l'écrivions plus haut, mystérieuse et troublante, plus troublante et plus mystérieuse peut-être que les observations de rage où, malgré l'application du traitement dans les conditions en apparence les meilleures, la maladie évolue tout de même. Les injections préventives chez le docteur Louis H... n'avaient-elles pas été pratiquées dans les conditions théoriquement les meilleures?

Deux mots pour terminer. Nous aurions depuis longtemps répondu à M. Guinard et à M. Vaillard, mais nous tenions essentiellement, cette fois-ci, à ce que notre documentation fut suffisante et exacte. Nos confrères de l'île de Ré et de la Rochelle nous ont fait connaître leur avis avec une promptitude et une complaisance dont nous les remercions ici. Nous remercions également l'éminent directeur de l'Institut Pasteur, M. le docteur Roux, d'avoir bien voulu répondre à la demande de renseignements que nous lui avions adressée; nous avons déjà dit que sa réponse nous est parvenue seulement le 12 février. A notre grand regret les circonstances nous ont seules empêché de rectifier nous-mêmes le diagnostic erroné que nous avions porté pour l'obs. II.

Nous l'eussions fait de bonne grâce, persuadés que tout le monde peut se tromper ou être trompé, persuadés aussi qu'une erreur ne devient inexcusable qu'à partir du moment où l'on s'obstine à y persévérer et à ne pas la reconnaître.

MÉDECINE PRATIQUE

DES RÉSULTATS FOURNIS PAR L'ÉTUDE DE LA TEMPÉRATURE POUR LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE.

Bien que de nombreuses méthodes expérimentales aient été préconisées au cours de ces dernières années et soient aujourd'hui très employées pour aider au diagnostic de la tuberculose, il importe au médecin praticien de pouvoir arriver à ce diagnostic par les seules ressources de la clinique; celles-ci suffisent dans un très grand nombre de cas et elles nous paraissent avoir sur les autres procédés d'investigation cet immense avantage que le médecin peut en garder pour lui les résultats et orienter subjectivement le pronostic et le traitement, en laissant seulement soupçonner au malade ou à son entourage qu'il redoute un début de tuberculose; tandis que, pour les malades intelligents et instruits, lisant dans les journaux les comptes rendus des séances de l'Académie de médecine, on hésite à leur imposer, sans aucune périphrase, l'évidence d'un diagnostic de tuberculose par le résultat positif d'une oculo ou d'une intra-dermo-réaction.

Parmi les recherches cliniques qui servent au diagnostic de la tuberculose au début, la thermométrie, sans être au premier plan, présente un certain intérêt; deux thèses ont été récemment publiées sur ce sujet. M. Krantz (1) a étudié avec beaucoup de soin, au sanatorium de Hendaye, les variations thermiques chez de nombreux enfants, les uns tuberculeux, les autres indemnes. Les constatations suivantes, trouvées soit isolément, soit ensemble, lui paraissent seules avoir de l'importance au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose : 1° état subfébrile : température du matin normale, température du soir aux environs de 38 degrés, au repos; 2° fièvre rémittente avec rémission matinale; 3° brusques et fortes ascensions de température, survenant soit à des heures inaccoutumées, soit à la place d'ascensions modérées; constante, quoique très lente augmentation de la température, en dehors d'angine ou d'embarras gastro-intestinal; 4° persistance de l'hyperthermie ou continuation de l'ascension thermique chez un enfant qui, mis au repos auparavant, faisait une défervescence; trop facile ascension à 38 degrés le matin; 5° températures de 37°1 à 37°3 le matin au réveil; 6° irrégularité des réactions de promenade qui, pour un même effort, sont tantôt faibles, tantôt fortes. A propos de cette dernière conclusion, on remarquera qu'elle ne confirme pas la loi établie par Daremberg, qu'un écart de 4 à 5 dixièmes de degré entre les températures prises avant et après la marche doit faire conclure à la tuberculose. M. Krantz a constaté que l'ascension de la température, après mouvement, est très variable *chez l'enfant* et dépasse, pour ainsi dire toujours, 4 dixièmes aussi bien chez les sujets à oculo-réaction négative que chez les sujets à oculo-réaction positive; mais, lorsque l'enfant est tuberculeux, l'hyperthermie ainsi produite persiste une fois qu'il est au repos plus longtemps que chez les enfants sains. M. Krantz fait encore remarquer que la température est assez variable chez l'enfant, même en bonne santé, et que souvent des températures de 37°8 sont atteintes par les sujets jeunes non tuberculeux; aussi, en réalité, « l'étude intéressante à faire est-elle celle de la moyenne des températures, pendant dix jours par exemple ».

Dans une étude critique sur l'*hyperthermie et ses rapports avec le diagnostic de la tuberculose au début*, M. Voillemot (2)

(1) Louis Krantz. *De l'étude de la température dans le diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfant*, Th. de Paris, 1908, Asselin et Houzeau.

(2) Léon Voillemot. Th. de Paris, 1908 (J. Rousset, édit).

montre bien que, si les poussées thermiques ont une importance considérable pour le diagnostic, on ne pourra toutefois tirer de ce signe tout ce qu'il peut donner qu'en examinant très minutieusement les circonstances qui l'accompagnent. On notera tout d'abord que la température normale varie, pendant un nycthémère, dans des limites assez étendues, de près d'un degré. En dehors de ces variations physiologiques, que d'influences diverses, à peine pathologiques, peuvent déterminer des élévations passagères de la température. Dans l'enfance, ce sont les infections légères du rhino-pharynx et de l'intestin; chez la femme, c'est la période menstruelle, ce sont les infections latentes de l'appareil génital; c'est même, chez les adultes des deux sexes, le surmenage sous toutes ses formes, surmenage des systèmes musculaire, digestif, génital ou nerveux.

Ces réserves faites, l'hyperthermie facile doit être considérée comme très fréquente chez les tuberculeux; c'est un des meilleurs « indices de suspicion » d'une tuberculose commençante, selon l'expression du professeur Landouzy; le professeur Hutinel adopte aussi cette opinion et conseille de se méfier de la tuberculose lorsqu'on voit survenir, chez un enfant, des élévations de température brusques et passagères qui représentent, sur la courbe thermique, comme des clochers dans une plaine. M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1909)

Aphasie-apraxie-agnosie au cours d'un syndrome encéphalo-méningé. —MM. F. RAYMOND, H. CLAUDE et F. ROSE. La malade présentée par M. Claude est intéressante à un double point de vue. Elle est atteinte d'une aphasie totale incomplète, en voie d'amélioration, et d'autre part de phénomènes apraxiques et agnosiques, survenus au cours d'un état méningé et qui, en réalité, n'étaient qu'un des éléments du syndrome, les lésions encéphaliques surtout corticales étant dans ce cas beaucoup plus importantes que les réactions méningées bruyantes mais fugitives. C'est une jeune femme de vingt-huit ans qui fut prise brusquement, au mois d'octobre dernier, de vertiges, céphalées, vomissements, avec élévation de la température, puis de contracture des membres; dès le troisième jour, l'aphasie était à peu près complète, la déglutition impossible. L'affection évolua en six semaines, puis les symptômes rétrocédèrent, la fièvre disparut. La ponction lombaire montra de la lymphocytose. Amenée à la clinique au début de janvier, on constata l'absence de toute paralysie des membres, des réflexes légèrement exagérés, pas de réflexes de l'orteil en extension, de légers troubles des sensibilités à la température, à la piqûre, localisés surtout à l'extrémité des membres, légère augmentation des cercles de Weber à la main droite, pas de troubles des sensibilités profondes. L'aphasie motrice s'est améliorée. La malade prononce quelques mots assez distinctement, l'aphasie sensorielle a fait des progrès plus considérables, la malade comprend à peu près toutes les phrases simples, elle commence à faire quelques lettres ou chiffres, elle a toujours des troubles de la déglutition, elle progresse très rapidement. Les auteurs admettent volontiers que ces troubles pourraient être de nature apraxique. En effet, cette malade a présenté une série de manifestations des diverses variétés d'apraxie, apraxie idéo-motrice (impossible d'exécuter certains mouvements simples en l'absence de paralysie, défaut d'adaptation de certains mouvements aux actes), idéatoire (oubli de certains actes dans l'exécution d'actes complexes). De plus, ils ont été témoins de grosses perturbations d'ordre agnosique actuellement disparues à peu près complètement, portant sur les différents territoires sensoriels et accompagnées de phénomènes de persévération. Ces diverses manifestations peuvent être considérées comme étant sous la dépendance de nombreux petits foyers d'encéphalite disséminés dans la corticalité des deux hémisphères en dehors des zones motrices, atteignant particulièrement les fibres d'association, mais s'étendant peut-être à quelques fibres de projection. Enfin, il n'est pas impossible que les lésions progressent vers les noyaux de la base et que la malade prenne l'apparence de la paralysie pseudo-bulbaire.

Epanchement puriforme aseptique des méninges avec polynucléaires intacts. Guérison malgré l'intensité et la longue durée des troubles méningés. — MM. Fernand WIDAL et Etienne BRISSAUD. Une femme de vingt-sept ans était entrée dans le service avec une température de 40 degrés et un pouls de 60, avec une céphalée atroce, de la photophobie, des cris hydrencéphaliques, de l'inégalité pupillaire, du Kernig, des contractures de la nuque. Un syndrome méningé si marqué, accompagné d'un tel appareil fébrile, semblait imposer le diagnostic de méningite tuberculeuse. Une ponction lombaire ramena un liquide louche avec polynucléaires intacts, ayant tout l'aspect de ceux du sang normal. Un tel état d'intégrité permettait d'affirmer l'asepsie du liquide

Les recherches bactériologiques (coloration, culture, inoculation) restaient en effet sans résultat. Les jours suivants, la température restait à 40 degrés et les symptômes méningés restaient si impressionnants, que les auteurs se demandaient si le bon pronostic porté en raison de l'intégrité de polynucléaires, n'allait pas se trouver en défaut. Or, dix-huit jours après le début, les symptômes s'atténuaient, et après vingt-six jours d'évolution, la température était définitivement revenue à la normale.

La malade n'était pas syphilitique, et aucune cause ne put être trouvée à l'origine de son affection.

Cette observation montre quelle allure de haute gravité peut revêtir parfois le syndrome méningé causé par un épanchement puriforme aseptique. Elle apporte une preuve nouvelle de l'importance que comporte pour le pronostic la recherche d'intégrité ou d'avarie présenté par les polynucléaires répandus dans un liquide céphalo-rachidien puriforme, et nous enseigne, de plus, qu'en présence d'un état méningé grave, pouvant faire penser à une méningite tuberculeuse ou à une méningite cérébro-spinale, le médecin doit penser à la possibilité d'un épanchement puriforme aseptique que seuls les résultats fournis par la ponction lombaire pourront de temps en temps lui permettre de reconnaître.

Corps étranger des bronches considéré pendant six mois et après deux explorations bronchoscopiques comme un corps étranger fantôme. Extraction à l'aide de l'instrumentation de Brünings. Guérison. — MM. Pierre SÉBILEAU et Fernand LEMAITRE. Les auteurs insistent sur l'importance des signes classiques, pulmonaires et radiologiques, au point de vue du diagnostic des corps étrangers des bronches : la bronchoscopie, méthode thérapeutique unique, est au point de vue diagnostic un simple mais précieux agent de contrôle qui permet de confirmer et de préciser les données de la clinique.

Remarquable tolérance des bronches, non seulement vis-à-vis des corps étrangers, mais pour les diverses explorations bronchoscopiques, à la condition d'observer une asepsie rigoureuse.

Avantages chez les enfants de la bronchoscopie inférieure sur la supérieure.

Ingénieuse instrumentation de Brünings qui marque une véritable étape dans l'endoscopie des voies digestives et respiratoires.

Formes atypiques de la maladie de Mikulicz. — MM. SOUQUES et H. CHÉNÉ. Il s'agit d'un vieillard de quatre-vingt-cinq

ans qui présente, depuis l'enfance, et peut-être depuis la naissance, une hypertrophie bilatérale et symétrique des glandes salivaires (parotides, sous-maxillaires). Cette hypertrophie, survenue insidieusement, ne s'accompagne ni de douleurs, ni de phénomènes inflammatoires, ni de troubles fonctionnels.

Les glandes lacrymales sont intactes. Les ganglions lymphatiques, le foie, la rate, le sang sont normaux. Il n'y a ni syphilis, ni tuberculose, ni aucune des causes habituelles de la tuméfaction salivaire (oreillons, intoxication saturnine, cuprique, iodique, etc.).

Malgré l'intégrité des glandes lacrymales, les auteurs rattachent ce cas à la maladie de Mikulicz, et pensent qu'à côté de la forme complète et typique caractérisée par l'hypertrophie des glandes lacrymales et salivaires, il faut faire une place aux formes atypiques et incomplètes. Jusqu'ici, parmi ces formes atypiques, il en est deux qui semblent s'imposer : la forme lacrymale, dans laquelle les glandes salivaires sont respectées, et la forme salivaire qui laisse intactes les glandes lacrymales. Et ils citent un certain nombre d'exemples de l'une et l'autre forme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1909)

Traitement de la gangrène diabétique par l'air chaud. — M. RICARD a présenté, dans la dernière séance, cinq malades atteints de gangrène diabétique chez lesquels l'application de l'air chaud a donné des résultats très intéressants. Voici, très brièvement résumées, ces cinq observations. Le premier malade, observé personnellement par M. Ricard, est un homme de quarante-six ans, ayant 127 grammes de sucre et 4gr50 d'albumine. Il présentait une gangrène confirmée des deux premiers orteils du pied gauche. M. Ricard était appelé pour intervenir. Ce malade fut soumis au traitement par l'air chaud. Le résultat a été très remarquable. Il a conservé ses orteils dont les tissus sont souples et parfaitement vivaces.

Le second malade est un homme de soixante six ans présentant 166 grammes de sucre et 2gr50 d'albumine. Il a été amputé d'un orteil gangréneux. La gangrène reparaît, traitement par l'air chaud. Bon résultat. Même succès chez trois autres malades identiques traités par MM. Vignat et Muller.

Quand on songe aux résultats si souvent décevants du traitement chirurgical de la gangrène diabétique, on ne peut pas ne pas apprécier les bons effets de l'application de l'air chaud dans ces cas.

La méthode consiste dans l'emploi d'un appareil à résistances électriques pouvant donner de l'air chauffé entre 60 et 700 degrés. Dans un premier temps on emploie l'air surchauffé à 600 et 700 degrés qui stérilise les tissus en les calcinant, en les carbonisant. Dans un second temps, on a recours à une série de douches d'air chauffé à 60 degrés qui épidermise les tissus et donne une cicatrisation parfaite.

Ces résultats semblent des plus encourageants et méritent toute l'attention des praticiens.

M. QUÉNU insiste sur l'efficacité de ce moyen qui nous porte à modifier complètement le traitement des gangrènes diabétiques. M. Quénu rappelle les tentatives d'embaumement des membres mortifiés proposé par Reclus et obtenu à l'aide de la créosote ou de la thermo-cautérisation. Or, l'air chaud semble un excellent procédé de momification, c'est un très bon moyen d'éviter l'invasion des parties voisines de la gangrène.

M. DELBET a vu des malades traités par M. Prat à l'aide de l'air chaud. C'est, selon lui, une erreur de dire que, par ce moyen, on guérit la gangrène diabétique; on guérit le malade mais non sa gangrène (résultat qui est déjà quelque chose). La gangrène diabétique est un processus tout différent de la gangrène par artérite. C'est un processus infectieux. On comprend alors que l'air chaud puisse arrêter la lymphangite, l'infection.

M. Ricard, comme MM. Quénu et Delbet, n'attribue à l'air chaud que le pouvoir de hâter la chute d'une escarre et de favoriser la cicatrisation de la plaie qui en résulte.

Les plaies du poumon. — M. DELORME revient sur la question de l'intervention directe dans le traitement des plaies du poumon compliquées d'hémorragies graves ou très graves.

Il défend l'opération des reproches qui lui ont été adressés d'être dangereuse par le choc qu'elle entraîne et d'exposer tout particulièrement à l'infection de la plèvre.

S'appuyant sur des statistiques, il montre que l'expectation, dont on vante l'innocuité, est dans ces cas presque aussi grave que la thoracotomie, laquelle mal réglée encore porte le poids d'insuccès dus à une obturation imparfaite des plaies, à des manœuvres irrégulières, incomplètes.

La pleurésie n'est liée qu'en partie à des fautes chirurgicales, à l'insuffisance de la préparation du malade, elle est plutôt le fait de l'infection de la plèvre par les fragments des vêtements. On l'observe dans les cas de plaies pulmonaires graves, traitées par l'expectation. Ricard, partisan de cette dernière, l'a observée 3 fois dans 3 cas.

L'ouverture du thorax et l'hémostase directe sont réclamées par l'abondance de l'hémorragie et sa persistance. Un blessé qui a perdu une quantité considérable de sang ne doit plus en perdre sous peine d'être exposé à la mort. D'un autre côté, un hémothorax amenant des troubles fonctionnels menaçants ne peut être traité que par un moyen, qui en évacuant le sang, permet en même temps de rechercher et d'obturer les plaies saignantes. La ponction évacue le sang; elle ne l'empêche pas de se renouveler.

Saisir les indications opératoires n'est pas si difficile qu'on le prétend, la recherche des signes cliniques est licite, non nuisible pour la plupart des blessés; elle suffit à assurer le diagnostic.

M. Delorme estime que les hémorragies dues aux blessures des vaisseaux du hile doivent être traitées chirurgicalement. Il rapporte une observation d'un médecin de l'armée, M. Demandre, relative à un blessé chez lequel on lia une veine du hile et on arrêta l'hémorragie.

Cet homme s'était tiré à bout portant une balle de revolver dans le deuxième espace intercostal gauche. Toute la moitié gauche du thorax était remplie par le sang. Les phénomènes généraux étaient alarmants et l'hémorragie continuait.

La survie du blessé est certainement due à l'ouverture du thorax et à la recherche du vaisseau lésé.

La trépanation dans les plaies du crâne. — M. PICQUÉ fait un rapport sur sept observations de plaies du crâne traitées avec succès par la trépanation par M. Baudet. Ces sept observations se répartissent ainsi : deux cas de plaies craniennes par armes à feu, désinfection de foyer, relèvement des fragments, trépanation préventive; deux observations de plaies du crâne, par suite de chute, compliquées de fracture du crâne; dans l'un de ces cas, la dure-mère était atteinte; même conduite chirurgicale. Guérison rapide. Les autres observations ont trait à des fractures simples du crâne qui ont toutes été suivies de guérison après intervention.

M. Picqué fait suivre ces observations de quelques réflexions générales. Il insiste particulièrement sur ces formes atténuées d'infection, sur les accidents psychiques consécutifs, accès maniaques survenant immédiatement après et disparaissant après l'intervention, sur les accidents psychiques tardifs dont on peut trouver la cause à l'autopsie, soit par la présence d'une exostose, d'une esquille lésant la substance cérébrale, soit par des phénomènes de sclérose, des lésions d'adhérences, de périencéphalite qu'il faut rattacher à des phénomènes infectieux; M. Picqué rappelle également les

faits d'épilepsie d'origine traumatique, les faits de paralysie générale, invoqués autrefois par Lasègue, et auxquels il y a lieu de revenir, car tous les cas de paralysie générale ne sont pas d'origine syphilitique. Il y a aussi des faits de démence traumatique qui ont fait l'objet de la thèse d'un des élèves de M. Picqué.

Ces faits sont liés à des phénomènes d'infection atténuée. L'intervention précoce est le meilleur moyen de prévenir et de faire disparaître ces états psychiques qui succèdent immédiatement à des traumatismes du crâne. En présence de ces accidents, il faut avant tout combattre l'infection. A ce point de vue l'intervention chirurgicale est nettement indiquée.

M. Lucas-Championnière fait observer que tous ces faits sont connus depuis longtemps, depuis que Sédillot, le premier, a préconisé la trépanation préventive.

Suivent plusieurs présentations qui ont été faites au milieu des conversations particulières, si bien qu'on n'a rien entendu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 27 février 1909)

Injections d'adrénaline et sérum athéromatogène. — M. R. Gouget. Lorsqu'on injecte à des lapins des doses très lentement croissantes d'adrénaline, d'abord sous la peau, puis dans la veine, on obtient sans doute une certaine accoutumance, mais on ne peut éviter la production de l'athérome aortique. Bien plus : le sérum de ces animaux, recueilli assez longtemps (six jours au moins) après la dernière injection, paraît sensibiliser des lapins neufs vis-à-vis de faibles doses d'adrénaline : et même ce sérum, bien que n'offrant plus aucune des réactions les plus sensibles de l'adrénaline (réaction au perchlorure de fer et surtout réaction de l'œil énucléé de la grenouille), se montre capable de déterminer à lui seul, en injections intra-veineuses répétées, des lésions d'athérome aortique, qui manquent chez les lapins témoins, injectés avec des doses équivalentes de sérum normal.

M. Gouget a recherché également si ces lésions aortiques pouvaient servir de points de fixation à des microbes virulents (streptocoques, staphylocoques) injectés dans la circulation, mais il n'a obtenu que des résultats négatifs, même dans un cas où s'étaient produites des lésions d'endocardite végétante.

Note sur les extraits desséchés de têtes de sangsues. — MM. P. Emile-Weil et Boyé montrent l'avantage qu'on a à préparer, pour l'expérimentation physiologique, des extraits desséchés de têtes de sangsues. Les têtes pulpées sont évaporées dans le vide en présence de substances desséchantes, puis pulvérisées. On obtient une poudre rouge brun d'une conservation indéfinie, qu'on fait macérer deux heures avant de l'utiliser, dans du sérum physiologique, et dont l'activité se montre constante; une tête fraîche est représentée par $0^{g}12$ de cette poudre.

Influence des vents et des déplacements rapides sur les dépenses de l'organisme. Observations générales et applications. — M. Maurel :

1° Que sans vouloir faire à l'homme une application directe de ses expériences sur les cobayes, il lui paraît désormais indiscutable que la ventilation et les déplacements rapides doivent augmenter nos dépenses d'une manière sensible;

2° Que de même que pour cet animal, il doit y avoir pour nous des vents pouvant augmenter les apports plus que les dépenses, et qu'ainsi il doit y avoir une limite au delà de laquelle ces conditions seraient renversées;

3° Qu'il y aurait un sérieux intérêt pratique à fixer ces limites, au moins d'une manière approximative et moyenne ;

4° Que les moyens de déplacements rapides dont nous disposons maintenant semblent permettre d'avoir à notre disposition les deux séries d'action ;

5° Qu'il paraît également facile de remplacer les déplacements rapides par des ventilations de même vitesse et tout aussi bien réglées ;

6° Que ces deux moyens (déplacements rapides et ventilation), une fois mieux connus et bien méthodisés, semblent destinés à des applications thérapeutiques assez nombreuses, soit qu'il s'agisse simplement d'augmenter les aliments ingérés en excitant l'organisme, soit qu'il s'agisse d'augmenter les dépenses pour les rendre, dans les proportions voulues, supérieures aux aliments ingérés.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU CHOLÉRA ET DE LA DÉCLARATION DES MALADIES INFECTIEUSES

M. Clemenceau, président du Conseil, ministre de l'Intérieur, vient d'adresser aux préfets une circulaire les invitant à recommander aux autorités locales de préparer tous les moyens de défense sanitaire propres à prévenir la diffusion du choléra qui sévit toujours à Saint-Pétersbourg malgré les grands froids.

Après s'être expliqué dans les trois premiers paragraphes sur les mesures d'isolement et de désinfection qui devraient être immédiatement mises en pratique si le choléra venait à pénétrer chez nous, le président du Conseil consacre un chapitre au rôle des médecins et formule les observations suivantes :

« Pour que ces services de désinfection agissent utilement, il est de toute nécessité que les médecins fassent les déclarations rendues obligatoires par la loi du 15 février 1902 et le décret du 10 février 1903. Dans la plupart des régions, les médecins se sont abstenus de faire ces déclarations aussi longtemps que les services de désinfection n'étaient pas organisés ; en quoi ils avaient tort assurément, car la désinfection chez le malade n'est pas la seule mesure de prophylaxie efficace, et plus d'une épidémie locale de fièvre typhoïde ou de diphtérie par exemple aurait pu être enrayée dès le début par des moyens appropriés si les premiers cas avaient été déclarés. Mais il n'en est pas moins vrai que pour n'être pas les seules, la désinfection en cours de maladie et la désinfection totale après décès sont des mesures essentielles, et l'on comprend jusqu'à un certain point que les médecins aient attendu que municipalités et départements se soient euxmêmes soumis aux obligations que la loi leur imposait. Mais dès que dans une ville et dans un département ces services sont organisés, cette raison de s'abstenir est abolie.

A la vérité, j'ai été saisi, et par les représentants du corps médical et par l'Académie de médecine, de vœux tendant à apporter, sur ce point, à la loi de 1902 une légère modification, à associer dans une mesure et sous une forme à déterminer le père de famille au médecin traitant en vue de la déclaration : je suis prêt à entrer dans cette voie, et le gouvernement présentera prochainement au Parlement un projet de loi en ce sens. Mais il ne saurait prendre cette initiative qu'à la condition que dès maintenant les médecins renonceront à une abstention trop générale et néfaste pour le bien public. En portant à leur connaissance la présente circulaire, vous leur adresserez à ce sujet un pressant et cordial appel, et vous leur signalerez notamment l'intérêt particulier — dont j'ai dit plus haut la raison — et qui s'attache à ce que, d'ici à l'été prochain, les divers services de désinfection créés par les villes et les départements, grâce à vos efforts, soient amenés par la déclaration des maladies transmissibles à leur état de fonctionnement normal. Sur les conditions mêmes dans lesquelles les opérations sont exécutées, vous ne manquerez d'ailleurs pas de recueillir avec soin leurs observations et leurs critiques en vue des améliorations à apporter au service. Ainsi lorsque le gouvernement lui présentera son projet, le Parlement se trouvera en présence d'un corps médical respectueux de la loi, et dont en conséquence le désir de voir apporter à celle-ci certaines modifications pourra être favorablement accueilli.

Que si cependant, malgré votre intervention personnelle,

quelques médecins s'obstinaient dans une abstention intransigeante, dans une méconnaissance systématique et définitive de la loi, vous auriez le devoir, — dans l'intérêt de leurs collègues, qui eux auraient fait, en dépit de tout, la déclaration et dans l'intérêt supérieur de la santé publique — d'une part, de provoquer l'exécution, contre les délinquants, des sanctions légales, et d'autre part, d'exclure rigoureusement des diverses fonctions dont vous nommez les titulaires les praticiens aussi peu soucieux de la loi que de la chose publique. »

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac (1), par le docteur Gaston LYON.

Malgré l'abondance des travaux publiés sur les maladies de l'estomac, l'accord est loin d'être fait sur la classification de ces maladies et leur traitement, qui constitue un des problèmes les plus ardus de la pratique médicale.

Si l'étude des variations du chimisme stomacal présente un grand intérêt, elle ne suffit pas à chasser les dyspepsies.

C'est un non sens, dit M. Lyon, de rapporter tout au chimisme. C'est un même non sens d'accorder la prééminence aux troubles de la motricité. C'est à juste titre que la classification des dyspeptiques en dilatés et non dilatés est tombée en désuétude.

Il en est de même de la vieille théorie de la gastrite, rajeunie par M. Hayem. Enfin, on s'est attaqué à l'élément nerveux, et on a fait de maintes dyspepsies des gastro-névroses.

En réalité, la notion de cause est le seul élément rationnel de classification des dyspepsies. Toute indication secondaire s'efface devant elle. Ce sont ces notions étiologiques qui doivent inspirer le thérapeute et maintenir sa thérapeutique dans l'axe pathogénique.

Aussi la thérapeutique des dyspeptiques ne doit pas demeurer exclusivement locale; souvent si la maladie siège dans l'estomac, sa cause réside dans le cerveau. Le traitement doit donc viser toujours et parfois exclusivement l'état général, et toujours être sobre de médicaments.

La thérapeutique des maladies de l'estomac emprunte surtout ses ressources à l'hygiène alimentaire, et aux agents physiques.

Telles sont les idées générales qui ont servi de guide à l'auteur qui divise son livre en cinq parties.

La première étudie l'anatomie et la physiologie de l'estomac, et pose les règles d'un bon interrogatoire et d'un examen méthodique. La deuxième partie est consacrée à la séméiologie, la troisième à la thérapeutique générale.

Dans la quatrième partie de son livre, M. G. Lyon passe en revue le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac en particulier.

Le dernier chapitre ne sera pas des moins intéressants pour le praticien, il comprend un formulaire magistral et un formulaire diététique donnant de véritables recettes culinaires.

C'est dire dans quel esprit pratique a été conçu le livre de M. Gaston Lyon.

L. GAYARD.

La Dynamique des phénomènes de la vie (2), par J. LŒB, professeur de physiologie à l'Université de Berkeley. Traduit de l'allemand par MM. H. DAUDIN et G. SCHŒFFER. Préface de M. le professeur A. GIARD, de l'Institut.

Le nom seul du célèbre physiologiste Jacques Lœb suffit à recommander le livre que nous présentons aujourd'hui, et les nombreux médecins qu'intéressent les grandes questions de la biologie seront heureux de lire cet ouvrage, où l'auteur a joint à l'exposé méthodique des résultats acquis par l'ensemble des chercheurs, des vues absolument personnelles et des procédés originaux d'investigation.

(1) In-8. — Prix : 12 francs. — Paris 1909, Masson et Cie.
(2) Un vol. de XV-407 p. — Prix : 9 francs. — Paris, F. Alcan.

Comme le dit le regretté professeur Giard dans sa très suggestive préface, la tentative de Jacques Lœb « a pour objet d'exposer en une douzaine de leçons très substantielles, mais très claires, les conquêtes récentes de la science de la vie, en visant moins, comme il le dit lui-même, l'explication prématurée des faits observés que la prise de possession des phénomènes considérés longtemps comme hors de notre portée ».

Il eût été regrettable qu'un pareil livre ne fût pas mis à la portée de ceux qui ne lisent pas l'allemand, aussi doit-on savoir beaucoup de gré à MM. Daudin et Schœffer d'en avoir entrepris la traduction.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les Dilatations de l'estomac. Séméiologie et thérapeutique des distensions gastriques (1), par le docteur René GAULTIER.

En 1902, le regretté Soupault avait déjà publié une monographie très claire et très complète sur *Les dilatations de l'estomac*, dans cette même collection des Actualités médicales. Mais la séméiologie et la thérapeutique gastriques vont vite et depuis six ans des méthodes nouvelles ont été proposées pour parfaire autant que possible le diagnostic; la thérapeutique a été aussi modifiée et le traitement chirurgical, « après avoir joui, jusque dans ces dernières années d'une vogue incomparable, suscite des réflexions tant sur les modifications qu'il apporte au fonctionnement local du pylore et général du tube digestif que sur les résultats éloignés qui l'accompagnent ».

Ces méthodes cliniques nouvelles, et en particulier la radioscopie, ces méthodes thérapeutiques modifiées, on les trouvera fort bien exposées dans le volume que le docteur Gaultier vient de publier. La symptomatologie générale du syndrome distension et la symptomatologie spéciale aux différents groupes pathogéniques et étiologiques y sont très complètement indiquées; le chapitre du *traitement* est longuement développé; les procédés du traitement médical et les indications du traitement chirurgical sont successivement étudiés tant pour les distensions gastriques d'origine pylorique que pour les distensions de cause atonique avec ou sans ptose.

L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 MARS 1909

THÈSES

Jeudi 11 mars, à une heure. — M. LE BON. Contribution à l'étude des dilatations dites idiopathiques de l'œsophage. (MM. Dieulafoy, président; Albert Robin, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. MALEPLATE. Luchon : station climatérique. Traitement des troubles de la nutrition et de certains épisodes bradytrophiques. (MM. Albert Robin, président; Dieulafoy, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. BERTHE. Historique de la purgation. (MM. Gilbert Ballet, président; Dieulafoy, Albert Robin et Jeanselme.) — M. CHAZARAIN. Des indications et de la valeur de la colpotomie postérieure dans le traitement des collections abdomino-pelviennes. (MM. Pozzi, président; Albarran, Bar et Jeannin.) — M. PARAZZOLI. Symphyse rénale unilatérale (étude anatomique et chirurgicale). (MM. Albarran, président; Pozzi, Bar et Jeannin.) — M. VAISSIER. Contribution à l'étude des hématométries post-partum. (MM. Bar, président; Pozzi, Albarran et Jeannin.)

(1) In-16. Collect. des Actual. méd.— Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Blætter für Klinische Hydrotherapie. — (N° 12, déc. 1908.) VINAJ : Physiothérapie et pression sanguine.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLIX, n° 25, 17 déc. 1908.) Edward O. OTIS : Quelques-unes des difficultés professionnelles et sociales du diagnostic précoce de la tuberculose, et de quelques propositions pour y remédier. — John T. SULLIVAN, T. J. MURPHY et M. J. CRONIN : L'inspection médicale des écoles au point de vue du médecin inspecteur. — Everett FLOOD : Remarques sur l'épilepsie (*à suivre*). — Isaac Williams BREWER : Le tuberculeux doit-il être traité dans son domicile et sous son climat habituel ou habiter un pays de climat plus tempéré lui permettant de rester de plus longues heures en plein air avec moins de gêne (avec 3 tableaux). — Hasket DERBY : Comparaison entre l'emploi du nitrate d'argent et des nouveaux sels d'argent dans le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés. — Lester C. MILLER : Le catarrhe intestinal chronique (fin du n° 24, p. 791). — Mary E. BATES : Les arthrites douloureuses de l'articulation sacro-iliaque et leur traitement. — (N° 26, 24 déc.) Albert C. GETCHELL : Tuberculose du larynx. — Daniel E. KEEFE : Description d'un cas de goutte (avec radiogr.) et observations sur la goutte en général. — Everett FLOOD : Observations sur l'épilepsie (fin du n° 25, p. 823). — W. A. BROOKS : Sur les anastomoses intestinales. — (N° 27, 31 déc.) J. B. LUND : La tuberculose du péritoine. — E. E. SOUTHARD et J. B. AYER : Démence précoce associée avec de la dilatation bronchique suppurée et terminée par des abcès du cerveau (micrococcus catarrhalis). — J. C. HUBBARD : Le point douloureux de Morris et sa valeur diagnostique. — O. W. H. MITCHELL : Adénite cervicale précoce, seul signe d'un cancer de l'œsophage. Description d'un cas. — (Vol. CLX, n° 1, 7 janv. 1909.) Carroll E. EDSON : Description historique des rapports professionnels du médecin. — John Jenks THOMAS : Quelques points de psychothérapie. — Fritz B. TALBOT : La composition des petits fragments de lait caillé dans les selles des enfants (avec 2 tableaux). — Arthur H. RING : L'association d'idée témoin et la psycho-analyse (avec 1 tableau). — H. R. STEDMANN : La séro-réaction de la syphilis dans la paralysie générale. — (N° 2, 14 janv.) Edward H. NICHOLS et Frank L. RICHARDSON : Les traumatismes du jeu de football dans l'équipe d'Harvard depuis trois ans où a été appliqué le nouveau règlement (avec 2 figures et 8 tableaux). — W. T. GRAHAM, C. L. OVERLANDER, John E. OVERLANDER et M. A. DAILEY : Les porteurs au dehors de bacilles typhiques trouvés dans une série de typhiques au moment de leur sortie du Boston city Hospital (avec 1 tableau). — Max BOEHM (de Berlin) : Souvenirs sur l'Amérique. — Harold W. JONES : Une épidémie de dengue aux îles Philippines (avec 36 tracés). — Chas. A. DREW : Comment susciter le meilleur esprit médical et scientifique dans nos institutions? — Maurice Vejux TYRODE : La thiosiamine. — (N° 3, 21 janv.) Arthur T. CABOT : Traitement chirurgical du cancer de la vessie. — Arthur L. CHUTE : Quelques formes de cystites. — Edgar GARCRAU : Les tumeurs de la vessie et la cystite. — Wyman WHITTEMORE : La valeur de l'hémolyse dans le diagnostic du cancer (avec 2 tableaux).

Medizinische Blætter. — (N° 1, 2 janv. 1909.) SORTER : Sur les maladies tropicales, leur étiologie, leur mode de dissémination. — (N° 2, 9 janv.) SORTER : Sur les maladies tropicales, leur étiologie et leur mode de dissémination (*suite*). — (N° 3, 16 janv.) KREUZTUCHS : La nature et le traitement de la constipation chronique.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 1, 2 janv. 1909.) HERZ : Percussion sourde. — (N° 2, 9 janv.) BITTORF : L'adrénalinémie dans les néphrites. La réaction de Lœwi.

Pédiâtrie pratique. — (N° 1, 1er janv. 1909.) E. LESNÉ : Sur le mode d'administration et la posologie du mercure chez le nouveau-né et le nourrisson. — L. RÉNON, Arthur DELILLE et MONIER-VINARD : Syndrome polyglandulaire par hyperactivité hypophysaire (gigantisme avec tumeur de l'hypophyse) et par insuffisance thyro-ovarienne. — (N° 2, 15 janv.) E. AUSSET : L'emploi des bouillies de malt dans les entérites et les dyspepsies des enfants. — (N° 3, 1er fév.) VAN HAELST : De la chirurgie tendineuse dans le pied-bot paralytique. — MILLARDET : Le tubage sans surveillance. Un an de tubage à l'Hôtel-Dieu de Rennes. — E. HÉNON : Suppression d'une canule trachéale quinze ans après la trachéotomie.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 52, 27 déc. 1908.) AUJESZKY : Principes et technique de l'obtention du sérum. — (N° 1, 3 janv. 1909.) TORÖK : Exanthème médicamenteux scarlatinoïde ou scarlatine à la suite d'infection cutanée scarlatineuse. — DONATH : Paralysie de Brown-Séquard d'origine traumatique. — WEIN : Le traitement spécifique de la tuberculose par le sérum de Marmorek. — DETRE : Traitement du sycosis par vaccination. — (N° 2, 10 janv.) LANG : Remarques sur la syphilis et son traitement fondées sur les résultats des recherches récentes. — WEIN : Le traitement spécifique de la tuberculose par le sérum de Marmorek (*suite*). — DETRE : Traitement du sycosis par vaccination (*suite*). — (N° 3, 17 janv.) ALAPY : Hyperémie cérébrale à la suite d'injection de pâte de bismuth de Beck. — BLUMENFELD : Valeur diagnostique et thérapeutique de la tuberculine. — WEIN : Traitement spécifique de la tuberculose par le sérum de Marmorek (*suite*).

Province médicale. — (N° 1, 2 janv. 1909.) MONGOUR : Des applications de la sérothérapie antidiphtérique. — ROUBIER : Un cas de rétrécissement pulmonaire congénital compliqué d'endocardite végétante des valvules du cœur droit. — Lucien MAYET : Un cas d'ostéomalacie : Anne-Elisabeth Supiot. — (N° 2, 9 janv.) COYNE et B. AUCHÉ : Les sérums antidysentériques polyvalents. — SPIRE : Les devoirs du médecin militaire au cours de la mobilisation. — (N° 3, 16 janv.) JABOULAY : Myxo et sarcosporidies dans les cancers. — F. ARLOING, RIEUX et DE LAGOANÈRE : Rôle des infections associées dans la production des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde. — (N° 4, 23 janv.) J. BRAULT : Un cas de rhinosclérome observé à Alger. — L. RIMBAUD et H. ROGER : Polyurie nerveuse. — (N° 5, 30 janv.) MAZOYER : Le coaltar en dermatologie. — (N° 6, 6 fév.) TÉDENAT et ROMANT : Tuberculose intestino-péritonéale à forme verruqueuse. — SARGNON et BARLATIER : Traitement chirurgical des sténoses tuberculeuses du larynx.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 2, 14 janv. 1909.) KRAUS : Sur l'état actuel du diagnostic étiologique et du traitement antitoxique du choléra asiatique. — KRAUS et VILENKO : Sur la réaction des selles cholériques vis-à-vis des précipitines du sérum et des matières fécales. — RODELLA : Rapports de la putréfaction intestinale avec l'absence de bile dans l'intestin. — WIRTH : L'intoxication interne par le chloroforme et son traitement. — LATEINER : Un cas d'atrésie œsophagienne congénitale avec communication trachéale. — ORTHNER : Sur la parotidite post-opératoire. — SCHWARZWALD : Corps étranger intracardiaque.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — Les mutations que nous avons annoncées le 30 janvier dans les services de chirurgie ont reçu les modifications suivantes : M. Riche qui devait aller à Saint-Louis va à Bicêtre; M. Ombrédanne qui devait aller à Ivry va à Saint-Louis; M. Robineau va à Ivry au lieu de Bicêtre.

— CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AU CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite* : *Anatomie pathologique*. — Séance du 1er mars 1909 : MM. Lemaire et Le Sourd (L.), 8; Froin, 10; Laubry, Detot et Léri, 9; Herscher, 8.

Symptomatologie. — Séance du 27 février : MM. Chiray, 8; Dreyfus-Rose, Pagniez, Rosenthal et Nattan-Larrier, 9; Balthazard, 10; Louste, 8.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite*. — Question donnée : « Rapports de la vessie chez la femme. — Miction chez la femme. »

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie*. — Séance du 1er mars : MM. Fenard, 7; Bachy, 9; Montet, 12; Aine, 11; Nadal, 10; Rousselot, 9; Jacquemin (Alfred), 7; Carnot, 9; Ferté, 6.

Anatomie. — Séance du 2 mars : MM. Colombe et Prigent, 8; Dubois (Robert), 9; Pernet, 7; Sauty, 6; Pignot, 10; Couinaud, 7; Liébault, 10; Darrieux, 7.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 4 mars, à huit heures du matin.

— Un concours sera ouvert le jeudi 1er avril 1909, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, pour la nomination : 1° à quatre places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à deux places d'interne en médecine à l'Institution Sainte-Périne et aux fondations Chardon-Lagache et Rossini; 3° à deux places d'interne en médecine au sanatorium de Hendaye (Basses-Pyrénées).

Les candidats qui désireront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 1er mars, M. Chauffard, agrégé libre de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à ladite faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Le concours qui devait s'ouvrir le 8 novembre 1909 devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours pour l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire à ladite école, est reporté au 15 du même mois.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 26 février 1909 :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Bathias, passe au 68e d'inf.; Penot, au 37e d'art.; Dornier, rappelé aux hôpit. de la division de Constantine; Mulot, passe aux hôpit. de la division de Tunisie; Paris, au 113e d'inf.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Gillain, passe au 1er chass. à cheval; Biau, au 44e d'inf.; Teste, au 28e dragons.

MARINE. — Un concours pour l'emploi de professeur d'histologie et de bactériologie à l'Ecole principale du service de santé de la marine de Bordeaux s'ouvrira à Rochefort le 20 avril 1909.

Un concours pour l'emploi de professeur d'anatomie et de médecine opératoire à l'Ecole principale du service de santé de la marine de Bordeaux s'ouvrira à Toulon le 15 mai 1909.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — M. Ferdinand Dreyfus, sénateur, a été nommé membre de la commission chargée de l'élaboration du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en cas d'accidents du travail, en remplacement de M. Gourju.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la septième semaine, 1117 décès, au lieu de 1080 pendant la semaine précédente et de 1096, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques sont rares, excepté la scarlatine qui est assez répandue, mais d'ailleurs bénigne.

La scarlatine a causé 4 décès (chiffre identique à la moyenne). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 174, comme la semaine précédente (moyenne 130).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 259 décès, au lieu de 248 pendant la semaine précédente (moyenne 228).

La phtisie pulmonaire a causé 212 décès (moyenne 220).

COURS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE. — M. J.-A. Sicard, agrégé, suppléant le professeur Bouchard, commencera ce cours le mardi 9 mars à cinq heures (petit amphithéâtre) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Objet du cours : Réactions des séreuses. Réactions vasculaires. Réactions nerveuses.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONFÉRENCES D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

L'ANATOMIE UTILE

Par M. RIEFFEL.

(Leçon d'ouverture, 1er mars 1909.)

Messieurs,

Votre chaleureux accueil me touche profondément et me va droit au cœur. Je vous remercie tous indistinctement : élèves déjà avancés dans vos études, auxquels ces conférences d'anatomie topographique seraient exclusivement destinées, s'il était vrai que la préparation du doctorat en médecine fût assimilable à celle du baccalauréat et que vous eussiez le droit d'oublier le lendemain ce que vous avez appris la veille; étudiants nouveaux et vétérans de la dissection, accourus ici avec tant d'empressement, comptant y trouver un enseignement profitable, et dont, je l'espère du moins, l'attente ne sera pas complètement déçue; enfin internes des hôpitaux, docteurs déjà établis, que j'aperçois nombreux dans cette enceinte, qui venez donner l'exemple à vos jeunes camarades, rafraîchir vos vieux souvenirs, défendre avec moi la cause sacrée de l'anatomie pratique et attester que les connaissances acquises par la dissection du cadavre humain sont de celles qui doivent demeurer emmagasinées dans votre écorce cérébrale, car vous aurez besoin d'y faire appel à tous les instants de votre difficile et laborieuse carrière.

Cette cause, à laquelle je viens de faire allusion, je l'ai énergiquement soutenue, aussi longtemps que j'ai eu le périlleux honneur et la lourde responsabilité de diriger l'Ecole pratique. Beaucoup d'entre vous le savent : je n'ai jamais transigé avec les principes de mon enseignement, sans vouloir les plier aux circonstances. J'ai toujours considéré, et je l'ai écrit dès 1901, qu'avec l'organisation actuelle des facultés de médecine, nous avions charge, non de créer des hommes de science ou de laboratoire et de préparer quelques-uns d'entre vous, élèves d'élite, à des examens ou à des concours supérieurs, mais bien de former des médecins praticiens et de donner à la généralité des étudiants une instruction éminemment pratique et professionnelle. Autrement dit, l'Etat entend qu'en matière d'anatomie, nous fassions de vous, non des anatomistes de carrière, mais que nous vous inculquions les notions anatomiques, indispensables, capitales pour comprendre le fonctionnement de l'organisme humain, les perturbations de ce perfectionnement, enfin les méthodes thérapeutiques, opératoires ou autres, destinées à les combattre. Et, pour bien accomplir notre tâche, n'est-il pas évidemment nécessaire que nous possédions, nous aussi, bien que spécialisés en anatomie, des connaissances suffisamment étendues en médecine, en chirurgie et même en obstétrique? Comment, en effet, discerner ce qui est utile à vous apprendre en anatomie, comment juger de quelles matières nous pouvons, sans aucun inconvénient, alléger le programme déjà trop chargé de vos études, si nous ne sommes familiarisés avec les nécessités de votre pratique journalière?

Sans doute, l'anatomie ainsi comprise est une science achevée, je veux dire voisine de la perfection, dans laquelle peu de trouvailles restent à faire. C'est un reproche que lui adressent communément ceux qui l'ont le moins étudiée. Mais c'est un reproche dont elle peut s'enorgueillir. N'est-il pas très heureux que, de science inductive, elle soit devenue déductive, qu'elle représente l'assise solide et immuable, sur laquelle nous pouvons bâtir en toute sécurité? Et ne savons-nous pas très bien que, partir de données anatomiques inexactes, c'est fatalement aboutir, aussi bien en médecine qu'en chirurgie, à des conclusions pathologiques erronées?

Qu'on ne s'y trompe pas d'ailleurs! L'anatomie, que j'ai apprise comme étudiant dans Cruveilhier, dans Richet, pour ne citer que les auteurs de deux de nos meilleurs traités didactiques, n'est plus tout à fait l'anatomie de nos jours et telle question qui paraissait très secondaire, il y a une vingtaine d'années, a pris brusquement une importance prépondérante. Il est banal de redire l'extension considérable qu'il a fallu donner à l'anatomie splanchnique en présence de l'essor de la chirurgie thoraco-abdominale et les interventions gynécologiques modernes ont nécessité une révision approfondie de la topographie des viscères pelviens. Jadis un professeur exposait rapidement la disposition du sympathique cervical et de ses ganglions; il ne le pourrait plus maintenant qu'on connaît bien la haute signification de ce cordon nerveux et qu'on a voulu appliquer sa résection à la cure de certaines affections, ainsi du goitre exophtalmique et de l'épilepsie essentielle! Sappey consacre cinq pages à peine à l'anatomie du thymus : serait-il permis de l'imiter, alors qu'on discute avec tant d'ardeur la physiologie et la pathologie de cet organe? Ces exemples, dont je pourrais sans peine grossir le nombre, m'autorisent à dire qu'à cette évolution incessante de la science, l'anatomie doit savoir adapter ses descriptions, qu'elle n'est pas à l'heure présente ce qu'elle était dans le passé et ce qu'elle sera dans l'avenir; qu'il est, en somme, pour bien préciser ma pensée, une manière pratique et utile de l'enseigner et de l'écrire, qui doit toujours répondre aux exigences et aux progrès de la médecine et de la chirurgie contemporaines.

Si je reviens aujourd'hui sur toutes ces questions avec une insistance, qui peut surprendre un grand nombre d'entre vous, c'est que les circonstances m'y contraignent. L'anatomie traverse, en effet, une véritable crise : elle est en butte à des attaques sans nombre, conduites par des hommes éminents, mais qui, je le crains, ne se font pas une idée très juste de l'anatomie utile, ou affichent pour elle un dédain qu'ils auraient peine à justifier. Ces attaques, vous les avez lues sans doute dans les journaux médicaux et autres; je suis étonné que personne ne les ait repoussées, comme si le mot d'ordre était de se taire. Je ne puis me résigner à garder le silence et à assister impassible à la destruction de l'œuvre des maîtres, qui sont l'honneur de l'anatomie française. J'aurai le courage et l'indépendance de m'inscrire en faux

contre les idées nouvelles qu'on voudrait implanter dans notre Faculté. Je ne veux pas qu'elles prennent racine dans vos jeunes intelligences, car je les considère comme funestes pour votre instruction professionnelle et vous n'en mesurerez toute l'inexactitude que lorsqu'il sera trop tard pour revenir sur vos pas. N'allez pas cependant attacher à mes paroles et à mes critiques un sens que je ne veux point leur donner. J'entends placer le débat à une très grande hauteur et maintenir la discussion uniquement sur le terrain doctrinal et scientifique.

On est péniblement impressionné, lorsqu'on lit que l'anatomie ne sert plus à rien, qu'elle a fait son temps, que la savoir ou l'avoir retenue est un « anachronisme », qu'elle pouvait avoir sa raison d'être tant qu'il s'agissait d'édifier l'anatomie pathologique, comme si, pour comprendre celle-ci, un terme de comparaison n'était pas indispensable et qu'il fût possible, en saine logique, d'apprécier les altérations morbides, sans connaître l'état normal! Que les défenseurs d'une pareille opinion méditent cette phrase de l'illustre Portal : « L'anatomie de l'homme malade, quoique cultivée par de grands hommes, n'a pas fait d'aussi grands progrès que celle de l'homme sain, et peut-être parce que de très savans médecins n'ont pas été assez bons anatomistes et que de très habiles anatomistes n'ont pas été médecins. » Mais j'ai hâte d'ajouter que la généralité des médecins reste fidèlement attachée aux saines traditions. Vous citerai-je, par exemple, l'un des maîtres incontestés de la clinique française, le professeur Dieulafoy, dont chaque chapitre de pathologie débute par de longs préambules anatomo-physiologiques? Ah! son Manuel doit être bien mauvais et vieillot, puisqu'il en est actuellement à sa seizième édition!

D'autres, parmi les contempteurs de l'anatomie, prétendent la renverser de son piédestal et accorder la première place, dans vos études fondamentales, aux « sciences de la vie, plus jeunes, autrement fécondes et autrement éducatrices », au nombre desquelles ils rangent d'abord, la physiologie et la bactériologie, puis l'histologie, la parasitologie, la physique et la chimie. Ils demandent qu'on donne « comme introduction à la médecine, non plus la dissection du cadavre, mais l'étude expérimentale et clinique de l'organisme plein de vie ». Qu'est-ce à dire? Et comment prétendez-vous entreprendre une pareille étude, si la dissection ne vous a préalablement fait connaître la construction de l'organisme humain?

C'est en vain d'ailleurs qu'on voudrait tracer une ligne de démarcation tranchée entre le domaine de l'anatomiste et celui du physiologiste, comme si les travaux de l'un « n'étaient pas immédiatement enchaînés aux recherches de l'autre; comme la connaissance de l'effet pouvait se séparer de celle de l'agent qui le produit » (Bichat). D'ailleurs, n'est-ce pas à l'anatomie qu'appartient toute la physiologie mécanique, celle des articulations et des muscles en particulier, dont vous chercheriez en vain le plus minime exposé dans la plupart des traités modernes de physiologie?

Que dirai-je des autres sciences? Assurément, je sais l'importance de l'histologie, que des frontières tout artificielles séparent de l'anatomie; je suis loin de méconnaître l'intérêt qui s'attache aux sciences expérimentales, physiques, chimiques et naturelles, surtout lorsqu'elles sont enseignées, comme à notre Faculté, dans leurs applications étroites avec vos besoins de praticien, avec les nécessités de la clinique, de l'hygiène, de la thérapeutique, de la médecine légale et que le professeur, ainsi que le dit si justement M. Appell, s'occupe toujours d'adapter l'étudiant « au milieu dans lequel il devra développer son activité et son initiative ». Je n'ignore pas davantage le puissant attrait des sciences biologiques, dont les découvertes enrichissent chaque jour la science. Mais ces découvertes sont-elles définitives? Il est permis d'en douter et, si vous en voulez la preuve, je vous engage à lire la belle et spirituelle leçon, faite récemment, à l'hôpital de la Pitié, par mon collègue et ami Rénon. Vous y verrez que la médecine a pris des allures qui la rendent incompréhensible aux médecins, qu'on essaie en vain de la faire rentrer dans le cadre de la physico-chimie, que les théories succèdent aux théories, que les traitements, basés sur celles-ci et non sur l'observation des faits cliniques, ont abouti à une véritable ataxie thérapeutique, telle que les médications réputées merveilleuses un jour sont condamnées le lendemain. Certes, la vérité finira par percer les nuages et je souhaite qu'une fois docteurs, vous deveniez à votre tour des chercheurs et contribuiez à la faire éclater. Mais aujourd'hui, vous n'êtes encore que des étudiants, qui réclamez avant tout des fondations inébranlables sur lesquelles vous puissiez asseoir vos connaissances cliniques et professionnelles. Et qui donc, en se plaçant sur ce terrain, oserait me contredire et contester, à moins d'un parti-pris évident, que la première place appartienne et doive rester à l'anatomie? Aussi, sans demander, comme M. le professeur Kirmisson, que l'enseignement pratique des sciences accessoires, dont je proclame hautement la nécessité, soit donné dans des laboratoires annexés aux services des hôpitaux, suis-je cependant tout à fait d'accord avec ce maître, lorsqu'il s'écrie : « L'anatomie et la clinique, telles sont les bases fondamentales de l'instruction du praticien. »

Mais ce n'est pas tout et d'autres périls plus graves menacent notre vieille anatomie. Certains esprits, peu modestes dans leurs prétentions, méditent de la bouleverser de fond en comble, de faire table rase du passé et de renverser ce que nous avons adoré. Mais la science est-elle donc née d'hier? N'est-elle pas faite, pour les neuf dixièmes au moins, de l'héritage de nos prédécesseurs et de nos ancêtres? Est-il permis de paraître neuf et original en faisant bon marché de l'expérience d'autrui, en ignorant ou en semblant ignorer les travaux de nos devanciers? On veut que l'anatomie quitte les sentiers battus pour s'engager dans des voies nouvelles, que j'appellerai, pour ma part, extra-médicales; on prétend qu'elle a besoin d'être régénérée, qu'elle ne doit pas rester terre à terre et purement

pratique, mais aborder les hauts problèmes biologiques, ainsi celui de l'évolution des êtres, comme s'il ne fallait pas se garder de croire que, en médecine comme ailleurs, tous les changements étaient des progrès, comme s'il ne valait pas mieux écouter les réclamations si justifiées et si pressantes du corps médical, et s'il n'était pas, en conséquence, impérieusement de notre devoir « non pas d'accommoder les choses à notre esprit, mais de soumettre notre esprit à la nature des choses » (Riolan). Aussi, estimerez-vous avec moi que, dans une Ecole, qui reste pour l'instant, comme la nôtre, essentiellement professionnelle, l'anatomie doit, plus encore que par le passé, si c'est possible, côtoyer sans cesse la pathologie et la clinique, au lieu de chercher à s'élever aux hypothèses, aux conceptions et aux discussions transcendantes, à ce que Verneuil appelait les rêveries germaniques, lorsqu'il déplorait « l'absence bien regrettable de toute déduction pratique dans les livres allemands, qui sont des monuments d'un labeur infatigable, mais dont les auteurs ne semblent pas se douter que l'anatomie et la physiologie humaines sont faites pour des médecins et non pour des philosophes et des érudits ».

On demande aussi que l'anatomie devienne « moins cadavérique, plus viscérale, plus microscopique, moins encombrante », phrase bien obscure. J'imagine qu'elle signifie ceci : la dissection est moins nécessaire que ne le soutiennent ses défenseurs — dont je suis — et on lui consacre beaucoup trop de temps. Et que pensez-vous de cette argumentation subtile : « Apprendre à disséquer n'est pas la même chose que d'apprendre l'anatomie, et la plus grande partie de l'anatomie s'apprend dans les livres à l'aide d'exercices mnémotechniques, ou chez des professeurs particuliers à l'aide de dessins, planches, moulages ou pièces sèches. » Je regrette de ne pouvoir partager une pareille opinion ; je prétends, au contraire, qu'on peut et qu'on doit apprendre sur le cadavre toute l'anatomie utile, en travaillant avec intelligence et méthode. Et, en vérité, c'est singulièrement jouer sur le sens du mot dissection, que de croire ou de vouloir faire croire aux autres qu'elle consiste uniquement, avec le scalpel et les pinces, à séparer les parties les unes des autres et qu'elle ne dispose pas d'autres procédés d'investigation, tels que les durcissements, les coupes, l'hydrotomie, les insufflations, les injections, les macérations, les corrosions, etc., moyens variés qui nous permettent de comprendre les rapports des organes, d'acquérir, sans le secours du rasoir et du microscope, des notions déjà très étendues sur la texture des viscères et des centres nerveux, de reconnaître les substances constituantes du rein, la disposition des valvules conniventes et des tuniques de l'intestin, de feuilleter les membranes du globe oculaire, de pénétrer fort avant dans l'édification des glandes salivaires et de leurs canaux excréteurs, d'étudier le mode de ramescence de la veine porte ou de l'arbre bronchique, etc.

Voilà, messieurs, la dissection telle que je l'entends et que rien ne saurait remplacer pour apprendre la bonne anatomie, ni les pièces sèches, condamnées du reste depuis quarante ans comme moyen d'enseignement, ni les moulages en cire, ni les planches, ni même les livres et les cours dont l'utilité n'est réelle que s'ils sont adaptés à vos besoins pratiques et mettent spécialement en lumière les points intéressants, importants ou difficiles. Plus vous disséquerez vous-mêmes, et mieux vous saurez votre anatomie professionnelle, moins vous serez embarrassés pour porter un diagnostic et conduire un traitement.

Si mes paroles étaient impuissantes à entraîner votre conviction, vous en croirez bien, je l'espère, notre immortel Bichat. Ecoutez ce qu'il dit : « Les auteurs qui indiquent plutôt qu'ils ne décrivent les organes, qui ne montrent en sommaire les objets que, sans doute, ils n'ont disséqués qu'en abrégé, qui veulent arriver à la connaissance des fonctions sans avoir parcouru la route qui y conduit, ces auteurs sont sans doute plus nuisibles à la science que ceux qui donnent dans l'excès opposé. Mieux vaut encore trop savoir que de ne pas connaître assez... Les planches ne nous offrent les objets que sous un seul point de vue et sont tout au plus utiles pour retracer des images autrefois puisées dans la nature. Laissons ces pièces en cire dans les cabinets que la curiosité enrichit à grands frais, où la science ne s'embellit à sa superficie qu'en perdant de sa profondeur, et qui, inutiles à celui qui sait, sont souvent nuisibles à celui qui ne sait pas. Je compare les livres en anatomie à ces verres qui, placés entre notre œil et les objets, les diminuent ou les grossissent, les embellissent ou les défigurent, et rarement nous les présentent tels qu'ils sont dans la nature. Les livres peuvent diriger nos recherches sur le cadavre, mais jamais suppléer à celui-ci. Juger uniquement les parties d'après leurs descriptions, c'est prononcer sur un tableau sans lever la toile qui le couvre. »

L'attention que vous voulez bien m'accorder m'engage à pousser plus avant ma démonstration et à plaider au fond, espérant le gagner, le procès de l'anatomie utile, que des adversaires ont appelée théorique, comme si elle n'était pas essentiellement objective ! Aussi bien me verrais-je dans la nécessité, si le temps me le permettait, de passer en revue toutes les parties de l'anatomie, car il n'en est presque aucune qui ait trouvé grâce devant certains réformateurs trop pressés.

C'est à l'ostéologie qu'on a livré les plus terribles assauts en voulant la sacrifier, diminuer son importance et en disant « qu'elle vous sera d'autant moins utile au cours de votre carrière, qu'elle sera depuis longtemps effacée de votre mémoire. » Je suis, de par mon expérience personnelle, d'un avis diamétralement opposé et je soutiens que rien n'est plus capital que l'étude approfondie du squelette. Celui qui le sait d'une façon intelligente et complète connaît presque le tiers de toute l'anatomie ; il saisit aisément la disposition des muscles et des ligaments, il possède les points d'orientation essentiels, il comprend sans peine le trajet de bien des organes vasculo-nerveux ; et d'ailleurs je mets au défi n'importe lequel d'entre vous d'étudier avec fruit les nerfs encéphaliques, s'il ignore la configuration de la base du crâne. Ne faut-il pas bien se rappeler la forme, les courbures, la texture des os, leur situation au sein des parties

molles, quand on veut se rendre compte de leurs lésions traumatiques?

Mais c'est en pathologie infantile que l'utilité de l'ostéologie apparaît surtout frappante : « Comment comprendrez-vous, écrit le professeur Kirmisson, la production des déformations rachitiques, qui ne sont le plus souvent que l'exagération des courbures normales des os, si vous n'avez pas bien présente à l'esprit la configuration des diaphyses osseuses? Comment vous ferez-vous une idée exacte de la localisation et des complications possibles de l'ostéomyélite, si vous ne connaissez pas la configuration des cartilages épiphysaires, leurs rapports normaux avec les articulations voisines, leur valeur réciproque dans le travail d'accroissement des os en longueur? Comment pourrez-vous vous faire une idée juste de la pathogénie et de la classification des pieds bots, des diverses méthodes de traitement, si vous n'avez pas de notions exactes sur les os du tarse et leur mode d'articulation, sur les insertions précises et l'action de chacun des muscles moteurs du pied sur la jambe? » Et n'est-ce pas grâce à une étude approfondie de la forme de l'astragale et du calcanéum aux différents âges que le professeur Farabeuf, membre de la Société de Chirurgie, a pu nous donner un traitement économique et rationnel du pied bot congénital?

Que n'a-t-on pas dit sur les crêtes d'insertion, sur les tubérosités, sur les particularités de certains os? On a prétendu qu'en les apprenant c'était inutilement vous surcharger la memoire. Certes, il faut bien se garder d'une trop grande précision et de digressions superflues; mais nous saurons, si la clinique nous est familière, juger de l'opportunité de tel ou tel détail. N'est-il pas bon de connaître, pour les interventions sur le rein, les variétés de longueur de la douzième côte, de savoir que certaines pièces squelettiques, telles que l'épiphyse acromiale, la tubérosité du cinquième métatarsien, l'os trigone, etc., peuvent former des os indépendants, afin de ne pas les confondre avec des éclats séparés par un traumatisme; que d'autres saillies acquièrent, dans certaines conditions et chez certains individus, un développement tel qu'elles simulent une exostose? Il n'est pas moins nécessaire de connaître aussi bien le trajet de certains cartilages diaphyso-épiphysaires, afin de ne pas les prendre pour des traits de fracture, que les noyaux d'ossification qui, dans certaines régions, au coude en particulier, en imposent si aisément pour des fragments osseux détachés.

Ceci m'amène à vous dire un mot, en passant, des rapports de la radiographie avec l'anatomie, question brûlante d'actualité, surtout si on l'envisage au point de vue des accidents du travail et de votre responsabilité légale. J'avoue que je ne saisis pas comment on peut se demander si l'application des rayons X à la médecine et à la chirurgie doit être du ressort des médecins ou des physiciens. Allez donc exécuter un cliché pratiquement utilisable, si vous ignorez et les repères anatomiques qui doivent être votre guide, et les parties molles ou dures qui apparaîtront successivement à votre œil pendant l'opération du développement. Allez donc interpréter les images, si vous n'avez pas des connaissances précises et étendues sur l'architecture et la morphologie des os, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. En voulez-vous un exemple? Il y a quelque temps, j'étais appelé à examiner une dame, chez laquelle un radiographe étranger avait diagnostiqué une fracture par pénétration de la tête humérale. Elle avait une simple contusion de l'épaule et je n'eus pas de peine à démontrer que la ligne d'apparence compacte pénétrant dans l'épiphyse humérale n'était autre chose que la lèvre externe de la coulisse bicipitale, très visible à sa partie supérieure sur une radiographie bien faite de l'épaule en profil externe.

Je quitte à regret ce sujet, qui prêterait encore à d'intéressants développements. Mais n'en ai-je pas dit assez pour justifier l'importance de l'étude du squelette? Je ne puis — le temps presse — qu'effleurer l'utilité pratique de l'arthrologie et de la myologie. Les luxations des jointures et les principes de leur traitement, les attitudes vicieuses dans les arthrites, la technique des désarticulations, resteront lettre morte pour vous si vous ignorez les insertions, l'action, la résistance des moyens d'union, la disposition des synoviales et leurs prolongements, la configuration des surfaces et des interlignes articulaires. Et cependant n'a-t-on pas daubé ces pauvres petits ligaments, de la connaissance desquels on ne tirerait, à en croire quelques contradicteurs, aucune application pratique! Lisez, pour réduire à néant de telles railleries, le beau mémoire de Farabeuf sur la luxation du pouce; vous verrez que, s'il a pu fixer la science sur ce point, c'est grâce à une étude parfaite de l'appareil ligamenteux métacarpo-phalangien et métacarpo-sésamoïdien. Voyez aussi comment, en découvrant un nouveau petit ligament, le radioscaphoïdien profond, mon ami le professeur Pierre Delbet a pu expliquer tout récemment certains déplacements du scaphoïde dans les traumatismes du poignet.

Ce qui est vrai pour les ligaments, l'est aussi pour les muscles, dont on a dit, bien à tort, qu'ils n'avaient qu'un intérêt fort restreint. Assurément, il en est dont vous pourrez oublier jusqu'à leurs noms. Mais encore faudra-t-il connaître l'anatomie des muscles du cou, du pied et de la jambe, si vous voulez saisir le mécanisme des déviations dans les torticolis ou les pieds bots paralytiques. Mais encore devrez-vous vous souvenir de l'existence d'un muscle court abducteur du pouce, de la disposition des muscles lombricaux et interosseux, etc., quand vous étudierez l'atrophie musculaire progressive, la maladie de Duchenne, ce médecin de génie auquel la physiologie des mouvements est redevable d'une foule de découvertes. Et je serais réellement curieux de savoir comment, si le professeur ne vous a pas clairement expliqué les muscles du larynx, leur innervation, leur action sur la glotte et les cordes vocales, vous pourrez comprendre la pathologie si complexe de cet organe, les aphonies, les spasmes glottiques, les paralysies récurrentielles. Partout et toujours, l'anatomie demeure votre guide le plus sûr.

Aussi n'est-ce pas sans un sentiment de pénible stupéfaction que j'ai lu quelque part que le temps de

l'angiologie était passé et « que le meilleur chirurgien compte davantage sur ses pinces hémostatiques que sur ses souvenirs anatomiques ». Peu importe ce que vous coupiez, pourvu que vous sachiez appliquer une bonne et propre ligature. Ah! messieurs, n'écoutez pas ces perfides conseils qui vous exposeront à de cruels mécomptes. De quelle lourde responsabilité ne chargerez-vous pas votre conscience si votre opéré perd son testicule, parce que vous lui avez maladroitement sectionné le canal déférent ou tous les vaisseaux du cordon spermatique? Au cours d'une intervention abdominale, ne devez-vous pas respecter les artères mésentériques, les anastomoses entre les artères coliques droites et gauches, si vous ne voulez pas que, par votre faute et votre ignorance anatomique, votre malade soit emporté par une gangrène de l'intestin grêle ou du côlon? Certes, je sais qu'on peut souvent impunément blesser la carotide primitive ou ouvrir le sinus latéral, mais ne vaut-il pas mieux éviter ces écueils? Et une toute récente discussion à la Société de chirurgie n'a-t-elle pas montré le danger de la ligature des jugulaires internes? J'ai toujours gravé dans ma mémoire le cas de ce médecin qui, ne connaissant pas la situation de la veine fémorale dans le canal qu'elle occupe sous l'arcade de Fallope, débride en dehors une hernie crurale et voit mourir son malade d'une hémorragie. Que donc l'angiologie soit indispensable au chirurgien vraiment digne de ce nom, la chose ne se discute même pas. Mais est-elle inutile au médecin? Voici un cirrhotique, qui présente des hématémèses par varices œsophagiennes et une circulation veineuse abdominale très développée. Saisirez-vous la raison de ces phénomènes, si vous n'avez aucune notion des veines portes accessoires et des anastomoses qui relient la circulation porte à la circulation veineuse générale? Voici, sur la table d'autopsie, le poumon d'un sujet mort d'une embolie du poumon ; les lésions vous sembleront incompréhensibles, si vous ne connaissez la double vascularisation de cet organe ainsi que la distribution et la terminaison très spéciales de l'artère pulmonaire. Quel n'est aussi l'intérêt médical de l'artère sylvienne, dans le territoire de laquelle se font presque toujours l'hémorragie cérébrale et le ramollissement par embolie? Et puis-je quitter ce court exposé de l'angiologie utile, sans vous rappeler que vous devez connaître avec détails la disposition anatomique des veines azygos, ces voies de suppléance et de communication si importantes entre les deux systèmes caves?

J'en arrive aux viscères céphaliques, thoraciques et abdominaux. Ici la question prend un tout autre aspect et les attaques ont revêtu une forme différente, mais très précise. Loin de nier son importance pratique, on insinue que la splanchnologie a été négligée jusqu'à ce jour par ceux qui ont eu successivement, depuis trente ans, charge de diriger l'enseignement de la dissection. Pures fables! Malveillantes allégations! Je demande qu'on les démontre et j'apporte, moi, la preuve du contraire. Il était d'usage — et des documents écrits en feraient foi s'il était nécessaire — que les sujets fermés fussent uniquement réservés aux élèves déjà assez avancés et cela en vue de l'examen des organes splanchniques. Les prosecteurs et les aides d'anatomie avaient la mission, dont ils s'acquittaient fort bien, de montrer eux-mêmes, aux étudiants de chaque table, la situation et les rapports des viscères, de leur expliquer particulièrement les points difficiles, tels que la plèvre médiastine et le ligament du poumon, les réflexions du péricarde, les connexions du duodénum, les replis du péritoine, l'arrière cavité des épiploons, la différence entre l'hiatus de Winslow et le foramen bursæ omentalis, etc. Ils procédaient de même pour les encéphales que l'on conservait dans les cabinets à macération, et que l'élève était chargé d'extraire lui-même de la boîte osseuse, après avoir disséqué le cuir chevelu et la partie périphérique des nerfs craniens. Voilà la vérité. Voulez-vous savoir aussi combien le programme officiel, suivi depuis plus de vingt-cinq ans, prévoit de démonstrations pour la splanchnologie et le système nerveux central? Exactement quarante, sans compter les douze consacrées aux organes des sens, soit près du quart des cent soixante-seize démonstrations faites pendant les deux semestres de dissection. Ajouterai-je enfin, comme adjuvant et complément de cet enseignement, les nombreuses planches qui sont journellement mises sous vos yeux et dont la plupart sont dessinées d'après nature par le professeur Farabeuf, qui continue à travailler pour vous et pour son Ecole qu'il a tant aimée!

Et que reste-t-il maintenant debout de ces critiques (1)? Je vous en fais juges. Rien n'a été négligé pour une étude complète de la splanchnologie, dont les médecins vantent tant l'importance, d'accord en cela avec les chirurgiens, auxquels ils sont du reste redevables de presque tous les travaux faits dans ces vingt dernières années en anatomie viscérale, qui touche par bien des points à l'anatomie topographique.

Vous savez que cette dernière, synthétisant pour ainsi dire les notions d'anatomie descriptive utile, envisage particulièrement les connexions réciproques des organes, leur mode de superposition et de juxtaposition, et qu'elle embrasse d'un coup d'œil d'ensemble tout ce qui se rencontre dans une région. Elle constitue ainsi proprement ce que Riolan, « aussi grand anatomiste que savant médecin », appelait déjà, en 1653, la géographie du médecin, sans laquelle nulle chirurgie, nulle médecine raisonnées ne sont possibles. Vous en saisirez l'importance considérable à tous les instants de votre pratique. C'est elle qui inspire les interventions opératoires à la fois audacieuses et réglées, qui aide soit à localiser le siège d'une tumeur, soit à déterminer les organes lésés dans une plaie pénétrante de poitrine, etc. C'est elle encore qui vous permet presque de deviner plusieurs

(1) Si quelque chose laisse à désirer, est-ce notre faute? Ai-je jamais, sans avoir pu rien obtenir, cessé de réclamer toute une série de réformes et d'améliorations : telles que substitution de l'eau de source à l'eau de Seine (qui seule existe dans les pavillons), appareils à eau chaude et de chauffage, appareils à congélation, matériel à injections, cuves à conservation, galeries de pièces humides, etc.? On vient enfin d'installer l'électricité que je demandais depuis plusieurs années.

des symptômes et des complications de l'anévrisme de la crosse aortique, si vous avez bien présents à l'esprit les rapports de ce vaisseau avec le récurrent, le pneumogastrique, les nerfs cardiaques, la veine cave supérieure, la bronche et la plèvre gauches. C'est toujours elle qui vous tirera d'embarras pour interpréter les accidents complexes et variés des tumeurs du médiastin, si vous voyez clair dans la disposition des nombreux organes digestifs, respiratoires, vasculaires, nerveux, ganglionnaires, qui occupent ou traversent cette région.

Je n'insiste pas davantage, car devant, au cours de ces conférences sur le bassin, contenant et contenu, viser principalement le point de vue topographique, j'aurai à chaque instant l'occasion de vous montrer les précieuses applications dont les faits anatomiques sont susceptibles, ainsi que les immenses services que peut seul rendre à votre instruction professionnelle le sens pratique associé à l'esprit anatomique. Je le ferai avec d'autant plus de plaisir, que nous foulerons un sol richement fécondé par la science française. Que l'Allemagne tienne la tête du mouvement dans les sciences expérimentales et biologiques, c'est possible, mais je ne me reconnais aucune compétence pour discuter la question. Qu'elle ait produit de très beaux travaux d'anatomie pure, je le sais, je les étudie, j'en tire profit pour mon enseignement et votre instruction ; qui donc oserait me blâmer de me tenir au courant de la science? Mais alors que nous traversons une période de dénigrement systématique, que les seules idées saines et supérieures sont apparemment celles qui nous viennent de l'étranger, alors qu'on prétend, chez nous, ternir la gloire de nos anatomistes et vilipender les admirables travaux qu'ils ont enfantés, n'est-il pas bon de rappeler que, jusqu'à une époque récente, les Allemands ne possédaient comme ouvrages d'anatomie topographique que les traductions de nos auteurs, qu'ils envoient leurs assistants (je pourrais citer des noms) emprunter et copier nos méthodes didactiques, si simples et si lumineuses, et que Waldeyer lui-même, au Congrès de 1900, a dû proclamer que nul pays ne pouvait se mesurer avec le nôtre sur le terrain de l'anatomie appliquée, médico-chirurgicale?

Aussi croyez-moi, messieurs... Fuyez soigneusement les voies nouvelles où voudraient vous entraîner des réformateurs mal avisés. Gardons pieusement et augmentons notre patrimoine ; suivons la route que nous ont tracée nos pères, ces hommes qui ont fait l'anatomie française, l'anatomie utile, pratique et professionnelle, et qui, au milieu des tristes difficultés de l'heure présente, m'apparaissent bien grands dans leur grandeur crépusculaire.

FORMULAIRE

LEUCOPLASIE BUCCALE

Application de décoction d'airelle.

Cette décoction se prépare en mettant à macérer 200 grammes d'airelle dans 500 grammes d'eau pendant plusieurs heures, puis en faisant réduire à 300 grammes par ébullition. (*Ann. de thérap. dermatol. et syphiligr.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1909)

Les centres diaphylactiques. — M. Pierre Bonnier. On doit admettre aujourd'hui que pour se défendre contre les agents pathogènes qui l'ont pénétré, l'organisme emploie un procédé de digestion tout à fait comparable à celui qui a pour objet l'alimentation.

Il sécrète l'antitoxine appropriée à telle toxine, exactement comme il sécrète le suc digestif approprié à tel aliment. Il y a dans les deux cas une offre spécifique répondant à la demande de l'élément incorporé. Cette digestion du produit dangereux, sa neutralisation, c'est-à-dire sa *diaphylaxie*, est une fonction aussi ancienne que la nutrition elle-même.

Les centres diaphylactiques, centres de défense organique, ont été capitalisés par le bulbe comme les centres digestifs. M. Bonnier cite un certain nombre de faits qui le démontrent.

Il pense en outre que l'action spécifique de certains sérums a avant tout pour effet de neutraliser momentanément la sidération que la toxine produit sur les centres en question et de permettre à ceux-ci de se redresser. Il en est de même pour les sérums non spécifiques et l'action chimique est ici simplement dilutive.

Quel que soit le procédé de libération des centres de défense, sérum spécifique ou non, excitation directe du bulbe par l'intermédiaire du trijumeau nasal (cautérisation de la muqueuse nasale dans les rhinites, otites, bronchites, pharyngites, entérites, leucorrhées) ou de tout autre point de la périphérie, l'effet est toujours de permettre à ces centres de mobiliser les éléments sécréteurs d'antitoxine et d'activer la digestion des agents pathogènes.

Dangers du chloroforme. Incoagulabilité du sang et nécroses du foie consécutives à l'anesthésie chloroformique. — M. Doyon.

Des mesures en d'Arsonvalisation. — M. E. Doumer.

Traitement des radiodermites par l'étincelle de haute fréquence. — M. de Keating-Hart.

— M. Laveran est désigné pour représenter l'Académie au XVIe Congrès international de médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 MARS 1909)

Le choléra. — M. Chantemesse rappelle avoir fait, en 1908, une communication sur les « positions actuelles » du choléra.

Il y exprimait le vœu d'une réunion d'une conférence internationale afin de régler la défense sanitaire du chemin de fer du Hedjaz et de s'opposer aux dangers qu'il pourrait faire courir à l'Europe au point de vue de la propagation du choléra.

Ce chemin de fer, dont on a très peu parlé, a été construit sans le secours d'aucune société financière, avec l'argent seul des fidèles, ainsi que le lazaret. Son point de départ est Damas; son parcours sera de 1 800 kilomètres. Il se dirige, au sud, vers Maan, pénètre dans le désert, s'enfonce vers Tebuk et atteint Médine. Il mettra ainsi Constantinople à quatre jours et demi de la Mecque.

Entre la Mecque et l'Europe un lazaret doit être installé. Ce lazaret est en construction à Tebuk; il coûtera 3 millions et pourra contenir 30 à 35 000 personnes.

Mais, pour M. Chantemesse, ce lazaret de Tebuk est insuffisant et, actuellement, c'est toute la question du choléra qui se pose de nouveau.

Une mission internationale est chargée d'étudier cette question.

Atrophie héréditaire de la papille. — M. RAYMOND présente à l'Académie au nom de son collaborateur, M. KŒNIG, et au sien, un travail intitulé : Atrophie héréditaire de la papille.

Cette curieuse affection décrite autrefois par Leber est caractérisée par une cécité subite partielle qui n'aboutit presque jamais à l'amaurose. Ces auteurs l'ont étudiée chez plusieurs malades appartenant à quatre familles différentes.

Ce qui doit tout d'abord attirer l'attention c'est le contraste frappant qui existe entre les altérations du nerf optique peu accentuées au début et les troubles de la vision qui atteignent d'emblée leur maximum d'intensité. MM. Raymond et Kœnig distinguent trois périodes dans la courte évolution de cette maladie : 1° l'hypherémie papillaire ; 2° l'ischémie ; 3° l'atrophie blanche avec excavation. Ces symptômes subjectifs et objectifs peuvent se résumer ainsi : intégrité fonctionnelle des pupilles et du champ visuel périphérique ; scotome central absolu ou relatif ; altération considérable de la vision centrale qui survient subitement. Cette affection des yeux est essentiellement héréditaire. C'est une hérédité atavique, directe ou collatérale, homocrone et similaire. Cette affection se transmet par la voie maternelle aux enfants du sexe masculin. Les femmes sont en général indemnes. C'est toujours entre dix-huit et vingt-cinq ans que le trouble de la vue survient, et toujours subitement. La vision centrale est gravement atteinte au point que les malades sont obligés d'abandonner leurs occupations, mais ils conservent la vision excentrique et continuent à pouvoir se conduire et à exécuter certains travaux. L'étiologie et la pathogénie sont encore peu connues. Les intoxications ne jouent aucun rôle. M. Raymond pense que la principale cause réside dans une débilité et une sénilité précoce du faisceau maculo-papillaire. En outre, M. Kœnig fait remarquer que le développement du sinus sphénoïdal qui est tardif s'achève à l'âge où la maladie débute. Par suite d'une prédisposition héréditaire, le sphénoïde peut exercer un certain degré de constriction sur le faisceau maculaire.

Les auteurs rappellent un cas intéressant de la question et l'étudient au point de vue médico-légal. Certains malades atteints à l'occasion d'un traumatisme fortuit ou pendant une période d'instruction militaire ont bénéficié des avantages de la loi sur les accidents du travail, et d'autres ont obtenu un congé de réforme avec pension.

Ce sont des erreurs que l'on peut éviter par la connaissance complète de la symptomatologie qui vient d'être décrite.

M. RECLUS demande à M. Raymond s'il ne pense pas qu'au point de vue de la loi sur les accidents du travail le traumatisme, dans l'espèce, ne puisse pas trahir la marche de la maladie.

M. Raymond répond qu'il est bien convaincu que le traumatisme ne peut exercer aucune influence sur la marche de cette maladie.

Pelade cranienne totale. — M. HALLOPEAU analyse l'observation d'une pelade cranienne totale, chez un homme de vingt-sept ans, ayant résisté aux soins ordinaires des meilleurs spécialistes et qui fut radicalemeut guérie par l'emploi alternatif et espacé des rayons X et des effluves de haute fréquence.

Il montre des photographies, tableau parlant de physiothérapie scientifique et prudente.

Il félicite vivement le docteur Chicotot, l'auteur de cette observation et de cette cure, d'avoir eu cette initiative, il engage ses confrères à constater *de visu* sur la tête du malade, qui se tient dans la salle annexe, la beauté et la réalité de la guérison obtenue pour la première fois par les moyens employés par l'habile électricien. Nous sommes à présent en possession d'un traitement à la fois efficace et inoffensif des pelades les plus rebelles et généralisées.

Les buées industrielles et l'hygiène du travail. — La nocivité des buées industrielles est l'un des plus délicats problèmes de l'hygiène du travail ; c'est aussi un de ceux qui offrent un caractère de grande actualité.

Dans une note présentée par M. HANRIOT, MM. HÉBERT et HEIM établissent que la composition chimique des buées des teintureries n'est pas susceptible d'influer sur la santé des ouvriers teinturiers. Les acides, sels minéraux, couleurs d'aniline des bains de teinture ne sont entraînés dans les buées qu'en proportion infiniment faible. Seule, l'aniline est entraînée en quantité suffisante pour que l'hygiéniste ait à se préoccuper de sa présence, vu sa grande toxicité.

Ainsi se trouve tranchée la question controversée de la nocivité chimique des buées de teinturerie, objet, depuis plusieurs années, de graves préoccupations de la part du monde industriel et de l'administration supérieure du travail.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section des associés libres, en remplacement de M. Chamberland.

La liste de présentation portait : en première ligne *ex æquo*, MM. Paul Straus (sénateur) et Jules Voisin ; en deuxième ligne, M. Maurice de Fleury ; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Capitan, Castan et Valude.

Le nombre des votants étant de 85, majorité 43, au premier tour, M. Paul Straus obtient 66 suffrages ; M. Voisin, 12 ; M. Capitan, 3 ; M. Castan, 1 ; M. Cabanès, 1 ; M. Coudray, 1 ; un bulletin blanc. — M. Straus est proclamé élu.

NOTES POUR L'INTERNAT

CHANCRE INDURÉ

On désigne sous le nom de chancres les ulcères vénériens primitifs, qui succèdent sur place à une inoculation le plus souvent mais non toujours vénérienne. Il en existe deux, le *chancre syphilitique*, chancre huntérien ou chancre induré et le *chancre simple* ou chancre mou ; on observe quelquefois un *chancre mixte* dû à l'inoculation simultanée ou successive et à deux époques rapprochées du virus de la syphilis et du virus du chancre mou. Le chancre induré est l'accident initial, nécessaire de toute syphilis acquise. La dénomination de chancre induré est assez défectueuse, car l'induration n'est pas absolument constante.

ÉTIOLOGIE. — C'est l'étiologie de la syphilis ; rappelons seulement que si la vérole se transmet le plus souvent dans les rapports vénériens normaux ou anormaux, il existe bien d'autres modes de contagion : vaccination, succion d'une plaie par un sujet syphilitique, allaitement d'un enfant syphilitique, toucher vaginal contagionnant un médecin ou une sage-femme. Ceci fait déjà prévoir qu'il existe des chancres des parties génitales et des chancres extra-génitaux.

Pour réaliser l'inoculation, il semble qu'un contact prolongé avec un virus syphilitique actif et non desséché soit nécessaire ; on admet aussi qu'il faut une solution de continuité de la surface cutanée ou muqueuse sur laquelle l'agent contagieux est déposé. On connait aujourd'hui l'agent de ce contage ; c'est le *spirochæte pallida* ou mieux le *Treponema pallidum* de Schaudinn.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le chancre syphilitique ne diffère pas essentiellement des autres lésions circonscrites du derme. Il faut seulement signaler l'importance de l'altération

des *vaisseaux* sanguins : artères, veines et capillaires sont atteints d'endo-péri-vascularite. Tout autour des vaisseaux altérés, on constate un infiltrat cellulaire d'une extrême densité provenant en grande partie de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif, un peu des cellules lymphoïdes et beaucoup des cellules plasmatiques (Brocq).

SYMPTOMES. — Le chancre a une période d'*incubation* longue, il n'apparaît que quinze à trente jours après le contact infectieux, très exceptionnellement après cinq ou six jours, parfois après plus de deux mois.

Le chancre des parties génitales *siège* à la verge, au gland, au prépuce, au scrotum, aux grandes et petites lèvres, au clitoris, au vagin ou au col de l'utérus. Les chancres extra-génitaux peuvent se rencontrer sur toute l'étendue de l'enveloppe tégumentaire cutanée ou muqueuse (Fournier). Citons les chancres de la face (lèvres et menton), de la bouche (langue, amygdales), du bras (chancre vaccinal), du doigt (chancre professionnel des médecins), du mamelon (chancre des nourrices).

Il est habituellement *unique*; mais cette unicité n'est pas une loi, ni un élément de diagnostic, car les chancres indurés multiples sont relativement fréquents (Brocq). Il en existe alors deux à quatre; quelquefois jusqu'à 14 (Brocq), jusqu'à 25 (Fournier), lorsque la syphilis est venue se greffer sur des lésions ulcéreuses des organes génitaux, en particulier sur la gale.

Au *début*, le chancre est une petite papule arrondie, avec une légère érosion à son centre; l'érosion est arrondie, ovalaire ou fissuraire, plane, à base légèrement épaissie. C'est la plus petite, la plus bénigne, la plus insignifiante de toutes les érosions possibles; c'est moins que rien (Fournier).

A la *période d'état*, on constate, sur la peau ou sur une muqueuse, une exulcération reposant sur une base dure (Thibierge). Il faut bien mettre en évidence que le chancre, malgré son nom, n'est pas une ulcération véritable; il a peu de tendance à creuser, il est tout au plus parfois déprimé en godet, le plus souvent plan, de niveau avec les parties voisines, et même quelquefois un peu bombé. La forme est presque toujours régulière, arrondie, comme une pièce de cinquante centimes ou ovalaire, quelquefois allongée en fissure. Le fond est lisse, égal et uni, parfois reluisant; on croirait qu'on y a passé un vernis brillant; les bords n'existent pas puisque le chancre se continue sans ressaut avec les tissus qui l'environnent. La coloration est le plus souvent rouge, couleur chair musculaire, ou jambon; il est inexact de dire que le chancre a le ton du cuivre (Fournier); quelquefois le chancre est multicolore, gris au centre et rouge au pourtour, c'est le chancre en cocarde.

La sécrétion est très minime et le chancre ne suppure pas; il laisse seulement suinter un peu de liquide séreux; ce suintement, en cas de chancre de la peau, se concrète en croûtes peu épaisses; sur les chancres des muqueuses, il se forme un vernis brillant ou un revêtement diphtéroïde. Du Castel a insisté sur la fréquence d'un suintement sanguinolent; le sang mélangé à la sérosité forme une sécrétion couleur marron foncé, brunâtre ou noirâtre.

En palpant la base du chancre, on sent une induration, une masse épaisse et résistante, cependant un peu élastique, rappelant la consistance du cartilage. Cette induration existe là où existe le chancre, ne le débordant au plus que d'un ou de quelques millimètres. D'après du Castel, l'induration n'est peut-être pour le diagnostic qu'un caractère de second plan; le diagnostic doit se faire par l'œil beaucoup plus que par le toucher.

Les *symptômes fonctionnels* sont toujours à peu près nuls; presque toujours le chancre est indolore spontanément et à la pression; dans certaines régions, il est parfois cependant un peu douloureux.

Le chancre s'accompagne d'une induration des vaisseaux lymphatiques correspondants et surtout d'une tuméfaction des *ganglions* lymphatiques auxquels ils se rendent. Les bubons syphilitiques sont formés par une pléiade ganglionnaire avec un ganglion plus considérable; en cas de chancre génital, ce ganglion est le préfet de l'aine (Ricord). Les ganglions sont durs, isolés les uns des autres, indolents; ils ne suppurent pas, sauf exceptionnellement en cas d'infections secondaires.

Après être resté stationnaire pendant un certain temps, le chancre se répare; une fine cicatrice gagne de la périphérie vers le centre et l'induration régresse. La *durée* moyenne es de quatre à cinq semaines. L'induration persiste encore quelque temps. Le chancre laisse une tache rougeâtre, puis une macule brunâtre un peu pigmentée qui, dans presque tous les cas, disparaît à la longue. Cependant les chancres cutanés laissent souvent des taches indélébiles, sous forme de cicatrice plus ou moins déprimée, longtemps entourée d'une zone pigmentée.

FORMES CLINIQUES. — On décrit un chancre nain, et un chancre géant atteignant les dimensions d'une pièce de cinq francs, un chancre fissuraire, un chancre ulcéreux, un chancre diphtéroïde, avec une pseudo-membrane développée sous l'influence des micro-organismes pyogènes, une forme croûteuse, papillomateuse. On ne peut que signaler certaines variétés dépendant du siège, par exemple le chancre de l'amygdale, le chancre du sein..., qui ont des caractères un peu spéciaux par leur localisation.

COMPLICATIONS. — L'*infection secondaire*, surtout au niveau du chancre des muqueuses, détermine de la rougeur, de l'œdème des grandes lèvres, un phimosis inflammatoire, de la suppuration. Alors les adénopathies peuvent suppurer, mais cette complication ganglionnaire est rare.

Le *phagédénisme* survient chez les sujets débilités; l'ulcération s'étend en surface et en profondeur. La *gangrène* donne au chancre une coloration jaunâtre, puis brune avec une zone œdémateuse et inflammatoire tout autour.

Le *chancre mixte* (Rollet) est le plus souvent d'abord un chancre mou sur lequel apparaît tardivement l'induration du chancre syphilitique, car les deux infections se sont, le plus ordinairement, produites en même temps.

DIAGNOSTIC. — Les érosions simples, les *écorchures* à la suite du coït apparaissent plus tôt, n'ont ni induration, ni adénopathie. L'*herpès* génital est plus multiple, plus confluent; il donne une ardeur locale et un feu qui manquent dans le chancre; il ne s'accompagne ni d'induration, ni d'adénopathie, aussi importantes que dans la syphilis; le tracé du contour est assez caractéristique car on y voit des segments réguliers de petites circonférences, c'est une forme polycyclique (Fournier). La pression de l'herpès en exprime une certaine quantité de liquide transparent. A noter la coïncidence possible de l'herpès et du chancre induré.

Le *chancre mou* est presque toujours multiple, de forme moins régulière, suppurant franchement; c'est un ulcère vrai, creusant et détruisant le derme; les bords sont taillés à pic et décollés. La base n'est pas indurée, le bubon est inflammatoire et suppure. On recherchera le bacille de Ducrey.

La *balanite érosive* et la *vulvite érosive* peuvent être difficiles à distinguer de chancres multiples.

Pour chacun des *chancres extra-génitaux*, d'autres problèmes de diagnostic se posent, par exemple chancre de l'amygdale et angine de Vincent.

Dans les cas douteux, il faut attendre les manifestations diathésiques secondaires, survenant à échéance fixe et significative (Fournier). Enfin, depuis la découverte de Schaudinn, on peut rechercher les *tréponèmes* dans les chancres; ils sont profondément situés et plus nombreux à la périphérie dans les coupes; ils contractent des rapports intimes avec les vaisseaux sanguins et lymphatiques; pour la recherche dans les sécrétions du chancre, on a conseillé de la faire la nuit, car les sécrétions seraient plus riches en tréponèmes la nuit que le jour.

TRAITEMENT. — On a conseillé un traitement prophylactique par les frictions de pommade au calomel (Metchnikoff). Une fois le chancre développé, le traitement se résume en un mot : la propreté (Fournier). On fait des lavages ou des pansements avec une solution de sublimé, on applique du sous-nitrate de bismuth ou du dermatol. L'ablation du chancre n'est plus guère pratiquée. Il faut commencer le traitement de la syphilis dès que le diagnostic du chancre est établi.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traités de médecine*. — BROCQ. *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, t. I. — DU CASTEL. Art. chancres, *La pratique dermatologique*, t. I. — FOURNIER. *Leçons sur la syphilis*. — FOUQUET. Le tréponème pâle de la syphilis, *Gaz. des hôpit.*, n° 37, 28 mars 1908.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 27. — SAMEDI 6 MARS 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 6 MARS 1909. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AU CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite* : *Anatomie pathologique.* — Séance du 3 mars 1909 : MM. Chiray, Vitry et Dreyfus-Rose, 9; Pagniez, 10; Rosenthal et Nattan-Larrier, 9; Balthazard, 10; Grenet, 9.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 4 mars : MM. Chabert, 4; Baudouin (Emile), 8; Loubeyre, 11; Larroque, 9; Escallier, 6; Le Grand, 10; Dufourmentel, 11; Ducamp, 9; Moulonguet, 8.

La prochaine séance aura lieu le samedi 6 mars, à huit heures du matin.

La séance (section de pathologie) qui devait avoir lieu le mercredi 3 mars a été renvoyée au dimanche 7 mars, à neuf heures du matin.

LES PROTESTATIONS CONTRE LE CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ A L'AGRÉGATION. — M. Doumergue, ministre de l'Instruction publique, a reçu mercredi une délégation de candidats au concours de l'agrégation en médecine, accompagnée de MM. les docteurs Reymond, sénateur; Dubuisson, député; Caussade et Griffon, médecins des hôpitaux; les représentants de la Société de l'internat des hôpitaux, de l'Association corporative des étudiants en médecine, du Syndicat des médecins de la Seine, du Syndicat des médecins de Paris, de l'Union des syndicats médicaux de France, du comité de vigilance du Congrès des praticiens, etc.

Cette délégation lui a remis un mémoire synthétisant les griefs du corps médical contre le concours d'admissibilité récemment suspendu, puis annulé par le ministre, et mettant en relief les conséquences désastreuses auxquelles aboutirait son application.

La délégation a insisté, comme l'a fait récemment la Faculté de médecine de Paris, pour que tout ce qui touche à l'enseignement médical soit discuté dans des commissions où les médecins seront en nombre suffisant pour éviter toute méprise et tout monopole.

En conclusion, elle a demandé :

1° L'abrogation des décrets du 25 juillet 1906 et des arrêtés du 20 février 1907 et du 28 juillet 1908, instituant les concours d'admissibilité à l'agrégation;

2° La nomination d'une commission chargée d'étudier la réforme de l'agrégation, composée à la fois de représentants des facultés et des divers groupements médicaux.

Le ministre s'est longuement entretenu avec un certain nombre de membres de la délégation et a promis d'étudier le mémoire avec le plus grand intérêt.

A la suite de cette audience, les représentants de l'Association corporative des étudiants en médecine ont exposé au ministre les doléances des étudiants en médecine de Lyon qui demandent la suppression du certificat d'hygiène, uniquement institué dans leur faculté.

RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — Le comité de vigilance des médecins praticiens, après avoir pris connaissance des dispositions du décret ministériel de réforme de l'enseignement médical, du 11 janvier 1909, a voté l'ordre du jour suivant :

« Considérant que ce décret oriente la réforme des études dans le sens d'une centralisation plus grande et d'un autoritarisme plus étroit qu'à l'heure actuelle;

Considérant que le fait de cette orientation empêche toute possibilité d'enseignement pratique et technique, puisque l'élève ne pourra faire « d'apprentissage » ni à la Faculté, faute de place, ni dans les rares services d'hôpitaux, faute de matériaux cliniques;

Considérant que le stage n'est nullement modifié par le décret, notamment en ce qui concerne le libre choix du maître, qu'il constitue ainsi, en même temps qu'une impossibilité pour l'étudiant de s'instruire, un danger permanent pour les malades dans les hôpitaux; que l'enseignement scientifique comme l'enseignement clinique gardera, pour les étudiants subordonnés aux règlements, son caractère actuel d'enseignement passif;

Considérant que, dans ces conditions, les dispositions du décret ne pourront qu'aggraver l'état actuel;

Regrette que les critiques émises par les Congrès de Paris et de Lille n'aient pas été écoutées;

Rappelle que seule l'orientation des réformes vers la liberté, c'est-à-dire vers la Faculté décentralisée, transportée partout où sont les matériaux cliniques, à l'hôpital devenu centre d'enseignement, peut permettre l'apprentissage et l'éducation technique par l'enseignement mutuel;

Fait appel à tous les médecins français pour poursuivre la campagne de réformes, et engager les pouvoirs publics à s'entourer de toutes compétences techniques à consulter le corps médical organisé avant de prendre une initiative;

Et passe à l'ordre du jour ».

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'APPENDICITE CHRONIQUE D'EMBLÉE

Par Louis BRIN,
Interne des hôpitaux de Paris.

Sous le nom d'appendicite chronique d'emblée, on décrit toutes les appendicites non spécifiques dont le début n'a pas été marqué par une crise aiguë. Par là sont éliminées de notre cadre les appendicites tuberculeuse, cancéreuse, actinomycosique qui doivent constituer autant de chapitres distincts de la pathologie appendiculaire ; par là aussi toutes les variétés d'appendicite chronique consécutives à l'appendicite aiguë que la crise ait été unique ou qu'il s'agisse d'appendicite à répétition.

Au point de vue strictement anatomique, cette division ne saurait exister, et l'on tend de plus en plus à admettre, avec raison, que le processus anatomique est avant tout un processus essentiellement chronique, sur lequel peuvent venir se greffer des épisodes aigus ; à ce point de vue donc, toute appendicite est chronique d'emblée.

Au point de vue clinique, il n'en est plus ainsi. Bien des malades n'ont jamais souffert avant la première crise aiguë ; d'autres, mais seulement rétrospectivement, accusent certains phénomènes prémonitoires, vagues d'ailleurs ; chez certains, par contre, l'infection atténuée de l'appendice se traduit par tout un ensemble de symptômes qui constituent le tableau clinique de l'appendicite chronique d'emblée.

Ainsi comprise et délimitée, l'appendicite chronique d'emblée n'est connue que depuis quelques années. Elle a été surtout mise en évidence par les travaux de Talamon, Dieulafoy, Brun, Ewald, Longuet, Barette, etc. A l'étranger, Rovsing, Klemm, Karewitz ; en France, Siredey, Comby, Broca et surtout Walther ont puissamment contribué à préciser nos connaissances sur ce sujet, au double point de vue anatomique et clinique.

I

Anatomie pathologique. — ANATOMIE MACROSCOPIQUE. — Les nombreuses interventions chirurgicales pratiquées en cas d'appendicite chronique ont montré que le *siège* de l'organe est des plus variables. Celui-ci peut être en position normale, c'est-à-dire dans la fosse iliaque droite, et c'est le cas le plus fréquent ; mais il peut tout aussi bien ne se retrouver qu'à distance, soit en situation haute, prérénale ou sous-hépatique, soit en situation basse, pelvienne, soit même dans la fosse iliaque gauche. Cæcum et appendice contractent des rapports variables, d'où les noms d'appendice sous-cæcal, précæcal, latéro-cæcal, rétro-cæcal ; les deux organes peuvent être indépendants, ils peuvent être plus ou moins adhérents, parfois même l'appendice doit être pour ainsi dire sculpté dans la paroi cæcale où il est complètement enchassé.

Dans certains cas, rien ne trahit extérieurement l'altération de l'appendice que seul l'examen histologique peut déceler : ces cas sont exceptionnels. Beaucoup plus souvent, le *volume* de l'organe est modifié, réduit parfois à un mince cordon blanchâtre par les progrès de la sclérose (forme atrophique), l'appendice apparaît d'ordinaire hypertrophié, turgescent, pouvant atteindre la grosseur du petit doigt.

Malgré l'inflammation de ses parois, l'appendice conserve parfois sa *couleur* normale ; mais dans la plupart des observations on signale soit de fines arborisations vasculaires, soit de petites taches violet foncé tranchant vivement sur le fond pâle.

Le *calibre* est presque toujours irrégulier avec des rétrécissements et des dilatations, ces dernières constituant parfois de véritables kystes, d'où le nom d'appendicites kystiques ; dans un cas de Walther, le kyste mesurait 8 centimètres de long, 3 centimètres de large et 9 centimètres de circonférence.

Le *péritoine péri-appendiculaire* participe à l'inflammation. Le méso peut être rétracté, et en pareil cas cette rétraction détermine la direction de l'appendice, parfois incurvé soit en U, soit en V, parfois tordu sur son axe. Souvent aussi le méso est infiltré d'une graisse plus ou moins abondante au milieu de laquelle on peut retrouver soit de petits grumeaux jaune ocreux formant un foyer mal circonscrit (Jalaguier), soit de petits ganglions engorgés sur lesquels Bonjour a attiré l'attention. L'artère appendiculaire peut être augmentée de volume ; elle est parfois oblitérée.

L'importance des *adhérences épiploïques* au cours de l'appendicite chronique a été bien mise en relief par Walther dans son rapport au Congrès de chirurgie (1898) et surtout dans la thèse de Levrey (1899). Très fréquemment les interventions permettent de constater des adhérences très nettes entre l'épiploon et l'appendice. Ces adhérences sont variables d'aspect ; tantôt lâches et se laissant facilement déchirer par les doigts du chirurgien, tantôt fibreuses et difficiles à dissocier. Elles peuvent n'être que partielles, et alors c'est seulement « par une petite portion de son extrémité libre que l'appendice adhère » ; elles peuvent être totales et englober tout l'organe ; elles peuvent enfin se prolonger à une hauteur variable du cæcum ; on les a vues dans certains cas correspondre à toute la hauteur du côlon ascendant. Nous verrons plus loin toute l'importance de ces lésions dans la pathogénie des troubles digestifs.

La *coupe* de l'organe montre tout d'abord l'irrégularité d'épaisseur des parois appendiculaires amincies par places, hypertrophiées en d'autres points. Elle permet surtout de constater des lésions de folliculite hémorragique ; la tuméfaction des follicules clos donne à la muqueuse un aspect boursouflé ; l'extravasation se fait souvent seulement par points, donnant l'aspect classique du piqueté hémorragique ; parfois cependant on note de véritables plaques violacées de suffusion sanguine. Ces altérations sont rarement localisées en un point, comme

dans l'observation classique de Dieulafoy; elles sont généralement disséminées par place.

Les ulcérations ne sont pas exceptionnelles; parfois superficielles, tantôt profondes et dans ces cas l'amincissement extrême de la paroi en ces points donne nettement l'impression d'une perforation imminente.

Au-dessus de cette zone inflammatoire, la muqueuse redevient normale et se continue insensiblement avec celle du cæcum.

Au-dessous, dans la majorité des cas, les parois appendiculaires ont subi la transformation scléreuse et ce processus atrophique évolue avec une lenteur extrême, mais d'une façon continue; dans les cas de moyenne intensité l'extrémité inférieure est seule ainsi transformée, mais la fibrose quasi-totale n'est pas exceptionnelle, Walther et Ricard en ont montré de beaux exemples.

La *coupe* permet encore d'étudier dans quelques cas les petits diverticules appendiculaires parfois signalés, diverticules qui sont le plus souvent le reliquat d'un abcès ouvert dans la cavité. Lejars et Ménétrier ont insisté sur ces diverticules au niveau desquels peut se cantonner l'infection.

Le *contenu* de l'appendice est des plus variables. On y peut trouver soit des corps étrangers venus du dehors (pépins de raisins, arêtes, épingles, etc.), assez rares d'ailleurs pour Mathieu; soit plus fréquemment de petits amas de matières fécales, en boulettes dures, soit surtout de véritables calculs de forme et de consistance variables, développés le plus souvent autour d'une concrétion stercorale (lithiase appendiculaire de Dieulafoy). Les dilatations kystiques, lorsqu'elles existent, renferment souvent du liquide séro-purulent, mais le liquide est généralement stérile.

Anatomie microscopique — Les lésions histologiques de l'appendicite chronique ont été bien étudiées par Letulle et Weinberg; l'infection lente et atténuée de l'appendice se traduit tout d'abord par l'hypertrophie des follicules clos, avec ou sans multiplication de ces éléments; plus tard seulement le tissu conjonctif réagit et se transforme en tissu de sclérose qui étouffe progressivement les follicules.

De là trois formes histologiques : la forme hypertrophique, caractérisée par l'hypertrophie simple des follicules; la forme hyperplasique avec multiplication des follicules clos et hyperplasie des cellules adipeuses; la forme atrophique, dans laquelle le processus de sclérose est prépondérant.

Dans les deux premières formes le microscope révèle surtout l'infiltration des parois appendiculaires par les follicules clos. Le chorion muqueux est envahi, les tubes glandulaires sont aplatis et parfois dissociés, seule l'embouchure des glandes est respectée, la sclérose du tissu conjonctif sous-muqueux est constante. L'hyperplasie des cellules adipeuses, en particulier dans la couche sous-muqueuse, permet de distinguer l'une de l'autre ces deux formes histologiques. Dans la forme atrophique le microscope montre des bandes de sclérose plus ou moins développées enserrant les follicules normaux. Dans les cas de fibrose complète il ne persiste aucune trace des éléments lymphoïdes.

Ces lésions microscopiques, dans un grand nombre de cas, sont par elles-mêmes suffisamment nettes et concordent avec des modifications macroscopiques suffisantes pour que le diagnostic anatomique ne laisse place à aucun doute. Mais dans d'autres cas, les lésions macroscopiques sont absolument nulles et le microscope seul permet d'apprécier des altérations minimes d'ailleurs, consistant surtout en sclérose légère (appendicites histologiques de Dieulafoy). Que penser de ces faits ? Faut-il les attribuer à une infection légère; faut-il au contraire, étant donnée leur fréquence, faire de ces lésions de simples lésions évolutives et leur refuser le nom d'appendicite? Il ne semble pas. Ces lésions, si minimes soient-elles, traduisent toujours l'infection appendiculaire. Elles prouvent le nombre considérable des appendicites discrètes et montrent par là même l'intérêt de l'appendicectomie systématique au cours des interventions abdominales.

II

Etiologie et pathogénie. — Nos connaissances sur l'appendicite chronique sont encore trop récentes pour qu'il soit possible d'en apprécier exactement la *fréquence*; toutefois il semble bien que si l'on envisage uniquement l'appendicite chronique d'emblée, cette fréquence soit grande.

Aucun *âge* n'est à l'abri de cette maladie. Cependant les enfants sont plus spécialement atteints. Rare dans la première enfance, l'appendicite chronique devient de plus en plus fréquente avec l'âge, elle est commune à partir de cinq ans.

Dans l'enfance, les deux *sexes* semblent également touchés; à l'âge adulte, on note une prédilection marquée pour le sexe féminin.

Les causes prédisposantes sont d'ordre général ou d'ordre local.

L'influence des *maladies générales* sur le développement de l'appendicite chronique est parfois nette dans l'enfance. Les analogies de structure existant entre les organes lymphoïdes et l'appendice, véritable amygdale abdominale, suivant l'expression de Sutton, nous permettent de comprendre comment interviennent surtout les infections générales à retentissement ganglionnaire. C'est ainsi que figurent en première ligne dans les antécédents des petits malades la grippe à forme ganglionnaire (Comby), la rubéole. Viennent ensuite, mais avec une importance beaucoup moindre, la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, les oreillons, etc. Bien souvent d'ailleurs, ces facteurs ne se retrouvent pas et l'on devra alors incriminer l'hérédité, l'arthritisme, le lymphatisme, parfois aussi une véritable diathèse familiale, car les observations ne manquent pas dans lesquelles plusieurs enfants de même souche présentèrent successivement ou simultanément les symptômes de l'appendicite chronique. Chez l'adulte, le rôle de ces causes générales semble plus effacé, en tous cas beaucoup plus difficile à apprécier. Peut-être ici faut-il dans quelques cas avec Gaucher incriminer la syphilis.

Les causes prédisposantes *locales* sont de deux ordres, les unes tiennent à l'appendice lui-même, les autres se rattachent aux lésions de voisinage.

Les premières ne nous arrêteront qu'un instant. La plupart des observations opératoires mentionnent la longueur exagérée de l'appendice en pareil cas; la situation rétro-cæcale serait de même, au dire des classiques, une cause prédisposante.

Beaucoup plus intéressante à étudier est l'influence des *lésions de voisinage*, car ces lésions jouent assurément, au moins chez l'adulte, un rôle important dans l'étiologie de l'appendicite. Guinard, dans une longue communication à la *Société de chirurgie* (1904), et tout récemment encore dans une clinique, a rapporté toute une série d'observations des plus probantes, dans lesquelles l'appendicite chronique coexistait avec de grosses lésions abdominales (kystes ovariens, fibromes, salpingites, grosses hernies, etc.). De ces causes, nous en retiendrons surtout deux, le rein mobile et la salpingite.

Néphroptose et appendicite chronique coexistent souvent, quoique la statistique d'Ebedohls (60 p. 100) semble un peu exagérée. De même que l'appendicite chronique par les brides fibreuses qu'elle détermine peut contribuer parfois dans une large mesure à la descente du rein droit, de même on conçoit aisément que le rein mobile par son déplacement puisse favoriser les altérations de l'appendice.

Les relations de l'appendicite chronique avec la salpingite sont actuellement bien connues depuis les travaux de Delagenière et Barnsby. Assurément les formes aiguës de la salpingite peuvent donner naissance à l'appendicite aiguë, avec ou sans foyer purulent intermédiaire et inversement. Dans les formes chroniques d'emblée, les mêmes phénomènes peuvent s'observer, et même pour ces auteurs l'appendicite d'origine salpingienne revêtirait le plus souvent le type de l'appendicite chronique d'emblée.

Il nous reste enfin à envisager les rapports si intéressants et si souvent discutés de l'appendicite chronique d'une part avec l'entérocolite muco-membraneuse, et d'autre part avec les vomissements cycliques acétonémiques de l'enfance.

L'observation attentive des faits a montré que si dans l'étiologie des vomissements cycliques l'hérédité neuro-arthritique joue le plus souvent un rôle capital, il faut dans certains cas accorder aux lésions chroniques de l'appendice un rôle prépondérant dans la genèse des symptômes, rôle démontré d'ailleurs par la disparition de tous les phénomènes morbides après l'appendicectomie. L'accord est loin d'être fait complètement sur cette question, et récemment encore Apert dans son *Précis des maladies de l'enfance* semble vouloir dénier toute importance à ce facteur. Marfan et Comby et avec eux la plupart des chirurgiens d'enfants sont d'un avis contraire; pour Comby, les vomissements périodiques sont en rapport avec l'appendicite chronique dans 8 à 10 p. 100 des cas.

Les rapports de l'entéro-colite muco-membraneuse et de l'appendicite ont donné lieu à de nombreuses controverses. Le professeur Dieulafoy a voulu établir un antagonisme absolu entre l'entéro-colite et l'appendicite. Vraie peut-être pour les formes aiguës, cette opinion ne saurait être admise pour les formes chroniques, les seules qui nous intéressent ici. Elle ne compte plus d'ailleurs que de rares partisans; démontrée expérimentalement par Beaussenat et Trémolières, la possibilité des formes associées est à l'heure actuelle reconnue presque universellement. L'entéro-colite muco-membraneuse n'est pas une maladie, c'est un syndrome relevant suivant les cas de causes centrales, périphériques ou réflexes. L'appendicite chronique est une de ces causes. Elle n'est évidemment pas la seule cause, et pas plus que l'opinion de Dienlafoy, on ne saurait admettre la théorie exclusive de Karewski lorsqu'il déclare suspect d'appendicite tout individu atteint d'entérocolite.

La PATHOGÉNIE de l'appendicite chronique ne nous arrêtera pas longtemps; elle est suffisamment connue à l'heure actuelle. La théorie de la cavité close, en tant que cause essentielle, a vécu; celle-ci peut être l'effet, elle n'est jamais la cause de l'appendicite. Aussi bien en matière d'appendicite chronique que d'appendicite aiguë, l'infection est la cause essentielle : virulence du germe, résistance de l'organisme sont ici comme partout les facteurs variables qui, suivant les cas, donnent soit la forme aiguë, à début dramatique, à symptomatologie bruyante, soit la forme chronique, à début vague, à symptomatologie atténuée. L'infection se fera tantôt par la voie sanguine, s'il s'agit d'appendicite développée au cours d'une maladie générale; tantôt par la voie lymphatique, si l'appendicite est consécutive à une lésion de voisinage; tantôt, et le plus souvent, par la voie intestinale.

Citons, pour mémoire seulement, la théorie vermineuse de l'appendicite. Défendue par Metchnikoff d'abord puis par Blanchard, elle repose sur la constatation fréquente des œufs de parasites (oxyures et surtout trichocéphales) dans les selles de malades atteints d'appendicite. Mais ces œufs manquent souvent et de plus se retrouvent parfois dans les selles d'individus sains. Aussi cette théorie n'est généralement pas admise.

Plus intéressante que la pathogénie de l'appendicite même est à notre avis la pathogénie des symptômes observés en pareil cas, tout au moins celle des troubles digestifs si fréquents chez ces malades.

On a pu parfois incriminer la *tumeur* elle-même, et Walther a présenté à la Société de chirurgie plusieurs cas de ce genre.

D'autres phénomènes, graves en apparence, (hématémèses, hémorragies intestinales) reconnaîtraient pour Broca une origine *réflexe* : ce sont là des cas exceptionnels.

Les troubles digestifs observés dans l'appendicite chronique sont souvent en rapport avec les *adhérences épiploïques*, dont nous avons signalé, à l'anatomie pathologique, la fréquence et l'importance. Ces brides fibreuses peuvent exercer sur tout le tube gastro-intestinal des tiraillements, des tractions, parfois déterminer de véritables déformations permanentes qui suffisent pleinement à expliquer ces symptômes. Ne voit-on pas, comme l'a bien montré

Paul Delbet, les mêmes troubles digestifs se produire parfois au cours de certaines inflammations génitales et péri-génitales de la femme, par un processus de tous points analogue.

Lorsque les adhérences épiploïques ne peuvent être mises en cause, alors il faut incriminer l'*infection*, qui serait même pour certains auteurs le facteur essentiel en pareil cas. Rien d'étonnant à cela, car si l'on admet que l'appendicite peut être la conséquence de l'infection intestinale, ne doit-on pas admettre par là même et comme corollaire évident que l'appendice infecté peut réagir à son tour sur l'intestin et devenir l'origine de troubles digestifs plus ou moins intenses.

III

Symptomatologie. — SIGNES FONCTIONNELS. — Les signes fonctionnels de l'appendicite chronique sont essentiellement les douleurs et les troubles digestifs.

Les douleurs spontanées peuvent manquer, et dans certaines observations on a signalé leur absence. A vrai dire il s'agit là de faits exceptionnels.

Le *siège* de prédilection, et l'anatomie nous l'explique bien, est la fosse iliaque droite; c'est là le plus souvent que le malade localise sa douleur, accusant tantôt un point très net au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite (point classique, dit de Mac Burney), plus souvent incriminant toute la zone iléo-cæcale.

Après les douleurs iléo-cæcales, les douleurs épigastriques sont les plus fréquentes; et Walther a très justement insisté sur la sensation de barre parfois très pénible que souvent les malades ressentent en cette région.

Mais en somme toutes les localisations peuvent s'observer et sans avoir besoin d'invoquer un maximum de lésions péritonéales en ce point, il suffit de se rappeler que les filets du plexus mésentérique supérieur, en même temps que l'appendice, innervent également la totalité de l'intestin grêle, le cæcum, le côlon ascendant et la moitié droite du côlon transverse pour comprendre qu'une douleur éveillée au niveau de l'appendice puisse se manifester en un autre de ces points. Ainsi s'expliquent les douleurs localisées à la région lombo-iliaque, au bas-ventre, à la fosse iliaque gauche, à la base du triangle de Scarpa, etc.

Les *irradiations* peuvent être ascendantes, vers le rein ou le foie, elles peuvent être transversales, la douleur se propageant du côté opposé, elles peuvent enfin être descendantes, pelviennes par exemple, ou crurales ou testiculaires. L'intensité en est variable, parfois telle que les irradiations masquent presque la douleur primitive : tel le cas de Walther dans lequel les douleurs au niveau du cordon firent penser un moment à un varicocèle. Même dans ces cas d'ailleurs, le malade fait remarquer bien souvent que la douleur est partie de la fosse iliaque droite et disparaît en dernier lieu dans cette région.

Ces souffrances revêtent deux *types* bien différents. Ce peuvent être des douleurs continues; en pareil cas l'intensité du phénomène est en général modérée et les malades accusent surtout une sensation de tension, de gêne.

Plus souvent, la douleur procède par crises. Ces crises surviennent parfois la nuit, spontanément; et pour Rastouil réveilleraient assez souvent les malades aux environs de trois heures du matin.

Ces crises se produisent surtout pendant la journée. Chez l'enfant, c'est à l'occasion de mouvements un peu violents, souvent au milieu des jeux, que la crise survient. Le petit malade pâlit brusquement, il porte la main à son ventre, ses yeux se cernent; avec un peu de repos, tout s'apaise, aussi brusquement qu'elle est venue, la douleur disparaît complètement sans laisser aucune trace. Chez l'adulte, les crises surviennent encore à l'occasion de mouvements brusques, de courses en voiture, d'exercices violents, mais il est rare que dans l'intervalle l'endolorissement disparaisse aussi complètement que chez l'enfant.

Chez la femme, les règles réveillent souvent les manifestations douloureuses. En pareil cas, c'est plutôt une sensation de gêne qu'une souffrance véritable, gêne comparable à celle que déterminerait une pression un peu forte à ce niveau. La douleur est souvent passagère, intermittente, inégale; elle disparaît en même temps que le sang (Soupault et Jouaust).

Les TROUBLES DIGESTIFS sont presque constants au cours de l'appendicite chronique, mais ils se présentent sous divers aspects.

Ils peuvent revêtir le type intestinal, et en pareil cas les malades accusent soit des alternatives de constipation et de diarrhée, soit une tendance marquée à la constipation. Cette *constipation* opiniâtre fut avec un amaigrissement extrême le seul symptôme relaté dans sept observations de Klemm; dans les sept cas, le diagnostic clinique fut erroné, et l'opération montra des lésions très nettes d'appendicite chronique.

Plus souvent, ils revêtent le type gastrique et l'on observe alors le tableau habituel de la gastrite chronique avec hyper ou hypochlorhydrie. Dans le premier cas, ce sont des douleurs épigastriques qui surviennent trois ou quatre heures après le repas, violentes, parfois atroces, immobilisant plus ou moins complètement le malade. Dans le second cas, ce sont les signes de l'atonie gastrique, c'est-à-dire immédiatement après le repas la rougeur de la face, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, l'oppression, avec ou sans dilatation d'estomac.

Chez tous ces malades, les vomissements alimentaires, ou simplement muqueux, sont des plus fréquents et surtout se produisent avec une facilité extrême. Comby a très justement insisté sur l'importance de ce symptôme au cours de l'appendicite chronique. « Tout enfant, dit cet auteur, qui a des nausées, qui vomit facilement, qui vomit souvent, est suspect d'appendicite chronique et doit être examiné à ce point de vue. »

Rappelons que parfois chez l'enfant ces vomissements peuvent revêtir le type des vomissements cycliques avec ou sans acétonémie.

Cette *facilité des vomissements* est déjà un premier

caractère distinctif des dyspepsies appendiculaires, elles présentent encore deux autres caractères importants.

A l'encontre de ce qui se passe dans les gastropathies primitives, les troubles digestifs d'origine appendiculaire sont *irréguliers*; ils peuvent disparaître pendant de longs intervalles, puis reparaître ensuite, et ces périodes de rémission sont nettement signalées dans la plupart des observations.

Comme l'a bien montré Walther, ces troubles digestifs sont manifestement influencés par certains *aliments*. Les viandes rouges, les sauces, les aliments gras ont à ce point de vue un rôle des plus nets. Comme le dit très bien Wagon dans sa thèse, « il ne s'agit pas là d'anorexie élective comme celle du cancer, puisque dans l'intervalle des crises l'appétit est conservé; il ne s'agit pas là non plus de dégoût, les malades mangeraient avec plaisir, mais ils ont constaté que ces mets amènent une exagération de leurs malaises, et dès lors ils s'en abstiennent ».

Chez tous ces malades, la langue est saburrale, l'haleine fétide, particulièrement le matin, avec parfois une odeur fécaloïde (Comby); l'appétit, rarement exagéré, presque toujours considérablement diminué, en tous cas capricieux et irrégulier.

En résumé, *douleurs iléo-cæcales, vomissements faciles, troubles digestifs intermittents*, tels sont les signes essentiels de l'appendicite chronique.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 3 MARS 1909)

Corps étranger de l'œsophage. — M. BROCA fait un rapport sur une observation adressée par M. Le Jemtel (d'Alençon) dans laquelle il s'agit d'un enfant qui avait avalé une grosse épingle. La radiographie montra une première fois l'épingle dans l'œsophage. Une seconde épreuve prise deux jours après la montra dans l'estomac. Gastrotomie. Guérison.

Kyste sarcomateux de l'ovaire chez un pseudo-hermaphrodite. — Second rapport de M. BROCA sur une intéressante observation de M. Bergonié (de Bordeaux). Il s'agissait d'un sujet présentant toutes les apparences extérieures d'un garçon et chez lequel M. Bergonié pratiqua une laparotomie pour lui enlever un gros sarcome kystique de l'ovaire. Il s'agissait donc d'une fille.

Traitement de la gangrène diabétique par l'air chaud. — M. TUFFIER emploie depuis deux ans la thermothérapie dans le traitement des gangrènes diabétiques; il a commencé par avoir recours aux bains chauds prolongés de 40 à 50 degrés. Dans deux cas de gangrène non encore confirmée, mais dans lesquels le membre était violacé, froid et douloureux, ce traitement a donné de très bons résultats. Toutefois, dans un cas analogue, le malade a succombé à des complications diabétiques bien que sa gangrène ait été améliorée.

M. Tuffier rappelle la part qui revient dans ce mode de traitement à Guyot qui, dès 1857, l'employa dans le service de Velpeau. C'était un initiateur convaincu, les appareils qu'il employait étaient absolument superposables à ceux de nos jours, sauf l'électricité.

Pour la gangrène confirmée, M. Tuffier est partisan de l'air surchauffé sous pression à 300 et 400 degrés. C'est un mode de suppression de la gangrène. Celle-ci une fois disparue, l'emploi des douches d'air chaud doit être continué pour garantir les parties voisines, y déterminer une hypérémie qui facilite la circulation.

Hydronéphroses traumatiques. — M. F. LEGUEU fait un rapport sur deux observations de M. Ferron (de Laval).

La première est un exemple d'hydronéphrose traumatique vraie. Un homme de dix-neuf ans fait une chute, ressent une douleur vive dans le côté droit et urine du sang; les jours suivants, l'hématurie s'arrête, mais le flanc commence à grossir. Un mois après, M. Ferron trouve une tumeur considérable, étendue de la pointe de l'omoplate à la fosse iliaque, fluctuante, lisse; il l'ouvre en arrière, évacue près de 4 litres d'urine sanglante, reconnaît que la poche est bien le rein distendu et se met en devoir de l'enlever. La tumeur était partout très adhérente; la néphrectomie fut faite par morcellement avec beaucoup de difficultés; le malade guérit non sans une fistule uretérale qui dut être opérée plus tard par l'uretérectomie.

Le rapporteur fait remarquer que dans ce cas, malgré la précocité du développement de cette tumeur, le traumatisme en a été la raison initiale; l'adhérence partout constatée est sans doute la conséquence de l'hématome périrénal et il est probable que cette sclérose s'est étendue autour de l'uretère au point d'étouffer son calibre. Il est rare toutefois de voir les hydronéphroses traumatiques aussi précoces; plus souvent elles se développent quelques années après et succèdent probablement à un rétrécissement de l'uretère.

La seconde observation est un exemple de pseudo-hydronéphrose traumatique. Elle a trait à un homme de trente ans sur le dos duquel passa une voiture; à la suite se développent tous les signes d'une contusion rénale : douleurs, hématurie; quatorze jours après, M. Ferron trouve une tumeur volumineuse dans le flanc, à limites nettes. Il opère par la voie antérieure, ouvre une poche pleine d'un liquide séro-hématique et s'aperçoit que le rein rompu dans son segment inférieur est appendu à sa place dans le haut de la poche qu'il vient d'ouvrir. La néphrectomie est pratiquée; le rein présentait une déchirure du parenchyme, du bassinet et des calices inférieurs par laquelle s'était fait l'épanchement périrénal.

Le diagnostic entre ces hydronéphroses et ces périnéphroses est très difficile; le cathétérisme de l'uretère donnerait sans doute dans les hydronéphroses une urine très modifiée et dont la qualité très diminuée serait une indication en faveur de l'hydronéphrose vraie. Pour cette dernière, l'incision parapéritonéale est préférable; mais pour les périnéphroses, l'incision lombaire est très suffisante.

M. KIRMISSON, tout en félicitant l'auteur de la première observation, estime qu'il a pratiqué une opération bien grave, il lui semble qu'une fois la poche ouverte il aurait pu laisser les choses dans l'état; il en serait résulté une fistule qui aurait persisté pendant plusieurs semaines et la poche aurait fini par se rétracter. On aurait ainsi fait courir un moins grand danger au malade.

M. LEGUEU reconnaît qu'on s'est trouvé en présence de difficultés considérables et qu'il y avait une certaine hardiesse à pratiquer dans ce cas la néphrectomie. Si l'on avait attendu, on se serait trouvé plus tard en présence des mêmes difficultés. Puisque M. Ferron a guéri son malade, il n'y a que des éloges à lui adresser.

Angiome cérébral. — M. TUFFIER a présenté une malade très intéressante. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-cinq ans qui, depuis l'âge de dix ans, avait des accès d'épilepsie jacksonienne avec aura partant du membre inférieur droit, gagnant le membre supérieur et aboutissant à l'attaque épileptiforme.

M. Tuffier fit donc sur le côté gauche du crâne une large

trépanation et il tomba sur un volumineux angiome cérébral. Il lia tous les vaisseaux périphériques de la tumeur qu'il put atteindre et toucha la tumeur elle-même avec du perchlorure de fer; il établit un drainage, et réunit; il persista une fistule céphalo-rachidienne pendant six semaines. Depuis cette opération la malade n'a pas eu un seul accès épileptique, elle a présenté seulement pendant quelque temps une monoplégie du membre inférieur droit qui a gagné le membre supérieur, elle est aujourd'hui complètement guérie.

M. Lucas-Championnière trouve ce fait très intéressant. Les angiomes du cerveau sont rares, il en a observé quelques-uns; il rapporte l'histoire d'un jeune homme de vingt ans qui était atteint d'un tremblement continuel de la main gauche et de crises convulsives dans le bras gauche; il avait une impotence complète.

M. Lucas-Championnière trépana du côté droit et trouva un angiome, fit une série de ligatures; les accidents disparurent et cet homme put travailler. M. Lucas-Championnière ajoute qu'au cours de ces opérations il faut redouter les hémorragies et il cite un cas où un malade est mort d'hémorragie sur la table d'opération.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 27 février 1909)

De l'état antérieur dans les accidents du travail (*suite*). — M. Dupuy de Frenelle montre le rôle de l'état antérieur et du terrain dans l'évolution des blessures. Au point de vue thérapeutique, il est primordial de tenir compte de cet état antérieur.

Tube pour la stérilisation instantanée des sondes. — M. Dupuy de Frenelle présente un tube qui permet de stériliser instantanément les sondes par les vapeurs de formaline portées à 60 degrés.

MM. Luys et Paul Guillon prennent part à la discussion.

Ulcération fongueuse tertiaire de l'utérus simulant une ulcération cancéreuse. — M. Ozenne. Le diagnostic différentiel des ulcérations syphilitiques et des ulcérations cancéreuses de l'utérus est souvent fort difficile. Aux intéressantes communications de Mlle Robineau, M. Ozenne ajoute le fait suivant : il y a douze ans, il fut appelé par un de ses confrères à voir une femme de trente-cinq ans, ayant eu deux fausses couches, atteinte depuis dix mois de métrorragies et d'une ulcération fongueuse du col de l'utérus avec induration périphérique. L'état général était mauvais; le diagnostic fut : *Cancer de l'utérus avec propagation aux annexes*, quoique l'aspect des lésions ne fût pas bien caractéristique. Un simple traitement local palliatif (curetage des bourgeons et cautérisation) fut institué. La malade succombait quelques mois plus tard. Or, dans l'année suivante, le confrère était consulté par le mari de cette femme pour des accidents nettement syphilitiques. Il avait contracté la syphilis peu de temps avant son mariage. Ce fait de syphilis non guérie chez le mari, l'existence de deux fausses couches inexpliquées chez la malade, l'aspect non caractéristique des lésions utérines avec métrorragies anciennes sont de nature à faire supposer qu'il s'agissait bien plutôt d'une manifestation ulcéreuse d'origine syphilitique qui aurait pu céder au traitement mercuriel.

Autonomie des facultés et écoles de médecine. — M. Louis Régis donne lecture du rapport qu'il a rédigé avec M. P. Gallois, au nom d'une commission composée de MM. Chassevant, Ducor, Le Fur, Leredde, Ozenne, Tolédano et Wicart.

Les réformes sont très difficiles à effectuer à la Faculté de médecine, parce que les projets qu'elle peut formuler, sont soumis à l'approbation du Conseil de l'Université, puis du Conseil supérieur de l'Instruction publique, avant d'être proposés à la signature du ministre. Dans ces passages successifs à travers ces milieux plus ou moins compétents, les projets primitifs de la Faculté sont déformés ou remplacés par des dispositions contraires. La Commission est donc d'avis de supprimer tous ces intermédiaires et de réclamer l'autonomie des facultés et écoles de médecine spécialement au point de vue budgétaire.

Dans le Conseil de la Faculté, la Commission voudrait voir figurer aussi des représentants des praticiens et des étudiants dans une proportion à établir. Elle propose que pour ne pas annuler les minorités, les délégués soient élus d'après le système de la représentation proportionnelle.

Elle demande en outre l'introduction en France du privat-docentisme tel qu'il est pratiqué dans la plupart des pays étrangers. Comme corollaire, elle voudrait que les professeurs soient en partie au moins payés par leurs élèves et que l'hôpital public ou privé devienne le centre de l'enseignement.

M. Le Fur montre que la nécessité de l'autonomie vient d'être surabondamment démontrée par la série des incidents récents concernant la réforme des études médicales : C. E. M. S., Certificat d'admissibilité à l'agrégation et nouveau décret venant de paraître sur l'organisation des études médicales. Toutes ces réformes ne peuvent absolument pas donner satisfaction au corps médical, car elles sont malheureusement conçues et proposées par des bureaux ou administrations et non par les représentants librement élus du corps médical.

M. Toledano demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance de manière à élargir le débat.

Tumeur syphilitique du petit bassin, simulant un cancer. — MM. Mouchet et Nicolaidi signalent le cas fort curieux d'un homme de quarante ans, atteint pour la seconde fois d'une cellulite pelvienne de nature gommeuse, simulant un cancer, et due à l'hérédo-syphilis.

Cette cellulite guérit complètement en deux mois par le traitement mercuriel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECIN. NON-PAIEMENT D'HONORAIRES. REFUS DE SOIGNER.

Combien nombreux sont les médecins qui sont les dupes de clients indélicats! Ont-ils le droit de se refuser à donner ou à continuer leurs soins au malade? Leur est-il permis de mettre discrètement leurs confrères de la même localité en garde contre les agissements dont ils ont été les victimes?

Telle est la double question, intéressante au premier chef, qui vient d'être tranchée. « Un médecin n'est pas tenu de prêter son ministère à tous ceux qui le demandent, n'y eût-il pas d'autres médecins dans la localité. A moins que le dit médecin n'ait été légalement *requis* par l'autorité compétente. » (*Tribunal civil de Châteauroux*, jugement du 6 août 1908.)

D'autre part, l'avertissement donné par le médecin dupé à ses autres confrères ne saurait l'exposer à une action en dommages-intérêts, car « il s'agit là d'une communication de confrère à confrère, faite dans le but de signaler les agissements qui intéressent la corporation ». (Même jugement.)

Quand bien même cette communication aurait eu pour résultat le refus des autres médecins à soigner le malade, car « il n'appartient pas à ce dernier de discuter le mérite des motifs qui ont dicté l'attitude et la conduite des praticiens, ayant opposé le refus dans la plénitude de leur droit et de leur liberté ». (Même jugement.) (*Annales politiques et littéraires.*)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Lorsqu'on veut utiliser la seule influence médicamenteuse du brome, il faut avoir recours au *bromure de sodium* que l'on peut administrer à doses assez élevées (5 contre 4 de KBr) sous la forme du sirop de Henry Mure. Ce sel ne produit pas de dépression cardiaque comme le bromure de potassium et peut être utilisé à doses un peu plus fortes que ce dernier. Le *bromure de strontium* possède la même action que le bromure de sodium et s'emploie aux mêmes doses. Il est surtout intéressant par la provocation des doubles décompositions mobilisant et mettant en train l'action médicamenteuse, influence physico-mécanique à laquelle M. le professeur Pouchet attache une importance considérable dans la production de l'action pharmacodynamique. Le strontium, que l'on pourrait comme le sodium qualifier d'élément neutre au point de vue de l'influence médicamenteuse, n'intervient pas autrement que pour solliciter les échanges d'éléments électro-positifs et électro-négatifs qui sont le début nécessaire de toute action dynamique aboutissant à une modification moléculaire : utiliser ce bromure à l'état de pureté, condition essentielle, telle qu'on le trouve dans le sirop de Henry Mure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies du crâne et de l'encéphale, par le docteur Auvray, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8 de 508 pages, avec 130 figures. — Prix : broché, 10 francs; cartonné, 11 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Chirurgie des néphrites, par A. Pousson, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux. Préface de M. le professeur Dieulafoy. In-8 de 500 pages, avec 21 figures ou graphiques dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

Les Colloïdes en biologie et en thérapeutique. Le mercure colloïdal électrique, par G. Stodel, préparateur au laboratoire de physiologie de la Sorbonne. In-8 raisin. — Prix : 6 francs. — Paris, Vigot frères.

Précis d'analyse biologique, pathologique et clinique. Urine, sang, liquides pathologiques, lait, digestion, par E. Barral, professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. In-16 de 545 pages, avec 2 planches en couleur et 150 figures. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

L'Examen fonctionnel de l'intestin par le régime d'épreuve. Son application à la pratique journalière et les résultats pour le diagnostic et la thérapeutique, par le docteur Ad. Schmidt, professeur à l'Université de Halle, traduit par le docteur Robert S. Kolbé de Chatel-Guyon, ancien professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires. In-8 avec 20 figures dans le texte et 3 planches en couleurs. — Prix : 5 francs. — Paris, Vigot frères.

Tableaux synoptiques de physiologie, à l'usage des étudiants et des praticiens, par le docteur Blaincourt. In-8 de 171 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 MARS 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Proust et Branca.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Déjerine et Legry; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Hartmann, Gosset et Lecène; — (2e partie) : MM. Brissaud, Marcel Labbé et André Jousset; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 16 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Ricard et Thiéry.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Maillard et Brumpt.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — M. Carnot, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Morestin et Lenormant; — (2e partie) : MM. Alb. Robin, Gouget et Jeanselme; — M. Nobécourt, suppléant.

Mercredi 17 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Rieffel et Pierre Duval.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

3e (oral, 2e partie) : MM. Brissaud, Pierre Marie et Marcel Labbé; — M. Macaigne, suppléant.

Vendredi 19 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Nicolas et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

2e : MM. Gariel, Langlois et Mulon; — M. André Jousset, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delbet, Proust et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Hartmann, Gosset et Lecène; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 20 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Nicloux et Brumpt.

2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Rénon et Nobécourt; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Claude et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Fernand Bezançon, suppléant.

THÈSES

Mercredi 17 mars 1909, à une heure. — M. Béranger. Valeur séméiologique des plaques commissurales de leucoplasie dans la recherche de la syphilis. (MM. Gaucher, président; Segond, Ombrédanne et Zimmern.) — M. Jonquières. Traitement des nœvi vasculaires, des nœvi pigmentaires et des chéloïdes par le radium. (MM. Gaucher, président; Segond, Ombrédanne et Zimmern.) — M. Veluet. L'aspect radiographique des spina-ventosa. (MM. Segond, président; Gaucher, Ombrédanne et Zimmern.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 13, 31 janv. 1909.) Felice SENNA : Hernie diaphragmatique avec sténose gastrique puis sténose intestinale. — G. ALESSANDRI et C. MINERBI : La valeur du syndrome de Chauffard pour le diagnostic du cancer primitif du corps du pancréas. — (N° 16, 7 fév.) Paolo LILLA : Les conséquences de la lésion expérimentale de l'innervation extrinsèque de l'estomac. — (N° 19, 14 fév.) F. SIMONELLI : La cornée syphilitique du lapin et la réaction de Wassermann. — G. PARONZINI : Le morbus maculosus de Werlhof et son origine syphilitique.

Presse médicale. — (N° 1, 2 janv. 1909.) A. BROCA et P. EMILE-WEIL : Les complications hémorragiques de l'appendicite. — G. MAHÉ : Les procédés d'anesthésie et la pulpe dentaire. — (N° 2, 6 janv.) M. LUCIEN et J. PARISOT : Athérome expérimental et athérome spontané. Etude anatomo-pathologique de leurs rapports. — A. SCHWAB : La circoncision chez le nouveau-né. — Alexandre MARMOREK : Diagnostic de la tuberculose par la méthode de déviation du complément. — (N° 3, 9 janv.) Robert DEBRÉ : Porteurs de germes et fièvre typhoïde. — H. BUSQUET : Influence de la température extérieure sur la glycosurie des diabétiques. — (N° 4, 13 janv.) G. DURANTE : Les fausses scléroses du tissu nerveux. Pseudo-fibro-sarcomes, fausses scléroses. — E. MARCHOUX : Amibes dysentériques et suppuration du foie. — G. MACAROFF : Action mydriatique du sérum et de l'urine dans les néphrites et chez les animaux néphrectomisés. — (N° 5, 16 janv.) G. MARION : Prostatectomie sus-pubienne. Indications, technique et soins opératoires. — Alfred MARTINET : L'avenir de la pharmacodynamie. — P. CORNET : Coryza spasmodique et auto-intoxication. — Carlos MAININI : L'action du vaccin gonococcique sur les arthrites à gonocoques. — RIBADEAU-DUMAS et DEBRÉ : Envahissement massif du liquide céphalo-rachidien par des microorganismes et absence de réactions cellulaires au cours des méningites cérébro-spinales.

Revue de chirurgie. — (N° 1, 10 janv. 1909.) QUÉNU et KUSS : Etude sur les luxations du métatarse (luxations métatarso-tarsiennes) du diastasis entre le premier et le deuxième métatarsien (avec 44 fig.). — PONCET et LERICHE : La tuberculose inflammatoire. — F. LEGUEU : Des périnéphrites consécutives à la néphrectomie (avec 1 fig.). — ROCHARD et DE CHAMPTASSIN : Traitement des atrophies musculaires par la méthode des « résistances progressives » (avec 2 fig.) — PATEL et CHALIER : Les tumeurs du cordon spermatique. — P. GUIBAL : Les abcès sous-phréniques (avec 4 fig.). — G PIQUAND : Les abcès sous-phréniques.

Revue de la tuberculose. — (N° 6, déc. 1908.) GOUGEROT : Tuberculoses cutanées atypiques non folliculaires (*fin*).

Revue de médecine. — (N° 1, 10 janv. 1909.) N. FIESSINGER et P. ABRAMI : Les hématies à granulations. Procédés de coloration. Valeur séméiologique (7 fig.) — Ch. SABOURIN : Les épanchements séro-fibrineux de l'interlobe chez les tuberculeux [14 fig. (*à suivre*)]. — W. STARKIEVICZ : Sur la pathogénie de l'ictère acholurique congénital.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 1, 2 janv. 1909.) G. DUPOND : Epithélioma du naso-pharynx. — (N° 2, 9 janv.) LAUNOIS et DURAND : Régénération d'une corde vocale après extirpation totale pour cancer. — A. JOUTY : Rétrécissement du larynx consécutif à la diphtérie. — A. RAOULT : Septico-pyohémie d'origine otique sans phlébite du sinus; trépanation de l'antre, amélioration momentanée puis reprise des signes de pyohémie; seconde intervention : évidement mastoïdien (pas de lésions du sinus); guérison. — Etienne JACOB : Un cas de mastoïdite sans perforation du tympan, fistulisée dans le conduit et guérie spontanément après simple débridement de la fistule. — (N° 3, 16 janv.) Maurice JACOD : Les otites moyennes varicelleuses. — H. PALON : Quelques cas de tertiarisme des fosses nasales traités et guéris par une cure thermo-sulfurée combinée à la médication spécifique. — SIEMS : Un cas de paralysie du récurrent gauche chez une femme de quarante-neuf ans survenue le lendemain d'une injection de 20 centimètres cubes de sérum de Roux pour une angine suspecte. Traitement par le massage vibratoire extra-laryngé; guérison en dix jours. — (N° 4, 23 janv.) PIETRI et MAUPETIT : Du nystagmus rythmique provoqué dans les affections intéressant l'appareil vestibulaire. — (N° 5, 30 janv.) L. Pierre NADAL : Contribution à l'étude de la physiologie de l'œsophage. — TRAPENARD : Deux cas de syphilis héréditaire du naso-pharynx simulant les végétations adénoïdes. — (N° 6, 6 fév.) NICOLAS : Un cas de pyohémie d'origine otitique avec abcès cérébraux. — E. BERNARD : Un cas de tumeur vasculaire de la tête du cornet inférieur gauche; opération par la voie de Ronge; guérison; examen histologique.

Revue médicale de l'Est. — (N° 1, 1er janv. 1909.) A. RAOULT : Simple dispositif micro-téléphonique pour l'examen de l'audition, en particulier à la suite des accidents du travail, — M. PERRIN : Contribution à la vulgarisation des notions élémentaires d'hygiène. — (N° 2, 15 janv.) A. FRUHINSHOLZ : Dystocie mécanique d'origine placentaire. Le « placenta obstacle ». — (N° 3, 1er fév.) BERNHEIM : La question de l'enseignement dans les Facultés de médecine. — L. SPILLMANN : A propos de la prophylaxie des maladies vénériennes; — L'état sanitaire dans le bassin de Briey.

Revue neurologique. — (N° 24, 30 déc. 1908.) MARINESCO : Sur la neurotisation des foyers de ramollissement cérébral (11 fig.) — Pop AVRAMESCO : La technique de la rachistovaïnisation régionale. — P. L. LADAME, VON MONATKOW et François MOUTIER : Anarthrie corticale (répliques successives). — (N° 1, 15 janv. 1909.) H. MEIGE : Trémophobie avec remarques sur les torticolis convulsifs et certains tremblements. — A. GRAMEGNA : Un cas d'acromégalie traité par la radiothérapie, note clinique. — (N° 2, 30 janv.) Lad. HASKOVEC : Sur la valeur de l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle. — BERTOLOTTI : A propos des réflexes cutanés croisés.

Riforma medica. — (N° 4, 25 janv. 1909.) Gaetano RUMMO : Les tumeurs de la base de l'encéphale. — O. MARCHETTI : Les parotidites post-opératoires. — Cesare BADUET : Le phénomène de l'émulsion éthéro-urineuse ou réaction de Jacquemet-Testevin, et la présence d'une substance colloïde dans les urines. — (N° 5, 1er fév.) Gaetano RUMMO : Les tumeurs de la base de l'encéphale. — Luigi FERRANNINI : Fébricules dus au bacille paratyphique. — Eduardo TAROZZI : Kyste par échinocoque, siégeant sur le côlon transverse, ouvert dans l'intestin et infecté. Laparotomie, marsupialisation, guérison. — (N° 6, 8 fév.) G. RUMMO : Les tumeurs de la base de l'encéphale. — Luigi FERRANNINI : Fébricules dus au bacille paratyphique. — Alfredo BADUEL : Reins et capsules surrénales. — (N° 7, 15 fév.) G. RUMMO : Les tumeurs de la base de l'encéphale. — Guido BONZANI : Fibro-adénome de la mamelle chez l'homme. — Luigi FERRANNINI : Fébricules dus au bacille paratyphique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

HIVER 1908-1909. — *Relations rapides entre Paris et l'Italie.* — *Par le Simplon* : par le train de luxe « Simplon-Express » V-L, VR); départ de Paris P.-L.-M., lundi, mercredi, samedi, à 8 h. 05 soir, du 4 nov. au 28 fév., et tous les jours à partir du 1er mars. — Paris-Milan en 15 h., Londres-Milan en 24 h. 30.

Par le Mont-Cenis : par le train de luxe « Paris-Rome » (V-L; V-R); départ de Paris P.-L.-M., mardi, jeudi, samedi (1er déc.-18 mai, 11 h. 30 m.; départ de Rome, lundi, mercredi, samedi (5 déc.-22 mai), 3 h. soir (H. E. C.).

Nota. — Dans ces trains, le nombre des places est limité.

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone.

Trajet rapide de Paris à Barcelone par le train de luxe bi-hebdomadaire « Barcelone-Express », composé de vagons-lits et d'un restaurants.

Consultez le Livret-Guide-Horaire vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AU CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite* : *Symptomatologie*. — Séance du 4 mars : MM. Voisin, 8 ; Grenet, Babonneix et Paisseau, 9 ; Rostaine, 10 ; Nathan, 8 ; Deguy, 10.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies*. — Séance du 2 mars : MM. Jeannin, 19 ; Le Lorier, 17 ; Schwab, 19 ; Chirié, 16.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie*. — Séance du 6 mars : MM. Bloch (René), 7 ; Sidoun, 6 ; Caillé, 10 ; Bel, 7 ; Bloch (André), 12 ; Renault (Charles), 10 ; Kœchlin (Jean), 7 ; Desbouis et Clarac, 10.

La prochaine séance aura lieu le mardi 9 mars, à huit heures du matin.

Pathologie. — Séance du 7 mars : MM. François (Maurice), 8 ; Croissant, 10 ; Villechaise et Dutheil, 9 ; Pellot, 10 ; Lévy (Isaac), 8 ; Latil, 10 ; Lorreyte, 9 ; Pimpaneau, 8 ; Rousseau-Langwelt, 5 ; Dragatzis, 3.

La date de la première séance d'oral sera affichée ultérieurement à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, et à la Charité.

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Sont désignés pour faire partie du jury du prochain concours de l'internat en pharmacie, MM. André, Villejean, Lafont, Béhal, Preud'homme, Dufau, Voiry.

HOPITAUX DE PROVINCE. — *Lyon*. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le lundi 14 juin, à huit heures du matin, sera ouvert un concours public, pour la nomination d'internes titulaires et d'internes provisoires, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie, dans les établissements de l'administration des hospices de Lyon.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le lundi 21 juin, à huit heures du matin, sera ouvert un concours public, pour la nomination d'externes des hôpitaux, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie, dans les établissements de l'administration.

Le nombre des internes titulaires et provisoires, et celui des externes à nommer, sera fixé à la fin des concours.

ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Un concours pour la nomination à six places de médecin de l'assistance médicale à domicile sera ouvert le lundi 26 avril 1909, à midi, à la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à trois heures, du lundi 15 mai 1909 au jeudi 8 avril inclusivement.

CONCOURS DE L'INTERNAT DES ASILES D'ARMENTIÈRES ET BAILLEUL. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Hannard, Legrand, Rolland et Leroy, internes titulaires et Vendiesse, interne provisoire.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'Assemblée générale statutaire du S. M. P. se tiendra le dimanche 14 mars à deux heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Un banquet confraternel (tenue de ville) aura lieu le soir à sept heures trois quarts au restaurant Cardinal, 1, boulevard des Italiens (prix : 10 francs). Adresser les adhésions au docteur Régis, 10, boulevard Poissonnière.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Scipion Chapuis (d'Alger) et Mezger (de Paris).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — L'Association organise chaque année deux séries de cours de vacances. Dans ces cours de revision et de perfectionnement, les médecins praticiens et les étudiants trouveront les éléments essentiellement pratiques des méthodes cliniques et thérapeutiques, spéciales aux principales branches de la médecine et de la chirurgie.

Les deux séries ont lieu : l'une à Pâques (quinzaine de Pâques), l'autre à la fin des grandes vacances (deux dernières semaines de septembre).

La série de Pâques 1909 aura lieu du lundi 5 avril au samedi 17 avril (avec repos le dimanche et le lundi de Pâques).

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Barbarin, 186, faubourg Saint-Honoré.

SUR UN CAS DE PLEURÉSIE DOUBLE

Par le docteur CONOR,
Médecin-major à l'hôpital militaire de Marseille.

La pleurésie double est une affection rare sur laquelle les traités classiques insistent peu. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas que nous croyons intéressant de relater.

Gr..., cavalier au 7e régiment de chasseurs, a comme antécédents héréditaires : père mort d'hémorragie cérébrale, mère en bonne santé, frères et sœurs bien portants. Lui-même, d'une robuste constitution, n'a jamais été malade.

Depuis une quinzaine de jours, il se sent fatigué et éprouve une certaine gêne dans le côté gauche, mais sans point de côté localisé. Il entre à l'hôpital le 27 février.

Le malade se plaint de gêne respiratoire, et, à l'examen, nous trouvons les signes d'une pleurésie gauche avec épanchement abondant. L'examen révèle : en arrière, de la matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate avec abolition complète des vibrations thoraciques, souffle, égophonie, pectoriloquie aphone; en avant, skodisme sous la clavicule. A droite, sonorité normale, respiration supplémentaire. Le cœur est notablement dévié, on sent la pointe à droite du sternum. Température vespérale : 37°9.

Le 1er mars, en raison de la gêne respiratoire, on pratique la thoracentèse qui permet de retirer deux litres d'un liquide citrin dont l'examen cytologique, après centrifugation, donne :

Polynucléaires	23
Mononucléaires	77

Le soir, la température monte à 39°8 (nous avons souvent remarqué cette élévation le soir de la ponction d'une pleurésie).

Le lendemain, le thermomètre accuse 37°7, et le malade reste ensuite apyrétique. Il est très soulagé et commence à manger.

Le 19 mars, la température monte à 38°4. On constate de l'obscurité respiratoire et de la submatité à la base gauche ; les vibrations sont nettement perçues. La pointe du cœur bat à gauche du sternum, un peu en dedans du mamelon. Mais, fait nouveau, à droite : submatité à la base avec quelques frottements.

Le 25 mars, l'examen montre la présence d'un épanchement à droite : matité, abolition des vibrations, souffle, égophonie, foie abaissé. La température reste aux environs de 38 degrés. Une ponction exploratrice est positive. On voudrait attendre que la fièvre tombe pour pratiquer la thoracentèse, mais l'épanchement augmentant et amenant de la dyspnée, on retire 1600 grammes de liquide citrin dont la formule est :

Polynucléaires	18
Mononucléaires	82

L'état général est assez touché, le malade amaigri. Bientôt, la température tombe, l'état s'améliore progressivement. Enfin, le malade sort par réforme le 5 mai. A droite, il existe encore de la submatité à la base en arrière, mais on perçoit très nettement la respiration ainsi que les vibrations thoraciques. A gauche, la sonorité est normale, on entend quelques frottements. L'examen des sommets montre, à droite, une légère submatité avec expiration prolongée. Le cœur a repris sa place normale.

D'après les auteurs, la pleurésie double est loin d'être fréquente. Andral (1) en relate plusieurs cas, avec ou sans épanchements purulents, mais non successifs.

(1) ANDRAL. *Clinique médicale*, t. XIV, p. 501.

Pour Netter (1), il est exceptionnel que les deux plèvres soient prises simultanément. D'après Mantel (2), au contraire, les deux pleurésies évoluent ordinairement ensemble, les épanchements sont peu abondants et ne nécessitent pas la thoracenthèse. La guérison survient, mais la convalescence est longue.

Cette forme de pleurésie a pour causes habituelles le rhumatisme et la tuberculose. Dans son livre sur la granulie, Empis (3), au sujet de la pleurésie qui accompagne cette affection, écrit : « Il est très fréquent que, dans ce cas, la pleurésie soit double, ou bien, qu'au moment où elle quitte un côté elle se porte sur le côté opposé, ce qui n'est point le propre de la pleurésie simple, et ce qui implique presque toujours l'existence d'une disposition pathologique générale. »

D'après Maintenon (4), une des causes les plus fréquentes est, sans contredit, le tubercule. L'épanchement n'est presque jamais égal des deux côtés, ajoute-t-il, la première plèvre est en voie de résorption lorsque l'autre épanchement apparaît. Tel a été le caractère de notre observation ; l'examen cytologique en a d'ailleurs démontré la nature bacillaire.

Ajoutons que notre cas se rapproche de celui rapporté par M. le médecin principal Testevin (5).

La durée de l'affection de notre malade n'a pas été d'une longueur exagérée, puisque Gr..., entré à l'hôpital le 27 février, en est sorti le 5 mai. D'autre part, le malade est parti en bon état, toutes réserves faites au point de vue de sa santé générale ultérieure. Il aurait été néanmoins imprudent de le conserver dans l'armée.

Quant au traitement, si l'on peut attendre, dans une pleurésie unilatérale, pour faire la thoracentèse, que l'épanchement soit abondant et surtout que la période fébrile soit passée, il est prudent, croyons-nous, de ponctionner hâtivement le second épanchement, en raison de la gêne respiratoire et de la difficulté d'une respiration supplémentaire dans le côté atteint le premier.

Enfin, il nous paraît légitime d'appeler cette forme de pleurésie double successive : *pleurésie à bascule*. On a donné ce nom (6) à un épanchement localisé secondairement à une partie du thorax, après avoir décrit un véritable mouvement de bascule. P. Teissier et Papillon (7) en fournissent l'explication suivante. Ce mouvement est dû à la congestion plus ou moins intense du parenchyme pulmonaire : le poumon congestionné, entraîné par son propre poids dans le décubitus dorsal vers la paroi postérieure, plus dense que le liquide, refoule ce liquide en avant jusqu'à la clavicule. La congestion cessant, le poumon devenu moins dense peut surnager de nouveau.

Cette variété d'épanchement mériterait mieux, pensons-nous, la dénomination d'*épanchement mo-*

(1) *Traité de médecine* Charcot-Bouchard.
(2) MANTEL. *Arch. mal. des enfants*, 1905, p. 349.
(3) EMPIS. *De la Granulie*, 1865.
(4) MAINTENON. Th. Paris, 1873.
(5) TESTEVIN. *Ann. médico-chir. du Centre*, 1905.
(6) BRODIER. Th. Paris, 1895.
(7) P. TEISSIER et PAPILLON. *Arch. gén. de méd.* mai 1896.

bile. Il conviendrait alors de réserver le nom de *pleurésie à bascule* à l'affection consistant en une pleurésie double à épanchements successifs, comme on le fait pour l'épididymite double successive observée dans la blennorragie.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DES FISTULES PAR LES INJECTIONS DE PATE AU SOUS-NITRATE DE BISMUTH

Depuis un an les Américains mènent grand bruit autour d'une méthode nouvelle de traitement des fistules et cavités suppurantes.

E. G. Beck (de Chicago), voulant rechercher par la radiographie l'étendue et la direction de trajets fistuleux compliqués, injecta par l'orifice un mélange de sous-nitrate de bismuth et de vaseline liquéfié par la chaleur pour rendre le trajet perceptible aux rayons Röntgen. A son grand étonnement, ces trajets se fermèrent très rapidement. Il érigea ce mode d'exploration en méthode de traitement et sa vogue est très grande aux Etats-Unis. En Europe, déjà quelques auteurs en ont expérimenté les effets (Nemenoff, Eggenberger, Dollinger).

Ses indications sont fort étendues et voici les principales que nous avons relevées dans les publications :

1° *Fistules pathologiques.* — Fistules et cavités d'abcès chauds après cessation de la période aiguë, arthrites suppurées (A. Don), fistules d'abcès froids, adénites tuberculeuses, mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches (K. Swindt), fistules à l'anus (J. R. Pennington), fistules de fractures ouvertes (E. H. Hines);

2° *Fistules opératoires.* — Fistule de drainage de laparotomie, pancréatique après gastrectomie, de prostatectomie, de rein tuberculeux (Ochner), cavités d'empyème tuberculeux (Beck, Ochner);

3° *Maladies des yeux.* — Dacryocystite (H. Gradle, J. Beck);

4° *Rhinologie.* — Suppurations chroniques des sinus frontal, ethmoïdaux, antre d'higmore, rhinites atrophiques, ozène, rhinite pseudo-membraneuse. Opérations sur les cornets, résections de la cloison [comme moyen d'hémostase et pour prévenir l'infection (J. Beck, 319 cas)] ;

5° *Otologie.* — Otites externes, moyenne chronique, et comme pansement après les opérations de mastoïdite [au lieu du tamponnement à la gaze et drainage] (H. Gradle, L. Ballenger, A. H. Andrews, J. Beck);

6° *Gorge.* — Abcès péri-amygdaliens, amygdalite lacunaire chronique.

L'état aigu des lésions est une contre-indication formelle, une réaction intense suivrait l'injection.

La technique est simple. Beck emploie une seringue en verre à piston d'amiante et embout de caoutchouc. Pour les cavités du nez on se sert d'aiguilles droites, courbes, à extrémité olivaire.

L'embout doit tenir fortement à la seringue car l'injection nécessite une certaine force. La seringue est stérilisée par ébullition.

Beck se sert de plusieurs pâtes plus ou moins consistantes, dont voici les deux plus usuelles :

1. Sous-nitrate de bismuth libre de toute impureté	1 partie.
Vaseline	2 —
2. Sous-nitrate de bismuth	30 grammes.
Cire blanche	5 —
Parafine molle	5 —
Vaseline	60 —

Le mélange doit être fait intimement pendant ébullition et la pâte stérilisée à l'autoclave. Pour s'en servir, on la fait ramollir au bain-marie. On emplit la seringue et on attend que la pâte soit sur le point de se solidifier. Le malade est placé de façon que le contenu de la fistule ne s'écoule pas au dehors. On exprime avec soin le trajet, on nettoie l'orifice d'entrée, puis on pousse lentement et avec une force suffisante la pâte dans la fistule. La pénétration s'accompagne d'une sensation de cuisson qui persiste peu. La seringue retirée, l'orifice est vivement bouché par un tampon de coton qu'on maintient jusqu'à solidification.

Si la cavité présente plusieurs orifices, tous, sauf un, doivent être pendant l'injection maintenus bouchés par de petits tampons de coton maintenus par un aide, du collodion ou des rondelles de sparadrap.

L'injection est renouvelée selon les cas à un temps variable de deux à quinze jours.

Parfois une seule injection suffit à amener la guérison, d'ordinaire plusieurs sont nécessaires.

Comment agit la pâte ?

Tout d'abord mécaniquement et de plusieurs façons : par un drainage modelant de tous les trajets en les mettant à l'abri de l'air, par une pression uniforme des tissus, enfin surtout en servant de charpente à la cicatrice, car la radiographie montre cet englobement de la pâte par le tissu. En plus, l'action bactéricide du sous-nitrate de bismuth n'est pas douteuse : dès les premières injections l'écoulement de la fistule devient aseptique, à moins de la présence d'un séquestre ou d'une cavité non injectée. Beck pense que cette action est beaucoup plus chimiotaxique que chimique.

Cette méthode, si séduisante au premier abord, présente un gros point noir, c'est que le sous-nitrate de bismuth possède une action toxique qui n'est pas à négliger. Ce pouvoir nocif a été étudié par Beck (*Journ. of amer. med. Ass.*, 2 janv. 1909) et surtout Bensaude et Agasse-Lafont (*Arch. des mal. de l'ap. dig. et de la nutrit.*, janv. 1909, et in *Gaz. des hôpit.*, 23 fév. 1909).

Il ressort de ces études que les cas anciens (pansement des plaies, dermatologie) sont certainement dus à des impuretés du produit, l'arsenic en particulier. Dans les cas plus récents où le sel employé était pur, soit pour l'usage interne (thérapeutique gastro-intestinale, emploi pour la radiologie en bols ou en lavements), soit pour l'usage externe (pâte de Beck), l'intoxication est due au sous-nitrate de bismuth. Elle se présente sous deux formes bien différentes :

Intoxication aiguë caractérisée par de la dyspnée, tachycardie, hypothermie, convulsions et surtout la cyanose excessive avec méthémoglobinémie. Accidents pouvant être mortels.

Intoxication lente : stomatite, teinte blanche de la muqueuse buccale avec taches bleues, liséré bleuâtre autour des dents pouvant aller à l'ulcération. Catarrhe intestinal douloureux, néphrite desquamative pouvant entraîner la mort dans les cas graves.

Dans le premier groupe de faits, c'est l'acide qui causerait l'intoxication ; on reproduit expérimentalement par l'ingestion de nitrites un empoisonnement méthémoglobinémique identique. Dans le second, il s'agit d'intoxication par le bismuth qu'on retrouve dans les viscères.

Par l'emploi de la pâte de Beck on n'a observé que la seconde forme ; à la surface des plaies, en milieu alcalin et albumineux, il se forme de l'albuminate de bismuth facilement absorbé. Eggenberger a observé un cas mortel chez un enfant de sept ans, six semaines après l'injection de 30 centimètres cubes du mélange de Beck. Un cas mortel de Roberts, dans une coxalgie fistuleuse, est moins probant, car la néphrite à laquelle le malade a succombé avait débuté bien avant l'injection. Al. Don a observé un cas très grave d'intoxication après l'injection de 70 grammes de bismuth en deux fois. Dans un

cas d'empyème, G. Beck ayant injecté 720 grammes de pâte a été obligé de la retirer devant les signes d'une intoxication grave. Dans maint cas, dit-il, j'ai noté une petite lividité des muqueuses et de la peau et un bord bleu des dents; dans un cas, une ulcération de la bouche.

Devant ces faits, faut-il rejeter absolument l'emploi de la pâte au sous-nitrate de bismuth? Si on trouve une autre substance non toxique qui remplisse les mêmes indications, cela n'est pas douteux. Si l'action du sous-nitrate de bismuth est vraiment supérieure à celle des autres substances médicamenteuses, on peut conserver son emploi, mais en restreindre singulièrement l'application aux fistules peu étendues ne nécessitant que l'injection de doses vraiment innocentes du topique. Encore devra-t-on toujours la rejeter chez l'enfant qui paraît particulièrement sensible à sa toxicité.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 MARS 1909)

A propos de la méningite cérébro-spinale. — M. NETTER rapporte de nouvelles observations de méningite cérébro-spinale terminées par la guérison. Il ajoute qu'actuellement l'épidémie semble s'étendre. C'est aussi l'opinion de M. Hudelo qui a observé quatre cas à l'hôpital Tenon, ce qui semble prouver que ce quartier n'est pas plus indemne que les autres.

Exostose ostéogénique unique familiale. — MM. P. TEISSIER et René BENARD. La nature osseuse, le siège à l'extrémité de la diaphyse fémorale au-dessus du cartilage dia-épiphysaire, sont attestés par la radiographie.

Le caractère héréditaire et familial est particulièrement net. Sont atteints de cette affection le père et deux de ses enfants (issus de deux mères différentes).

Ni rachitisme, ni tuberculose, ni syphilis.

Double hémothorax mortel au début d'une méningite purulente. — M. APERT. L'hémothorax double est une rareté surtout chez l'enfant. Il s'est agi dans le cas actuel d'un enfant amené à l'hôpital dans un état de collapsus inquiétant, pouls imperceptible, respiration affaiblie, peau et muqueuses décolorées, extrémités froides. Mis dans un bain tiède, il se réchauffa un peu, put prendre un peu de grog, de café, de thé, sembla revivre, mais succomba quelques heures après. A l'autopsie, on trouva les deux plèvres emplies par un énorme caillot fibrineux décoloré à la partie supérieure, rouge noir à la partie déclive; on peut évaluer l'épanchement à plus d'un litre de chaque côté. Aucune autre lésion des organes thoraco-abdominaux. Sur la convexité du cerveau, quelques traînées purulentes où l'examen microscopique montra du méningocoque. En somme, double hémothorax ayant interrompu presque à son début l'évolution d'une méningite suppurée à méningocoques. Les premiers malaises remontaient à la veille au matin et l'état de collapsus était arrivé brusquement la veille au soir.

Forme anormale de sarcoïde en plaques étendues à évolution rapide. — MM. L.-M. PAUTRIER et P. FERNET. Les auteurs montrent un cas tout à fait anormal de ces tumeurs proches de la tuberculose cutanée, qui ont été décrites sous le nom de sarcoïdes. Il s'agit d'un malade de vingt-trois ans, qui a vu survenir, il y a deux mois, dans la région du dos, un prurit violent à la suite duquel la peau rougit, s'infiltre, s'épaissit. Aujourd'hui, c'est-à-dire deux mois après le début des accidents, il s'est formé symétriquement de chaque côté dans la région scapulaire, d'immenses placards, dont le plus grand mesure 25 centimètres sur 12 et qui sont caractérisés par le phénomène suivant : une induration absolument ligneuse, occupant épiderme, derme et hypoderme et formant une plaque mobile en bloc sur le plan musculaire profond, mais au niveau de laquelle on ne peut plisser l'épiderme. En même temps, ces plaques sont le siège d'une chaleur marquée. D'autres plaques sont disséminées sur les flancs, l'abdomen et la région lombaire.

Devant la rapidité extraordinaire d'évolution de ces lésions, qui ne s'accompagnent d'aucun trouble de l'état général, le diagnostic fut hésitant entre des formes de sarcomatose cutanée, de sclérodermie ou de sarcoïde. L'histologie a montré l'existence d'altérations siégeant presque uniquement dans l'hypoderme, caractérisées par une infiltration du tissu adipeux et la formation de nodules, dont quelques-uns reproduisent l'histologie du follicule tuberculeux complet avec cellules géantes, cellules épithéliales et lymphocytes. Histologiquement, il ne peut s'agir que d'une sarcoïde, mais, cliniquement, cette forme diffère de tout ce qui a été décrit jusqu'à ce jour par M. Darier sous le nom de sarcoïde sous-cutanée, qui se manifeste par des tumeurs hypodermiques indolentes, aphlegmasiques et à évolution très lente.

Le pronostic est d'autant plus à réserver que quelques ganglions ont apparu récemment dans les deux aisselles.

MM. LENORMANT et JOSSET-MOURE communiquent un **cas de tétanos mortel malgré l'injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie.**

M. TRIBOULET rend compte d'une très intéressante étude qu'il poursuit depuis longtemps et qui a pour titre : **Recherches pratiques sur les troubles de la fonction biliaire en rapport avec l'évolution de la nutrition et des états morbides.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 MARS 1909)

Des septicémies consécutives aux ulcérations expérimentales de l'intestin. — MM. M. GARNIER et L.-G. SIMON ont recherché la fréquence du passage des bactéries intestinales dans le sang, à la faveur d'ulcérations de la muqueuse. Ils ont réalisé, à cet effet, deux séries d'expériences chez le lapin; dans une première série, ils injectaient dans le canal intestinal quelques gouttes d'acide sulfurique dilué et provoquaient ainsi la formation d'une escarre, puis d'une ulcération limitée de la muqueuse; dans ces conditions, le sang de la circulation est toujours stérile, tandis que le sang de la veine porte est presque constamment infecté par des germes aérobies ou anaérobies. Tout autres sont les résultats quand la perte de substance est due à l'élimination par l'intestin d'un poison injecté sous la peau comme le sublimé ou l'émétique; le sang du cœur contient alors fréquemment des microbes, surtout des anaérobies. Ainsi, quand l'ulcération est due à un caustique, alors que l'animal n'a subi qu'un préjudice local, les microbes passent dans le sang porte mais sont arrêtés par le foie et ne gagnent pas la circulation générale. Si, au contraire, l'ulcération est la conséquence d'une détérioration profonde de l'organisme, les microbes franchissent la barrière hépatique et infectent la grande circulation.

Vaccination des bovidés contre la tuberculose. — M. RAPPIN (de Nantes) communique les premiers résultats qu'il a observés dans ces derniers mois chez les bovidés vaccinés par lui pendant le cours de l'année dernière contre la tuberculose par les bacilles modifiés suivant sa méthode.

Alors que chez un témoin on note depuis trois mois, après l'injection de tuberculose virulente, tous les signes de l'infection tuberculeuse en évolution, un second taureau de même âge et de même race et deux génisses, ayant subi l'action de ces bacilles vaccins, ne présentent actuellement aucun signe ni aucun symptôme organique.

Ces premiers faits, joints à ceux que l'auteur a observés dans le cours de ces dernières années chez le cobaye et chez le chien soumis aux mêmes modes de vaccination, permettent de penser que cette méthode pourra recevoir enfin d'une façon courante une application pratique chez les bovidés et probablement aussi chez l'homme.

ANALYSES

MÉDECINE

Influenza à pneumocoques. (Curschmann. *Münch. med. Wochens.*, n° 8, 23 fév. 1909, p. 377.) — Pendant les mois d'automne, d'hiver et de printemps de l'année 1907-1908, a sévi dans plusieurs villes d'Allemagne et notamment à Leipzig une épidémie que les médecins n'ont pas hésité à diagnostiquer influenza. Le début de la maladie était brusque et s'annonçait par des frissonnements répétés, puis survenaient de la céphalalgie, des douleurs lombaires et musculaires, et dès le début un état de dépression remarquable; l'appétit faisait complètement défaut, et l'on constatait une tuméfaction et une rougeur intense du pharynx, du coryza, du catarrhe des conjonctives, en même temps que se montrait la fièvre.

Dans tous les cas existaient des signes de bronchite diffuse avec ou sans expectoration, s'accompagnant d'une toux pénible, parfois coqueluchoïde. Enfin chez un assez grand nombre de malades se sont montrés des foyers de bronchopneumonie.

Dans un certain nombre de cas la fièvre, notablement élevée, s'est prolongée pendant trois et même quatre semaines; dans les autres elle a disparu plus rapidement. La durée moyenne de la maladie a été d'une à trois semaines; dans quelques cas, après un début violent, l'évolution a été abortive.

Des complications ont été notées du côté du poumon, de la plèvre, du cœur et du système nerveux périphérique (névrites, névralgies).

Curschmann a soumis à l'examen bactériologique l'expectoration des malades soignés à sa clinique pour cette maladie. Dans aucun cas le bacille de Pfeiffer n'a pu être décelé; par contre, 46 fois sur 49 malades étudiés, le pneumocoque de Talamon-Fränkel existait dans l'expectoration soit à l'état de pureté, soit en quantité extrêmement prédominante; la culture et l'inoculation à la souris ont confirmé la nature du diplocoque. Dans quelques cas existent à côté du pneumocoque quelques streptocoques et quelques staphylocoques.

Curschmann pense qu'en présence du caractère épidémique de l'affection, ainsi que des symptômes accusés par les malades, on doit porter le diagnostic d'influenza. Ceci n'enlève rien au bacille de Pfeiffer qui a réalisé pendant les grandes épidémies de 1889 et de 1893 un tableau clinique analogue. Mais ceci prouve une fois de plus qu'un même complexus symptomatique peut relever de plusieurs microorganismes différents.

La littérature a du reste enregistré déjà à plusieurs reprises le rôle du pneumocoque dans la genèse des épidémies d'influenza. Curschmann rappelle des observations de Luzzato et de Schtschegolew démonstratives à cet égard.

A. Lemierre.

Transmission des maladies infectieuses par les vêtements. — M. Remlinger (*L'Hygiène générale et appliquée*, 15 oct. 1908) montre que presque toutes les maladies infectieuses, diphtérie, scarlatine, rougeole, variole, pneumonie, choléra, fièvre typhoïde, syphilis, tuberculose, etc., etc., sont susceptibles de se transmettre par l'intermédiaire des vêtements. Le mécanisme de la contagion n'est pas univoque. Il peut se dégager des effets une poussière microbienne qui sera inhalée ou déglutie; le contact des effets souillés peut charger les mains de microorganismes qui seront avalés avec les aliments; enfin des cas de peste, de fièvre jaune, de paludisme apparus peu de temps après l'ouverture d'une malle contenant des habits permet de supposer que ceux-ci donnaient asile à des puces ou à des moustiques par l'intermédiaire desquels s'est effectué le contage.

Dans la plupart des cas ce n'est pas par des vêtements ayant été portés par un malade que la contagion est réalisée; c'est par des vêtements venus simplement au contact d'un malade. La littérature médicale montre en effet que c'est presque toujours le sweating-system qui est responsable des cas d'infection. On désigne sous ce nom le travail fait en chambre à des prix dérisoires par des ouvriers vivant dans des conditions toutes spéciales de misère et d'encombrement. Ces conditions font des ouvriers une proie facile pour les maladies infectieuses, et d'autre part elles favorisent au maximum la contamination par les germes infectieux émanés du malade, de tous les objets touchés par lui. « Acheter des vêtements tout faits sans en connaître le prix de façon ni l'origine c'est toujours favoriser l'exploitation des ouvriers et ouvrières à domicile; c'est parfois acheter la tuberculose, la diphtérie, la rougeole, la scarlatine et les ramener chez soi. » Le danger du sweating-system (mot à mot : système de la sueur) paraît ainsi bien supérieur à celui qui résulte des vêtements ayant été portés par un malade. Une particularité intéressante est que les microorganismes paraissent conserver dans les vêtements leur virulence pendant un temps sensiblement plus long que leurs caractères biologiques ne permettraient de le supposer. C'est ainsi qu'on a vu la rougeole se transmettre après plusieurs semaines, le choléra après dix mois, la diphtérie après plus d'une année. La raison de cette discordance doit être cherchée dans ce fait que les germes ayant souillé les habits d'un malade se trouvent fréquemment emprisonnés dans ses plis et replis, et que dans ces conditions les microorganismes se trouvent grandement protégés contre l'action antiseptique de l'air et de la lumière. Les personnes les plus exposées à être contagionnées par les vêtements sont, comme le montre la littérature médicale, les employés des douanes qui les remuent, les domestiques qui les brossent, les pauvres auxquels on les donne, les préposés au vestiaire dans les hôpitaux, les employés à la désinfection, etc. Mais personne à vrai dire n'échappe au danger. Comment se douter qu'on risque la scarlatine ou la typhoïde à mettre une robe de bal sortie de chez une faiseuse en renom ou à essayer un complet dans un grand magasin? On conçoit que la prophylaxie de la transmission des maladies infectieuses par les vêtements soit beaucoup plus facile à édicter en théorie qu'à réaliser en pratique. La lutte contre le sweating-system se heurte aux plus grandes difficultés. Dans la clientèle privée, particulièrement dans les petites villes et à la campagne, la désinfection des effets n'est pas facile à réaliser. Tout au moins faut-il réglementer le commerce des vieux habits et prendre des mesures rigoureuses dans les hôpitaux. La désinfection des vêtements telle qu'elle se pratique dans les hôpitaux militaires et dans l'armée en général doit être donnée comme un modèle à suivre. Malgré tout, la contagion par les vêtements revêt des modes si détournés et si hypocrites qu'on ne peut guère espérer la faire disparaître complètement. L. Gayard.

CHIRURGIE

Dissociation des nerfs; nouvelle méthode de traitement chirurgical de certaines affections douloureuses ou paralytiques des troncs nerveux. (W. Wayne Babcock. *Ann. of Surg.*, vol. XLVI, n° 5, nov. 1907, p. 686-693.) — Il se pourrait que Babcock se fît illusion quant à la nouveauté réelle de sa méthode; cependant ses observations sont intéressantes. La neurolyse a pour but de laisser s'échapper l'exsudat de la gaîne nerveuse, de diminuer la compression exercée sur les fibres nerveuses, de libérer les cylindraxes devenus inutiles par suite de leur égarement dans du tissu fibreux, de faciliter la formation de nouveaux trajets nerveux ou le rétablissement d'anciens, et de provoquer des changements favorables dans la nutrition du tronc nerveux.

L'influence de la pression sur la paralysie et l'anesthésie fut remarquée pour la première fois par Babcock en novembre 1905 chez un homme dont le médian avait été blessé par

un éclat de verre. Lorsque le nerf fut mis à nu, on le trouva non sectionné, mais renflé en fuseau. L'incision du névrilème laissa s'échapper un liquide gélatineux. L'amélioration motrice et sensitive fut immédiate.

La technique de la dissociation nerveuse est la suivante : Le nerf est isolé et une incision longitudinale, dépassant la lésion, est faite à la gaine. Le nerf est soulevé sur deux doigts et les fibres sont séparées à l'aide d'un petit ténotome bien tranchant. Il faut bien séparer les fibres nerveuses les unes des autres, mais en sectionner le moins possible. Le nerf devient alors un ruban aplati au lieu d'un cordon rond qu'il était auparavant.

Si l'on trouve du tissu de cicatrice à l'intérieur du nerf, on continue la séparation des fibres nerveuses en ligne droite de manière à diviser la cicatrice en de nombreux filaments parallèles de tissu. Si le nerf était auparavant englobé dans du tissu fibreux ou cicatriciel, il faut le déplacer, ou, tout au moins, l'isoler d'adhérences futures à l'aide d'un fragment de tissu adipeux interposé, fragments que l'on peut généralement prendre sous la peau. Dans un cas, Babcock transposa le radial de la gouttière de l'humérus dans le tissu cellulaire sous-cutané. Une fois seulement sur sept opérations sur les nerfs, il y a eu augmentation opératoire de la paralysie. Trois de ces opérations concernaient des cas de transplantation nerveuse; quatre se rapportaient à l'opération que l'auteur a ici plus particulièrement en vue. Ces quatre cas sont rapportés in extenso. Trois d'entre ces cas présentaient des symptômes douloureux et tous trois furent rapidement soulagés.

Dans les quatre, il y avait des symptômes paralytiques, dans trois, il y eut amélioration immédiate. Dans le quatrième, il y eut augmentation temporaire de la paralysie. Dans deux cas (sciatique), l'élongation, qui avait été préalablement employée, n'avait donné qu'un soulagement temporaire et s'était accompagnée de paralysie immédiate. Ceci semble établir que la discision nerveuse est possible sans grande réduction de la conductivité du nerf, qu'elle ne semble pas exposer autant que l'élongation à la paralysie et qu'elle est plus efficace et qu'elle a une influence remarquable sur la paralysie motrice. Elle pourrait peut-être servir dans le traitement des paralysies obstétricales du plexus brachial et dans les cas où une résection nerveuse entraînerait la nécessité d'une suture à distance.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Statistique et considérations critiques sur la réaction de Wassermann dans le diagnostic de la syphilis nerveuse du tabes et de la paralysie générale progressive. (O. Rossi. *Riv. di patol. nerv. e mentale*, 1909, p. 22-42.) — La méthode de Wassermann, dans sa forme classique, donne des résultats cliniquement importants et précieux pour le diagnostic, mais on ne peut dire que le résultat positif soit dû à une réaction entre des antigènes et des anticorps spécifiques, ni en tirer de conclusion relativement à l'étiologie de maladies déterminées du système nerveux.

L. ALQUIER.

HYGIÈNE

Réaction thermochimique productrice d'aldéhyde formique. Application pratique à la désinfection en surface. (M. Carteret et G. Carteret. *Hyg. gén. et appl.*, n° 10, oct. 1908.) — La production de l'aldéhyde gazeuse par les réactions chimiques ne semblent dues qu'à l'élévation de température avec formation de vapeur d'eau, élévation amenée par la chaleur d'hydratation des corps oxydants et par la destruction d'une partie de la matière organique par l'oxygène ou par le chlore.

Par l'emploi des peroxydes alcalino-terreux, la formation subséquente des oxydes et la température de réaction entraînent une perte notable d'aldéhyde par formation de formose et de méthylénitane.

Par la méthode au chlorure de chaux, le résidu solide de la réaction ne peut être que du chlorure de calcium qui, permettant une élévation notable de la température, explique le rendement important en aldéhyde gazeuse.

Le gaz ainsi produit n'altère aucun objet soumis à son contact, sauf certaines couleurs d'aniline altérables par l'aldéhyde formique. Les traces de chlore que l'on aurait pu craindre n'ont pu être évaluées, le calcul donnant un chiffre inférieur à un millionième de l'air désinfecté. Connu sous le nom d'*aldogène*, ce procédé de désinfection est d'une pratique bien simple. Présenté en boîtes de fer blanc susceptibles d'opérer la désinfection de 20 ou de 15 mètres cubes, il suffit pour l'emploi de verser dans chaque boîte les deux sacs qu'elle contient, d'abord celui de chlorure de chaux, ensuite celui de paraformaldéhyde. Au moment du besoin, on ajoute de l'eau pour remplir presque totalement la boîte, une agitation de la masse avec une baguette de bois provoque en quelques instants la réaction. Un contact de sept heures est nécessaire pour obtenir la stérilisation des germes pathogènes, voire même du bacille de Koch sous trois épaisseurs de drap, criterium des expériences de vérification effectuées par le conseil supérieur d'hygiène de France, d'après le décret du 7 mars 1903.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de médecine (1), par MM. Enriquez, Laffitte, Bergé, Lamy, médecins des hôpitaux de Paris.

Les auteurs de ce nouveau *Traité* ont condensé en quatre forts volumes la substance même de la médecine. Le plan de l'ouvrage est ainsi conçu : le premier tome, dû à M. Enriquez, comprend les *maladies infectieuses et parasitaires* et les *maladies du tube digestif*; dans le deuxième tome, M. Laffitte décrit les *maladies du foie*, *des reins*, *de la rate*, *du pancréas*, *du péritoine*, *des glandes à sécrétion interne*, les *maladies de la nutrition*, les *intoxications*; le troisième tome (Bergé) est consacré aux *maladies du cœur*, *des vaisseaux et du sang*, et aux *maladies de l'appareil respiratoire*. Les *maladies du système nerveux* occupent le dernier volume, rédigé par M. Lamy.

Les auteurs de cet ouvrage sont assez connus pour qu'il soit inutile de faire l'éloge de leurs articles. Nous dirons seulement que ceux-ci sont tous tenus très au courant des derniers travaux, et que la parfaite unité du *Traité* prouve que les quatre auteurs se sont tenus dans une collaboration étroite et constante; et ceci n'est pas un mince éloge : il arrive trop souvent, en effet, dans les livres similaires, que chacun des rédacteurs écrive les chapitres dont il est chargé sans se préoccuper de l'ensemble de l'ouvrage, et c'est ainsi que l'on s'expose à des lacunes, à des redites, et souvent même à des contradictions. Aussi l'entente féconde de MM. Enriquez, Laffitte, Bergé et Lamy est-elle un exemple digne d'être suivi.

Nous ne pouvons analyser en détail ce *Traité*. Le premier volume mérite pourtant une mention particulière. En 1440 pages, M. Enriquez a réussi à condenser toute la description des maladies infectieuses et parasitaires et des maladies de l'estomac. Non seulement les publications les plus récentes y sont signalées, non seulement aucun oubli n'y pourrait être relevé, mais encore on y trouve des chapitres d'intérêt général que l'on rechercherait en vain dans la plupart des ouvrages semblables : nous voulons parler d'une excellente *Introduction à l'étude des maladies infectieuses* et d'une remarquable étude de la *séméiologie de l'estomac*. Il convient aussi de réserver une mention spéciale pour les pages consacrées à l'*appendicite*, et dans lesquelles l'importance prépondérante de l'appendicite chronique est bien mise en valeur.

(1) 4 vol. in-8°. — Prix : 60 francs. — Paris, O. Doin.

Dans chacun des autres volumes, on retrouve les qualités maîtresses des auteurs qui les ont écrits : le soin et la conscience de M. Laffitte, l'élégante sobriété de M. Bergé, la précision et la sûre érudition de M. Lamy qui a su apporter de la clarté dans les questions les plus discutées de la neurologie.

Ce qu'il est surtout utile de signaler, c'est l'originalité et l'utilité de cet ouvrage : son originalité, car il s'agit d'une forme nouvelle, intermédiaire au *Précis* trop raccourci, et au grand *Traité*, trop long et souvent diffus; son utilité, car chaque auteur s'est placé à un point de vue essentiellement pratique, chacun s'est efforcé d'être simple et complet, de faire une œuvre d'enseignement, et aussi de laisser une large place à la thérapeutique, trop souvent négligée dans nos livres de pathologie interne.

Ajoutons que de nombreuses figures, très claires et très bien venues, illustrent cet ouvrage qui fait autant d'honneur à ses auteurs qu'à l'éditeur qui a assumé la tâche de le présenter au public médical. Nous pouvons, sans crainte de nous tromper, prédire à ce *Traité* un succès aussi complet que mérité.

H. GRENET.

Maladies de la peau (1), par E. Gaucher, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

On sait quel succès avaient obtenu auprès du grand public médical les précédentes publications du professeur Gaucher : de nombreuses générations d'étudiants ont vécu sur le *Traité des maladies de la peau*, publié, il y a quelque dix ans, chez O. Doin, et sur l'article rédigé par MM. Gaucher et Barbe dans la première édition du *Traité de médecine et de thérapeutique*.

C'est ce dernier article, revu et surtout complété, que vient de faire paraître la librairie Baillière. Il constitue maintenant un fascicule entier de plus de 500 pages. La lecture en est facilitée par de très nombreuses planches et, surtout, par la disposition générale du livre. D'après le maître de Saint-Louis, toutes les affections cutanées sont réductibles en *lésions élémentaires* qui caractérisent la maladie à sa période d'état; aussi l'étude de ces lésions doit-elle précéder la *description des maladies de la peau* considérées en particulier. Il convient également d'exposer, avant les descriptions particulières, l'*étiologie générale des dermatoses*, car il ne suffit pas de faire le diagnostic de la lésion, il faut encore reconnaître la nature de la maladie, savoir si elle est d'origine microbienne ou toxique, ou diathésique, etc. C'est par ce seul moyen qu'on peut poser un diagnostic précis et complet et instituer une thérapeutique efficace.

Les *Maladies de la peau* se proposant, avant tout, de rendre service aux praticiens, en mettant à leur portée les éléments fondamentaux de la dermatologie, M. Gaucher n'a pas consacré d'article spécial à l'anatomie pathologique générale, se réservant d'indiquer, dans la description de chaque maladie, les lésions histologiques caractéristiques. Pour la même raison, sans faire un chapitre général de thérapeutique cutanée, il donne le traitement de chaque maladie à la suite de sa description symptomatique; il se borne, d'ailleurs, aux traitements utiles, à ceux qui ont fait leurs preuves et dont il a personnellement constaté les bons résultats.

Cet ouvrage est divisé en trois parties : I. *Lésions élémentaires de la peau*; II. *Etiologie générale des maladies de la peau*; III. *Description des maladies de la peau*.

L'ordre dans lequel les affections cutanées sont décrites ne peut être celui d'une classification naturelle, en raison de l'ignorance dans laquelle nous sommes encore, relativement à la nature de certaines dermatoses. Ainsi la première division, à laquelle M. Gaucher donne le titre de *Dermatoses inflammatoires communes*, comprend, à la fois, les principales dermatoses diathésiques et les maladies dont la nature est variable ou indéterminée, telles que les érythèmes, le purpura, l'herpès, le pemphigus, le pityriasis rosé, le pityriasis rubra, etc.

Les autres divisions constituent des groupes plus naturels : les maladies des follicules pilo-sébacés ; les maladies des glandes sudoripares ; les maladies des poils ; les maladies des ongles ; les dermatoses dyschromateuses; les dermatoses vasculaires, sanguines ou lymphatiques; les dermatoses hypertrophiques (hypertrophies épidermiques, hypertrophies épidermo-papillaires, hypertrophies dermiques); les dermatoses néoplasiques.

Les divisions précédentes sont, en quelque sorte, anatomiques. Les suivantes sont étiologiques : dermatoses microbiennes; dermatoses parasitaires (parasites végétaux et parasites animaux).

Bien que n'étant pas établies toutes d'après les mêmes principes, ces divisions ont l'avantage de grouper, les unes à côté des autres, les maladies les moins disparates.

Tel est le plan général des *Maladies de la peau*. Ceux qui ont eu la bonne fortune de suivre les leçons du professeur Gaucher retrouveront dans ce livre les qualités de méthode, de clarté et d'élégance qui ont toujours donné tant d'attrait à son enseignement. Les autres, à son usage, apprendront comment on peut, en dermatologie, faire des diagnostics exacts et des traitements utiles. Et tout le monde saura gré à celui qui occupe avec tant d'éclat la chaire jadis illustrée par M. Fournier, d'avoir su, contrairement à certaines tendances actuelles, faire de la synthèse plutôt que de l'analyse, et d'avoir rendu accessibles au plus grand nombre des notions qui ne doivent plus rester l'apanage d'une élite.

LÉON BABONNEIX.

(1) Grand in-8 de 508 pages avec 180 photogravures. — Prix : 10 francs ; cartonné, 11 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

FORMULAIRE

ACNÉ SÉBACÉ DES JEUNES FILLES

Régime alimentaire très sévère. Matin et soir, après un lavage à l'eau boriquée chaude, appliquer avec un tampon d'ouate hydrophile un peu de la pommade :

Thigénol	5 grammes.
Résorcine	1 —
Lanoline	25 —
Huile d'olive	10 —
Eau distillée	50 —

AMYGDALITE AIGUE

Gargarisme :

Acide phénique	1 gramme.
Borate de soude	4 —
Alcool de menthe	} *ââ* 10 —
Teinture de gaïac	
Laudanum de Sydenham	L gouttes.
Glycérine	150 grammes.

Une cuillerée à café dans une décoction de racines de guimauves chaude.

Chez l'enfant, on remplacera les gargarismes par d'abondantes irrigations de la gorge, chaudes, légèrement antiseptiques, au moyen d'une douche élevée afin que le jet ait une certaine force. On pourra de plus badigeonner les amygdales avec :

Menthol	} *ââ* 14 grammes.
Orthoforme	
Huiles d'olives stérilisée	30 —

(*Le Laryngoscope.*)

CONGRÈS

XIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTALMOLOGIE. — Ce Congrès aura lieu à Naples du 2 au 7 avril prochain sous la présidence du professeur Angelucci. Il sera inauguré par le ministre de l'Instruction publique d'Italie. Pendant ce Congrès, des excursions seront organisées à Capri, Pompéi, etc. Les hôtels de Naples feront aux congressistes des conditions spéciales.

La Compagnie de Paris-Lyon-Méditerranée, les compagnies italiennes de chemin de fer, ainsi que la Compagnie de navigation générale italienne accordent une réduction de 50 p. 100 pour le voyage. Ces billets donnent droit en Italie à trois arrêts, tant à l'aller qu'au retour, avec durée facultative, mais ne dépassant pas la validité du billet, c'est-à-dire pour l'aller du 25 mars au 7 avril, pour le retour du 30 mars au 25 avril.

Les confrères qui désirent participer au Congrès sont priés d'envoyer leur adhésion (25 francs) ainsi que celle des personnes de leur famille qui les accompagnent (10 francs) avant le 10 mars, à M. le docteur F. Terrien, 16, rue de Marignan, Paris, secrétaire du Comité français d'organisation, qui leur fera parvenir en temps utile tous les renseignements (indiquer la classe que l'on désire prendre).

VIIIe CONGRÈS D'HYDROLOGIE, CLIMATOLOGIE, GÉOLOGIE ET PHYSIOTHÉRAPIE. (Alger, 4-10 avril 1909.) — *Avantages.* — Les compagnies de chemin de fer français ont accordé 50 p. 100 de réduction aux congressistes voyageant isolément avec un parcours différent au retour et à l'aller, valable du 20 mars au 1er mai; pour en profiter, il faut avoir réglé sa cotisation qui est de 20 francs pour les membres titulaires, 10 francs les membres associés et s'adresser à M. Heuzé, 16, rue Cartault, à Puteaux (Seine) qui se charge d'obtenir les bons de réduction.

Les compagnies de chemin de fer algérien accordent 50 p. 100 du 1er mars au 1er mai, pour tous les parcours, sur simple présentation de la carte de congressiste.

Les compagnies de navigation de Marseille et Port-Vendres accordent le 30 p. 100 pendant trois mois, sur l'Algérie et la Tunisie, avec faculté de repartir par un port quelconque d'Algérie ou Tunisie.

Sur les chemins de fer italiens le tarif B est appliqué aux congressistes de toutes nationalités qui rejoignent Gênes ou Naples, et la Norddeutscher Lloyd a consenti le 30 p. 100 sur l'aller et le retour de Gênes à Alger.

Excursions. — Voyages avant le Congrès : 29 mars, Oran, Tlemcen, Oudja, le Figuig. Pendant le Congrès : Hamma R'hira, Cherchell, Tipaza, Blidah, Bou Saada, la Kabylie. Après le Congrès : Constantine, Biskra, Timgad et la Tunisie (Tunis, Carthage, Sousse, Kairouan) et embarquement pour Marseille le 21 avril. A forfait, y compris les frais d'hôtel, 725 francs. Un autre forfait de 425 francs comprend les voyages après le Congrès (4 au 21 avril).

Fêtes. — Des fêtes mauresques, réceptions, fantasias, visites des anciennes cités romaines et des sites pittoresques, des stations balnéaires, sont organisées sur tout le parcours.

Exposition. — Une exposition d'hydrologie, climatologie et hygiène urbaine est annexée au Congrès. De nombreuses stations françaises et étrangères y ont adhéré, des kiosques avec buvette et distribution de brochures et sous-produits sont organisés. S'adresser à M. Chappuis, 2, rue Juba, Alger, ou au docteur L. Raynaud, secrétaire général à Alger.

Leçons élémentaires de microbiologie générale, par Emm. POZZI-ESCOT, professeur de chimie et de microbiologie. In-8 cartonné, 336 pages avec 102 figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, Jules Rousset.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ANGINE DE POITRINE

(La médication réussit surtout dans les cas d'insuffisance cardiaque commençante.) — Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième 4 ou 5 jours de suite. Interrompre quelques jours et reprendre.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Fév. 1909.) E. GINESTOUS : La cécité dans la loi du 14 juillet 1905. — J.-S. HALDANE : Hygiène du travail sous terre et sous l'eau. Recherches récentes. — M. BELLETRUD : Expertise tardive d'un cas de mort survenu quelques jours après une blessure de l'œil. — M. DIDIER : L'épuration des eaux d'égouts.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 255, 10 fév. 1909.) A. BÉCLÈRE : La qualité des rayons en radiographie rapide. — St. LEDUC : Physiologie de la contraction musculaire. — H. MARQUÈS : Influence de l'ion zinc sur la repousse des poils dans un cas de pelade. — E. SPÉDER : Appareils à débit intensif pour la radiographie rapide. — Jamie R. COSTA : Notes et impressions d'Europe. — (N° 256, 25 fév.) BERTHON-GAGNIÈRE, HEDON et LISBONNE : Contribution à l'étude de l'action des courants alternatifs industriels de haute tension sur l'organisme. — A. LALLEMENT : L'électrothérapie dans les spasmes fonctionnels. — MIRAMOND DE LAROQUETTE : Action et emploi thérapeutiques de la lumière électrique à incandescence. — GAUTIER et DUCRETET : Nouveau dispositif de haute fréquence unipolaire intensif.

Écho médical du Nord. — (N° 4, 24 janv. 1909.) GAEHLINGER : Contribution à l'étude de la sclérose en plaques infantile. — (N° 5, 31 janv.) GAEHLINGER : Contribution à l'étude de la sclérose en plaques infantile (*fin*). — (N° 6, 7 fév.) E. GELLÉ : Du retentissement des lésions canaliculaires sur le parenchyme acineux et insulaire pancréatique et de leur importance dans la genèse du diabète. — (N° 7, 14 fév.) INGELRANS : Les paralysies du trijumeau (paralysies du nerf masticateur et anesthésie de la cinquième paire).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 6, 7 fév. 1909.) E. RÉGIS : Un mot sur l'apraxie. — E.-J. MOURE : Mission universitaire franco-hispanique. — (N° 7, 14 fév.) GAUTRELET : Le diabète expérimental. Contribution à l'étude des coordinations fonctionnelles. — E.-J. MOURE : Mission universitaire franco-hispanique.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 fév. 1909.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Faits intéressant l'évolution, le pronostic et le traitement de la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Journal des praticiens. — (N° 7, 13 fév. 1909.) LEGUEU : Les tumeurs vésicales latentes. — TROUSSEAU : Le kératocone. — Ph. ANGÉLIS : Hémianopsie homonyme droite avec cécité verbale pure.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 6, 4 fév. 1909). BAYET et RENAUX : Le séro-diagnostic de la syphilis. — J. STEINHAUS : Statistique de la mortalité par cancer à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles (1888-1907).

Nord médical. — (N° 6, 20 janv. 1909.) Gilbert et Jomier : Les cellules hépatiques claires ; leur nombre relatif à l'état normal; leur charge glycogénée. — P. Hartenberg : Variations et mesure du tonus musculaire à l'aide d'un myotonomètre.

Presse médicale. — (N° 7, 23 janv. 1909.) Cyrille Jeannin : Valeur comparative des différents procédés d'hébotomie. — P. Hartenberg : L'état mental des sinistrés de Sicile. — N. Floresco : Action du chlorure de sodium sur les troubles de la digestion stomacale. — (N° 8, 27 janv.) J. Tanton : La transplantation veineuse pour l'autoplastie de l'urètre. — A. Zimmern : Courants de haute fréquence et action ouloplasique (essai sur les résultats de la fulguration). — Lanel : Le spasme fonctionnel (crampe des écrivains) étiologie et traitement. — (N° 9, 30 janv.) M. Letulle : La biopsie dans les affections de la langue. — P. Alglave : Le cerclage central appliqué aux fractures comminutives de l'extrémité supérieure des os de la jambe. — Dominici et Faure-Beaulieu : Régression d'un sarcome de la gencive par évolution fibromateuse sous l'influence du rayonnement ultra-pénétrant du radium. — (N° 10, 3 fév.) Guibé : Les hémorragies intestinales après l'opération de résection de l'appendice. — (N° 11, 6 fév.) Landouzy et Cottet : Considérations diététiques à propos d'un diabétique obèse et acétonémique. — H. Labbé : La réaction de Cammidge et ses rapports avec les lésions pancréatiques. — (N° 12, 10 fév.) H. Roger : Un nouveau streptocoque buccal. — Rousseau Decelle : Les pelades d'origine dentaire. — Georges Mahu : Trépanation et curetage du sinus maxillaire par la voie nasale. — (N° 13, 13 fév.) J.-J. Faure : Indications opératoires dans les fibromes utérins. — J. Sabrazès et G. Guerive : Le sulfate d'hordéine en thérapeutique. — Milton Crendiropoulo : Une fièvre des pays chauds non encore décrite. — Delherm et Laquerrière : Les nouvelles méthodes d'électrisation dans les atrophies musculaires d'origine traumatique. — J. de Sard : L'argyrol dans le traitement de l'uréthrite blennorragique. — Emile Arab : La typho-malaria en Palestine.

Policlinico. — *Section médicale.* (Fév. 1909, fasc. 2.) Cesare Frugoni et Guido Marchetti : Contribution à l'étude de la lipémie et de la lipoïdémie diabétiques. — Prof. Vittorio Ascoli : Diététique et cures physiques. — Brunetto Baecchi : Un cas d'échinocoque du cœur. — *Section chirurgicale.* (Janv., fasc. 1.) Prof. R. Caminiti : Recherches expérimentales sur la guérison des lésions traumatiques des muscles et sur la régénération musculaire. — V. Gaudiani : Une variété rare de hernie crurale, hernie crurale pectinée de Cloquet. — Pietro Frascella : Contribution clinique à la pathogénie des obstructions du jéjunum par phytobézoar chez l'homme. — Alessandro Pennisi : Les arrachements épiphysaires traumatiques.

Revue de chirurgie. — (N° 2, 10 fév. 1909.) A. Guinard : Traitement des anévrismes de la base du cou par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite. — E. Quénu : Cancers des conduits biliaires. De l'opération radicale dans le cancer des voies biliaires. — R. Dupont : Quelques résultats de la méthode de Bier. — E. Quénu et G. Küss : Etude sur les luxations du métatarse (luxations métatarso-tarsiennes) du diastasis entre le premier et le deuxième métatarsien [avec 5 fig. (*suite*)]. — R. Leriche et E. Mouriquand : Les formes chirurgicales de la tuberculose de l'estomac (*à suivre*). — M. Patel et A. Chalier : Les tumeurs du cordon spermatique [9 fig. (*suite*)]. — G. Piquand : Les abcès sous-phréniques.

Revue de médecine. — (N° 2, 10 fév. 1909.) H. Gougerot : Reproduction expérimentale des cirrhoses tuberculeuses du foie. Hépatites interstitielles scléreuses et parenchymateuses bacillaires (6 fig.). — Ch. Sabourin : Les épanchements séro-fibrineux de l'interlobe chez les tuberculeux [12 fig. (*fin*)]. — L. Bousquet et Roger : Contribution à l'étude thérapeutique des métaux colloïdaux, leur action sur les infections locales et les maladies de la nutrition (1 tracé).

Revue de médecine et d'hygiène tropicales. — (N° 4, 1908.) Wurtz : Relation de l'épidémie de fièvre jaune à Saint-Nazaire en 1908. — Durand et Villejean : Contribution à l'étude clinique de la fièvre jaune. — Danlos, Wurtz et Tanon : Deux cas de fièvre de Malte observés aux environs de Paris. — Scialom : Contribution à l'étude de la fièvre dite méditerranéenne en Tunisie. — Rodriguez et Neveux : Prophylaxie du ver de Guinée. — Neveux : Le dolfi, paludisme chronique des indigènes du Boundan. — Mouchet et Dyé : Contribution à l'étude des larves cuticoles d'œstrides américains. — Dupont : La vaccine sur les bords du Bani et de la Volta noire.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 7, 13 fév. 1909.) Francis Munch : Hypertrophie aiguë, unilatérale et récidivante des amygdales palatines avec examen histo-pathologique.

Revue neurologique. — (N° 3, 15 fév. 1909.) Ch. Sauvineau : Pathogénie du nystagmus. — J. Raümiste : Deux signes d'hémiplégie organique du membre inférieur.

Semaine gynécologique. — (N° 5, 2 fév. 1909.) Pichevin : Dilatation utérine et avortement provoqué. — (N° 6, 9 fév.) Pichevin : A propos du diagnostic du fibrome utérin. — (N° 7, 16 fév.) A. Lucas : De la mobilité latérale anormale du col utérin comme signe de début de la grossesse. — R. Pichevin : Le lever précoce post-laparotomique.

Semaine médicale. — (N° 1, 6 janv. 1909.) Babinski : Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme. — (N° 2, 13 janv.) Enriquez, Ambard et M.-E. Binet : Mesure de la sécrétion pancréatique par le dosage de l'amylase fécale. — (N° 3, 20 janv.) A. Chauffard : Le syndrome spléno-hépatique dans le paludisme aigu. — (N° 4, 27 janv.) J. Lhermitte : De l'impossibilité de la propagation de la tuberculose au poumon par la voie lymphatique. — (N° 5, 3 fév.) L. Bard : De divers types d'arythmie cardiaque observés en clinique. — (N° 6, 10 fév.) F. Moty : Le traitement chirurgical des péritonites purulentes généralisées; son évolution et sa position actuelle.

Tribune médicale. — (N° 1, 2 janv. 1909.) Dufour et Cottenot : Tabes et grossesse, vomissements graves (incoercibles) par crises gastriques tabétiques. — (N° 2, 9 janv.) Jean Troisier : Méningo-encéphalite saturnine. — (N° 3, 16 janv.) N. Fiessinger et Pierre-Louis Marie : A propos d'un cas de leucémie aiguë myélogène à forme hémorragique. — Ch. Aubertin et J. Lhermitte : Paralysie alcoolique expérimentale par poliomyélite antérieure chronique. — (N° 4, 23 janv.) M. Lœper : Les diarrhées non tuberculeuses des tuberculeux. — (N° 5, 30 janv.) Cathelin : Technique de la prostatectomie transvésicale. — E. Bordet : Remarques sur les paralysies alcooliques par poliomyélite antérieure chronique. — (N° 6, 6 fév.) Zimmern : La fulguration dans le cancer. Son mode d'action probable. — Schmiergeld : Etude anatomo-pathologique des glandes surrénales chez les tabétiques. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hypertension sanguine chez les tabétiques. — (N° 7, 13 fév.) Charézieux : La psychothérapie et la stomatologie.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 1, 15 janv.) Téchoueyres : Note sur le déterminisme des divisions cellulaires. — (N° 2, 30 janv.) Folly : Angiome caverneux de la parotide.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 29. — JEUDI 11 MARS 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 11 MARS 1909. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité au concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve écrite : Symptomatologie.* — Séance du 6 mars : MM. Boidin, 10; Villaret, 8 ; Weill (Benjamin), 9; Fouquet, 7; Weill (Emile), 9; Merklen, 10; Darré, 9.

Séance du 8 mars : MM. Malloizel et Aubertin, 8; Lemierre, Lœderich et Armand-Delille, 10; Bensaude, 10.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 11 mars, à cinq heures, à l'hôpital Beaujon.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rieffel, Delbet, Walther, Quénu, Schwartz, Thiéry et Balzer. M. Quénu a accepté.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 5 mars : MM. Cathala, 19; Guéniot et Devraigne, 17; Lequeux, 18; Theuveny, 16.

— Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 6 mars : MM. Malarte et Trotain, 8; Bouquier, 5; Salès, 9; Garsaux, 11; Roullier, 9; Maillet, 12; Petit (Henri), 9.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 11 mars, à huit heures du matin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Chauffard fera sa leçon d'ouverture du cours d'histoire de la médecine le vendredi 19 mars, à six heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Les leçons suivantes auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure, dans le petit amphithéâtre.

Sujet du cours : Histoire de la tuberculose.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — M. le médecin inspecteur Strauss est placé, à dater du 9 mars 1909, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

SOLIDARITÉ MÉDICALE. — Nous signalons à nos lecteurs la souscription ouverte par notre excellent confrère la *Presse médicale*, pour la veuve du docteur Lauron (du Gers), mort victime de son dévouement professionnel.

On peut adresser les souscriptions à la *Presse médicale*, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

L'ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE (fondation Lagoguey) a tenu son assemblée générale dimanche à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Descouts.

Le nombre des sociétaires au 1er mars 1909 est de 733.

Les recettes annuelles, cotisations et intérêts, sont de 115 000 francs.

Le capital réserve est de 692 447 francs.

Les indemnités versées aux sociétaires par la caisse sociale se montent à 550 150 francs.

Le nombre des adhérents nouveaux depuis la dernière assemblée générale est de 70.

La prospérité de la société s'accentue donc chaque année.

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'Association des journalistes médicaux français a tenu son assemblée générale annuelle, sous la présidence du docteur Monprofit (d'Angers). Après avoir entendu le rapport de son secrétaire général et celui de son trésorier, elle a procédé au renouvellement de son bureau. Ont été élus :

Président, le docteur Maurice de Fleury; vice-président, le docteur Bardet, secrétaire général de la Société de thérapeutique de Paris, et le professeur Lacassagne, de la Faculté de Lyon. Le docteur Cabanès a été réélu par acclamation secrétaire général; le docteur Rodet a été réélu trésorier.

LE IIe CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE se réunira à Paris, à la Faculté de médecine, les 13, 14 et 15 avril 1909. Le volume des rapports sur les questions à l'ordre du jour (1° inconvénients cliniques de l'exercice de la physiothérapie par les empiriques; 2° la physiothérapie dans le traitement de l'acné; 3° la physiothérapie dans le traitement des varices et ulcères variqueux; 4° la physiothérapie dans le diagnostic et le traitement de la paralysie infantile) sera envoyé vers le 25 mars aux adhérents.

Les membres du Congrès (et les membres de leur famille) désirant jouir de la réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer français — billets valables du 9 au 19 avril — sont priés d'envoyer avant le 18 mars, dernier délai, leur cotisation (soit 10 francs par personne) et une feuille indiquant l'itinéraire détaillé (par le plus court chemin) qu'ils suivront sur le réseau de chaque compagnie, à M. le docteur L. Delherm, 2, rue de la Bienfaisance, Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, docteur Laquerrière, 2, rue de la Bienfaisance, Paris.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 353.*)

CONTRACTURE HYSTÉRIQUE GÉNÉRALISÉE

Par MM. L. BOUSQUET, ...
Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier,
et J. ANGLADA,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

Le 1er décembre 1908, à quatre heures de l'après-midi, entre dans le service de M. le professeur Carrieu, salle Combal, n° 18, un homme âgé de trente à quarante ans qui a été trouvé sur un banc de promenade publique où il était couché depuis près d'une heure. Les gens qui l'ont transporté à l'hôpital déclarent qu'il s'est promené pendant quelques instants puis s'est allongé. Comme il ne répondait pas à ceux qui lui conseillaient de se lever, on s'est aperçu qu'il se trouvait dans l'impossibilité absolue de faire le moindre mouvement. Il était, nous dit-on, raide comme une planche, et à un tel degré que, dans la voiture qui le transportait, on a dû le placer en long, toute tentative pour l'asseoir étant demeurée inutile.

Lorsque nous l'examinons, nous le trouvons, en effet, dans un état de contracture très accentuée et répartie à presque tous les muscles du corps sauf à la cage thoracique, que soulève, un peu spasmodiquement, le rythme respiratoire.

Les membres supérieurs, complètement rigides, sont étendus en pronation le long du corps; seuls, les doigts sont repliés dans la paume de la main et il est très difficile de les étendre.

Les membres inférieurs sont aussi dans l'extension, les pieds à angle droit sur la jambe.

On n'arrive à vaincre la contracture qu'au prix d'efforts considérables et soutenus, avec un résultat bien médiocre du reste, puisque les membres reprennent aussitôt après leur position primitive.

Les muscles de l'abdomen sont durs et tendus; la tête et le cou immobiles, la musculature dorsale contracturée. La rigidité est telle, qu'en prenant un seul point d'appui sur la nuque du malade, on le soulève tout d'une pièce jusqu'à ce qu'il ait atteint la position verticale.

Les traits du visage sont comme figés; il y a de temps en temps quelques contractions spasmodiques du masseter se traduisant par des grincements de dents; de même, les paupières spasmodiquement abaissées sur les yeux présentent très souvent de petits frémissements. Lorsqu'on arrive, avec peine, à soulever les paupières, on constate que les globes oculaires sont animés de mouvements convulsifs, sans qu'il y ait de nystagmus. Les pupilles réagissent bien à la lumière.

Par moments, surtout lorsqu'on palpe le malade, se manifestent des tremblements généralisés à tout le corps ou localisés aux extrémités, et rappelant alors un peu la trépidation épileptoïde.

La recherche des diverses sensibilités ne donne aucun résultat. La pression testiculaire forte est bien supportée. Les piqûres au thermocautère, au niveau de la cuisse, ne se traduisent que par l'accentuation du tremblement fibrillaire que nous avons déjà signalé aux paupières, et par la production du réflexe crémastérien. Pas de réflexe douloureux pupillaire.

L'examen des divers réflexes tendineux et cutanés reste négatif.

La température est à 36°8, le pouls à 90, le nombre des respirations est de 20.

L'examen des autres appareils ne donne pas d'indications intéressantes; le malade garde un mutisme complet.

2 décembre. — L'état n'est pas modifié ce matin; la contracture généralisée persiste avec les mêmes caractères de rigidité totale en extension. Le malade ne s'est pas alimenté; il y a rétention complète des urines et des matières par contracture des sphincters. Il semble qu'il y ait toujours de l'anesthésie généralisée. Pas de signe de Babinski. Le malade ne fait pas le moindre mouvement. La température est à 37°2, le pouls à 80.

Vers midi on s'aperçoit que la contracture des muscles du cou est un peu moins forte, puisque, en mettant la tête du malade en dehors du lit, sans support, elle s'incline légèrement après quelques minutes, comme sous l'influence de la fatigue. De plus, si on essaye de vaincre la contracture brusquement, en surprenant le membre en quelque sorte, on se rend compte que les muscles présentent un certain degré de relâchement, mais immédiatement, sous la main de l'observateur, on les sent réagir et reprendre leur attitude de contraction, ce qui se traduit par un brusque durcissement des masses musculaires et par une raideur des membres.

A trois heures, alors que l'on prenait la température, la contracture disparaît totalement. Les membres sont souples; c'est à peine s'il y a encore un peu de raideur dans les doigts.

La contracture palpébrale a disparu aussi, cependant les yeux restent fermés. Le malade demeure immobile. Lorsqu'on l'interroge, il garde le silence, mais fait signe avec la tête. Les tremblements persistent, mais avec une atténuation très manifeste dans leur fréquence et leur durée.

La sensibilité est normale. Les réflexes tendineux *paraissent* très exagérés. La rétention d'urine se maintient et l'on doit pratiquer le cathétérisme vésical. La crise de contracture a donc duré vingt-quatre heures et a présenté une intensité véritablement tétanique.

3 décembre. — Nuit calme; le malade a refusé toute nourriture. Il a uriné par ses propres moyens.

Une *ponction lombaire* donne issue à 12 centimètres cubes de liquide clair hypertendu qui ne donne pas de culot à la centrifugation. Pas de formule leucocytaire. La température prise dans l'aisselle et le rectum est le matin de 36°4 et 37 degrés, le soir 37°5 et 37°8. Le pouls est à 80, la tension à 21.

Dans la nuit le malade prend un peu de lait et dit souffrir de la tête.

4 décembre. — Le malade répond convenablement aux questions qu'on lui pose, bien qu'elles semblent provoquer une grande fatigue mentale. Il nous dit alors, qu'au début de la crise qui a amené son admission à l'hôpital, il a éprouvé une très pénible sensation d'étouffement et de boule à point de départ gastrique. Presque en même temps il a eu du vertige et c'est alors qu'il a dû s'allonger sur un banc. Là s'arrêtent ses souvenirs et il ne se rappelle pas ce qui s'est passé depuis.

Nous avons pu, dans des interrogatoires ultérieurs, reconstituer, au moins dans leurs grandes lignes, ses *antécédents* que voici :

Il a trente-huit ans. Il a été « détartreur », mais depuis assez longtemps il ne travaille plus et court les routes sans aucun but précis.

En 1892, alors qu'il était employé dans une fabrique de spiritueux, aux Saintes-Maries, il aurait présenté pour la première fois du paludisme.

Il y a quinze mois, une première crise de contracture serait survenue dans les circonstances suivantes. Il était dans un foudre en train de le vider du marc qu'il contenait, lorsque, tout à coup, la respiration lui manqua; il eut la sensation d'une boule qui se promenait dans le ventre et venait l'étouffer; il appela à l'aide et tomba tout de son long : quand on le retira il présentait une contracture généralisée qui persista une journée à peu près, pense-t-il. Une deuxième fois, il y a sept mois, il était en période d'accès paludéens, lorsqu'un jour où il tra-

vaillait dans une vigne, il présenta brusquement les mêmes phénomènes de boule et de contracture généralisée qui eut la même durée. Peut-être a-t-il eu une autre crise encore, mais il ne peut se le rappeler exactement.

Enfin depuis une quinzaine de mois il éprouve des douleurs gastro-intestinales et ne peut supporter que le régime lacté; il vomit souvent, se plaint de crampes d'estomac, de régurgitations acides, de fourmillements, de crampes dans les mollets. Quatre à cinq fois par jour, principalement après les repas, il a des étourdissements qui le forcent à s'asseoir ou à se cramponner où il peut. Il dort peu la nuit par suite de céphalalgies assez violentes; il a des cauchemars.

Il ne tousse pas, se plaint de fréquentes palpitations de cœur, urine peu; la miction est un peu douloureuse car il présente une blennorragie récente. Il n'a jamais eu la syphilis mais il est éthylique.

Tels sont les renseignements qu'a pu nous donner le malade. Voyons maintenant comment évolue sa crise actuelle.

Le *4 décembre*, les phénomènes de contracture ont totalement disparu. C'est avec facilité qu'il mobilise les divers segments de ses membres. Mais il faut provoquer ses mouvements, car de lui-même il remue le moins possible; il reste tout le long du jour dans son lit sans bouger, les yeux clos, les mains ramenées sur la poitrine. On a beaucoup de peine à le faire marcher; il se fatigue rapidement, mais sa démarche n'a pas d'allure particulière. L'état de torpeur où se complaît le malade rend difficile l'étude des sensibilités. Mais après un examen minutieux, on se rend compte qu'il n'en existe aucun trouble. Seule, la sensibilité cornéenne est très atténuée et il y a une anesthésie complète du pharynx.

Les réflexes tendineux *paraissent* toujours très exagérés, aux membres et à la mâchoire; la percussion du tendon rotulien semble même provoquer une ébauche de trépidation épileptoïde. Nous verrons ultérieurement ce qu'il faut penser de ces manifestations. Les réflexes cutanés sont normaux; il n'y a pas de signe de Babinski. Les différents appareils sont indemnes, mais la vue semble un peu affaiblie.

Dans les jours qui suivent, aucun changement, ni paralysie ni contracture. Le malade ne bouge pas de son lit, obsédé par l'idée qu'il ne guérira point. Il souffre toujours dans la région épigastrique, mais avec une intensité bien moindre; il s'alimente avec une certaine répugnance. Il se plaint aussi de sensations vertigineuses qui durent une ou deux heures et pendant lesquelles il a des bourdonnements d'oreilles et voit comme un brouillard devant les yeux. Lorsque l'on comprime les fosses iliaques ou les testicules il pousse quelques gémissements, se raidit, éprouve une sensation de constriction pharyngée, mais on n'arrive pas à déterminer l'apparition d'une crise nerveuse typique ou de contracture appréciable.

Aucune altération des autres appareils.

L'analyse d'urine donne les résultats suivants par vingt-quatre heures :

Quantité	1500
Réaction	Acide.
Densité	1011
Urée	13,8
Chlorures	0,75
Phosphate	1,20

Pas de sucre, traces d'albumines.

Jusqu'au 20 décembre, le tableau symptomatique ne s'est guère modifié. Mais depuis quelques jours les membres présentent un certain degré de contracture avec une parésie manifeste dans les membres inférieurs.

Les articulations sont un peu raides. Dès que l'on palpe le malade, il se produit des tremblements prononcés; lorsque l'on recherche la trépidation épileptoïde du pied, l'on constate l'apparition d'un tremblement à grandes oscillations de la jambe et du pied. Les paupières sont animées de clignotements fréquents; rien du côté de la musculature des yeux; les pupilles sont un peu rétrécies mais réagissent parfaitement. Sensation de vertiges très fréquents.

Enfin une bande d'Esmarch placée à la racine des membres n'amène aucune modification, et notamment ne reproduit pas de contracture.

Le *diagnostic* de nature de cette contracture nous parut aisé.

Ce n'était pas du tétanos. Outre l'absence de porte d'entrée apparente, il n'y avait pas d'opisthotonos, ni de paroxysmes convulsifs séparés par des phases de relâchement musculaire.

Il ne s'agissait pas non plus d'hémorragie méningée ou d'inondation ventriculaire; la contracture y est ordinairement moins généralisée et surtout beaucoup moins marquée, au moins au début.

L'absence de réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien éliminait toute infection aiguë ou chronique des méninges.

Sans passer en revue toutes les maladies à contractures, nous dirons simplement que celle de notre malade nous parut d'origine hystérique à cause de la soudaineté de son apparition coïncidant avec son intensité et sa généralisation, à cause de l'attitude des membres supérieurs en extension forcée, à cause de l'existence d'anesthésie superposée à la contracture, ainsi qu'on l'observe d'ordinaire dans les contractures hystériques. Enfin, plus encore peut-être que la brusquerie du début, la brusquerie de la guérison vint confirmer cette hypothèse.

Il faut signaler la *rareté* de ces faits de contractures hystériques généralisées à tous les muscles du tronc, des membres, de la face et même des sphincters.

Les contractures localisées, sous formes monoplégique, hémiplégique ou paraplégique, sont tout à fait banales en matière d'hystérie et surviennent sous les prétextes les plus futiles. Il existe aussi quelques cas de contractures généralisées : ceux de Briquet, Duchenne de Boulogne, etc. (voir la thèse de Chevallier, Paris 1877). Il y a surtout l'observation fort intéressante de Vulpian relatée par Mme Klumpke dans la *Revue de médecine* de 1885. Il

s'agissait d'une jeune fille qui, à plusieurs reprises, à la suite de crises d'hystérie, présenta de la contracture des quatre membres, de la langue, du pharynx, du larynx, des muscles de l'œil, des sphincters. La malade subit la ténotomie du tendon d'Achille et des fléchisseurs des orteils; elle supporta des doses longtemps prolongées de 5 grammes de bromure et de 25 et 30 centigrammes de morphine, le tout sans aucun résultat. Elle mourut tuberculeuse et l'examen histologique démontra l'intégrité parfaite des racines antérieures et du système nerveux central. Des formes aussi complètes et aussi prolongées sont tout à fait exceptionnelles.

On peut se demander sous quelle *influence* est apparue chez notre homme cette manifestation hystérique, quelle est la circonstance suggestionnante qui a déterminé la production d'une contracture hystérique.

Il est « détartreur », c'est-à-dire que son métier consiste à enlever le dépôt, le tartre qui se forme sur les parois des tonneaux et des foudres. Il sait donc quels sont les accidents d'asphyxie auxquels expose la présence d'acide carbonique dans les foudres. Or il nous a dit que la première crise était survenue, il y a quinze mois, alors qu'il était occupé à vider un foudre du marc qu'il contenait. A ce moment il eut une sensation de vertige, d'asphyxie, il prit peur, appela, et ses camarades le retirèrent dans un état de contracture généralisée qui dura un jour environ. Peut-être est-on en droit de penser que la peur, justifiée ou non, de tomber asphyxié dans le foudre, avait déterminé cette chute et cette forme spéciale de sa manifestation hystérique. Il avait eu peur de « tomber raide » et il était tombé raide.

Les autres crises n'auraient fait que reproduire la première manifestation, à l'occasion d'une poussée de paludisme ou d'une infection légère.

Quelle est la *pathogénie* de ces crises de contracture ?

On a pensé à l'éréthisme fonctionnel de certains territoires corticaux, à une excitation dynamique des cellules des cornes antérieures de la moelle, etc. Il nous semble que ces hypothèses, bien qu'indépendantes de toute lésion, sont encore trop organiques et que c'est dans un état purement psychique qu'il faut rechercher la cause de ces manifestations.

Nous n'aurions pas jugé utile d'envisager, à propos de ce cas, la question si délicate de la pathogénie de l'hystérie, s'il n'y avait dans notre observation un fait qui met en lumière, nous semble-t-il, le rôle de la volonté, d'une volonté subconsciente en quelque sorte, tout à fait différente de la volonté réfléchie du simulateur, mais qui n'en est pas moins un travail psychique. En effet, lorsque, vers la fin de l'attaque, on saisissait un segment de membre pour le fléchir, tout d'un coup, au moment où le malade ne s'y attendait pas, on sentait sous la main les masses musculaires se raidir et reprendre leur attitude première de contraction forcée et l'impression était celle que l'on éprouverait en cherchant à fléchir les segments de membre d'un homme vigoureux qui contracterait volontairement ses muscles. Il semble donc bien que ce malade entrait dans cette catégorie de demi-simulateurs, ainsi que le dit M. Babinski (Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme, *Semaine méd.*, 6 janv. 1909), de simulateurs inconscients ou subconscients, qui ont besoin pour faire subsister leurs manifestations, d'y concentrer leur attention. Pour M. Babinski, et c'est là une opinion qu'il a émise déjà en 1893 à la Société médicale des hôpitaux, la contracture hystérique serait analogue ou comparable à une contraction volontaire prolongée, avec cette différence que l'hystérique peut maintenir pendant beaucoup plus longtemps ses muscles en état de contraction.

Il nous semble que notre cas est bien en faveur de cette hypothèse.

Il était intéressant de rechercher quel était l'état des *réflexes tendineux*.

Au moment de la contraction, toute recherche à ce point de vue était négative. Lorsque la contracture eut disparu, nous avions cru, à un examen un peu rapide, pouvoir conclure que les réflexes étaient nettement exagérés et qu'il y avait même une ébauche de trépidation épileptoïde.

En effet, la percussion du tendon d'Achille provoquait une extension très marquée de la jambe sur la cuisse, mais nous sommes revenus ultérieurement sur ce point et voici ce que nous avons vu. D'abord l'intensité du réflexe est variable, ce qui pourrait dépendre de l'intensité du choc, ou du point percuté. Mais en outre on se rend compte que le réflexe ne suit pas immédiatement le choc, comme à l'état normal; il y a un temps perdu, très appréciable, qui peut être environ d'une demi-seconde ou quelquefois d'une seconde, comme s'il y avait vraiment un temps de réflexion. De plus, et ceci est plus grave, la percussion, en pleine rotule, sur la tubérosité antérieure du tibia ou en un point quelconque de l'articulation du genou ou du jarret, produit un réflexe qui a les mêmes caractères et la même intensité que celui que l'on provoque par la percussion du tendon rotulien. La percussion même de notre doigt doucement appuyé dans le voisinage du genou détermine un réflexe appréciable.

Il en est de même du clonus du pied. La recherche du réflexe patellaire, de même que le relèvement de la pointe du pied, détermine quelquefois une sorte de tremblement du pied qui pourrait en imposer d'abord pour une trépidation épileptoïde. Mais alors que dans le clonus du pied authentique les oscillations se font suivant un rythme régulier, c'est ici un balancement, un tremblement assez ataxique, où les oscillations ne sont pas toutes égales ni isochrones.

Donc, sans vouloir entrer dans le vif de cette question, fort intéressante et encore actuelle, de la présence ou du défaut de l'exagération des réflexes tendineux dans l'hystérie, voilà bien un cas, nous semble-t-il, où un examen un peu rapide aurait permis de noter une exagération des réflexes, là où il n'y a qu'une fausse exagération et une fausse trépidation épileptoïde.

HYGIÈNE SOCIALE

LES TENDANCES ACTUELLES DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE

Notre éminent confrère, le général F. Canonge, a publié récemment, sur l'Education physique, un article (1) fort intéressant, qui reflète l'enthousiasme ardent du soldat et les préoccupations médico-sociales de l'hygiéniste. Dès les premières lignes de ce travail, l'importance de l'éducation physique est très bien mise en relief: en France, tout particulièrement, cette éducation apparaît, en effet, comme un des meilleurs remèdes qui puissent être apportés à la dépopulation, cause d'inquiétudes perpétuelles et justifiées pour les bons patriotes; si donc, « la quantité nous échappe de jour en jour, apportons du moins tous nos soins à améliorer la qualité ». N'est-il pas, d'ailleurs, permis d'espérer qu'en améliorant la qualité, on préparera pour l'avenir des énergies vitales qui, si elles sont utilement employées, deviendront, à leur tour, productrices de quantité?

Mais, pour faire de la bonne éducation physique, il faut disposer d'une méthode scientifique.

En Suède, elle existe depuis soixante-dix ans, grâce à un ancien officier, Ling, auquel son pays doit une méthode vraiment géniale; elle est, en effet, basée sur les lois anatomiques et physiologiques, sur la connaissance éclairée de la machine humaine et essentiellement *respiratoire*.

Longtemps, trop longtemps esclave de la méthode amorosienne qui est essentiellement empirique, athlétique et *acrobatique*, la France attend encore l'adoption d'une méthode rationnelle, scientifique, convenant, avec les atténuations nécessaires, aussi bien à l'enfant et à la femme, qu'au jeune homme et à l'adulte.

Depuis plus de vingt ans, le docteur Philippe Tissié (de Pau) soutient, en connaissance de cause, le bon combat, théoriquement et pratiquement, pour faire prédominer la méthode suédoise : la vie étant une oxydation, cette méthode la favorise physiologiquement en élargissant la superficie du champ pulmonaire; il ne saurait en être de même de la gymnastique amorosienne qui, se résumant dans un *sport aérien*, ne peut, d'ailleurs, convenir qu'à une élite.

S'inspirant des travaux du docteur Tissié, instruit comme lui par plusieurs séjours en Suède, en Norvège et en Belgique, où, grâce au commandant Lefébure, la méthode de Ling est en pleine activité, le lieutenant-colonel breveté Coste a contribué à faire entrer l'armée française dans la même voie. Excellent comme fond et comme forme, son dernier ouvrage, intitulé : *L'Éducation physique en France. Ce qu'elle est. Ce qu'elle devrait être*, constitue un programme véritable auquel il convient de se reporter. Toute méthode scientifique exige des interprètes instruits et intelligents; cette règle domine naturellement l'emploi d'un système d'éducation physique. Le lieutenant-colonel Coste a fait faire un grand pas à ce desideratum en transformant les instituteurs, pendant leur passage sous les drapeaux, en moniteurs.

Que le règlement sur l'instruction de la gymnastique militaire française s'inspire nettement de la méthode de Ling; que les sociétés de gymnastique française entrent résolument dans la même voie et la France ne tardera pas à bénéficier de cette réforme radicale.

L'élan, par lequel on entraîne la jeunesse des écoles et des casernes vers la gymnastique et les sports, ne saurait être trop encouragé. Autrefois dans les régiments, les heures consacrées à la gymnastique étaient parmi les plus monotones et les plus inutiles; nous en avons personnellement gardé le plus fâcheux souvenir. Aujourd'hui, la gymnastique devient une distraction car elle est fort utilement prolongée par la pratique de différents *sports*, ainsi, par exemple, des équipes de foot-ball ont été organisées dans un certain nombre de garnisons. Les officiers, les universitaires, les médecins qui ont accompli cette transformation profonde doivent en être fiers; ils ont bien mérité de la patrie. L'Eglise, elle-même, qui reste encore, et toujours, une autorité sociale avec laquelle il faut compter, l'Eglise s'intéresse à ce mouvement sportif; à Rome, l'an dernier, le pape Pie X bénissait des gymnastes français qui lui étaient présentés par le docteur Michaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon; ce spectacle, peu banal, d'un Souverain Pontife présidant à un tournoi a dû faire tressaillir d'aise, dans leurs tombes, les grands guerriers de l'Eglise militante qui apportaient jadis la même ardeur à combattre, par la parole et par l'épée, les hérétiques et les infidèles.

Mais, pendant que jeunes garçons et adolescents se livrent avec entrain à ces ébats, les fillettes ne doivent pas rester inactives et languissantes. Sans doute, en habillant et en dorlotant quelque poupée, elles satisfont et développent leurs instincts innés d'amour maternel; il y a toutefois mieux à faire encore pour qu'elles deviennent plus tard « des épouses robustes et des mères fécondes ». La pratique raisonnable et médicalement surveillée de la gymnastique et des sports y pourra beaucoup contribuer; la mode n'est plus des héroïnes romantiques consumées par la désespérance et la phtisie. Jeunes filles et femmes deviennent plus agissantes, plus énergiques; elles pratiquent le footing, le tennis, le ski; et sans doute ainsi recouvreront-elles, peu à peu, les formes splendides des statues grecques, des modèles de Raphaël et de Rubens, les hanches larges qui destinent à des maternités nombreuses et faciles, les poitrines opulentes qui procurent des allaitements sans défaillance. M. BRELET.

(1) Général F. CANONGE. *La Grande Revue*, 25 sept. 1908.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er MARS 1909)

Sur l'antagonisme du citrate trisodique et du calcium dans le fonctionnement du cœur et de son appareil nerveux modérateur. — MM. H. BUSQUET et V. PACHON. Il existe entre le citrate trisodique et le calcium un antagonisme qui se manifeste avec netteté dans le fonctionnement du cœur et de l'appareil nerveux modérateur cardiaque. Cet antagonisme est de nature clinique. En proportions définies dans une solution de chlorure de calcium, le citrate neutre de sodium empêche l'ion calcique d'exercer sa spécificité d'action sur le cœur et le nerf vague : dans ces conditions, le citrate de sodium se comporte comme un véritable décalcifiant. Une dose convenable de chlorure de calcium triomphe de l'action empêchante du citrate.

Action de la lumière sur le lait bichromaté. — M. A. GASCARD.

Stérilisation du lait par les rayons ultra-violets. — MM. VICTOR-HENRI et G. STODEL.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 MARS 1909)

La méningite cérébro-spinale. — M. NETTER a porté devant l'Académie cette question qui a déjà été discutée à la Société médicale des hôpitaux (v. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 28). Il y a actuellement une petite épidémie de méningite cérébro-spinale à Paris et dans la banlieue. M. Netter rappelle les épidémies

antérieures de 1898, 1905. Il n'y eut plus que 4 cas en 1907, 8 en 1908, et M. Netter a déjà relevé 18 cas cette année dans la banlieue. C'est dans les environs du pont de Soissons, dans un rayon de 250 mètres environ, qu'ont été observés plusieurs cas foudroyants. Les symptômes sont la céphalalgie, la raideur de la nuque, les vomissements. Plusieurs enfants furent pris ainsi et succombèrent en deux ou trois jours. L'un d'eux fut autopsié et l'on trouva les signes anatomo-pathologiques de la méningite cérébro-spinale. Chez plusieurs autres, la ponction lombaire a donné du liquide purulent et une proportion de 75 à 90 p. 100 de lymphocytes. De l'enquête à laquelle s'est livré M. Netter, il résulte que la transmission de la maladie se fait par des personnes saines, restées saines et qui portent le microbe dans les fosses nasales et la cavité pharyngienne. On a examiné les fosses nasales et le pharynx des enfants d'une école et on y a trouvé des méningocoques. On a isolé ces enfants.

Le sérum antiméningococcique s'est montré d'une efficacité tout à fait remarquable. Des statistiques relevées par M. Netter en Allemagne, en Amérique, où ce sérum est employé depuis 1905, il résulte que, dans un hôpital, par exemple, la mortalité qui était de 53 p. 100 est tombée à 25 p. 100. En Ecosse on a obtenu par le sérum, jusqu'à 64 p. 100 de guérisons. Dans un autre hôpital, la mortalité est tombée de 70 à 18 p. 100 après l'emploi du sérum.

Dans la statistique personnelle de M. Netter, la mortalité a été de 20 p. 100 seulement. Deux ou trois jours après ces injections, les symptômes disparaissent, le liquide des ponctions lombaires s'éclaircit, le méningocoque disparaît.

Les injections doivent être faites par la voie lombaire à la dose de 15 à 20 centimètres cubes chez l'enfant, de 30 à 35 centimètres cubes chez l'adulte. Elles doivent être répétées chaque jour pendant trois ou quatre jours.

M. Netter, appelé à Evreux auprès d'un jeune soldat qui avait 40 degrés, et qui était au quatrième jour de la maladie, a prescrit ces injections et ce malade a parfaitement guéri. Mais il importe de recourir à ce traitement le plus tôt possible.

M. Vaillard estime que cette question mérite d'être discutée à l'Académie. Il donne quelques renseignements sur la méningite cérébro-spinale dans l'armée, en particulier sur l'épidémie d'Evreux, épidémie qui, suivant lui, n'est pas exclusivement militaire. On a revu, dit-il, ces cas foudroyants qui ont caractérisé les épidémies de 1839 à 1860. Il semble démontré aujourd'hui que la contagion s'étend par le transport des microbes dans les cavités nasales de personnes saines ayant approché les malades.

L'efficacité du sérum antiméningococcique est indéniable. A Evreux, les cinq premiers malades atteints n'ont pas reçu d'injections. Ces cinq malades sont morts. Sur dix-huit autres malades qui ont reçu l'injection, deux seulement ont succombé.

Le traitement par le sérum doit être aussi précoce que possible et répété. On est véritablement émerveillé des effets si prompts et si heureux de cette sérothérapie. Il faut rechercher les porteurs de germes et les isoler.

M. Vaillard reviendra, dans une prochaine séance, sur cette intéressance question.

Le lacto-sérum. — M. Raoul Blondel communique un travail sur les propriétés physiologiques du sérum du lait de vache. On l'obtient par coagulation du lait frais à l'aide de l'acide chlorhydrique ou de la présure, puis, après séparation du caillot, en filtrant le liquide, en même temps qu'on le stérilise, par passage sur la bougie de d'Arsonval.

Le lacto-sérum, ainsi stérilisé à froid, renferme la lactose et les sels, mais aussi les ferments du lait — en particulier les oxydases — que la stérilisation à chaud eût détruits.

Injecté sous la peau, ce liquide détermine une augmentation de la leucocytose, une chute plus ou moins marquée de la température chez les fébricitants, une décharge d'acide urique et un abaissement très remarquable de la pression artérielle chez les sujets atteints d'hypertension ; il n'influence pas la pression normale ou trop basse.

M. Blondel a employé le lacto-sérum dans le traitement de diverses affections, avec des résultats très frappants dans la pneumonie, résultats voisins de ceux que donnent les ferments métalliques. Mais c'est surtout dans l'hypertension artérielle des artério-scléreux que le lacto-sérum pourra rendre le plus de services à la thérapeutique, comme l'ont déjà reconnu à l'Académie MM. Albert Robin et Huchard dans les services desquels ont été faites ces expériences. A de très rares exceptions près, les injections de lacto-sérum (10 centimètres cubes) ont fait, chez ces malades, retomber en quelques jours la pression artérielle à la normale, en même temps que disparaissaient les phénomènes subjectifs accusés par eux : la céphalée, l'oppression, l'insomnie, l'essoufflement de la marche. Quelques injections répétées de temps en temps suffisent à prolonger ce résultat. Certains sujets ont vu après le traitement leur hypertension disparaître pendant cinq mois, malgré des infractions à leur régime.

Chez les hypertendus albuminuriques dont l'albumine dépend de l'hypertension, cette albumine disparaît après une légère augmentation pendant quelques jours. Chez ceux qui sont porteurs de lésions rénales, elle n'est pas influencée.

Théorie miasmatique. — M. Trillat fait une communication sur ce sujet.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur le microbisme latent des bacilles typhiques. (H. Lüdke. *Münch. med. Wochens.*, 12 janv. 1909, n° 2, p. 57.) — On désigne sous le nom de microbisme latent la végétation dans l'organisme animal de germes vivants, sans que leur présence s'accuse par les manifestations cliniques d'une infection spécifique. Des exemples de microbisme latent sont fournis par la présence de bacilles typhiques dans la vésicule biliaire et l'intestin de porteurs de bacilles profondément sains, de même par la présence de streptocoque et de pneumocoque dans le pharynx, de méningocoque dans les fosses nasales de personnes bien portantes. Ces microbes ne sont pourtant pas toujours dénués de virulence et l'on connaît de nombreux cas de porteurs de bacilles typhiques ayant contaminé leur entourage.

La présence de microbes divers dans les organes profonds d'animaux sains est un fait établi par plusieurs auteurs, mais pour y parvenir, ils doivent emprunter la voie circulatoire. Lüdke a cherché, en s'adressant au bacille typhique, à établir combien de temps les microbes injectés dans les veines peuvent persister dans le sang et y être décelés par culture. Un premier point établi est que les microbes disparaissent d'autant plus vite du sang que l'animal est plus réfractaire à l'infection. En second lieu, il existe une relation entre la quantité de microbes injectés et la durée de leur séjour dans les vaisseaux : ainsi chez les cobayes inoculés avec un dixième d'anse de culture de bacille d'Eberth, on ne trouve plus jamais de bacille au bout de cinq jours, tandis qu'on en trouve jusqu'au huitième jour chez ceux qui ont reçu une demi-anse. Chez les lapins ayant reçu une dose non mortelle, les microbes disparaissent du sang au bout de cinq à six jours. La plus grande partie des microbes est directement détruite dans le sang par les anticorps du sérum, par les phagocytes et seulement une faible quantité est expulsée de la circulation par droit mécanique.

Dans la fièvre typhoïde de l'homme, le bacille d'Eberth peut persister dans le sang des malades pendant plusieurs

semaines. Lüdke a même pu constater la persistance du bacille dans la circulation après la chute de la température, chez deux malades, et d'autres auteurs ont signalé des faits identiques. Conradi l'a trouvé dans un cas quatre jours avant le début de la maladie.

On sait que des suppurations osseuses dues au bacille d'Eberth peuvent se montrer plusieurs mois après la guérison de la fièvre typhoïde, le bacille étant resté latent pendant tout ce temps. Une série d'expériences instituées par Lüdke lui ont montré que les bacilles injectés dans le sang peuvent être retrouvés dans la rate et la moelle osseuse plusieurs jours après qu'ils ont disparu de la circulation.

Pendant leur existence latente dans l'organisme animal vivant, les bactéries subissent des modifications de nature morphologique et physiologique, si bien que l'on peut noter des différences importantes entre les bacilles des animaux et les bacilles de culture. Des bacilles constatés à l'examen direct du sang d'un typhique se sont montrés sous forme de bâtonnets très courts contenant de grosses granulations. De même, des pneumocoques trouvés sur les frottis de sang de pneumoniques présentaient un protoplasma comme gonflé et mal coloré. Il est vraisemblable que ces différences de formes sont dues à l'action des substances immunisantes sur les microbes.

C'est non seulement dans leur structure mais aussi dans leurs propriétés physiologiques que les bacilles d'Eberth de l'organisme subissent des modifications : ils se distinguent par une plus grande résistance aux différentes manifestations de l'activité du sérum. Lüdke a isolé chez un porteur de bacilles une race de bacilles d'Eberth qui résistent à l'action bactériologique d'un sérum extrêmement actif vis-à-vis des autres échantillons. On sait de plus depuis assez longtemps que les bacilles d'Eberth fraîchement extraits de l'organisme sont souvent moins agglutinables que les bacilles du laboratoire.

Les modifications subies par les microbes sous l'influence de leur existence dans l'organisme ne doivent pas être interprétées comme un indice de dégénérescence : leur virulence est au contraire accrue, comme l'a bien vu Jurgens. Les bactéries en état de microbisme latent sont donc des bactéries devenues plus résistantes au sein d'un organisme dont la force de résistance est elle-même augmentée.

Il existe donc un équilibre entre les microbes latents et les propriétés actives du sérum de l'organisme. Celles-ci viennent-elles à fléchir, on entrevoit la possibilité d'une récidive de la maladie : les bactéries en dépôt dans certains organes peuvent de nouveau envahir la circulation. D'après Lüdke, il faut opposer nettement les cas où les agents pathogènes présents dans le sang proviennent des organes où ils existaient à l'état de microbisme latent, rate, moelle osseuse, foie, ganglions, aux cas de septicémie cryptogénétique dont le point de départ est représenté par des lésions des téguments ou des muqueuses, ou des lésions inflammatoires profondes, ayant passé inaperçues. A. LEMIERRE.

Névralgie du côté droit de la face et hémispasme facial du même côté. (BOUCHAUD. *Revue neurol.*, 1908, p. 901-906.) — Le spasme succéda à une névralgie faciale, à peu près disparue, lorsque les mouvements atteignirent leur maximum. Ceux-ci avaient bien les caractères d'un spasme, non d'un tic : comme il n'existait aucun signe concomitant de lésion organique du névraxe, ce cas, d'après l'auteur, viendrait à l'appui de la théorie de Brissaud, assignant une origine réflexe au spasme facial. L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Goitre lingual. (R. A. STIRLING. *Ann. of Surg.*, vol. XLVI, n° 6, déc. 1907, p. 826-828.) — **Un cas de sarcome du corps thyroïde.** (E. A. VANDERVEER. *Ibid.*, p. 829-830.) — Les goitres linguaux ne sont pas fréquents. Depuis le premier cas de Wolf en 1882, il y en a moins d'une quarantaine épars dans la littérature. Le cas de Stirling se rapporte à une fillette de douze ans. Les symptômes étaient ceux de gêne de la déglutition, de la respiration et de la phonation, tels qu'on pouvait les attendre d'une tumeur placée sur le dos de la langue. Trois diagnostics étaient possibles : 1° inflammation chronique d'une amygdale linguale; mais celle-ci est une affection de l'âge moyen de la vie et présente des élevures nodulaires bien ombiliquées, tandis que la tumeur était ronde et lisse; 2° kyste dermoïde; ceux-ci sont généralement jaunes, croissent rapidement, font le godet sous le doigt et n'ont pas la vascularisation du goitre lingual qui est la troisième hypothèse et celle à laquelle on s'arrêta. L'énucléation fut faite après trachéotomie. L'hémorragie fut abondante; la compression l'arrêta pendant le passage de sutures profondes. Suture de la plaie de trachéotomie après qu'on se fut assuré de la présence de deux lobes thyroïdiens sans isthme. Guérison sans incidents. L'examen histologique confirma le diagnostic de goitre.

Vanderveer avait diagnostiqué chez son malade, âgé de soixante-dix ans un kyste du lobe thyroïdien droit. La tumeur était mobile, de la grosseur de deux grosses oranges. Sous anesthésie locale, on essaya de l'enlever. On tomba sur une masse d'une vascularité considérable, qui ne se laissait pas tirer sans causer de vives douleurs et des troubles respiratoires. Quelques gouttes de chloroforme devinrent nécessaires. On mit des mèches à demeure pour arrêter le saignement, n'osant pas pincer à l'aveuglette en si dangereux voisinage. Malgré ses soixante-dix ans, les six ans d'existence de la tumeur et l'hémorragie, le malade supporta très bien l'opération et reste encore aujourd'hui guéri. Le microscope annonça fibro-sarcome. F. GARDNER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A propos des réflexes cutanés croisés. (BERTOLOTTI. *Revue neurol.*, 1909, p. 57-63.) — L'auteur résume lui-même ainsi son travail : « On peut considérer les réflexes cutanés croisés simplement comme une des expressions de la diffusibilité de la zone réflexogène, que l'on peut observer soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, et qui répond aux anciennes lois établies par les physiologistes, qui, depuis longtemps, ont interprété l'irradiation et la coordination des actes réflexes cutanés comme une fonction de la réaction défensive individuelle.

Enfin, l'on peut soutenir, selon moi, que la diffusion de la zone réflexogène, portée à sa plus haute expression, fait entrer la réaction motrice dans le domaine des syncinésies, la fonction synergique restant préposée à la base de tout mouvement. » L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

La Pratique des maladies des enfants (diagnostic et thérapeutique). — 6 vol. gr. in-8 : **I. Introduction à la médecine des enfants** (1), par les docteurs MARFAN, ANDÉRODIAS et CRUCHET.

C'est une banalité de constater que la médecine infantile prend une importance de plus en plus considérable; nous dirions presque que cette importance croît en raison inverse du nombre des enfants; ceci s'explique peut-être parce que les enfants, devenus très rares et par cela même très précieux, sont soumis à une surveillance médicale plus attentive. Tout médecin doit aujourd'hui connaître à fond l'hygiène et la pathologie infantiles; et, pour s'instruire, il dispose déjà de nombreux Traités et Précis. Un nouveau volume vient de pa-

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils.

raître, le premier de six fascicules, consacrés à la pratique des maladies des enfants et dans lesquels seront surtout étudiées les questions de diagnostic et de thérapeutique.

Ce fascicule constitue, en somme, un *Traité de pathologie générale infantile*, surtout pour ce qui est des premiers chapitres; les considérations sur l'enfance, ses périodes, ses maladies ont été écrites par M. Marfan, dont le talent didactique est toujours si apprécié. Vient ensuite un article très complet sur la physiologie, l'hygiène et la pathologie du nouveau-né et du nourrisson; il est dû à M. Andérodias, agrégé à la Faculté de médecine et accoucheur des hôpitaux de Bordeaux. Enfin M. Cruchet, l'aimable et laborieux secrétaire de rédaction, a donné une étude très originale de la moyenne et grande enfance, de la puberté; ce chapitre de la puberté figure pour la première fois dans un Traité de pathologie.

Le premier volume de la *Pratique des maladies des enfants* fait bien augurer des cinq autres; la liste des collaborateurs est d'ailleurs composée de pédiatres ayant acquis déjà une légitime notoriété.

L. BABONNEIX.

Formulaire des médications nouvelles pour 1909 (2), par le docteur H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris; préface de H. Huchard, de l'Académie de médecine.

« La thérapeutique est assez riche en médicaments, elle est trop pauvre en médications. » Telle est l'idée que j'ai toujours suivie dans mes volumes de *Consultations médicales*.

Vivant à l'ombre des doctrines régnantes, comme elles les médications se fortifient, se transforment, se complètent incessamment, de sorte que le praticien a besoin d'avoir, non seulement dans sa bibliothèque, mais sur sa table de travail, toujours à portée de sa main, à côté d'un formulaire des médicaments nouveaux, un formulaire des médications nouvelles.

Rapidement et clairement, en 300 pages au plus, il fallait nous apprendre tout ce qu'il faut savoir au point de vue pratique sur les médications acides, anesthésiques, antifébriles, antiinfectieuses, antinévralgiques et antirhumatismales, antisyphilitiques et antituberculeuses, sur les médications colloïdales, déchlorurantes, hypotensives, ioniques, sur les diverses opothérapies, la photothérapie, la sérothérapie, les sérums antidiphtérique, antipneumonique et antistreptococcique, antituberculeux avec les diverses tuberculines, les sérums artificiels, etc.

Ce livre indispensable, si désiré, si attendu, le voilà! Et je suis doublement heureux et fier de le présenter aux médecins. Il émane d'un membre de ma chère famille médicale, puisque l'auteur a été autrefois mon interne très distingué dans mon service d'hôpital. Il obéit à cette idée maîtresse qui a régi tous nos travaux, toutes nos actions, et que nous avons résumée dans cette phrase : « De la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique. »

C'est là le seul secret du succès de toutes les œuvres qui s'inspirent de la même pensée, savent allier la brièveté à la clarté; c'est le secret du succès considérable du frère aîné de ce livre, du *Formulaire des médicaments nouveaux* de Bocquillon, arrivé à sa 21e édition! Tel sera celui du docteur Gillet sur les médications nouvelles que j'ai l'honneur de présenter aux praticiens, et que tous les praticiens liront avec intérêt et profit pour eux, pour leurs malades.

H. HUCHARD.

Syphilis osseuse (syphilis acquise), par le docteur Louis Spillmann, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, chargé de la clinique de dermatologie et de syphiligraphie. In-16 de 131 pages avec 21 figures formant 12 planches hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

(2) In-18 de 300 p. avec fig. — Prix : cart., 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES FACULTÉS MIXTES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE L'ÉTAT. — Sur l'initiative de la Faculté de Lyon il s'est fondé une association pour défendre les intérêts matériels des membres du corps enseignant des facultés auprès de l'administration supérieure et des pouvoirs publics et pour avoir l'occasion d'étudier ensemble et sans discontinuité, le problème aujourd'hui si compliqué de l'organisation des études médicales.

Le comité de l'association, composé de MM. Arnozan, professeur, Benech, agrégé, pour le groupe de Bordeaux; Charmeil, professeur, Lambret, agrégé, pour le groupe de Lille; J. Courmont, professeur, Regaud, agrégé, pour le groupe de Lyon; Grasset, professeur, Jeanbrau, agrégé, pour le groupe de Montpellier; Gross, professeur, Michel, agrégé, pour le groupe de Nancy; Gilbert Ballet et Reclus, professeurs, Aug. Broca et Brumpt, agrégés, pour le groupe de Paris; C. Caubet, professeur, Bardier, agrégé, pour le groupe de Toulouse, s'est réuni à Paris, à la fin de février. Il a élu le bureau qui est ainsi composé : président, MM. J. Courmont; vice-présidents, Reclus, Gross; secrétaire général, Regaud; trésorier, Aug. Broca; il a décidé que la première Assemblée générale aura lieu à Paris, les vendredi 2, samedi 3 et (s'il y a lieu) dimanche 4 avril prochain; il a établi, pour cette Assemblée, l'ordre du jour suivant :

Première question. — *Concours et privat-docentisme, étudiés comme bases du recrutement du corps enseignant des facultés de médecine.* — Rapporteurs : MM. Gross et Michel (rapport unique).

Deuxième question. — *Idées directrices et modalités de la réforme des concours d'agrégation; divisions en deux séries d'épreuves : admissibilité, admission.* — Rapporteurs : MM. Grasset et Charmeil (deux rapports). Le titre exact du rapport de M. Grasset est : « Rapport en faveur de la division des concours en deux séries indépendantes d'épreuves. »

Troisième question. — *Spécialisation des agrégations.* — Rapporteurs : MM. Aug. Broca, Brumpt, P. Teissier (rapport unique).

Quatrième question. — *Nomination des agrégés sur liste unique* (une pour toutes les facultés) *ou sur listes multiples* (une pour chaque faculté). — Rapporteurs : MM. Reclus, pour les sections médico-chirurgicales, et Barbier, pour les sections scientifiques (deux rapports).

Cinquième question. — « *Pérennité* » *de l'agrégation : Transformation de la situation temporaire des agrégés en situation permanente.* — Rapporteur : M. Arnozan.

Sixième question (relative aux statuts de l'Association). — *Augmentation de la quotité du vote nécessaire pour que les décisions de l'Assemblée générale soient définitives.* — Rapporteur : M. Gilbert Ballet.

Les séances auront lieu à la Faculté de médecine de Paris. Le lieu exact, les heures des séances et la répartition de l'ordre du jour seront indiqués ultérieurement.

NOTES POUR L'INTERNAT

PNEUMONIE DU SOMMET

La pneumonie du sommet ne constitue pas toujours une forme clinique particulière. Qu'un adulte vigoureux et de bonne santé habituelle ait une pneumonie à la base ou au sommet, le siège de la lésion n'aura pas d'influence sur la

marche de la maladie; on a prétendu que les pneumonies du sommet survenues dans ces conditions étaient caractérisées par de l'excitation cérébrale intense et un délire violent; c'est une erreur, « car l'inflammation du lobe supérieur ne paraît pas s'accompagner plus souvent du trouble des facultés intellectuelles que celle qui occupe les autres parties de l'organe » (Grisolle).

Mais la pneumonie du sommet mérite, dans certains cas, une étude spéciale, parce qu'elle survient surtout chez les enfants, les vieillards et les alcooliques; en raison de ces conditions de terrain bien plutôt que du fait de sa localisation, elle donne lieu à des considérations intéressantes de diagnostic et de pronostic. C'est dans ce sens seulement que nous devons l'étudier.

PNEUMONIE DU SOMMET CHEZ L'ENFANT. — Plus de la moitié (53 p. 100) des pneumonies de l'enfance sont des pneumonies du sommet et surtout du sommet droit. Brusquement ou plutôt à la suite d'un léger catarrhe des voies respiratoires, l'enfant est pris de *fièvre* et la température monte à 40 degrés; il a de la *dypsnée*, la *toux* n'est pas constante; le *point de côté* manque dans près de la moitié des cas, souvent il siège bas, au-dessous des fausses côtes et jusque dans le ventre; le début de la pneumonie étant aussi très habituellement marqué chez l'enfant par des *vomissements*, douleurs abdominales et vomissements constituent le syndrome de la pneumonie à point de côté abdominal ou pseudo-appendicite pneumonique.

A la période d'état, les principaux *symptômes fonctionnels* sont la dyspnée et la toux, dyspnée intense, 40 et jusqu'à 80 respirations à la minute, toux quelquefois peu marquée et toujours non suivie d'expectoration, car l'enfant ne crache presque jamais.

Les *symptômes généraux* sont la fièvre très caractéristique, se maintenant en plateau aux environs de 40 degrés, avec de faibles rémissions matinales; le pouls à 130 ou 140; la sécheresse de la langue; les phénomènes nerveux. Ceux-ci sont souvent au premier plan, c'est la *pneumonie cérébrale* de Rilliet et Barthez qui comprend une forme éclamptique et une forme méningitique. La forme éclamptique est caractérisée par des convulsions répétées; dans la forme méningitique, on retrouve le syndrome méningé presque complet : céphalée, vomissements, constipation, raideur de la nuque et du tronc, signe de Kernig, délire avec ou sans périodes de dépression. Si on fait une ponction lombaire, on constate des modifications du liquide céphalo-rachidien : augmentation de la pression, diminution des chlorures, lymphocytose et quelquefois polynucléose, sans présence de pneumocoques (Nobécourt et Voisin).

Les *signes physiques* sont souvent tardifs, car la pneumonie du sommet chez l'enfant est parfois en même temps une pneumonie centrale. On cherchera au début le skodisme et le défaut d'expansion thoracique (Weill) dans une région sous-claviculaire, la faiblesse du murmure vésiculaire en un point souvent assez limité. On constatera ensuite l'apparition des signes physiques habituels du foyer pneumonique : submatité, souffle tubaire et râles crépitants qui souvent ne sont perceptibles qu'après la toux. L'exagération des vibrations thoraciques et la bronchophonie sont très difficiles à rechercher chez l'enfant.

La *défervescence* se fait du sixième au dixième jour, mais souvent beaucoup plus tôt, du deuxième au quatrième jour, car la *pneumonie abortive* est particulièrement fréquente chez l'enfant.

Le *pronostic* est remarquablement bénin, sauf chez les enfants au-dessous de deux ans. La mort survient dans 5 p. 100 des cas environ (Comby). *En résumé*, chez l'enfant, la pneumonie du sommet a une symptomatologie fonctionnelle réduite, des signes physiques tardifs et des phénomènes généraux très intenses qui égarent parfois le diagnostic, par exemple, quand ils constituent la forme cérébrale. Pronostic bénin.

PNEUMONIE DU SOMMET CHEZ LES VIEILLARDS. — Les deux grands caractères de la peumonie des vieillards sont l'insidiosité de ses manifestations cliniques et la gravité de la maladie. Les deux tiers des pneumonies des vieillards ont leur siège au sommet (Durand-Fardel). Le *début* est insidieux, le frisson peut manquer, il n'a jamais la même intensité que chez l'adulte. A la période d'état, les *symptômes fonctionnels* sont peu intenses : vague douleur thoracique, peu de dyspnée, toux discrète et pas d'expectoration ou expectoration sans crachats rouillés; les crachats sont plutôt verdâtres d'un vert-pré. Les *signes physiques* sont souvent moins caractérisés que chez l'adulte et parfois très fugaces : matité ou tympanisme dû à l'emphysème préexistant, souffle tubaire limité et pouvant être intermittent, râle crépitant; on trouve ces signes physiques dans quelques cas bien haut dans l'aisselle; ils sont souvent accompagnés de signes de bronchite.

On surveillera le *cœur* avec attention, car si la lésion est au poumon, le danger est surtout au cœur. La *langue* est sèche, élément de premier ordre pour le diagnostic; l'herpès des lèvres est exceptionnel. Les manifestations *nerveuses* consistent parfois en agitation et délire, souvent en prostration très marquée. Cette pneumonie peut évoluer sans *fièvre*, ou avec un mouvement fébrile insignifiant. La mort survient dans 40 à 60 p. 100 des cas; lorsque le malade guérit, l'évolution est traînante, la convalescence longue. On peut signaler comme *formes cliniques* la forme *apoplectique* se présentant avec les apparences d'une apoplexie cérébrale ou d'une hémiplégie (Charcot, Lépine); la forme *latente* ou ambulatoire, cause de mort subite chez des vieillards que l'on ne croyait même pas malades (Hourman et Dechambre). A l'*autopsie*, on remarque que le bloc pneumonique a franchi très rapidement les diverses étapes anatomiques habituelles, pour aboutir à l'hépatisation grise et à la suppuration.

PNEUMONIE DU SOMMET CHEZ LES ALCOOLIQUES. — Quelquefois la pneumonie du sommet chez un alcoolique diffère peu du type classique; on note seulement une loquacité exagérée et un certain degré de tremblement. Dans d'autres cas, le tableau clinique est plus impressionnant; Magnus Huss en a donné une description remarquable. Le *début* est brusque, annoncé par un violent frisson. La *fièvre* est intense, le visage injecté, les yeux brillants, puis on constate de l'*agitation* avec tremblement des bras et des mains; la voix est bruyante mais bégayée. Après trois ou quatre jours, le malade est pris d'hallucinations visuelles et auditives; c'est une crise de *delirium tremens* caractérisée par le délire professionnel, l'incohérence de la parole, le tremblement, l'agitation continuelle; le malade pousse des cris, cherche à se lever, on a quelque peine à le maintenir dans son lit; la température dépasse 40 degrés; puis cette agitation s'apaise, mais elle est remplacée par l'adynamie, la langue prend une sécheresse extrême, le pouls devient irrégulier et le malade meurt dans le coma. Pendant toute cette évolution, les symptômes fonctionnels de la pneumonie ont été relégués au dernier plan; le diagnostic ne peut se faire que par l'auscultation et la percussion. La pneumonie des buveurs présente une gravité considérable; la mortalité est de 55 p. 100.

DIAGNOSTIC. — On voit que, dans tous ces cas, la pneumonie du sommet doit être recherchée avec attention; elle se cache en effet sous des symptômes qui rappellent souvent la méningite chez l'enfant, qui sont très insidieux chez le vieillard et qui chez l'alcoolique constituent un *delirium tremens*. Le diagnostic d'avec d'autres pneumopathies est ici tout à fait secondaire.

Chez l'adulte, la pneumonie du sommet n'a guère comme caractère spécial que la fréquence d'une défervescence très lente et alors le diagnostic est à faire avec une *phtisie aiguë* à forme pneumonique. On se rappellera que la pneumonie caséeuse siège plutôt à la base qu'au sommet, qu'elle a une courbe thermique plus irrégulière, qu'elle détermine un amaigrissement rapide. On voit parfois des malades qui commencent par une pneumonie à pneumocoques et qui finissent par une pneumonie caséeuse. On peut alors se demander si l'infection pneumococcique a ouvert la voie à la tuberculose ou s'il s'agissait d'une infection mixte d'emblée (Landouzy).

BIBLIOGRAPHIE. — NOBÉCOURT. *Précis de médecine infantile*; — RIMBAUD. Pneumonie des vieillards, *Gaz. des hôpit.*, 18 avril 1908, nº 46; — NETTER. *Traité de médecine*, t. VI; — LANDOUZY. *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. VII.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 30. — SAMEDI 13 MARS 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 13 MARS 1909. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité au concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve écrite : Symptomatologie.* — Séance du 11 mars : MM. Courcoux, 9; Ribadeau-Dumas, 8; Camus et Ribierre, 10; Lemoire et Géraudel, 8.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rieffel, Walther, Quénu, Schwartz, Balzer, qui acceptent; Delbet et Broca, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 2 mars : MM. Jeannin, 19; Le Lorier, 17; Schwaab, 19; Chirié, 16.

Séance du 4 mars : MM. Cathala, 19; Guéniot et Devraigne, 17; Lequeux, 18; Theuveny, 16.

Epreuve clinique. — Séance du 3 mars : MM. Cathala, 18; Devraigne, 15; Guéniot, 16.

Séance du 11 mars : MM. Jeannin, 20; Theuveny, 15; Schwaab, 20.

La prochaine séance aura lieu le samedi 13 mars, à la Maternité.

— Concours de la médaille d'or (Médecine). — *Jugement des mémoires.* — MM. Abrami, Bory, Clunet, Gy, Harvier, Lian, Millet, Monier-Vinard, Sézary et Vincent, 30; Brulé, Du Castel, Faroy et Giroux, 29; Aynaud, Boudon, Descomps et Feuillée, 28.

Oral. — Séance du lundi 8 mars : « Diagnostic de la névrite alcoolique. »

MM. Abrami, 18; Harvier, 19; Bory, 17; Vincent, 19.

Séance du 10 mars : « Symptômes et évolution de l'insuffisance aortique. »

MM. Clunet, 17; Sézary et Monier-Vinard, 18; Lian, 19.

(Chirurgie et accouchements). — *Jugement des mémoires.* — MM. Caraven, 28; Bodolec, 24; Lemeland et Planson, 26; Hautefort, 25; Dupont, 23.

Oral. — Séance du 11 mars : Question donnée : « Signes, diagnostic et traitement des luxations traumatiques récentes de la hanche en arrière. »

MM. Caraven, 15; Lemeland, 16.

Séance du 12 mars : Question donnée : « La synoviale articulaire et les bourses séreuses du genou (anatomie et physiologie). — Manifestations articulaires de la blennorragie. »

Lecture lundi à cinq heures, à la Charité.

— Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 11 mars : MM. Ecalle, 11; Desnoues, 7; Chamard, 8; Morancé, 10; Dubois (Jean), 8; Pimpaneau, 7; Caïn, 12.

La prochaine et dernière séance aura lieu le samedi 13 mars, à huit heures du matin.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE. — Cours de vacances (29 mars au 17 avril 1909) :

29 mars, 4 h. soir : M. Babonneix. La croissance et l'alimentation de l'enfant.

30 mars, 4 h. soir : M. Darré. Scarlatine ; — 5 h. : M. Paisseau. Pneumonie.

31 mars, 4 h. soir : M. Babonneix. Encéphalopathies de l'enfance; — 5 h. : M. Merklen. Ictères. Cirrhoses.

1er avril, 4 h. soir : M. Darré. Rougeole. Varicolle ; — 5 h. : M. Paisseau. Broncho-pneumonies.

2 avril, 4 h. soir : M. Babonneix. Encéphalopathies de l'enfance ; — 5 h. : M. Merklen. Albuminurie et néphrites.

3 avril, 4 h. soir : M. Darré. Coqueluche.

5 avril, 4 h. soir: M. Paisseau. Adénopathies trachéo-bronchiques ; — 5 h. : M. Darré. Oreillons.

6 avril, 4 h. soir : M. Babonneix. Epilepsie. Tétanie ; — 5 h. : M. Nobécourt. Affections gastro-intestinales des nourrissons.

7 avril, 11 h. matin : M. Tixier. Rachitisme ; — 4 h. soir : M. Paisseau. Pleurésies ; — 5 h. : M. Darré. Fièvre typhoïde.

8 avril, 4 h. soir : M. Babonneix. Chorée. Hystérie ; — 5 h. : M. Nobécourt. Affections gastro-intestinales des nourrissons.

9 avril, 4 h. soir : M. Paisseau. Tuberculose pulmonaire; — 5 h. : M. Darré. Diphtérie.

10 avril, 11 h. matin : M. Tixier. Anémies de l'enfance ; — 4 h. soir : M. Merklen. Rhumatisme articulaire aigu ; — 5 h. : M. Nobécourt. Affections gastro-intestinales des nourrissons.

13 avril, 4 h. soir : M. Voisin. Tuberculose des nourrissons ; — 5 h. : M. Darré. Diphtérie.

14 avril, 11 h. matin : M. Voisin. Méningites ; — 4 h. soir : M. Ferrand. Syphilis héréditaire ; — 5 h. : M. Merklen. Tuberculose génito-urinaire.

15 avril, 4 h. soir : M. Voisin. Méningites ; — 5 h. : M. Nobécourt. Cardiopathies chroniques.

16 avril, 4 h. soir : M. Ferrand. Erythèmes. Pemphigus ; — 5 h. : M. Tixier. Purpura. Maladie de Barlow.

17 avril, 11 h. matin : M. Voisin. Paralysie infantile. Paralysies diphtériques ; — 4 h. soir : M. Ferrand. Eczéma. Impétigo ; — 5 h. : M. Nobécourt. Cardiopathies chroniques.

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'APPENDICITE CHRONIQUE D'EMBLÉE

Par Louis BRIN (2),
Interne des hôpitaux de Paris.

Signes généraux. — Le retentissement de ces troubles fonctionnels sur l'état général est surtout manifeste dans l'enfance. Si quelques enfants peuvent conserver de l'embonpoint et un état général satisfaisant, la plupart, au contraire, sont pâles, avec les yeux cernés, le visage amaigri, le teint souvent terreux, parfois subictérique; la fièvre vespérale n'est pas exceptionnelle. Certains malades sont nettement anémiques et présentent des souffles vasculaires. Chez ces enfants, les palpitations et la dyspnée surviennent au moindre effort ; on a même signalé des syncopes. Chez d'autres, l'appendicite chronique détermine un véritable arrêt de développement ; la croissance subit un retard manifeste, les enfants ne se fortifient pas et semblent au-dessous de leur âge. Enfin, dans quelques cas, il existe des troubles nerveux (neurasthénie appendiculaire); les enfants sont tristes, et loin de rechercher la société de leurs camarades, « ils manifestent un besoin d'isolement qui contraste avec les habitudes de leur âge » ; le moindre effort intellectuel leur est extrêmement pénible ; ils deviennent inaptes à tout travail sérieux.

Chez l'adulte, bien souvent, les seuls phénomènes fonctionnels traduisent la lésion de l'appendice et l'état général n'est nullement touché. En cas contraire, on peut observer de l'amaigrissement avec perte de forces ; mais surtout l'appendicite chronique peut devenir le point de départ de phénomènes névropathiques très accentués, allant parfois jusqu'à la neurasthénie vraie.

Signes physiques. — L'existence de ces troubles fonctionnels et généraux doit éveiller, chez le clinicien averti, l'idée d'appendicite possible : idée que viendra confirmer l'examen méthodique et minutieux de l'abdomen.

La localisation de la *douleur provoquée* est sans contredit le signe physique le plus important, parce qu'il est de beaucoup le plus constant.

Tout naturellement l'exploration portera d'abord sur la fosse iliaque droite, et dans bien des cas une pression douce, mais profonde, révélera en cette région une douleur très nette. Successivement, dans cette zone sensible, le clinicien recherchera par la pression digitale les points d'élection de la douleur; le point de Mac Burney, situé au milieu de la ligne ombilico-spinale droite, ou plus exactement à 4 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure droite (Mac Burney), point discutable peut-être pathogéniquement, mais d'une valeur pratique incontestable ; le point de Morris correspondant au ganglion sympathique droit et situé sur cette même ligne ombilico-spinale à 4 centimètres environ de l'ombilic; le point de Lanz, situé sur la ligne bi-spinale à l'union du tiers droit et du tiers moyen, point qui, au dire de cet auteur, correspondrait presque toujours à l'émergence de l'appendice, et aurait de ce fait une très grande valeur séméiologique.

Mais les douleurs de la fosse iliaque droite peuvent manquer, 2 fois sur 39, dans une statistique de Delbet, et l'anatomie pathologique nous l'explique en nous montrant combien est variable la situation de l'appendice : pourquoi dès lors trouver un maximum douloureux en cette zone, si l'organe enflammé n'y est pas.

Mais, comme le dit Reclus, l'appendice malade est douloureux, quel que soit son siège. Si le point de Mac Burney manque, l'exploration devra porter successivement sur toutes les régions de l'abdomen, et l'on finira par déterminer un maximum douloureux, tantôt au niveau de l'ombilic, tantôt au niveau de l'épigastre, parfois dans la fosse iliaque gauche ou en quelque autre point. La douleur réveillée en cette zone contrastera avec l'insensibilité des autres régions de l'abdomen à la palpation même profonde.

Dans tous ces cas d'ailleurs, la douleur provoquée présente deux caractères importants qui lui donnent une physionomie spéciale (Walther).

Elle ne cesse pas avec la pression, et la sensation pénible peut persister un certain temps après celle-ci, plus d'un quart d'heure dans certaines observations de Rastouil.

En second lieu, il n'est pas nécessaire pour la faire apparaître de comprimer directement l'appendice; toute pression large et profonde en un point quelconque de l'abdomen réveillerait la sensibilité de l'organe enflammé. Dans le même ordre d'idées, Rovsing a donné un moyen pratique de provoquer la douleur appendiculaire par la palpation à distance. La main droite, appliquée bien à plat sur la fosse iliaque gauche, glisse le long du côlon descendant en le comprimant : les gaz intestinaux sont ainsi refoulés du côlon descendant dans le côlon transverse, puis de là dans le côlon ascendant et le cæcum ; ils pénètrent enfin dans l'appendice et peuvent ainsi réveiller la douleur au lieu d'élection. Au dire de l'auteur, cette manœuvre lui aurait rendu de grands services dans certains cas difficiles ; tout récemment, Chase a également préconisé ce procédé d'exploration.

La douleur provoquée est, nous l'avons dit, le signe le plus important de l'appendicite chronique; mais il en est d'autres.

La palpation attentive de la zone douloureuse permet souvent de déterminer à ce niveau une sensation de résistance, due à la contracture des muscles de la paroi ; cette *défense musculaire*, conséquence presque forcée de la douleur, sera surtout nette par comparaison avec le côté sain, et ce signe est assez constant pour pouvoir rendre parfois de grands services.

Signalons encore la *disparition du réflexe cutané abdominal* (Sicard), plus constante d'ailleurs dans les formes aiguës que dans l'appendicite chronique d'emblée.

---

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 27, p. 323.

Dans quelques cas rares et particulièrement favorables, les *ganglions appendiculaires* ont pu être perçus sous forme de masses arrondies, dures, douloureuses, roulant sous le doigt.

Enfin, l'appendice hypertrophié peut donner à la main la sensation de *cordon plus ou moins volumineux*, le plus souvent de la forme et de la consistance d'un crayon, reposant sur la fosse iliaque verticalement ou obliquement : cordon roulant sous le doigt, et nettement douloureux. Malheureusement ce signe est inconstant et de plus il n'est nullement pathognomonique, car les causes d'erreur sont fréquentes. Un magma d'adhérences, une corde épiploïque peuvent donner la même sensation; parfois aussi la plicature du bord externe de la gaine des droits sous la pression digitale peut prêter à confusion (pseudo-cordons de Walther).

Si très souvent l'appendice n'est pas senti, il n'est par contre pas rare de constater un *épaississement notable de la fosse iliaque droite*, qui, suivant l'expression de Reclus, « paraît moins libre, moins profonde, que la fosse iliaque gauche ».

Surtout il est possible de percevoir le cæcum dont les parois épaissies donnent au doigt « la sensation de carton mouillé ». La palpation du cæcum distendu par les gaz donne un gargouillement net, et ce *tympanisme* serait pour Karewitz un des signes essentiels de l'affection (signe de Karewitz).

Dans tous les cas, si l'exploration a été jusque-là négative, on ne devra jamais, Jalaguier y insiste avec raison, abandonner les malades sans avoir pratiqué le *toucher rectal*, risquant ainsi de méconnaître une appendicite pelvienne.

IV

Évolution, complications, pronostic. — L'évolution de l'appendicite chronique d'emblée n'est soumise à aucune règle : elle est essentiellement variable suivant les cas. Toutefois, en général, cette affection procède par crises, dans l'intervalle desquelles on note une rémission plus ou moins complète des symptômes.

Non traitée ou mal traitée, elle ne guérit qu'exceptionnellement et se prolonge indéfiniment avec ou sans complications.

De ces complications, les unes sont d'ordre *mécanique* et dépendent des brides fibreuses épiploïques parfois si développées; telles les déformations gastriques, lorsqu'elles deviennent permanentes; telle l'occlusion intestinale, signalée dans quelques cas exceptionnels. Notons d'ailleurs que cette complication au cours de l'appendicite chronique peut reconnaître parfois une origine purement réflexe (observations de Terrier, Marion, etc.).

Ces brides jouent encore un rôle adjuvant des plus nets dans la pathogénie de certains accidents infectieux, et particulièrement dans l'apparition des cystites et pyélites qu'il est classique de mentionner depuis les observations de Riese et de Reynes.

Mais il est des complications purement *infectieuses* qui ne relèvent en rien de ce mécanisme et traduisent seulement le retentissement de l'infection appendiculaire sur le foie ou le rein.

L'atteinte du rein se manifeste par l'albuminurie signalée dans un certain nombre d'observations (Boucheseiche). L'atteinte du foie entraîne une augmentation de volume de l'organe, devenu sensible à la pression, du subictère, et un léger degré d'insuffisance hépatique, décelable par les procédés ordinaires; peut-être ces accidents infectieux jouent-ils un rôle appréciable dans le développement de certaines cirrhoses à étiologie obscure.

Les complications *nerveuses* sont surtout l'apanage des adultes.

A propos des signes généraux nous avons déjà mentionné la neurasthénie d'origine appendiculaire. Dans le même ordre d'idées, Picqué a rapporté un cas des plus instructifs dans lequel on vit des troubles nettement vésaniques disparaître complètement après l'appendicectomie.

Enfin, et toujours chez des prédisposés, on a parfois signalé des accidents nettement hystériques. Ainsi s'expliquent les phénomènes péritonéaux et méningés, très rares d'ailleurs, signalés par Broca et Ponticacua (péritonisme et méningisme de Dupré); ainsi se peuvent expliquer jusqu'à un certain point les hémorragies en apparence graves (hématémèses, hémorragies intestinales) dont il existe quelques exemples.

Rappelons, pour terminer, l'observation si curieuse de Raymond et Guillain (thèse de Morisetti), dans laquelle le malade à chaque crise présenta des accidents névritiques, à siège variable avec atrophie des muscles correspondants.

Mais toutes ces complications, étant donnée leur rareté, ne présentent qu'une importance secondaire, en regard de la *crise aiguë* qui peut venir brusquement compliquer l'appendicite chronique, à tout moment de son évolution.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes observés en pareil cas, ce sont ceux de toutes les appendicites aiguës; nous voulons plutôt mettre en relief deux points du plus gros intérêt.

C'est tout d'abord le danger permanent qui résulte de l'appendicite chronique tout au moins chez l'enfant, même dans les formes les plus frustes, car en pareil cas, comme Siredey l'a bien mis en évidence, « l'examen anatomique de l'appendice enlevé montre toujours, même aux points où le processus de sclérose est le plus développé, des lésions folliculaires suffisantes pour pouvoir à un moment donné provoquer des complications graves, étant donnée surtout la fragilité du système lymphatique à cet âge ». Le danger existe encore chez l'adulte mais beaucoup moindre.

C'est ensuite l'impossibilité absolue pour le clinicien de prévoir, en présence d'une appendicite chronique, quelle pourra être l'évolution d'une crise aiguë, si celle-ci vient à se produire : on a vu les formes chroniques les plus bénignes en apparence se compliquer brusquement d'accidents graves emportant rapidement les malades.

Ces considérations nous permettent d'être bref sur le pronostic de l'appendicite chronique, pronostic extrêmement variable suivant les cas.

Il reposera tout d'abord sur l'intensité des trou-

bles fonctionnels et généraux; à ce point de vue certains malades sont à peine touchés, d'autres sont au contraire de véritables infirmes du fait des troubles digestifs ou des troubles nerveux.

En tous cas il devra toujours être réservé, *surtout dans l'enfance*, en raison de la menace d'une crise aiguë suspendue perpétuellement au-dessus des malades.

En fait, une seule chose pourrait venir diminuer ces craintes, l'espoir d'une guérison spontanée. Dieulafoy, établissant une comparaison très ingénieuse entre les infections de l'appendice et celles de l'oreille, admet cette possibilité ; pour lui l'appendice, une fois la circulation rétablie, peut guérir comme guérissent les otites lorsque la trompe d'Eustache a récupéré à temps sa perméabilité. En réalité les analogies ne sont que superficielles, car la perméabilité du canal n'est au niveau de l'appendice qu'une chose accessoire et les follicules clos sont un lieu de cantonnement pour les microbes.

La guérison spontanée de l'appendicite est peut-être possible théoriquement, pratiquement il n'est pas permis de l'escompter.

V

Formes cliniques et diagnostic. — Dans la FORME COMMUNE, le tableau clinique est presque complet : les douleurs sont en général le premier symptôme observé, continues ou intermittentes, localisées ou non à la fosse iliaque droite; les troubles digestifs apparaissent ensuite très variables, mais présentant le plus souvent les caractères spéciaux que nous leur avons assignés. En présence de ces symptômes, l'idée de l'appendicite chronique viendra au clinicien et si l'exploration de la région iléo-cæcale révèle en cette zone un maximum douloureux, le diagnostic ne fera aucun doute.

Si au contraire les troubles digestifs sont plus vagues, si la douleur est diffuse, on pourra parfois songer à l'*entéro-colite muco-membraneuse* : mais en pareil cas les crises douloureuses sont généralement plus bruyantes, la diarrhée termine fréquemment ces crises, l'expulsion de muco-membranes est presque la règle; enfin l'exploration fait percevoir soit au niveau du cæcum, soit au niveau du côlon transverse ou de l'anse sigmoïde, l'état spasmodique segmentaire de l'intestin si bien décrit par Glenard, Sigaud, etc.

Ce qui fait surtout l'intérêt pratique de cette question, c'est la fréquence relative des formes associées : en présence d'une entéro-colite muco-membraneuse nettement caractérisée, on devra toujours rechercher avec grand soin l'existence de lésions appendiculaires. Et en pareil cas, comme le dit très bien Enriquez, plus que l'étude attentive des troubles fonctionnels, plus que l'examen local, c'est la mise en observation du malade et surtout l'inefficacité du traitement diététique même prolongé, qui feront faire le diagnostic.

Lorsque le diagnostic d'appendicite chronique est posé, est-il possible d'aller plus loin? En d'autres termes, peut-on distinguer de l'appendicite chronique, l'appendicite *tuberculeuse*, ou l'appendicite *cancéreuse?* Le plus souvent le diagnostic est impossible.

Chez un sujet atteint d'appendicite chronique, s'il présente des lésions tuberculeuses nettes, on pourra soupçonner, mais non affirmer la tuberculose appendiculaire; de même l'intensité des douleurs et surtout l'altération rapide de l'état général pourront faire songer dans quelques cas au cancer. Pratiquement, le plus souvent l'examen histologique seul permettra un diagnostic précis.

Dans la FORME DYSPEPTIQUE, les malades présentent des troubles digestifs intenses, à types variables, mais ils n'accusent aucune douleur. Devant de tels symptômes l'idée d'une gastropathie primitive vient tout naturellement au médecin et le traitement habituel de ces gastropathies est le plus souvent appliqué, sans amener d'ailleurs aucune amélioration. Au contraire les troubles digestifs s'accentuent plutôt et le malade s'affaiblit. Heureux ces malades si un jour l'exploration attentive de l'abdomen montre un maximum douloureux au niveau de la fosse iliaque droite, et dénote par là même le rôle de l'appendice enflammé dans la détermination des accidents observés.

Le diagnostic, dans ces cas, peut donc présenter de sérieuses difficultés; pourtant une analyse minutieuse des symptômes pourrait mettre parfois sur la voie et ferait éliminer l'hypothèse de *gastropathie primitive*. La facilité des vomissements, l'irrégularité des troubles digestifs, l'influence bien nette de certains aliments sur l'apparition de ces troubles sont autant de caractères propres aux dyspepsies appendiculaires, et qui permettront d'éviter l'erreur, en orientant les recherches vers la fosse iliaque droite.

C'est encore l'exploration attentive de l'abdomen qui permettra de soupçonner les lésions de l'appendice chez les enfants présentant des *vomissements périodiques*. Sans revenir sur le terrain étiologique, il n'en est pas moins vrai qu'en pareil cas le clinicien, avant d'admettre la nature neuro-arthritique de l'affection, devra interroger soigneusement la sensibilité appendiculaire.

Dans la FORME DOULOUREUSE les troubles digestifs sont au contraire réduits au minimum, et la douleur, continue ou intermittente, constitue le phénomène capital.

Localisée à la fosse iliaque droite elle éveille l'attention du côté de l'appendice, et le diagnostic est généralement facile.

Localisée en d'autres points de l'abdomen, elle peut rendre le diagnostic épineux; dans certains cas l'erreur est presque impossible à éviter; dans un cas de Walther les douleurs au niveau de la hanche firent porter le diagnostic de coxalgie et immobiliser le malade pendant longtemps.

Lorsque la douleur n'est pas continue mais survient par crises, l'appendicite chronique, du moins aux premières crises, a pu être confondue avec une colique hépatique, néphrétique, intestinale, etc.

En réalité, ce qui fait surtout l'intérêt de ces formes uniquement douloureuses (appendicalgie de Guinard), c'est que l'appendicite chronique est par-

fois associée, particulièrement chez la femme, à d'autres lésions abdominales (fibromes, salpingites, kystes de l'ovaire, rein flottant, grosses hernies, etc.). Et bien souvent, en pareil cas, les lésions appendiculaires sont méconnues, les phénomènes douloureux étant mis sur le compte de l'affection concomitante. Et pourtant ces grosses lésions sont par elles-mêmes rarement douloureuses. Aussi, comme le dit très bien Guinard, « dès que le phénomène douleur intervient et prédomine dans les symptômes, il faut penser à une complication et principalement à l'appendicite chronique ».

De même, on devra se méfier des douleurs trop violentes survenant au moment des règles, et si les crises se répètent, envisager la possibilité de lésions appendiculaires.

Dans la FORME NERVEUSE les signes fonctionnels sont presque nuls, ou tout au moins semblent de peu d'importance devant la prédominance des manifestations nerveuses.

Le plus souvent le tableau clinique sera celui de la neurasthénie avec tous ses signes (céphalée, rachialgie, insomnie, etc.); parfois, comme nous l'avons déjà vu, celui de la vésanie (Picqué).

Dans tous ces cas, on conçoit combien le diagnostic peut être difficile, souvent même impossible, si rien ne vient attirer l'attention du médecin du côté de l'appendice. Et pourtant ce diagnostic présente une grande importance car, si l'hydrothérapie conseillée habituellement n'est pas dangereuse, il n'en est pas de même du massage et de l'électrisation dont l'effet sur l'intestin peut être nuisible (Siredey).

Dans les FORMES FRUSTES la symptomatologie est encore plus vague, et les erreurs de diagnostic ne se comptent plus. Un malade vu par Siredey fut soigné pendant vingt ans pour une névralgie thoraco-abdominale; dans d'autres cas et suivant les malades, on a pu penser à la *cholémie familiale, à la tuberculose, à la chlorose, à une lésion cardiaque*, etc.

Ewald, Broca, Lenzmann, Beclère, Cotar dans sa thèse ont publié sur ces formes frustes des observations très intéressantes.

Parmi les FORMES A SIÈGE ANORMAL, la plus intéressante de beaucoup est l'appendicite pelvienne. En pareil cas les douleurs spontanées sont très bas situées, et comme nous l'avons vu, l'exploration rectale permet parfois de sentir le cordon appendiculaire. Dans ces conditions, le diagnostic peut être parfois difficile chez la femme entre l'appendicite chronique et la salpingite, d'autant que les deux lésions peuvent coexister. La recherche des antécédents (intestinaux dans un cas, génitaux dans l'autre); la douleur spontanée beaucoup plus étendue dans la salpingite et plus nettement exacerbée par les règles sont déjà de bons éléments. Les sensations fournies par le toucher vaginal ou rectal diffèrent aussi par des nuances : le cordon appendiculaire est mince, plutôt vertical, et la pression en ce point donne une douleur limitée; la trompe enflammée est plus grosse, plutôt horizontale que verticale, et la pression détermine une douleur diffuse avec irradiations multiples.

Signalons encore d'un mot la FORME SOUS-HÉPATIQUE. Dans cette forme l'ictère peut se produire par simple angiocholite de voisinage, et dès lors le diagnostic peut être difficile avec la *cholécystite calculeuse*. En pareil cas, les antécédents, le caractère différent des douleurs, les irradiations descendantes dans un cas, ascendantes dans l'autre, l'examen physique enfin pourront donner d'utiles renseignements, mais bien souvent cependant l'appendicite chronique sera méconnue.

Pour en finir avec les formes cliniques, il nous faut étudier maintenant une forme très spéciale et très rare d'ailleurs, connue sous le nom de FORME NÉOPLASIQUE, et qui serait mieux dénommée pseudo-néoplasique.

Anatomiquement cette variété se caractérise par l'existence d'une poche purulente plus ou moins volumineuse, enfermée dans une coque épaisse de fausses membranes organisées, scléreuses et très résistantes. Dans l'immense majorité des cas, le cæcum et l'appendice sont repoussés en avant.

Cliniquement la forme néoplasique a des symptômes bien spéciaux.

Les douleurs sont généralement intenses, elles siègent dans la région malade, et de là irradient en tous sens, particulièrement vers les membres. Les troubles digestifs consistent en nausées et vomissements survenant par crises plus ou moins rapprochées. La constipation est habituelle, la diarrhée exceptionnelle.

L'état général est très rapidement touché, la perte de forces et l'amaigrissement très marqués, l'asthénie est complète et le malade obligé de garder le lit. La fièvre a été souvent signalée : au début elle se produit par accès et de préférence la nuit, plus tard elle devient continue ; elle amène des sueurs profuses, de l'insomnie, et achève de débiliter le malade.

Au cours de l'évolution des symptômes, quelques semaines ou quelques mois après le début des accidents, la tumeur apparaît.

L'inspection dénote rarement une tuméfaction considérable, mais la peau est œdématiée, et présente parfois le phénomène de la peau d'orange.

La palpation montre une tumeur à contours réguliers et arrondis, généralement rénitente, ne suivant pas les mouvements respiratoires; on a pu parfois percevoir à ce niveau la sensation de flot.

La percussion donne de la matité au niveau de la tumeur; la sonorité reparaît à la périphérie.

Si l'on n'intervient pas, l'état général s'aggrave de plus en plus et le malade finit par succomber à la cachexie.

Dans ces cas le diagnostic est à faire avec toutes les tumeurs de la fosse iliaque droite.

Le *cancer du cæcum* détermine des alternatives de constipation et de diarrhée, et parfois des hémorragies; la tumeur est irrégulière, bosselée, la cachexie est beaucoup plus rapide.

La *tuberculose iléo-cæcale* peut être beaucoup plus difficile à reconnaître, et c'est à cette affection que l'on pense le plus souvent chez ces malades. L'évolution moins rapide, la cachexie moins prononcée,

l'examen minutieux et répété des sommets pulmonaires, enfin la recherche du bacille de Koch dans les selles, permettront quelquefois le diagnostic. Les *adénopathies bacillaires* pourront être aussi d'un diagnostic difficile, et l'épreuve de la tuberculine sera parfois indiquée dans ces cas.

L'*actinomycose* pourra parfois se reconnaître par la forme, l'étendue, la consistance ligneuse, et surtout l'immobilité de la tumeur. En pareil cas d'ailleurs l'apparition des abcès violacés et des fistules trancherait la question.

Signalons enfin l'*ostéo-sarcome du bassin*, mais la tumeur est irrégulière, et la palpation permet souvent de percevoir une crépitation parcheminée caractéristique.

VI

Traitement. — Lorsque le diagnostic d'appendicite chronique est nettement posé, faut-il opérer ? Peut-on s'abstenir, et dans quels cas ?

Chez l'enfant, nous l'avons vu, il n'y a pas à espérer une guérison spontanée, et l'on a par contre à redouter les perforations; par ailleurs à cet âge, l'appendicite chronique entraîne souvent une altération grave de l'état général. Dans ces conditions, il n'y a pas à hésiter, l'opération est indiquée.

Chez l'adulte, la crainte des accidents aigus est beaucoup moindre. L'opportunité de l'intervention sera basée sur l'intensité des troubles fonctionnels et généraux.

Dans les cas où ces phénomènes sont modérés, on pourra s'adresser tout d'abord au traitement médical.

Le TRAITEMENT MÉDICAL visera surtout le régime et à ce point de vue l'indication principale est de diminuer les fermentations intestinales. Le lait écrémé, les pâtes, les féculents, les viandes blanches en petite quantité constitueront la base de l'alimentation. Il faut proscrire énergiquement les viandes rouges, les aliments gras, les mets épicés, le vin, le café (Wagon). Les malades resteront étendus pendant une heure ou deux après le repas; on leur conseillera l'emploi fréquent de petits lavements pour assurer la liberté du ventre. En cas de recrudescence douloureuse, le malade sera mis au repos, immobilisé avec une vessie de glace sur le ventre.

Si, au contraire, les douleurs se reproduisent fréquemment et si surtout elles s'accompagnent de troubles digestifs et nerveux prononcés, alors il faut avoir recours au TRAITEMENT CHIRURGICAL. Dans la forme néoplasique, celui-ci est toujours indiqué.

La paroi incisée suivant la ligne de Jalaguier ou de Roux, la main du chirurgien va saisir l'anse intestinale adhérente à la fosse iliaque, c'est le cæcum, et se guidant sur ses bandes, arrive à l'appendice. Celui-ci est lié à sa base et sectionné au thermocautère ; le chirurgien recherchera alors les lésions péri-appendiculaires, parfois si importantes et y remédiera dans la mesure du possible. La paroi est ensuite suturée plan par plan.

Plus intéressants que la technique opératoire sont les résultats post-opératoires. L'amélioration de l'état général est d'ordinaire très rapide et très marquée, les malades s'alimentent bien, reprennent des forces et engraissent, les troubles nerveux disparaissent.

Les troubles digestifs sont par contre influencés de façon très diverse, et l'existence de l'entéro-colite joue à ce point de vue un rôle capital dans le pronostic post-opératoire.

Si l'appendicite chronique existe seule, on peut presque à coup sûr prédire la disparition complète des troubles digestifs. Si, au contraire, appendicite et colite muco-membraneuse coexistent, on note généralement une amélioration marquée des symptômes, mais il faut savoir que dans certains cas ils peuvent persister. La guérison complète s'observerait dans un quart des cas (Ehrmann, Broca et Barbet).

BIBLIOGRAPHIE

BECLÈRE. *Soc. méd. des hôpit.*, nov. 1903. — BROCA. Appendicites chroniques à symptôme vague, *Bull. de la Soc. de pédiat.*, 1904, 176-187; — *Soc. de chir.*, 1904; — Diagnostic précoce de l'appendicite chronique chez l'enfant, *Tribune méd.*, 29 mai 1906. — BROCA et BARBET. Les résultats éloignés de la résection de l'appendice dans l'appendicite chronique, *Presse méd.*, 8 août 1908. — BRUN. *Presse méd.*, mai 1897; — *Soc. de chir.*, 14 fév. 1900. — BRUN et VEAU. Art. APPENDICITE, dans le *Traité des maladies de l'enfance* (2e édit.).

CHASE. A new test for the differential diagnosis of appendicitis, *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 22 fév. 1908. — COMBY. *Soc. méd. des hôpit.*, 27 nov. 1903; — L'appendicite chronique chez les enfants, *Bulletin méd.*, 10 juin 1908. — COTAR. *Appendicites larvées*, Th. de Paris, 1901.

DIEULAFOY. *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, leçon 16.

ENRIQUEZ. MALADIES DU TUBE DIGESTIF, dans le *Traité de médecine* Enriquez, Bergé, etc., 1908. — EHRMANN. *Appendicite chronique et entéro-colite*, Th. de Paris, 1903. — EWALD. De l'appendicite larvée, *Lang. Arch. f. klin. Chir.*, 1899.

FABRE. *De l'appendicite néoplasique*, Th. de Paris, 1898.

GUINARD. De l'appendicalgie, *Soc. de chir.*, janv. 1904; — Les appendicites méconnues, *Journ. des prat.*, 19 déc. 1908.

KLEMM. Ueber die chronische Form der Appendixer, *Krank. med. chir. Centralbl.*, Wien, 1900.

LEGUEU et BEAUSSENAT. *Revue de gynécol. de Pozzi*, 1898, n° 2. — LEJARS. Les points douloureux appendiculaires, *Semaine méd.*, 11 mars 1908. — LENZMANN. Ueber appendicitis larvata, *Deuts. Ærtz Zeit.*, 1901. — LETULLE et WEINBERG. Les lésions histologiques de l'appendicite chronique, *Presse méd.*, 4 août 1897. — LEVREY. *Du rôle des adhérences épiploïques dans les appendicites*, Th. de Paris, 1899.

MAC BURNEY. On appendicitis, *New-York med. Journ.*, 21 déc. 1889. — MARFAN. *Soc. de pédiat.*, 21 fév. 1905. — MELIKIAN. *De l'appendicite néoplasique*, Th. de Paris, 1899. — MONTAIS. *L'appendicite chronique d'emblée*, Th. de Paris, 1900. — MORRIS. Mac Burney's point and another points in appendix diagnoses, *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 25 janv. 1908.

PESQUEREL. *L'appendicite chronique*, Th. de Paris, 1899.

RASTOUIL. *Appendicite chronique*, Th. de Paris, 1901. — RECLUS. Appendicite chronique d'emblée, *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 119. — RIOU. *De l'appendicite chronique. Symptômes et traitement*, Th. de Paris, 1908. — ROVSING. Indirektes Hervorrufen des typischen Schmerres an Mc Burney's point, *Centralbl. f. Chir.*, 26 oct. 1907; — *Semaine méd.*, 1907, p. 522.

SICARD. Le réflexe cutané abdominal dans l'appendicite et la fièvre typhoïde, *Presse méd.*, janv. 1905. — SIREDEY. *Soc. méd. des hôpit.*, nov. 1903. — SOUPAULT et JOUAUST. *Soc. méd. des hôpit.*, nov. 1903.

VAUTRIN. *Revue de gynécol. de Pozzi*, 1898, n° 1.

WAGON. *L'appendicite chronique d'emblée*, Th. de Paris, 1904-1905. — WALTHER. *Cong. de chir.*, oct. 1898; — *Soc. de chir.*, mars 1899, fév. et mars 1900 et 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 MARS 1909)

Arthrites. — M. PONCET, à propos d'une communication faite récemment par M. Delbet sur un cas d'arthrite gonococcique, rappelle que M. Delbet a admis cette opinion que l'arthrite peut avoir des causes diverses; on ne trouve pas toujours des gonocoques dans les arthrites blennorragiques. Or, il en est de même pour les arthrites tuberculeuses, on n'y trouve pas toujours des bacilles de Koch. Du fait qu'on ne trouve pas toujours de gonocoques dans l'arthrite blennorragique, on ne niera cependant pas l'origine blennorragique de cette arthrite. M. Poncet soutient du moins qu'on ne saurait nier l'origine tuberculeuse d'une arthrite sans bacilles de Koch.

La trépanation préventive. — A l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Picqué, M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE revient sur le rôle considérable qu'a joué Sédillot dans cette question. Il estime qu'on ne lui a pas assez rendu justice et il regrette que M. Picqué ne lui ait pas accordé la part qui lui revient. Du reste, la trépanation préventive est vieille comme le monde. Il y a longtemps que les Kabyles emploient la trépanation préventive contre le moindre traumatisme cranien. Quand il y a une plaie pénétrante du crâne, tout le monde est d'accord sur ce point, il faut agrandir la plaie et faire une large trépanation, mais quand il n'y a pas de blessure, il faut encore, comme l'a si bien indiqué Sédillot, trépaner pour éviter les accidents ultérieurs. Cette donnée si importante remonte à la nuit des temps. Un médecin a publié un travail dans lequel il rapporte l'histoire d'une des mines les plus anciennes, dans laquelle, de temps immémorial, les mineurs ont l'habitude de se faire trépaner à l'occasion du moindre coup sur la tête. En somme, la communication de M. Picqué ne nous apprend rien de nouveau. Pour montrer les avantages de la trépanation, M. Lucas-Championnière, en terminant, cite l'exemple de ce parfait imbécile qui, après avoir été trépané, devint un orateur de grand talent.

Occlusion aiguë du duodénum post-opératoire. — M. DELAGENIÈRE (du Mans) rapporte l'observation d'un homme de soixante-deux ans qui, le 15 novembre 1908, fut pris de douleurs très vives au niveau de l'anneau inguinal droit, de vomissements et de signes d'étranglement. M. Delagenière le vit quatre jours après le début des accidents. Il avait le facies péritonéal, une température élevée et 120 pulsations. Il portait une hernie inguinale très dure et très tendue. L'opération, pratiquée le 19 novembre, montra l'appendice saillant dans le sac herniaire. Cure radicale, ablation du testicule correspondant. Vingt-quatre heures après, le malade était froid et semblait dans un état désespéré. Il y avait un ballonnement considérable du ventre, pas de vomissements. On fit un lavage de l'estomac, le malade ne fut pas soulagé. On lui fit prendre alors la position génu-pectorale, puis après la position ventrale. Le changement fut alors considérable, les douleurs cessèrent, le malade alla beaucoup mieux, le lavage de l'intestin amena une véritable débâcle. A partir de ce moment, l'amélioration s'accentua de jour en jour; aussitôt qu'apparaissaient quelques douleurs, il suffisait que le malade reprît la position ventrale pour les faire disparaître; il sortit de la clinique complètement guéri le 19 décembre.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle fournit un exemple d'occlusion aiguë du duodénum, affection trop souvent confondue avec la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.

M. REYNIER fait un rapport sur le même sujet. Il s'agit également d'un cas d'occlusion duodénale post-opératoire présenté par M. Bayet.

Une femme de trente ans, très nerveuse, présentant de la dilatation d'estomac, fut opérée par M. Bayet d'un petit kyste de l'ovaire.

Deux jours après l'opération, elle fut prise de vomissements; la température était de 38, le pouls de 104, le troisième jour il était à 120, il y avait des douleurs épigastriques, injection de sérum, lavage de l'estomac; le quatrième jour, le facies est grippé; la température est à 39°5. M. Bayet la fait coucher à plat sur le ventre pendant deux heures; les vomissements cessent, le pouls tombe à 100, la température à 38; peu à peu, les accidents disparaissent et la malade guérit rapidement.

M. Reynier s'applique à établir un diagnostic différentiel entre la dilatation aiguë de l'estomac et l'occlusion duodénale aiguë post-opératoire. Généralement, dans cette dernière, les vomissements font défaut, tandis qu'ils sont très fréquents dans la dilatation stomacale aiguë.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle que Piorry, dans un livre intitulé : *Les petits moyens en médecine*, a vanté les bons effets de la position ventrale dans les cas d'obstruction intestinale.

M. DELBET cite un travail de Nicaise sur l'occlusion duodénale post-opératoire, dans lequel il cite l'exemple d'un malade atteint d'accidents d'obstruction extrêmement douloureux et qui n'arrivait à calmer ses douleurs qu'en se mettant à quatre pattes. Ce malade mourut; à l'autopsie, on constata une compression du duodénum entre la colonne vertébrale et l'artère mésentérique rétrécie. M. Delbet ajoute qu'il est souvent difficile de faire le diagnostic entre la dilatation aiguë de l'estomac et l'occlusion du duodénum. Il cite l'exemple d'un malade qui présentait une énorme distension abdominale et qui souffrait atrocement. La position ventrale ne le calmait nullement; il intervint et trouva un néoplasme au-dessus de l'artère mésentérique.

M. MORESTIN rapporte l'histoire d'une jeune femme qui présentait des troubles abdominaux et des vomissements bilieux fréquents; au palper, on sentait un gâteau péritonéa probablement d'origine tuberculeuse. Après quelques jours, il se fit une grosse voussure dans la région sus-ombilicale. M. Morestin fit la laparotomie et fit jaillir hors de l'abdomen le duodénum extrêmement distendu; le siège de l'occlusion était au niveau de l'artère mésentérique; il était impossible de rien tenter et le ventre fut refermé. Contre toute attente, les accidents disparurent et la malade guérit.

Plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. LEJARS fait un rapport sur deux très intéressantes observations adressées par MM. Proust et Michon.

La malade de M. Proust était une jeune fille de dix-huit ans, qui avait reçu trois coups de revolver à bout portant dans la région de l'hypocondre gauche; M. Proust la voit deux heures après l'accident; il la trouve en état d'anémie aiguë, vomissant du sang, sur le point de succomber; il pratique immédiatement la laparotomie sus-ombilicale, trouve une plaie du lobe gauche du foie, deux petites plaies sur la face antérieure de l'estomac; il suture ces plaies, puis il explore la face postérieure de l'estomac, y trouve une troisième perforation, près de la petite courbure, qu'il ferme. Comme il y a encore du sang épanché dans l'arrière-cavité, il cherche et trouve une plaie du pancréas qu'il suture; cela saignait encore. Il y avait en effet une autre plaie du rein gauche qu'il dut aveugler; la malade guérit très promptement. — Dans le second cas, présenté par M. Michon, il s'agit encore de deux plaies de l'estomac et de deux plaies du foie, par une balle de revolver tirée sur une jeune femme de vingt-deux ans, au niveau du sixième espace intercostal gauche. Transportée à l'hôpital, elle pré-

sentait des signes manifestes d'hémorragie interne; M. Michon intervint seulement trente heures après l'accident; la balle avait traversé la plèvre gauche, le diaphragme, pénétrait dans le ventre, déterminait deux plaies de la face antérieure de l'estomac et deux plaies du lobe gauche du foie; suture de chacune de ces plaies; guérison.

M. Lejars fait suivre ces observations de réflexions générales sur ces plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu. Il insiste sur ce fait que plus vite on intervient, mieux cela vaut.

Élection. — M. Marion est élu membre titulaire par 25 suffrages sur 31 votants.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 4 mars 1909)

Maladie de Recklinghausen et rétraction de l'aponévrose palmaire. — M. P. Merle montre un homme atteint de molluscums fibreux cutanés multiples, sans signes nerveux, et présentant en même temps une rétraction de l'aponévrose palmaire, que l'auteur considère comme un trouble mésodermique, à rapprocher, peut-être, des molluscums cutanés. — Il existe en même temps des manifestations prurigineuses, en particulier du côté du scrotum, qui, dit M. Marie, sont peut-être, plus que la maladie de Recklinghausen, à rapprocher de la rétraction palmaire.

Sclérose en plaques, troubles stéréognostiques. — MM. Claude et Jacob. Le malade, âgé de cinquante-deux ans, eut, il y a trois ans, des douleurs des membres inférieurs puis une démarche spasmodique avec exagération des réflexes, à l'exception de l'achilléen gauche qui est aboli. Dix-huit mois plus tard, apparurent des douleurs dans le membre supérieur gauche qui, actuellement, présente des troubles sensitifs gênant la profession, et l'abolition des réflexes, du coude et du poignet. Plus tard, les mêmes douleurs atteignirent la face. On trouve un léger tremblement intentionnel, de l'ataxie, du nystagmus, signes sur lesquels les auteurs s'appuient pour défendre le diagnostic de sclérose en plaques, affection dans laquelle ils ont observé des variations des réflexes comme dans ce cas. Ils insistent surtout sur les troubles de la sensibilité stéréognostique, rééducables rapidement, coïncidant avec une conservation suffisante de la sensibilité superficielle.

Lésion pédonculo-protubérantielle par balle de revolver. — MM. Guillain et Houzel. Le 2 janvier dernier, un homme se tirait une balle de revolver dans la région sus-hyoïdienne. La ponction lombaire donna un liquide rosé. Le troisième jour, on constatait une paralysie faciale gauche à type central, avec paralysie complète du trijumeau, et thermo-anesthésie. Aux membres, du côté gauche, hémiplégie flasque, avec légère exagération du réflexe rotulien, signe de Babinski, ébauche de clonus. Du côté opposé, thermo-anesthésie, avec conservation des sensations tactiles, la piqûre étant perçue comme une sensation électrique. Un mois après, ces troubles persistaient, avec une atrophie musculaire diffuse des membres et du thorax du côté gauche, que les auteurs ont déjà observée dans un cas de syndrome de Weber. Il y avait, en outre, de la thermo-vaso-asymétrie. — Enfin, un premier examen oculaire pratiqué seize jours après le traumatisme, par M. Rochon-Duvigneaud, montrait, avec une ophtalmoplégie externe complète, une ophtalmoplégie interne incomplète et une hémianopsie. Un mois après, le signe d'Argyll était des plus nets.

Poliomyélite subaiguë à marche progressive. — M. Brissaud montre un homme qu'on prendrait, à première vue, pour un myopathique du type scapulo-huméral. En réalité, les accidents ont apparu progressivement, en quelques semaines, à la suite d'un coup de froid. Le pronostic est difficile à préciser, les réactions électriques restant bonnes, malgré l'atrophie musculaire considérable.

Ophtalmoplégie interne pure chez un hérédo-syphilitique. — M. De Lapersonne ne connaît qu'un seul exemple d'ophtalmoplégie interne pure chez un hérédo-syphilitique, c'est un cas de M. Crucheaudeau qui s'est terminé par la guérison. Le malade dont il rapporte l'histoire est un homme de vingt-six ans qui, outre cette ophtalmoplégie, présente l'abolition des réflexes rotuliens.

Réaction myotonique, difficulté d'exécution des mouvements commandés, après l'occlusion des yeux. — M. Bauer présente un jeune homme, d'aspect athlétique, avec la réaction myotonique des plus nettes, la réaction d'Erb l'étant moins. Il offre cette particularité de ne pouvoir que très difficilement exécuter les mouvements commandés, après une occlusion énergique des yeux.

Vomissements gravidiques et tabes. — M. Dufour a vu une femme qui, pendant une grossesse, avait eu des vomissements incoercibles, sans signe d'Argyll. Or, la grossesse s'est terminée par une fausse couche; actuellement, les signes de tabes sont très nets. La crise antérieure à la grossesse avait été rapportée à une obstruction intestinale, et opérée. Chez une autre femme, qui a eu des vomissements gravidiques, il reste une tachycardie 120 que l'auteur considère comme indiquant une névrite gravidique du pneumogastrique.

Encéphalomyélite consécutive à un état méningé chez une fillette de neuf ans. Sclérose en plaques. — MM. Raymond et Lejonne montrent une fillette de neuf ans, qui offre un mélange de spasmodicité et de troubles cérébelleux (asynergie, marche cérébelleuse et ataxie), le diagnostic de sclérose en plaques est donc défendable. Or, à six ans, elle eut une méningite qui laissa de l'incertitude des mouvements et de l'affaiblissement intellectuel. Dix-huit mois après, apparaissait la difficulté de la marche, actuellement progressive, la tête est un peu grosse.

Aphasie motrice après une lésion du lobe frontal. — M. Vouters rapporte l'histoire d'un homme qui se tira une balle de revolver dans la tempe droite et resta trois mois sans aphasie. Or, la radiographie ayant montré que la balle était près de la calotte cranienne du côté gauche, la trépanation fut pratiquée de ce côté. Une aiguille-sonde rencontra la balle, qui fut extraite à l'aide d'une pince de Kocher, enfoncée, autant qu'on peut s'en rendre compte, à travers le lobe frontal. Ce qui vient confirmer cette probabilité c'est que, le lendemain, existait une paralysie faciale, à type central. Or, l'intervention fut suivie d'aphasie motrice, sans aucun trouble intellectuel, ni surdité verbale.

Tabes avec paralysies radiculaires transitoires. — M. Descomps.

Deux tumeurs du lobe frontal, sans signes de localisation. — M. Babinski. Seuls, les signes généraux des tumeurs existaient; dans l'un de ces cas, la céphalée était localisée du côté opposé à la tumeur.

Sur la nature inflammatoire de certaines scléroses en plaques. — MM. Lejonne et Lhermitte ont, dans trois cas, observé que les plaques jeunes étaient constituées par des foyers de démyélinisation, avec lésions vasculaires intenses, les anciennes, névrembryonnaires sont centrées par des vaisseaux infiltrés d'éléments.

Neurotisation dans les foyers de ramollissement cérébral. — M. Merle. Des fibrilles amyéliniques apparaissent autour des vaisseaux, au voisinage du tissu sain; elles peuvent présenter des issues terminales qui ont paru plus marquées dans les cas récents. Néanmoins, ces fibres sont très

résistantes et persistent là où la nutrition des cellules nerveuses paraît très réduite.

Altérations osseuses dans la myopathie. — MM. Merle et Lapointe. Elles consistent en atrophie, avec raréfaction du tissu et distension des reliefs normaux ; la radiographie a révélé des fractures rotuliennes, ignorées des malades.

Moelle syringomyélique « canne de Provence ». — M. Roussy applique cette dénomination à une moelle dont la cavité cervicale offrait un diamètre de 11 millimètres et demi, la moelle en mesurant 15, et s'étonne de l'absence de paralysie dans ce cas.

LIVRES NOUVEAUX

Le Mécanisme de l'immunité : anticorps, antigènes et déviation du complément (1), par P.-F. Armand-Delille.

La méthode de fixation de Bordet (méthode de la déviation du complément suivant la terminologie allemande) est actuellement appliquée au diagnostic d'un nombre considérable de maladies infectieuses ou parasitaires. La pratique de cette méthode implique la connaissance de nombreux détails dont l'observation minutieuse est nécessaire pour qui veut user convenablement et avec fruit de cette technique. Nous devons donc savoir gré à M. Armand-Delille d'avoir précisé dans son opuscule les notions indispensables, et surtout indiqué en des tableaux parfaitement clairs les diverses opérations de la méthode.

M. Armand-Delille résume d'abord les faits essentiels sur lesquels repose la découverte de Bordet; dans un premier chapitre, il rappelle les manifestations objectives de l'immunité humorale, il étudie à ce propos le phénomène de Pfeiffer et la méthode de la séro-réaction de Widal; enfin, il expose les belles recherches de Bordet sur la vaccination anti-cellulaire. Dans un second chapitre, il étudie le mécanisme de l'action des sérums hémolytiques, définit ce que sont l'alexine (ou complément), la sensibilisatrice (fixateur ou ambocepteur), explique d'une manière fort précise la nature de ces substances et leur mode d'action. Ces deux premiers chapitres conduisent d'une façon logique au troisième, dans lequel est étudié la méthode de fixation de Bordet et ses applications à la clinique.

Il rappelle que, d'abord appliquée au diagnostic de la fièvre typhoïde par Widal et L. Le Sourd, dès 1901, la méthode de Bordet a été bientôt généralisée.

Widal et Le Sourd l'appliquent encore au diagnostic de la tuberculose; Camus et Pagniez montrent que l'on peut observer la réaction de fixation en prenant la tuberculine comme antigène; Wassermann, Neisser et Brück (1906) l'adaptent au diagnostic de la syphilis; enfin, Weinberg et Parvu (1908) montrent qu'elle peut servir à reconnaître les malades atteints de kystes hydatiques.

On peut regretter que M. Armand-Delille n'ait pas encore indiqué toute une série d'autres applications cliniques fort intéressantes de la réaction de Bordet, dont quelques-unes datent déjà de plusieurs années : Dopter (1905) l'a employé au diagnostic de la dysenterie bacillaire, Eitner (1906) à celui de la lèpre, Sicre (1907) à celui de la fièvre de Malte, Widal (1908) au diagnostic de la sporotrichose, etc.

M. Armand-Delille n'en a pas moins rendu un véritable service aux médecins en vulgarisant une méthode, restée jusqu'ici trop confinée dans les laboratoires de recherches ; son exposé didactique, grâce à sa clarté, sera facilement compris des cliniciens et des praticiens, un peu étonnés jusqu'ici de termes nouveaux, que rendait plus obscurs encore la double terminologie française et allemande indistinctement employée par beaucoup d'auteurs. L. Le Sourd.

(1) Grand in-8 (nº 55 de l'*Œuvre médico-chirurgical*) de 36 p. avec fig. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 MARS 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Retterer et Rieffel.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Nicolas et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Brissaud, Reclus et Branca; — (3e série) : MM. Segond, Macaigne et Mulon ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Hartmann, Gosset et Proust; — (2e partie) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper; — M. Legry, suppléant.

Mardi 23 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Morestin.

1er (oral) : MM. Prenant, Quénu et Rémy.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Richaud ; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Marion et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Carnot ; — M. Lannois, suppléant.

Mercredi 24 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Gosset et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Delbet, Retterer et Rieffel; — (2e série) : MM. Hartmann, Macaigne et Mulon ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Jeudi 25 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Morestin et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Prenant, Remy et Thiéry.

3e (oral, 2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Fernand Bezançon.

4e : MM. Pouchet, Chantemesse et Balthazard ; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 26 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Hartmann et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Reclus et Mulon ; — (2e série) : MM. Segond, Rieffel et Macaigne.

2e : MM. Gautier, Retterer et Langlois ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust ; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Lœper, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



Affections pulmonaires
Tuberculose
Les seules préparations ayant donné des résultats appréciables et constants dans le traitement de la
TUBERCULOSE PULMONAIRE
Grâce à leur goût agréable, elles sont toujours acceptées même par les malades les plus difficiles.
Éviter les contrefaçons
Echantillon et littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7 rue Saint Claude
PARIS
Sirop Roche
Sirop Roche au Thiocol préparé par Ch. Weiss
30 Boulevard Magenta
Prix 4 fr
Comprimés de THIOCOL ROCHE

N° 31. — MARDI 16 MARS 1909. 82e ANNÉE. MARDI 16 MARS 1909. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Nous prévenons une fois de plus nos lecteurs que la Poste est seule responsable *des nombreuses irrégularités qui se produisent depuis un mois dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AU CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite : Anatomie pathologique.* — Séance du 8 mars 1909 : MM. Babonneix, 10; Paisseau, 8; Rostaine, 10; Deguy, 10; Boidin, 9; Villaret, 9.

La prochaine séance (épreuve clinique) sera fixée ultérieurement; elle sera affichée à l'Administration centrale et à la salle des Saints-Pères.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — Le premier prix (médaille d'or) est attribué à M. Vincent, le deuxième prix (médaille d'argent) à M. Lian, et l'accessit (livres) à M. Sézary.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 13 mars : MM. Fabre, 14; Bruel (Léon), 7; Mlle Lévy, 8; MM. Piot, 5; Sébillotte, 8; Autier, 6.

Oral. — Séance du 15 mars : Question donnée : « Anatomie des gaines synoviales des muscles fléchisseurs des doigts de la main. — Symptômes et diagnostic différentiel des fractures de l'extrémité inférieure du radius. »

MM. Vincent (René), 7 + 16 = 23; Gillard, 9 + 19 = 28; Bruslé, 11 + 19 = 30; Gauthier (Claude), 11 + 20 = 31; Caudrelier, 15 + 21 = 36; Baudouin (Emile), 6 + 17 = 23; Aubry, 11 + 20 = 31; Bloch (Marcel), 18 + 22 = 40; Marquis, 6 + 17 = 23; Rolland, 17 + 21 — 38.

Prochaine séance mercredi 17, à quatre heures et demie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — Le concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, s'est terminé par la nomination de M. Tournade.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Becquerel (J.-A.-E.-M.), assistant de la chaire de physique appliquée aux sciences naturelles au Muséum d'histoire naturelle est nommé professeur de ladite chaire, en remplacement de son père M. Henri Becquerel, décédé.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin inspecteur Heuyer, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, membre des comités techniques de l'intendance et de santé, est promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 11 mars 1909 :

Médecin-major de première classe. — M. Rémy, passe aux salles milit. de l'hosp. mixte de Vannes.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Bailly, passe au 28e d'art.; Conor, à l'hôpit. du Belvédère à Tunis ; Bablon, au 152e d'inf.; Métoz, au 14e chass. à cheval.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Perrin, passe au 66e d'inf.; Reverchon, au 7e bat. du génie; Sicre, à l'hôpit. du Val-de-Grâce à Paris ; Sibille, au 149e d'inf.; Blanc, à la compagnie saharienne de Colomb.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Monloup, passe au 39e d'inf.; Rault, au 93e d'inf.; Morel, au 5e d'art.; Mallet, au 3e bat. de chass. à pied.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉES DE BORDEAUX. — Un concours s'ouvrira le 8 mai pour une place d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire à l'asile d'aliénées de Bordeaux. Pour conditions et inscription, s'adresser à la direction ou à M. Anglade, médecin en chef.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Motet, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de soixante-seize ans.

Motet qui dirigeait depuis de longues années, avec le docteur Mesnet, la maison de santé de la rue de Charonne, fut à la fois un aliéniste éminent et l'un des médecins légistes les plus écoutés au Palais.

Savant d'une courtoisie et d'une bienveillance rares de nos jours, orateur aussi élégant que brillant, il occupait une place importante à l'Académie.

A l'Association générale des médecins de France enfin, dont il était vice-président, Motet laissera le souvenir d'un homme qui sut en toutes circonstances se prodiguer pour les intérêts professionnels.

Nous adressons à Mme Motet et à tous les siens l'assurance de notre très respectueuse et très profonde sympathie.

— Nous avons aussi le regret d'apprendre la mort de M. Louis Comar, président honoraire à la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, décédé à Paris à l'âge de soixante-dix-sept ans.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p.* 377.)

LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

DANS LES SPASMES DU PYLORE

Par M. TERMIER,
Chirurgien des hôpitaux de Grenoble.

L'observation qu'on pourra lire plus loin ne tire un intérêt particulier ni de l'histoire même de la maladie, ni de l'opération pratiquée, mais seulement de ce qu'elle a trait à une indication encore trop contestée de la gastro-entérostomie. Cette opération est en effet capable de donner des résultats très heureux en dehors du champ, classique aujourd'hui, que le consentement de tous les médecins et chirurgiens lui a d'ores et déjà dévolu.

Depuis vingt-sept ans que Wölfler a pour la première fois (1881) pratiqué une dérivation gastrique dans une anse grêle, l'opération s'est peu à peu répandue et perfectionnée dans son manuel opératoire d'une façon tout à fait remarquable. Nous sommes heureusement bien loin, à l'heure actuelle, de l'effrayante statistique du mémoire de Saltzmann qui, en 1886, lui attribuait une mortalité de 66 p. 100. En 1901, Mayo-Robson a pu en réunir et en analyser 1978 cas publiés; aujourd'hui, le nombre en serait tout à fait incomptable, attendu qu'en fait, personne ne les publie plus, sauf lorsqu'on y est poussé, soit par un intérêt de technique un peu spéciale, soit surtout lorsqu'il s'agit d'une indication inhabituelle. Si j'insiste ainsi sur le très grand nombre de cas publiés depuis la naissance de cette intervention, et sur le nombre encore bien plus grand de ceux qui sont restés dans l'ombre, c'est pour constater que si tout le monde est d'accord sur l'indication primordiale de l'opération (à savoir la sténose du pylore quelle qu'en soit l'origine), il est étonnant que cet accord soit si long à s'établir au sujet des indications plus spéciales.

Depuis quelques années cependant, quelques nouveaux jalons ont été posés. Un mouvement s'est dessiné, timidement d'abord, audacieusement ensuite (parfois peut-être trop), dont le résultat était de faire sortir la gastro-entérostomie du cadre restreint des sténoses anatomiques du pylore. Küsster (1894), Doyen (1895), Mayo-Robson et Rodmann (1901), Pinatelle (1902), précisent et limitent leuus indications dans les hémorragies (surtout chroniques) de l'ulcère de l'estomac. Terrier et Hartmann donnent des cas de guérison par l'intervention après des perforations gastriques ulcéreuses. Simultanément, le domaine s'étend aux lésions gastriques non sténosantes, Küsster et Krogius (1894), Doyen (1894). On explique les bons effets de l'opération par la mise au repos de l'estomac, le drainage de son contenu; autant de conditions favorables, semble-t-il, à la cicatrisation de la plaie gastrique. Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser de cette suppléance, par une néostomie, d'un pylore encore perméable.

Enfin la gastro-entéro-anostomose fut dirigée contre les hyperchlorhydries graves (1). On voulut même, avec Desfontaines (*Archives prov. de chir.*, 1897), en faire un traitement des dyspepsies rebelles en général. — Il est certain qu'il y a là exagération manifeste; les hyposthénies gastriques (atonie, gastrite ana-chlorhydique, névropathie gastrique, etc.) sont en général peu ou pas modifiés, parfois aggravés par l'intervention. Sur 23 cas relevés un peu au hasard de côté et d'autres, nous avons :

- 1 guérison complète;
- 2 améliorations (1 lente, 1 incomplète);
- 3 aggravations;
- 16 résultats nuls;
- 1 mort [broncho-pneumonie (seizième jour)].

On voit à quel point ce bilan est peu satisfaisant et on peut dès à présent conclure que toute la classe de malades chez lesquels la lésion est d'ordre moteur (atonie, dilatation *sans sténose* pylorique), ou d'ordre nerveux proprement dit (nous ne parlons pas de l'hyperesthésie spasmogène, mais des troubles comme les gastropathies, les gastralgies, les vomissements nerveux), toute cette classe, disons-nous, est et doit rester médicale. Il ne faut pas faire de la gastro-entérostomie une panacée pour toutes les maladies gastriques, sous peine de la faire tomber dans un discrédit qu'elle ne mérite pas.

*
* *

Il n'en est pas de même dans les affections gastriques qu'on rangeait, il y a quelques années, sous la qualification d'hypersthénique. Dans ce cas on voit souvent entrer en jeu une hyperesthésie particulière de la muqueuse qui peut aboutir parfois, par voie réflexe, à l'obturation spasmodique du pylore. La lésion proprement dite, d'ordre sécrétoire, inflammatoire ou ulcéreux, passe alors au second plan. Il y a déjà un certain temps que l'italien Sansoni (1897) et l'allemand Verhœgen (1898) ont émis l'opinion que l'hyperchlorhydrie simple primitive consiste non pas dans une hyperacidité de la sécrétion gastrique, mais dans une sensibilité exagérée de la muqueuse en présence de l'acide chlorhydrique. C'est cette hyperesthésie qui détermine la contraction spasmodique du pylore et la rétention du contenu stomacal pendant que, de son côté, la contraction du muscle gastrique détermine les douleurs, les renvois et les vomissements. D'ailleurs Ewald et Boas ont observé que la production d'acide dans un estomac normal augmente la contraction des parois et joue par suite un rôle dans l'expulsion du contenu, mais s'il y a de l'hyperesthésie de la muqueuse, il se produit un spasme du pylore qui s'oppose d'une façon absolue aux efforts d'expulsion des parois musculaires excitées par le même acide (1).

Les termes mêmes de syndrome pylorique, de pylorisme, qu'on emploie pour désigner l'ensemble des symptômes qui se produisent alors, sont donc mauvais parce qu'ils méconnaissent toute la part qui revient à l'estomac et à l'hyperesthésie de cet organe dans la genèse des phénomènes observés. Malgré cela, comme ils correspondent, dans l'esprit de tous, à

(1) Voir Pinatelle, Th. de Lyon, 1902.

(1) Barjon, *Lyon médical*, déc. 1908, p. 1087.

une idée nette et à un ensemble de symptômes bien connus, on peut sans inconvénient continuer à les employer. Ce pylorisme donc, caractérisé dans ses grandes lignes par des vomissements répétés, des éructations, des douleurs en crises, etc., n'est autre chose que la traduction clinique de la lutte entre un estomac irrité, enflammé ou ulcéré, et un pylore, anatomiquement perméable il est vrai, mais physiologiquement obturé par une contraction spasmodique, un pylore qui ne *veut pas s'ouvrir*.

Ce sont là des cas qui, en cas d'échec du traitement médical (le plus souvent d'ailleurs suffisant pour amener la guérison), doivent rentrer dans le domaine chirurgical, si l'on en juge par les résultats déjà signalés un peu partout. Voici une statistique portant sur 28 cas relevés au hasard (Pichancourt, Doyen, Hartmann, Bérard, Terrier, Mayo-Robson et divers), y compris le cas dont l'observation suit :

Mort	1
Aggravation	1
Résultat nul	1
Amélioration lente et complète	1
Améliorations incomplètes	2
Guérisons	22

Sur ces derniers cas guéris 10 ont été revus :

3 mois après l'opération	3
6 — —	1
9 — —	1
11 — —	1
1 an et demi —	2
plus de 3 ans —	2

C'est là une liste très incomplète et qu'il serait bien facile d'allonger; au Congrès de chirurgie de 1905, un certain nombre d'opérateurs, Monprofit, Mayo-Robson, Jonnesco, Hartmann sont venus affirmer, d'après leur expérience, les bons résultats de la gastro-entérostomie dans des cas de gastrite ou surtout d'hyperchlorhydrie, lorsqu'au complexus clinique vient se surajouter le syndrome pylorique, par spasme probablement. Il y a donc lieu de reconnaître comme indication à l'intervention, en plus de la sténose chronique du pylore par obstacle anatomique (cancer, cicatrice), une sténose qu'on pourrait appeler *aiguë* et dont la cause *physiologique* serait un spasme du sphincter.

OBSERVATION. — *Syndrome dit pylorique. Gastrite diffuse. Gastro-entérostomie. Guérison.* — Julie C..., trente-sept ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels, sauf une métrite post partum.

Les troubles digestifs ont commencé en 1903 : digestions pénibles, lentes ; la malade absorbe presque tous les jours du thé alcoolisé pour faciliter sa digestion (éthylisme ??). Renvois nombreux, acides; sensation de brûlure le long de l'œsophage et au gosier; crises de douleurs gastriques deux heures après l'ingestion des aliments. Pas de vomissements jusqu'en juin 1907. A ce moment ils apparaissent, d'abord irréguliers, puis deviennent habituels. Ils sont tardifs, un peu calmés si la malade se couche, mais elle finit cependant par rejeter la plus grande partie de ce qu'elle a ingéré. Il y eut à plusieurs reprises quelques filets de sang, parfois aussi un peu de melæna.

Depuis deux mois, les vomissements se localisent à la fin des repas. La malade ne peut rien garder; une cuillerée d'eau occasionne des souffrances terribles jusqu'à ce qu'elle soit rendue. Dénutrition considérable. La malade a perdu *15 kilogrammes* en deux mois et demi, 2 kilogrammes dans la *dernière semaine seule*.

Plusieurs traitements médicaux ont été essayés par le docteur Roget, médecin de la malade; les alcalins à haute dose, les bouillies bismuthées, les divers calmants ont été totalement sans effet. La malade ne peut d'ailleurs rien supporter du tout, ni médicament, ni aliment, aussi est-elle envoyée par le docteur Roget à l'hôpital de Grenoble pour y subir une intervention opératoire.

A son entrée, la malade est dans un état de cachexie très marqué : teint terreux, pouls petit, voix éteinte.

La palpation de l'abdomen ne montre nulle part de tumeur ou d'induration; elle est seulement *excessivement douloureuse* dans toute la région gastrique. Pas d'ondes péristaltiques ; d'ailleurs l'estomac n'est pas dilaté, et il n'y a pas, ou presque, de résidu matinal.

Le diagnostic posé est celui d'ulcère en évolution, à siège probablement pylorique ou juxta-pylorique. La malade est mise en observation et surveillée pendant deux ou trois jours; il est exact qu'elle ne peut absolument rien garder. Il y a intolérance gastrique absolue. Lorsqu'elle avale une quantité donnée d'eau ou de bouillon, elle souffre ensuite pendant une heure ou deux des douleurs très vives, puis elle vomit la *totalité* du liquide ingéré, plus une certaine quantité de liquide d'origine salivaire ou stomacale.

On essaie deux jours de suite le traitement de Bourget (de Lausanne), par les lavages au perchlorure de fer. Chaque fois les douleurs consécutives sont si violentes qu'on est obligé de faire plusieurs piqûres de morphine et que la malade réclame instamment une intervention opératoire.

Opération. — Le 2 septembre 1908, laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac est de dimensions normales. La palpation minutieuse de toute la face antérieure du vestibule, du *pylore lui-même*, ne révèle rien d'anormal; pas d'adhérences, pas de plaques, pas d'épaississement.

Eviscération du côlon transverse et effondrement du mésocôlon. La partie postérieure de l'estomac est explorée à son tour. Rien d'anormal nulle part.

En raison cependant des signes cliniques qui indiquent un obstacle anatomique ou spasmodique du pylore, on pratique une gastro-entérostomie postérieure au bouton de Bérard; trois points de suspension.

Au moment de l'ouverture de l'estomac, la muqueuse apparaît *extrêmement rouge*, comme boursouflée, tellement enflammée, en un mot, qu'elle semble devoir saigner au moindre contact. Elle ressemble tout à fait à une conjonctive très enflammée par une blennorragie oculaire. Cette apparence s'étend, sans modifications, à tout ce qu'on peut inspecter de la muqueuse. Pas d'ulcérations appréciables.

Fermeture de la paroi au fil d'argent. Un plan de sutures. Durée de l'opération : trente minutes.

Le lendemain, la malade a plusieurs vomissements bilieux. Pas de température. Les jours suivants, les vomissements continuent, presque aussi répétés qu'avant l'intervention et contenant toujours de la bile. Au cinquième jour, légère poussée thermique (38°5). Pas de douleur à la palpation de l'abdomen, sauf à droite au niveau du foie; pas de météorisme. Au sixième jour, apparition d'un ictère généralisé; les vomissements, toujours bilieux, tendent à s'espacer. Les jours suivants, les douleurs hépatiques se calment, la température retombe à la normale. Quant aux vomissements, ils deviennent peu à peu moins fréquents; au dixième jour, la malade reste vingt-quatre heures sans vomir, pour la *première fois depuis quatre mois*.

Les jours suivants, l'amélioration continue; trois semaines après l'intervention, les vomissements ont à peu près dis-

paru. La malade, qui se lève, peut garder les aliments légers qu'on lui donne. L'ictère a disparu, ainsi que toute douleur à la palpation. Un mois après l'intervention, la malade ne vomit plus qu'une fois tous les deux ou trois jours. L'état général s'améliore considérablement. Six semaines après la gastro-entérostomie, la malade ne vomit plus, elle s'alimente normalement, a pris 2 kilogrammes et peut rentrer chez elle. D'après les renseignements transmis récemment, à l'heure actuelle (six mois environ après l'opération) elle a repris sa vie normale, a engraissé notablement, ne vomit qu'à de très rares intervalles, mais parfois souffre un peu de l'estomac pendant la nuit.

Au sujet de l'observation même qui précède, deux choses sont dignes de remarques.

La première, déjà signalée, c'est l'aspect inflammatoire, rouge et comme vernissé de toute la muqueuse gastrique visible.

La seconde est l'apparition, au cinquième jour, de symptômes qu'on doit rapporter certainement à de l'angiocholite.

Immédiatement après l'intervention, la malade a eu une rétention pour ainsi dire complète dans tout le segment du tube digestif situé au-dessus de la néostomie jéjunale. Il est probable qu'en pareil cas (et c'est l'explication de la rétention gastrique qui se voit toujours après la gastro-entérostomie pendant les premières journées) l'intestin se contracte en bloc au-dessous de la bouche qui lui déverse directement un liquide auquel il n'est pas accoutumé. (Même dans le procédé en Y, cette rétention existe à un certain degré.) Il semble que, pendant les premiers jours, estomac, duodénum et début de l'anse jéjunale soient transformés en un vase clos où les ingesta, les produits de sécrétion gastrique, la bile et le liquide pancréatique sont mélangés et restent *sous pression*.

Rien d'étonnant à ce qu'il se produise alors, dans ce segment du conduit digestif, une augmentation de virulence microbienne, et consécutivement l'infection ascendante des voies biliaires, l'angiocholite et les symptômes d'ictère signalés dans un certain nombre d'observations, et qui, chez notre malade, rétrocédèrent heureusement assez vite.

*
* *

Comment peut-on expliquer, dans les cas d'hyperchlorhydrie ou de gastrite, le rôle favorable de la gastro-entérostomie? Est-ce par un véritable drainage stomacal qui permet l'évacuation du liquide irritant, et s'il y a des lésions de la muqueuse, leur guérison plus facile. Est-ce par cessation réflexe d'un spasme pylorique à la suite de la taille stomacale? Est-ce enfin par le fonctionnement, ou synchrone, ou plutôt alternant, des deux orifices gastriques, bouche et pylore, qui assure la vacuité de l'estomac et le met au repos, comme une cystostomie assure le repos du réservoir vésical?

Il est probable que le rôle de la néostomie est assez complexe. Il ne faudrait pas croire en effet qu'il suffise de créer une dérivation gastrique pour que les aliments passent fatalement par la nouvelle voie ouverte.

Expériences et clinique l'ont actuellement démontré d'une façon définitive (1). On peut, très brièvement, rappeler les expériences de Blacke et Cannon : gastro-entéro-anastomose sur dix chats ; les aliments ne passent pas par la néostomie tant que le pylore est perméable ; cette dernière ne fonctionne qu'au cas d'être postérieure, très étendue, ou bien si l'on place une ligature pylorique.

Les expériences de Tuffier confirment ces données.

En 1907, Legett et Maury opèrent sur des chiens; une fois l'animal bien remis de l'opération, on lui fait avaler une boulette fixée à une ficelle. Quelques heures après, sacrifice de l'animal. Dans tous les cas où le pylore est encore perméable, c'est par lui que la boulette a passé. Dans un des cas rapportés par ces expérimentateurs, la boulette avait accompli un trajet bien curieux et beaucoup plus complexe. Sortie par le pylore, elle était rentrée dans l'estomac par la néostomie, pour ressortir encore une fois par le pylore, réalisant ainsi un *circulus viciosus* directement tangible.

Kelling emploie une autre méthode : après fistulisation duodénale, un animal est nourri d'aliments colorés. On voit par l'écoulement de la fistule si l'estomac se vide en amont ou en aval du point où elle est située. Mêmes résultats expérimentaux que ci-dessus.

Cliniquement, un cas de Gaillard et Savariaud (1907) permet de constater ce qui se passe, chez l'homme, lorsqu'on pratique une gastro-jéjunostomie avec un pylore perméable. Savariaud opère un malade atteint d'ulcère chronique, *non pylorique*, et sans signes cliniques de rétention stomacale. Au cours de l'opération, le pylore est trouvé perméable. Résultat fonctionnel excellent; mais quelque temps après, Leven et Barret, en soumettant le malade à l'examen radioscopique après ingestion d'une bouillie bismuthée, constatent que l'estomac se vide par le pylore et pas du tout par la bouche ! Encore plus démonstratif, si possible, est un cas tout récent de Jaboulay (*Lyon médical*, 1908). Néoplasme du vestibule, sans oblitération du pylore, ni syndrome de rétention gastrique. Craignant l'envahissement rapide du pylore, Jaboulay pratique, à titre préventif pour ainsi dire, une gastro-entérostomie postérieure au bouton. Le malade est amélioré pendant six mois, puis revient, ayant recommencé à maigrir et à ne pouvoir s'alimenter. Nouvelle laparotomie, qui montre l'extension du néoplasme : *l'anse jéjunale anastomosée à l'estomac dans la première intervention s'est complètement séparée de celui-ci*; il ne reste pas extérieurement la moindre trace de la gastro-entérostomie pratiquée six mois auparavant.

Un autre cas de Delore, réopéré six mois après par Bérard, montre encore une oblitération spontanée de gastro-entéro-anastomose. L'intestin n'était plus accolé à l'estomac (extrêmement dilaté) que sur une surface d'un centimètre carré à peu près, et il ne subsistait de la bouche créée qu'un petit pertuis de la grosseur d'une tête d'épingle. Ce cas est d'autant plus curieux que ceci s'est produit malgré une sténose cicatricielle serrée du pylore.

(1) Voir Guibé. *Journ. de chir.*, 1908.

Dans le même sens parlent encore les expériences dont Pierre Delbet communiqua le résultat en décembre 1907 à la Société de chirurgie, démontrant que, (sur le chien tout au moins) :

1° Si l'on sectionne une anse grêle en abouchant le bout pylorique à la peau et le bout distal à l'estomac, tous les aliments continuent à passer par le pylore et sont rejetés en dehors par l'anus créé; l'animal meurt d'inanition;

2° Si l'on isole complètement une anse grêle en rétablissant la continuité de l'intestin et si l'on abouche ensuite un bout de cette anse à l'estomac, l'autre bout à la peau, aucun aliment ne passe par cette anse et n'est évacué par la fistule cutanée.

Cependant quelques observations, beaucoup plus rares, paraissent parler en sens contraire.

Bérard (1) apporte trois cas de cet ordre dont voici les observations succinctement résumées :

Observation I. — Gastrite alcoolique, hématémèses et mælena graves. Rien d'anormal au pylore qui semble perméable. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison, le malade prend 17 livres en trois mois. A la radiographie au bout de ce temps, la bouillie bismuthée donne une double coulée noirâtre, correspondant l'une au pylore, l'autre, plus marquée encore, à la bouche jéjunale.

Obs. II. — Sténose cicatricielle incomplète. Opération : pyloroplastie large (deux doigts), puis gastroentérostomie postérieure à la suture. Un mois et demi après, la radioscopie montre le double courant : transversal (pylore) et vertical (néostomie).

Obs. III. — Estomac biloculaire antérieurement traité par gastroplastie; continuation des douleurs et vomissements. Gastro-entérostomie postérieure.

Dix-huit mois après cette intervention, la radioscopie montre un estomac revenu à peu près à ses contours normaux, et un double courant gastrique, le plus large passant par l'anastomose. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

LES ÉRYTHÈMES GRAVES PRINCIPALEMENT AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Dans les états morbides infectieux, des érythèmes peuvent survenir qui n'ont, en dehors de leur aspect, rien de commun avec les fièvres éruptives. Hippocrate les avait observés et il avait même remarqué que « les érythèmes aux mains et aux pieds sont des signes pernicieux ». Ce n'est qu'à une époque récente que ces éruptions spéciales ont été plus complètement étudiées, mais on les considéra d'abord comme des coïncidences de rougeole ou de scarlatine avec l'affection première. Jusqu'en 1878, la question resta mal posée; elle ne devint plus précise qu'avec les travaux de MM. Raymond et Nélaton, Maurice Raynaud, et surtout avec le mémoire classique de MM. Hutinel et Martin de Gimard (1890). A l'occasion d'une série d'érythèmes graves au cours de la fièvre typhoïde observés à l'hôpital Trousseau, M. Poisot (2) a réuni tous les documents publiés sur ce sujet et les a très soigneusement commentés, en y ajoutant les résultats de ses observations cliniques et de quelques examens histo-pathologiques.

Les érythèmes de la fièvre typhoïde sont plus fréquents chez les enfants que chez les adultes; à l'hôpital, ils se manifestent souvent par séries et frappent alors les typhoïdiques dans une grande proportion; ils ont été signalés dans toutes les formes cliniques de la dothiénentérie, même dans les formes bénignes ou abortives, mais plus souvent toutefois dans la forme ataxo-adynamique. Ils peuvent apparaître à toutes les périodes de la maladie; surviennent-ils au début, ils rappellent les rash prémonitoires de certaines infections et précèdent alors les taches rosées. A la période d'état, on les observe à la fin du deuxième ou au troisième septénaire, parfois au cours d'une rechute ou même pendant la convalescence. Ces érythèmes se montrent habituellement par séries épidémiques (Hutinel et Martin de Gimard, Le Gendre, Leroux et Lorrain), mais, malgré cette épidémicité, il semble bien difficile d'affirmer qu'ils soient contagieux.

Cliniquement, M. Poisot distingue les érythèmes bénins et les érythèmes graves. Ceux-là sont constitués uniquement par une éruption, morbilliforme ou polymorphe, qui ne modifie ni l'allure ni le pronostic de la fièvre typhoïde. Ceux-ci, beaucoup plus fréquents, sont accompagnés d'autres symptômes qui constituent un véritable syndrome érythémateux; le typhoïdique, c'est le plus souvent un enfant, est pris de vomissements verdâtres; il est abattu, prostré, son facies s'altère, ses yeux s'enfoncent et son nez se pince; dès ce moment, la température s'abaisse, la chute de température est plus ou moins marquée, plus ou moins rapide; puis apparaît un érythème essentiellement polymorphe; d'abord localisé au pourtour des articulations, il se généralise plus ou moins les jours suivants, respectant habituellement la face; au point de vue de ses caractères objectifs, l'érythème peut présenter plusieurs types; trois d'entre eux répondent à la presque totalité des cas: morbilliforme, scarlatiniforme et polymorphe; les types ortié, noueux, vésiculo-pustuleux, pemphigoïde, purpurique sont beaucoup plus rares; on observe parfois des formes mixtes dans lesquelles apparaissent des éléments divers, s'associant ou se succédant sans règle. En même temps que l'érythème se généralise, la prostration augmente et le facies s'altère davantage; la langue est sèche, les lèvres se fissurent et s'ulcèrent, les bords ciliaires rougissent et s'enflamment; une diarrhée verte, très fétide, souille constamment le malade. Très souvent, l'évolution se fait vers la mort; la température remonte à 40 degrés, 41 degrés et plus, le pouls est petit, filiforme; l'enfant devient insensible à tout et succombe dans l'adynamie, trois à six jours après le début des accidents; parfois l'évolution est presque foudroyante et la mort survient en vingt-quatre heures; dans d'autres cas, au contraire, elle est lente avec des rechutes successives et plusieurs poussées érythémateuses.

La mort n'est pas fatale; on peut voir les accidents s'atténuer peu à peu et la guérison survenir, mais toujours après une convalescence interminable. Les éléments de ce syndrome érythémateux peuvent se combiner de façon variable et prédominer les unes ou les autres; les quatre symptômes fondamentaux sont : l'érythème, les vomissements verts, la diarrhée verte, la chute de la température suivie très souvent de réascension. Le pronostic est toujours très sombre, car dans 60 à 80 p. 100 des cas, ce syndrome aboutit à la mort.

Le diagnostic est relativement facile; cependant, si l'érythème se montre alors que le diagnostic de fièvre typhoïde n'est pas encore porté, on pourrait penser aux éruptions qui accompagnent l'intoxication par l'arsenic, aux éruptions des toxi-infections alimentaires, au rash d'une variole et surtout à une scarlatine ou à une rougeole, voire même au typhus. En présence d'un exanthème apparaissant au cours d'une dothiénentérie, la première idée est celle d'une fièvre éruptive associée à la fièvre typhoïde; mais la scarlatine se caractérise par l'état de la gorge

(1) Bérard. *Lyon méd.*, 1908.

(2) M. Poisot. *Les érythèmes graves (syndrome érythémateux) principalement au cours de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1908.

J. Rousset.

et de la langue, la rougeole par les catarrhes du début et surtout par les modifications de la muqueuse buccale et par la présence du signe de Koplik; tous ces signes font défaut dans le syndrome érythémateux. On éliminera ensuite les éruptions médicamenteuses, en particulier les érythèmes quinique et antipyrinique. Si la chute de la température et les vomissements verts précèdent l'apparition de l'érythème, on sera naturellement amené à redouter une perforation intestinale; mais la ressemblance n'est qu'apparente et il suffit de connaître la possibilité de cette erreur pour l'éviter. Les signes essentiels de la perforation (douleur abdominale, météorisme, accélération brusque du pouls) manquent dans le syndrome érythémateux.

La pathogénie des érythèmes survenant chez les typhoïdiques est encore assez mal connue; M. Poisot croit que ce ne sont probablement pas des érythèmes infectieux sous la dépendance d'une septicémie secondaire; il admet plutôt qu'ils sont déterminés par le bacille d'Eberth ayant des propriétés plus virulentes et dont les toxines provoquent la dégénérescence granulo-graisseuse rapide et intense des parenchymes glandulaires, du foie surtout, dont les lésions sont constantes. Le syndrome érythémateux n'est, d'ailleurs, pas spécial à la fièvre typhoïde; des types analogues ont été décrits au cours de la rougeole, de la scarlatine, de la diphtérie, etc.

Comme traitement, on fera d'abord un traitement prophylactique, en s'opposant, dans la mesure du possible, à la stagnation des germes morbides dans l'intestin et à la putréfaction intestinale; mais on évitera l'emploi des antiseptiques intestinaux qui peuvent provoquer des érythèmes toxiques; le mieux est de « balayer mécaniquement l'intestin par un léger purgatif, prescrit tous les deux jours ». Les aliments et médicaments, susceptibles d'augmenter le travail du foie, seront supprimés. Lorsque l'érythème est apparu, avec chute de la température, les bains chauds à 38 degrés et les grands lavements de sérum pourront relever l'état général, ainsi que les injections d'huile camphrée et de strychnine; les ulcérations labiales et nasales seront touchées avec une solution d'acide lactique à 15 p. 100. Leroux et Lorrain ayant rapporté un cas d'érythème grave qui a guéri à la suite d'un abcès de fixation, l'essai de ce moyen thérapeutique semble à M. Poisot parfaitement légitime; les injections sous-cutanées ou intraveineuses d'électrargol lui paraissent aussi « un des moyens les plus puissants et les plus rationnels dont nous disposions dans ces cas de haute gravité ». M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 MARS 1909)

Névralgie faciale et pelade. — MM. JACQUET et SERGENT présentent une jeune fille atteinte à la fois de névralgie faciale gauche et de pelade totale de la nuque. Cette association est assez fréquente, bien que M. Sicard, récemment, l'ait contestée. La réparation des lésions dentaires suffira, d'après les auteurs, à la guérison des troubles sensitifs comme des troubles pilaires. Et, en tout cas, ils tiendront la Société au courant du résultat.

Rhumatisme chronique thyroïdien chez les tuberculeux. — MM. LÉOPOLD-LÉVI et Henri DE ROTHSCHILD présentent deux malades :

1° Le rhumatisme chronique thyroïdien — y compris la rétraction de l'aponévrose palmaire — peut évoluer :

Chez des tuberculeux avérés, à tuberculose antérieure simultanée ou postérieure, pulmonaire ou articulaire;

Chez des sujets ayant réagi à la tuberculine, ou suspects de tuberculose, par suite d'hémoptysies ou d'un état général particulier.

La tuberculose agit comme facteur étiologique d'un rhumatisme pathogéniquement tuberculeux; ou bien elle est terminale, ou, se développant sur un terrain de dysthyroïdie qui favorise l'apparition du rhumatisme chronique, elle acquiert une forme spéciale.

Le rhumatisme thyroïdien peut, dans une de ses modalités, faire suspecter le rhumatisme tuberculeux.

2° En présence d'un rhumatisme chronique observé chez un sujet suspect de tuberculose cryptogénique ou pulmonaire ou reconnu tuberculeux, il faut rechercher les stigmates de l'instabilité thyroïdienne. Si on les constate, on est autorisé à pratiquer avec circonspection, sous surveillance et de toutes façons à petites doses, le traitement thyroïdien.

Valeur comparative de la cuti et de l'intra-dermo-réaction à la tuberculine chez l'enfant. — M. MACÉ DE LÉPINAY a inoculé simultanément 150 enfants par la cuti et l'intra-dermo-réaction. Les résultats furent concordants dans 143 cas : soit 95 cas positifs et 48 négatifs. Dans 7 cas la cuti fut négative et l'intra-dermo fut positive; ces 7 cas comprenaient deux méningites tuberculeuses et une granulie vérifiées à l'autopsie, et 4 cas de tuberculose pulmonaire cliniquement non douteuse. L'intra-dermo est donc plus fidèle que la cuti.

Neuf fois la cuti donna une réaction faible et douteuse, alors que l'intra-dermo fut très nette. L'intra-dermo est donc plus nette que la cuti.

Six fois les résultats positifs apparurent vingt-quatre heures plus tôt avec l'intra-dermo qu'avec la cuti. L'intra-dermo est donc plus précoce que la cuti.

Par ces trois avantages, l'intra-dermo-réaction de Charles Mantoux (du Cannet) semble donc être le procédé de choix pour la recherche de la réaction tuberculinique.

Rhumatisme tuberculeux. — M. Antonin PONCET donne des renseignements complémentaires au sujet d'un cas bénin de rhumatisme articulaire tuberculeux primitif à forme chronique, noueuse, ankylosante, dont il a entretenu la Société, à deux reprises différentes, en 1907 et en 1908, en même temps qu'il présentait cette malade.

Il s'agissait d'une jeune fille du service à la Pitié du professeur Terrier.

Frappée d'abord d'arthropathies multiples, à caractères simplement rhumatismaux, elle eut ensuite une ostéo-arthrite d'un genou de nature tuberculeuse pour tout le monde, et qui fut précisément démontrée d'origine bacillaire par une résection du genou.

Depuis cette opération qui avait donné un résultat orthopédique cependant parfait, l'état général de cette malade est allé s'aggravant progressivement, et elle est morte au mois de septembre dernier « de consomption, de cachexie tuberculeuse », d'après les renseignements donnés par son médecin.

Cette terminaison, du reste prévue, vient encore confirmer le diagnostic porté autrefois de : rhumatisme articulaire tuberculeux.

Etude clinique et anatomique de deux cas d'ictère grave septicémique, de l'indication opératoire dans l'ictère grave. — MM. QUÉNU et JOLTRAIN rapportent deux cas d'ictère grave infectieux septicémique, l'un à streptocoques, l'autre à pneumocoques et terminés par la mort. L'affection apparue chez des sujets jeunes a évolué avec tous les caractères de l'ictère grave ; à la jaunisse interne et accompagnée de décoloration plus ou moins complète des matières fécales, s'ajoutaient un état général grave, une insuffisance rénale absolue avec oligurie très prononcée dans un cas, assurée dans l'autre et après manifestes d'urénurie avec azotimie. Au point de vue

anatomique, les voies biliaires étaient perméables, les lésions cellulaires du foie constituaient des formes de passage entre le type hyperplasique décrit récemment par MM. Widal et Abrami et le type classique où l'atrophie et les dégénérescences cellulaires sont parvenues à leur stade ultime. Chez un de ces malades on a pu assister à l'évolution d'une cholécystite suppurée à pneumocoques, complication rare au cours de l'ictère grave et qui fut opérée malgré la difficulté du diagnostic. On peut discuter, dans certains cas d'ictères graves, sinon exceptionnels, au moins très restreints, où une collection suppurée peut exister, l'intérêt d'une intervention opératoire précoce.

Trois nouveaux cas de corps étrangers bronchiques extraits par la bronchoscopie supérieure. Guérison. — M. Guisez. L'auteur rapporte trois observations récentes de corps étrangers bronchiques; l'un d'eux siégeant dans la ramification bronchique inférieure était particulièrement difficile à extraire (culot métallique de crayon). Il insiste, en se basant sur son expérience personnelle de 16 cas de corps étrangers bronchiques traités avec succès par cette méthode, sur les avantages de la bronchoscopie *supérieure* sur l'*inférieure*, celle-ci ne devant être considérée que comme un pis aller. L'auteur cite plusieurs observations qui montrent que le diagnostic des corps étrangers bronchiques demeure toujours difficile malgré tous les perfectionnements de la clinique et de la radioscopie.

FORMULAIRE

PULVÉRISATIONS CONTRE LES CRISES LÉGÈRES D'ASTHME

Nitrite de cocaïne	1 gramme.
— d'atropine	0gr50
Glycérine	30 grammes.
Eau 100 c. c	Q. s.

Dès que le malade sent qu'il est menacé d'un accès il doit pulvériser de cette solution par le nez dans l'arbre respiratoire; on peut renouveler cette pulvérisation une demi-heure ou une heure plus tard si la crise n'était pas calmée. (*Bull. gén. de thérap.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'IMPOT SUR LE REVENU ET LES MÉDECINS

Nous avons déjà à différentes reprises étudié la situation qui serait créée au médecin par l'impôt sur le revenu.

Au moment où le projet Caillaux fut étudié par la commission de législation fiscale nous avons notamment montré ce que paierait le médecin sous le nouveau régime (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 25, 1907, p. 295 et 296).

Le projet vient d'être voté par la Chambre avec quelques légers dégrèvements.

Voyons donc ce que nous aurions à payer si le projet était voté tel quel par le Sénat.

Afin de ne pas nous exposer à faire des calculs inexacts, nous empruntons au *Temps*, dont on connaît le caractère sérieux, les tableaux que l'on verra plus loin.

Mais auparavant quelques remarques sont nécessaires.

Le nouvel impôt remplace, on le sait, l'impôt foncier, la contribution des propriétés bâties, la patente, les portes et fenêtres, la contribution personnelle mobilière, et aussi l'impôt de 4 p. 100 sur le revenu des valeurs mobilières. *Il n'est pas question dans ces tableaux des centimes départementaux et communaux. On sait que la question est réservée. Mais chacun connaissant le montant actuel des centimes dans la commune de sa résidence actuelle pourra estimer approximativement le montant total des futurs impôts directs; 50 centimes additionnels augmentent les impôts d'État de* MOITIÉ, *100 centimes additionnels les* DOUBLENT, *150 les augmentent* UNE FOIS ET DEMIE, etc.

Les médecins rentrent dans la septième catégorie dite des professions libérales, ils devront donc payer l'impôt sur le revenu de cette catégorie d'après le tableau ci-après :

SEPTIÈME CATÉGORIE

Revenus des professions libérales.

REVENU.	COMMUNES de 10.0000 hab. et au-dessous.	COMMUNES de 10.001 hab. à 100.000 hab.	COMMUNES de plus de 100.000 hab.	DÉPARTEMt de la Seine.
1.000	Exempt.	Exempt.	Exempt.	Exempt.
1.500	Id.	Id.	Id.	Id.
2.000	2 50	Id.	Id.	Id.
2.500	5 »	2 50	Id.	Id.
3.000	7 50	5 »	2 50	Id.
3.500	12 50	10 »	7 50	5 »
4.000	20 »	17 50	15 »	12 50
4.500	30 »	27 50	25 »	22 50
5.000	42 50	40 »	37 50	35 »
5.500	57 50	55 »	52 50	50 »
6.000	72 50	70 »	67 50	65 »
6.500	87 50	85 »	82 50	80 »
7.000	102 50	100 »	97 50	95 »
7.500	117 50	115 »	112 50	110 »
8.000	132 50	130 »	127 50	125 »

Au delà de 8 000 francs de revenu, il suffit d'ajouter à l'impôt calculé pour cette somme l'impôt à 3 p. 100 sur le surplus, soit 30 francs par tranche de 1 000 francs.

Impôt complémentaire.

DÉDUCTIONS.	REVENU GLOBAL.	MONTANT DE L'IMPÔT.
On déduit du revenu global une somme de 5.000 francs et l'on ne compte que pour un cinquième la fraction de revenu comprise entre 5.001 et 10.000 francs.	5.000	0
	5.500	5
	6.000	10
	6.500	15
	7.000	20
	7.500	25
	8.000	30
	8.500	35
	9.000	40
	9.500	45
	10.000	50
On ne compte que pour deux cinquièmes la fraction comprise entre 10.001 et 15.000 francs.	11.000	70
	12.000	90
	13.000	110
	14.000	130
	15.000	150
On ne compte que pour trois cinquièmes la fraction comprise entre 15.001 et 20.000 francs.	16.000	180
	17.000	210
	18.000	240
	19.000	270
	20.000	300
On ne compte que pour quatre cinquièmes la fraction comprise entre 20.001 et 25.000 francs.	21.000	340
	22.000	380
	23.000	420
	24.000	460
	25.000 (1)	500
Au delà de 25.000 francs, on compte l'intégralité du revenu.	30.000	750
	40.000	1.250
	50.000	1.750
	75.000	2.000
	100.000	4.250

(1) Pour les revenus supérieurs à 25.000 francs, il suffit d'ajouter à l'impôt payé pour cette somme (500 francs) le montant à 5 p. 100 de l'impôt sur la fraction supérieure à 25.000 francs.

Si le revenu total provient de la septième catégorie seulement et est inférieur à 5000 francs, le médecin n'aura pas d'autre impôt à payer.

Si le revenu est supérieur à 5000 francs, il y aura à payer en outre l'IMPÔT COMPLÉMENTAIRE fixé dans le tableau que nous donnons ci-dessus.

Si le revenu total provient de différentes catégories et est inférieur à 5000 francs, il faut additionner les impôts correspondants aux chiffres des revenus de chaque catégorie (valeurs mobilières 4 p. 100, revenus agricoles 3 p. 100, etc.).

Si le revenu total provient de différentes catégories et est supérieur à 5000 francs, il faut ajouter aux impôts de ces catégories le montant de l'impôt complémentaire pour le revenu global.

QUELQUES EXEMPLES : Un médecin habitant une commune de 10 000 habitants ou au-dessous a 12 000 francs de revenus ainsi répartis :

Revenus de sa profession	7000 francs.
Revenus des capitaux mobiliers	2000 —
Revenus d'une exploitation agricole	3000 —

Il paiera :

Sur les revenus de sa profession	102.50
Sur les revenus des valeurs mobilières	80
Sur les revenus agricoles	27.47
Impôt complémentaire	90
	299.97

Centimes additionnels non compris.

AUTRE EXEMPLE :

Un médecin de Paris a 20 000 francs de revenus ainsi répartis :

Revenus professionnels	12 000 francs.
Valeurs mobilières	8 000 —

Il paiera :

Sur les revenus professionnels	245.00
Sur les valeurs mobilières	320.00
Impôt complémentaire	300.00
	865.00

Centimes additionnels non compris.

Il est inutile d'insister.

Rappelons en terminant que l'impôt sera basé sur la déclaration du contribuable que le contrôleur acceptera ou n'acceptera pas. En cas de litige, le tribunal administratif ne pourra *exiger* la production de livres. La loi pleine d'obscurités ne dit pas comment le médecin pourra faire la preuve de sa bonne foi. Pris entre le secret professionnel et la suspicion de l'insatiable fisc, il aura souvent de la peine à se défendre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

VIe CONGRÈS NATIONAL PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (Toulouse, septembre 1910). — La VIe session du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie se tiendra à Toulouse du 22 au 27 septembre 1910, sous la présidence de M. le professeur Kirmisson.

Les présidents de section seront : pour la *pédiatrie*, M. le professeur Kirmisson; pour la *gynécologie*, M. le professeur Hartmann; pour l'*obstétrique*, M. le professeur Rouvier (d'Alger).

Les demandes de renseignements devront être adressées au secrétaire général du Congrès, M. Audebert, professeur de clinique obstétricale, 1, place Matabiau, à Toulouse.

LA SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS tiendra sa prochaine séance le jeudi 18 mars, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la neuvième semaine, 1254 décès, au lieu de 1116 pendant la semaine précédente et de 1064, moyenne ordinaire de la saison.

Les maladies de l'appareil respiratoire présentent des chiffres sensiblement supérieurs à la moyenne de la saison.

La fréquence de la scarlatine augmente, mais elle cause très peu de décès.

La scarlatine a causé 3 décès, comme pendant la semaine précédente (la moyenne est 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 211 ; il s'élevait à 176 la semaine précédente (moyenne 142).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 304 décès, au lieu de 244 pendant la semaine précédente (moyenne 194).

La phtisie pulmonaire a causé 250 décès (moyenne 229).

COURS ÉLÉMENTAIRE PRATIQUE DE VÉNÉRÉOLOGIE. — MM. Détré, Guenot, Marcel Pinard, internes à l'hôpital Ricord, commenceront le mercredi 14 avril un cours élémentaire pratique (deuxième série) de diagnostic clinique et bactériologique, et de traitement des affections vénériennes. Ce cours sera complet en douze leçons et aura lieu tous les jours à deux heures. Le nombre des élèves est limité. S'inscrire auprès des internes à l'hôpital Ricord (Cochin-annexe, 111, boulevard de Port-Royal).

Droit d'inscription : 30 francs.

1. Urétrites aiguës. Recherche du gonocoque. — 2. Chancre syphilitique. Recherche du tréponème sur frottis. — 3. Phimosis congénitale et inflammatoire. Paraphimosis. Section du frein. — 4. Urétrites chroniques. Lavages et instillations. Dilatateur laveur de Kollmann. — 5. Syphilis secondaire et tertiaire. Recherche du tréponème à l'ultramicroscope et dans les coupes. — 6. Rétrécissements inflammatoires de l'urètre. Leur traitement par dilatation (sondes et béniqués). — 7. Complications de la blennorragie (folliculites, prostatites, cystites, orchites). — 8. Chancre mou. Recherche du bacille de Ducrey. — 9. Méatotomie. Urétrotomie interne. Sondes à demeure. — 10. Traitement général de la syphilis. Technique des injections. — 11. Balanoposthites et herpès génital. — 12. Traitement chirurgical des adénopathies de l'aine. Végétations. Molluscum contagiosum.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 MARS 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Samedi 27 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Remy et Thiéry.

1er (oral) : MM. Quénu, Marion et Morestin.

2e : MM. Prenant, Langlois et André Broca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Retterer et Auvray; — (2e partie) : MM. Chauffard, Gouget et Brumpt.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — M. Maillard, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin ; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 24 mars 1909, à une heure. — M. CORDIER. De l'influence des sels neutres sur la digestion tryptique des albuminoïdes. (MM. Ch. Richet, président; Pouchet, Roger et Zimmern.) — M. GARRELON. Etudes expérimentales sur la polypnée thermique. (MM. Ch. Richet, président; Pouchet, Roger et Zimmern.) — M. LADEN. Etude de l'action de quelques médicaments sur le cœur isolé de mammifère. (MM. Pou-

chet, président; Ch. Richet, Roger et Zimmern.) — M. Duclos. Les traitements électriques du zona. Leur pathogénie. Leurs résultats. (MM. Roger, président; Ch. Richet, Pouchet et Zimmern.) — M. Bec. Contribution à l'étude du traitement des ankyloses de la hanche par la méthode de l'interposition musculaire. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. Gauthier. L'ulcère leucoplasique et les ulcérations de la leucoplasie. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. Battesti. Contribution à l'étude du bec-de-lièvre médian inférieur. (MM. Segond, président; Reclus, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. Swiecinski. Sur l'hystérectomie abdominale subtotale par le procédé de la décollation antérieure. (MM. Segond, président; Reclus, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 25 mars, à une heure. — M. Oualid. Traitement de la sciatique par les injections de solutions salines dans le nerf. (MM. Raymond, président; Albert Robin, Thoinot et Claude.) — M. Meignan. Nystagmus de myoclonie. (MM. Raymond, président; Albert Robin, Thoinot et Claude.) — Mlle Haimovitch. Débuts aigus et suraigus (à forme de diverses affections abdominales) de la péritonite tuberculeuse. (MM. Albert Robin, président; Raymond, Thoinot et Claude.) — M. Colard. De la nécessité des obitoires. (MM. Thoinot, président; Raymond, Albert Robin et Claude.) — M. Renbsaet. Essai sur les vraies et fausses exostoses ostéogéniques multiples. (MM. Hutinel, président; Bar, Ribemont-Dessaignes et Nobécourt.) — M. Ageorges. Recherches cliniques sur la valeur alimentaire du nourrisson. (MM. Bar, président; Hutinel, Ribemont-Dessaignes et Nobécourt.) — Mme Bruninghaus-Bradoué. Contribution à l'étude de l'hémorragie dans les ruptures utérines. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Hutinel, Bar et Nobécourt.) — M. Lory. Contribution à l'étude de la lithiase bilatérale, rénale et urétérale. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Marion et Auvray.) — M. Julin. Les paralysies des oculogyres, leurs associations et leurs dissociations. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Marion et Auvray.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 3, 21 janv. 1909.) Klemperer : Sur la stéatose des reins. — Cohnheim : Les infusoires dans les affections gastriques de bonne et de mauvaise nature avec remarques sur l'entérite à infusoires. — Ackermann : Présence de la larve de l'aglossa prugunialis dans l'intestin. — Posner: Contribution à l'étude du xanthome symptomatique dans l'ictère chronique. — Wahle : Les troubles de l'orientation. — Francke : Sur la pathogénie et le traitement des faux diverticules du gros intestin. — Treplin : Traitement chirurgical des hémorragies rénales essentielles. — Xylander : Quelques nouvelles recherches sur la vitraline. — Boruttan : Nature et importance de l'électrophysiologie pathologique. — Bassenge : Sur l'action immunisante des enveloppes bactériennes de lécithine. — Schweissinger : Une nouvelle huile de morue phosphorée. — (N° 4, 28 janv.) Hirschfeld : Sur l'origine du diabète. — Golbberg : La forme des leucocytes dans l'urine dans la tuberculose des voies urinaires. — Salle : Sur la chylurie. — Rodensvaldt : Sur la filariose. — Aronsohn : Un cas rare de perversion sexuelle. — Axhausen : Sur la question de la dilatation gastrique aiguë post-opératoire avec la technique de la gastro-entérostomie postérieure. — Wiemann : Le cæcum mobile et l'appendicite chronique. — Momburg : Les points d'appui du pied dans la marche et la station debout. — Martens : Le diagnostic et le traitement des suppurations des seins. — Schneider : Sur l'examen de la désinfection et sur les moyens de désinfection. — Axmann : Lunettes protectrices de verre optique. — (N° 5, 4 fév.) Kuttner : Le traitement opératoire du carcinome gastrique, son indication et son pronostic. — Finkelstein : La fièvre alimentaire. — Meyer : Recherches expérimentales sur la fièvre alimentaire. — V. den Velden : Traitement stomacal et intraveineux des hémorragies internes par le sel. — Kotzenberg : Sur le traitement et la bactériologie de la péritonite suppurée par perforation. — Notehaft : Contribution à la connaissance de l'action de l'atoxyl dans la syphilis surtout en applications exclusivement locales. — Lockmann : Sur la question de l'excrétion de l'atoxyl par l'urine. — Leers : Sur l'exclusion des mélanges de matières colorantes organiques dans la recherche du sang pnr la méthode spectroscopique. — Fellner : Le pulsomètre.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 6, 6 fév. 1909.) Sablé et Chateau : A propos d'un cas de tachycardie paroxystique avec lésions valvulaires. — Klein : Sixième présentation vicieuse dans un utérus cordiforme, accouchement prématuré artificiel. Version par manœuvres internes. — (N° 7, 13 fév.) R. Bosquier : Le syndrome de la dilatation gastrique.

Lyon médical. — (N° 7, 14 fév. 1909.) G. Gayet et Moncharmont : Tumeur cérébrale, craniectomie.

Marseille médical. — (N° 2, 15 janv. 1909.) Imbert : Note sur un cas de sigmoïdite. — C. Juge : Chirurgie du cancer appuyée sur la fulguration. — Cassoute et Eiglier : Asphyxie par hypertrophie du thymus. — Masini : Traitement des anthrax par l'extirpation totale. — (N° 3, 1er fév.) Imbert et Clément : Statistique chirurgicale. — Roux de Brignoles et Bertrand : Plaies tendineuses. — Michel : Sarcome du corps thyroïde. — Garand : Malformation congénitale des artères coronaires.

Montpellier médical. — (N° 3, 17 janv. 1909.) De Rouville : Pyométrie dans le cancer du col. — (N° 4, 24 janv.) E. Forgue : La responsabilité du chirurgien. — (N° 5, 31 janv.) E. Forgue : La responsabilité du chirurgien (*fin*). — Rouvière et Rochevalier : Veine cave supérieure double avec transposition de la grande veine azygos.

Nord médical. — (N° 8, 1er fév. 1909.) Constant : Un cas d'insuffisance mitrale passagère due à l'uricémie.

Pédiâtrie pratique. — (N° 140, 15 fév. 1909.) Osvaldo Fredericci : A propos d'une complication peu fréquente de la coqueluche. — Cassoute et H. Eiglier : Asphyxie aiguë mortelle par hypertrophie du thymus chez un enfant de dix-huit jours. — Stackler : Les médecins spécialistes dans les écoles primaires.

Presse médicale. — (N° 17, 27 fév. 1909.) Landouzy et Lortat-Jacob : Histoire d'un myopathique atrophique (du type facio-scapulo-huméral) suivi pendant trente ans. — De Beurmann et Degrais : Traitement du lupus tuberculeux de la face. — Dumont : Accidents du travail. A propos d'un cas de rupture spontanée de l'aorte survenue au cours du travail.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 32. — JEUDI 18 MARS 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 18 MARS 1909. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité au concours de médecin des hôpitaux. — M. Huchard vient de donner sa démission de président du jury du concours d'admissibilité.

Classement des candidats. — Sont déclarés admissibles à la deuxième épreuve d'admissibilité : MM. Bensaude, Ribierre, Camus, Balthazard, Deguy, Merklen, Armand-Delille, Lemierre, Froin, Rostaine qui ont obtenu 20 points; Pagniez, Boidin, Babonneix, Courcoux qui ont obtenu 19 points; Weil (E.), Nattan-Larrier, Laubry, Grenet, Rosenthal, Weill (R.) qui ont obtenu 18 points.

Epreuve clinique. — Séance du 15 mars 1909 : MM. Boidin, 20; Laubry, 18; Merklen, 20.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Rieffel, Delbet, Walther, Quénu, Schwartz, Broca et Balzer.

— Concours de la médaille d'or (Chirurgie et accouchements). — Séance du 15 mars : MM. Lemeland, 26; Caraven, 29.

Le premier prix (médaille d'or) est attribué à M. Caraven, le deuxième prix (médaille d'argent) à M. Lemeland.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira à l'hôpital Saint-André le mardi 15 juin prochain, à huit heures du matin.

— Nantes. — Un concours pour une place de médecin suppléant des hospices s'ouvrira le lundi 7 juin prochain à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Col, suppléant de la chaire d'histoire naturelle est nommé professeur de matière médicale.

HOPITAL CIVIL D'ALGER-MUSTAPHA. — Des concours pour une place de chirurgien-adjoint et pour une place de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha auront lieu en juin prochain.

Pour renseignements s'adresser à la direction de l'hôpital.

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE. — M. le docteur L. Raynaud, chef du service sanitaire maritime, a été chargé de l'organisation et du contrôle des services d'hygiène de la colonie.

CONGRÈS DES PRATICIENS. — Les confrères qui s'intéressent aux questions d'enseignement et de défense professionnelle peuvent se procurer le volume donnant le compte rendu *in extenso* des séances du Congrès de Lille (1908), mis en vente dans les diverses librairies médicales au prix de 4 francs.

Pour le recevoir franco, envoyer un bon ou mandat-poste de 4 francs au docteur Quidet, trésorier du Comité de vigilance, à Paris, 54, rue Bonaparte (VIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Notin, médecin aide-major à Belfort, mort victime de son dévouement professionnel.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours de clinique annexe, fera sa première leçon le mardi 23 mars, à neuf heures et demie, dans l'amphithéâtre Velpeau.

Examen de plusieurs malades tous les vendredis à la même heure dans le même amphithéâtre. Opérations tous les jours à dix heures. Opérations abdominales le jeudi.

RADIOLOGIE MÉDICALE. — *Cours de vacances*, par le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Tous les jours de la semaine avant Pâques, du dimanche 4 au samedi 10 avril :

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, il commencera le *dimanche 4 avril à dix heures du matin*, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 5 avril. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

LE MARIAGE DES CARDIAQUES

Par le docteur Louis RÉNON,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié.

Messieurs, je vais vous parler aujourd'hui du mariage des cardiaques (1). La question a l'intérêt d'être de celles que fréquemment le médecin doit résoudre dans sa pratique, car, bien souvent des parents vous demanderont si leur enfant atteint d'une affection cardiaque est apte ou non à se marier.

Nous allons envisager ce problème et considérer la manière de le résoudre au mieux des intérêts du malade et de la société. C'est là, en effet, une question dont la considérable portée sociale est soulignée par les sociologues modernes. Beaucoup expriment l'idée que tout mariage devrait être précédé d'un examen médical, et M. Cazalis, dans son livre *La Science et le Mariage*, dit qu'un jour viendra peut-être où « deux familles avant de décider un mariage mettront en présence leurs deux médecins comme elles mettent en présence leurs deux notaires, et où les médecins auront le pas sur les notaires, comme les questions de santé devraient le prendre sur les questions d'argent ». L'idée commence à s'imposer que l'on doit apporter autant de soin au choix des générateurs humains que l'on en met en zootechnie domestique. Dans mon livre sur *Les Maladies populaires*, j'ai déjà insisté sur ces points que j'ai cru devoir vous rappeler brièvement, car ils constituent un préambule nécessaire à ce que je vais vous dire maintenant.

La question du mariage des cardiaques doit être envisagée séparément pour l'homme et pour la femme. Les risques personnels de l'homme sont à peu près nuls; au contraire, il ne peut que bénéficier du calme de la vie conjugale plus tranquille à l'ordinaire que la vie de garçon. Mais, les descendants qu'il pourra procréer ne risqueront-ils pas d'hériter de la tare cardiaque paternelle? Oui, incontestablement. Un père atteint de cardio-sclérose, de néphrite interstitielle, d'aortisme héréditaire, peut, comme l'a montré M. Huchard, engendrer des enfants atteints de lésions semblables. Cette hérédité morbide est à rapprocher de la débilité rénale héréditaire sur laquelle M. Castaigne a récemment insisté.

Pour les cardiopathies valvulaires, la question de l'hérédité morbide est plus discutée. Leur transmission héréditaire a paru peu fréquente à M. Huchard. D'autre part, M. Hirtz et son élève Servin ont publié des faits de transmission aux enfants de sténose mitrale congénitale. Comme il s'agit là d'une malformation congénitale, elle peut s'accompagner d'autres malformations et d'autres stigmates de dégénérescence. Mais, les faits de cet ordre sont en somme assez rares pour qu'ils suffisent à faire refuser systématiquement le mariage aux cardiaques hommes. Le médecin, dans sa détermination, doit tenir compte avant tout de la nature de la maladie et de l'âge du malade. Il est évident qu'un anévrisme aortique, qu'une insuffisance valvulaire mal compensée contre-indiquent formellement le mariage; l'évidence de cette impossibilité est d'ailleurs telle que le médecin n'est guère appelé à se prononcer sur ces cas. Un rétrécissement mitral congénital doit, surtout si le sujet est âgé, faire déconseiller le mariage, car le malade, outre les risques personnels qu'il encourt, peut devenir souche d'une dystrophie héréditaire. S'il s'agit d'un artério-scléreux avec forte hypertension, avant de lui permettre le mariage, le médecin devra l'engager à se soumettre au régime spécial que comporte sa lésion, à supprimer les facteurs habituels d'hypertension, tels que le tabac, le café, l'alimentation carnée exclusive. Enfin, un homme cardiaque ne devra pas épouser une femme cardiaque et non plus une personne qui lui serait apparentée à un degré trop rapproché, la consanguinité favorisant la transmission des dystrophies héréditaires. Ces quelques restrictions faites, vous voyez que le plus souvent on pourra permettre le mariage aux cardiaques hommes.

Messieurs, le point capital de la question est le mariage des cardiaques femmes. En effet, outre les risques qui menacent la malade pendant la grossesse, l'accouchement, la lactation, il y a danger, pour l'enfant, de succomber pendant la grossesse et l'accouchement, ou encore de survivre avec une tare cardiaque héréditaire.

Jusqu'à ces dernières années, la conduite du médecin était fort simple. Toute cardiaque était exclue du mariage. On vivait sous l'influence de l'aphorisme de Peter, devenu bientôt une sorte de loi. Il l'avait formulé à propos de deux cas où la grossesse fut interrompue par des accidents redoutables qu'il désigna du nom si exact « d'accidents gravido-cardiaques ». Moi-même, en 1894, alors que j'étais chef du laboratoire de M. le professeur Bar, j'ai vu une femme atteinte de lésions mitrales succomber brusquement à l'œdème aigu du poumon, et nous avons rapporté à la Société de biologie l'état très toxique de ses urines et de son sérum sanguin. Mais des faits montrent aussi que ces redoutables accidents ne compliquent pas fatalement la grossesse de toute cardiaque. Dans la littérature médicale, vous trouverez une série de cas établissant que la croyance ancienne doit être discutée. M. Pouliot, dans sa thèse de doctorat (1904) : *Des accidents qui compliquent les maladies du cœur au cours de la grossesse*, nous montra l'opinion de Peter acceptée d'abord sans réserves. Pour Leyden, la mortalité des cardiaques enceintes est de 55 p. 100; pour Macdonald elle est de 60,7 p. 100; pour Berry Hart elle atteint 87,5 p. 100. Aussi à cette époque, on interdit le mariage aux cardiaques.

Assez souvent, on a vu des cardiaques devenir multipares et ne succomber qu'après un assez grand nombre de grossesses. M. Pouliot cite le fait d'une malade qui mourut subitement à sa huitième grossesse; le professeur Budin a cité le cas d'une cardiaque succombant à la quinzième grossesse, et M. Porak a fait remarquer combien le nombre des cardiaques succombant de ce fait pendant le travail était peu considérable. Des statistiques importantes

(1) Conférence faite à l'hôpital de la Pitié, recueillie par M. Monier-Vinard, interne du service.

en fournissent la preuve. M. Vinay sur 5000 accouchées, trouve 80 cardiaques; sur ces 80, 72 n'ont aucun accident, 6 sont prises d'asystolie, 2 d'œdème pulmonaire; sur ces 8 malades atteintes d'accidents cardio-pulmonaires, 3 seulement succombèrent. M. Demelin, sur un total de 5162 accouchées, observa 64 cardiaques. Celles-ci eurent 162 grossesses; 62 de ces grossesses furent tout à fait normales, 100 furent troublées par des accidents divers, 2 seulement furent mortelles. M. Fellner, dans la clinique de Schauta, à Vienne, ausculta systématiquement 900 femmes; 22 avaient des lésions cardiaques; 2 seulement eurent des troubles pendant leur grossesse. M. Champetier de Ribes, sur 5998 accouchements, rencontra 68 cardiaques, 5 seulement eurent des accidents auxquels 2 succombèrent. Personnellement, j'ai observé 3 malades atteintes de rétrécissement mitral chez lesquelles plusieurs grossesses s'accomplirent sans incidents. En somme, l'on peut dire que la plupart des femmes enceintes tolèrent bien leur cardiopathie, un petit nombre d'entre elles seulement présente des accidents graves.

Voyons maintenant en quoi consistent ces accidents. Ils ont deux principaux types : l'insuffisance cardiaque, l'œdème aigu du poumon.

L'insuffisance cardiaque se manifeste à l'ordinaire vers la fin de la première moitié de la grossesse. Son premier signe est la dyspnée survenant d'abord dans l'effort, puis se produisant au repos par accès, enfin devenant continue; elle s'accompagne d'angoisse profonde et de palpitations plus ou moins violentes. La défaillance cardiaque évolue très vite, « elle brûle les étapes » (Pouliot), l'asystolie, d'abord partielle pulmonaire, se transforme vite en grande asystolie. Souvent enfin il survient des hémoptysies répétées, communes surtout dans la deuxième moitié de la grossesse.

L'œdème aigu survient à l'ordinaire plus tardivement que l'insuffisance cardiaque. C'est dans les derniers mois de la grossesse, pendant le travail et parfois même après la délivrance qu'il se produit. Il se manifeste brusquement par de la dyspnée, de l'angoisse, une toux brève quinteuse ramène une mousse sanguinolente et sa terminaison habituelle est la mort en quelques heures.

M. Pouliot a insisté justement sur un syndrome assez spécial qu'il désigne du nom de cachexie gravido-cardiaque. Il survient chez les grandes multipares, qui soudainement, dans les trois premières semaines qui suivent l'accouchement, présentent des signes d'insuffisance cardiaque aboutissant rapidement à un état d'asystolie irréductible, d'une extrême gravité.

Mais le nombre des femmes cardiaques supportant parfaitement les fatigues de la grossesse et de l'accouchement est si élevé qu'il convient de faire une revision de la loi de Peter (Pouliot, La revision de la loi de Peter, *Arch. gén. de méd.*, fév. 1908).

Potain, Vaquez, Vinay depuis longtemps déjà ne défendent plus absolument le mariage des cardiaques. M. Huchard résout très libéralement cette question. M. Pouliot le proscrit seulement pour les femmes chez lesquelles des troubles déjà notables laissent penser qu'elles sont incapables de supporter une grossesse. Il l'interdit aussi aux jeunes filles atteintes de symphyse cardiaque, à celles en état d'insuffisance cardiaque même légère et ne se traduisant que par des œdèmes passagers, de l'oppression dans l'effort ou de l'albuminurie temporaire; de même aussi pour celles ayant un rétrécissement très serré, ou une aortite avec double lésion orificielle; enfin encore quand une cardiopathie même bien compensée coexiste avec des malformations théoriques, avec une néphrite ou une tuberculose pulmonaire.

La tension artérielle est aussi un élément important pour juger l'état de ces malades. Une hypotension notable (soit de 8 à 9 centimètres aux appareils de Vaquez ou d'Amblard), une hypertension notable (soit de 16 à 17 aux mêmes appareils) sont aussi des contre-indications formelles au mariage. Mais ces troubles de la tension, pour imposer cette abstention, devront être non pas passagers, mais continus, et l'on ne se prononcera d'une façon définitive que si des examens répétés établissent la permanence du trouble vasculaire.

Toutes les autres cardiaques pourront se marier, avec quelques réserves :

a. La cardiopathie ne doit être ni héréditaire, ni familiale; il ne doit pas y avoir d'autres malformations dans la famille;

b. Le mari ne doit pas être porteur d'une cardiopathie; il ne doit pas être parent proche de la jeune fille.

La situation sociale de la femme importe aussi beaucoup. Celles qui sont exposées à des fatigues, à des efforts violents et prolongés ne pourront supporter la coexistence d'une grossesse et d'une lésion cardiaque.

Le mariage d'une cardiaque autorisé, une grossesse survenant, des précautions sont à prendre. Il conviendra de surveiller l'alimentation, d'examiner fréquemment les urines aux points de vue de l'albumine et de la rétention chlorurée, car M. Bar a montré combien l'éclampsie survenait aisément dans ces conditions. Il faudra ensuite éviter toute fatigue à la malade et, dès le quatrième mois de sa grossesse, la mettre à un repos complet. Pendant le travail, la surveillance attentive de la malade devra redoubler; si celle-ci devient dyspnéique, il faudra hâter le travail par une application de forceps ou la version. Au moment de la délivrance, il ne conviendra pas de se hâter, d'arrêter trop vite le suintement sanguin qui toujours l'accompagne. Cette saignée est plus favorable que nuisible. Enfin l'allaitement sera déconseillé, car il serait l'origine de beaucoup de fatigues, d'ennuis et de surmenage.

La thérapeutique à suivre en présence d'insuffisance cardiaque sera la médication tonicardiaque; la digitaline, la spartéine, l'huile camphrée sont les médicaments de choix à employer.

L'œdème pulmonaire sera traité par la saignée générale. Et en présence d'accidents graves, si la grossesse n'est pas à terme, il faudra recourir à l'avortement, ou à l'accouchement rapide prématuré.

LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

DANS LES SPASMES DU PYLORE (1)

Par M. TERMIER,

Chirurgien des hôpitaux de Grenoble.

*
* *

Que conclure de ces faits disparates? Il semble bien que dans la majorité des cas, lorsque le pylore est resté perméable, la nouvelle bouche jéjunale ne fonctionne pas. Peut-être quelques liquides y passent-ils, mais il paraît bien probable que les aliments continuent à suivre la voie physiologique. C'est qu'en réalité, il ne suffit pas de créer une dérivation gastrique artificielle pour que les aliments y passent, suivant seulement les lois de la pesanteur. Les choses ne se passent pas aussi simplement que cela dans le tube digestif. Si l'on ne voit pas bien par quel appareil musculaire peut se fermer une bouche anastomotique pratiquée avec des sutures, encore moins un bouton dont la lumière reste forcément béante, il ne faut pas oublier qu'immédiatement au-dessous se trouve l'intestin avec ses fibres circulaires, qu'il peut parfaitement, par une contraction à bloc, faire sphincter lui-même au-dessous de la bouche par où lui arrive le liquide gastrique, et s'opposer ainsi au fonctionnement de cette bouche. En réalité, il faut avouer que la *physiologie de la motricité* de l'intestin, et particulièrement dans le segment duodéno-jéjunal, est encore à faire, et qu'on ne possède sur elle que de bien vagues données, beaucoup plus théoriques que pratiques. Un fait surprenant et qu'ont pu remarquer tous les chirurgiens ayant eu l'occasion de pratiquer des duodénostomies, ou d'une façon générale quelques interventions sur cette région de l'intestin, c'est que son contenu paraît être *presque constamment sous pression*, beaucoup plus que dans tout autre segment du tube digestif, y compris l'estomac. Il y a là un phénomène dont le mécanisme est obscur et la raison encore inexpliquée.

Quoi qu'il en soit, si l'on se base sur la majorité des faits cliniques et expérimentaux, il semble bien, pour en revenir à la question qui nous occupe, que l'on peut avec Souligoux adopter la conclusion suivante : « Dans toute l'étendue du tube digestif, les anastomoses sont inexistantes en tant qu'utilité, tant qu'il n'y a pas obstacle anatomique ou *physiologique* dans la continuité de l'organe. »

*
* *

C'est bien probablement là qu'est le nœud de la question. Il faut en effet distinguer entre la perméabilité apparente d'un pylore, même sur la table d'opération, et sa perméabilité réelle, physiologique. L'analyse des cas opérés montre que tous ceux, qui ont tiré de l'intervention un bénéfice réel, présentaient cliniquement un ensemble de symptômes communs, traduisant en somme la gêne qu'éprouvait le contenu gastrique à franchir le pylore. Qu'importe maintenant qu'au cours de l'opération cet orifice paraisse aisément perméable? Il est certain que dans ces cas, en dehors de l'anesthésie (qui peut la masquer), une condition existe qui annule et rend illusoire cette perméabilité : cette condition c'est le spasme, qui peut venir se surajouter à un certain nombre de maladies gastriques et donner au tableau clinique une orientation particulière.

Ce n'est pas le moment de discuter maintenant la cause intime de ce spasme. On sait qu'actuellement il faut revenir sur la notion de l'hyperchlorhydrie, telle qu'elle a été jusqu'ici admise. La teneur du liquide en acide chlorhydrique libre, sa composition envisagée au point de vue purement chimique, ne signifient rien; il est même impossible de fixer la proportion normale de l'acide chlorhydrique et tel malade qui serait un hyperchlorhydrique pour Velden, serait un hypochlorhydrique pour Sohlern (1). La dénomination d'hyperchlorhydrie est donc défectueuse : il est plus probable, comme nous l'avons dit plus haut, qu'il faille recourir à une théorie sensitive. Certains estomacs sont irritables, hyperesthésiques, et c'est en raison de cette irritabilité que le spasme survient : spasme du pylore, qui empêche l'écoulement normal dans l'intestin, spasme de la musculature, de l'estomac lui-même, qui entraîne les douleurs et les vomissements. C'est pourquoi le terme même de syndrome pylorique que l'on a trop employé est sujet à bien des critiques. Toutefois il est certain que bon nombre de malades présentent des symptômes communs résultant, à la fois d'une irritabilité particulière de leur estomac, qui tend à le rendre plus ou moins intolérant, et d'une gêne à la circulation pylorique. Cette gêne, il faut bien l'attribuer à un spasme musculaire, lorsque, directement pour ainsi dire, on peut constater opératoirement la perméabilité anatomique du pylore.

Une autre raison, en plus des symptômes cliniques proprement dits, indique la réalité de ce spasme. C'est justement le fait que la gastro-entérostomie améliore ou guérit ces malades. Comme on peut admettre presque démontré le fait que l'anastomose ne fonctionne pas quand le pylore est réellement perméable, si cette anastomose fonctionne et soulage le malade, c'est donc que malgré la constatation souvent faite de la perméabilité pylorique sur la table d'opération, cette perméabilité n'est qu'illusoire, apparente, mais non réelle, supprimée ou gravement troublée qu'elle est par la contraction spasmodique des fibres sphinctériennes.

Leven a fort judicieusement comparé le pylore à l'urèthre. Là aussi il peut ne pas y avoir de sténose anatomique, et cependant la contracture réflexe (surtout lorsque du côté des muqueuses un processus d'inflammation les rend plus irritables) suffit à obturer le sphincter. Parfois, qu'il s'agisse du pylore comme de l'urèthre, il peut y avoir un certain degré de rétrécissement, insuffisant toutefois pour qu'on puisse l'étiqueter imperméable. Mais vienne la plus légère contraction sphinctérienne et tout est fermé. C'est le cas des rétrécissements larges de l'urèthre,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 31, p. 371.

(1) BARJON. Loc. cit.

accompagnés comme on sait d'une plaque ou virole d'uréthrite chronique en amont, et qui donnent souvent, par spasme réflexe, plus de troubles que des rétrécissements relativement serrés. Nul doute qu'il ne puisse en être ainsi en ce qui concerne l'estomac et la clinique le montre, lorsque le pylorisme vient compliquer une lésion gastrique ou pylorique relativement bénigne, et bien insuffisante à elle seule à expliquer les symptômes de rétention gastrique constatés. Et puis il faut aussi apprécier à sa juste valeur le rôle considérable de la musculature de l'estomac, comme aussi du réservoir vésical. Un urèthre perméable à une grosse sonde, mais déformé ou allongé par une hypertrophie prostatique ne sera plus franchi par l'urine si la vessie n'a plus qu'une musculature défaillante, nominale pour ainsi dire, tandis qu'une vessie jeune et robuste pourra compenser, par sa contraction, un obstacle beaucoup plus serré (1). De même on peut, pendant le sommeil anesthésique, trouver un pylore relâché et apparemment perméable, alors qu'une fois le malade réveillé, le plus léger degré de spasme, ou même le simple tonus musculaire constituera, pour un muscle gastrique épuisé ou malade, un obstacle insurmontable.

On comprend donc l'importance considérable de la constatation clinique du spasme. Le plus souvent d'ailleurs cette constatation est assez aisée. L'affection rentre alors ainsi dans la grande classe des sténoses : ce n'est plus une sténose anatomique, cicatricielle ou cancéreuse, c'est une sténose qu'on pourrait appeler aiguë, d'origine spasmodique ou physiologique, et l'opération, si tout traitement médical a échoué, retrouve alors son indication accoutumée, en suppléant à un fonctionnement défectueux du pylore, « en facilitant une évacuation qu'un trouble pylorique rendait difficile ou impossible » (Ricard).

Ainsi donc, la gastro-entérostomie, nettement contre-indiquée toutes les fois qu'on n'a pas de doutes sur le fonctionnement normal du pylore, devient souvent utile, en cas d'échec du traitement médical, lorsque ce fonctionnement est troublé, soit organiquement (ulcère, cicatrice, cancer), soit physiologiquement (hypertrophie musculaire, comme dans le cas tout récent de Nové-Josserand, et beaucoup plus souvent, spasme).

La constatation anatomique de la perméabilité d'un pylore est donc bien secondaire, et doit céder le pas à la constatation beaucoup plus importante de sa *perméabilité clinique*. C'est là que le syndrome dit pylorique (encore une fois, acceptons ce terme bien que mauvais) a une valeur indicatrice de premier ordre. En cas de doute ou de conflit, *c'est à la clinique qu'il faut croire*. Le pylore peut paraître souple, normal, au cours de l'intervention, et néanmoins être infranchissable ou presque, si, par voie réflexe, un estomac irritable ou hyperesthésique le met en état de spasme constant.

* * *

La conclusion à tirer de tout ceci est la suivante. Il vaut mieux, sauf exceptions, ne pas pratiquer la gastro-entérostomie lorsqu'on a des signes cliniques évidents de perméabilité pylorique. Les expériences et observations que nous avons rapidement énumérées plus haut montrent en effet que, dans presque tous les cas, le contenu stomacal continue à passer par le pylore ; la nouvelle bouche ne paraît dès lors pas servir à grand'chose. Seulement, il n'en est pas de même dès qu'apparaissent, chez le malade, les signes du syndrome dit pylorique. Les vomissements incoercibles, les douleurs en crises, s'ils ont résisté à une thérapeutique bien comprise, doivent être ainsi interprétés. La clinique et les opérations déjà nombreuses pratiquées en pareil cas montrent que souvent alors la gastro-entérostomie améliore ou guérit les malades, même si, sur la table opératoire, on avait cru pouvoir considérer leur pylore comme perméable. Ceci parce que souvent, croyons-nous, le spasme suffit pour provoquer ou parfaire l'obturation. La bouche jéjunale peut alors entrer en jeu et son fonctionnement, ou intermittent, oucontinu, explique l'amélioration constatée.

Enfin il n'est pas certain non plus que la gastro-entérostomie n'agisse que comme drainage et par dérivation du contenu gastrique, dans les cas où elle s'adresse à un spasme du pylore. Il est bien possible, comme l'a fait observer Guinard, que la taille stomacale ait pour premier effet de faire céder ce spasme. De sorte qu'après l'intervention l'estomac se vide ; que ce soit par le pylore ou par la bouche nouvelle, il n'importe guère, si le résultat est atteint.

Cessation de spasme, drainage meilleur du liquide irritant, voilà sans doute l'explication des cas où des ulcères, non sténosants mais spasmogènes, ont été guéris. C'est sans doute aussi le même mécanisme qui intervient dans la guérison des cas de gastrite diffuse, anatomiquement constatée comme le nôtre, ou de cette hyperesthésie particulière qui fait le fond du syndrome dit hyperchlorhydrie. Il est alors très admissible que des petites ulcérations microscopiques, véritables *fissures* pyloriques ou péripyloriques, provoquent et entretiennent par voie réflexe, d'un côté la contraction spasmodique du sphincter pylorique, d'où rétention, de l'autre celle de l'estomac musculaire lui-même, d'où les douleurs et les vomissements.

C'en est assez pour qu'on doive, de propos délibéré, élargir le cadre des indications de la gastro-entérostomie, en y faisant rentrer l'obturation spasmodique du pylore, phénomène qui peut venir se surajouter à plusieurs affections gastriques (ulcères, gastrites, etc.), et en compliquer les modalités cliniques. La gravité de l'opération est, dans ces cas, beaucoup moindre que lorsqu'il s'agit de néoplasme. Avec un opérateur exercé et une bonne technique, elle ne doit pas dépasser 7 p. 100 environ, d'après les cas publiés, et ce chiffre doit s'abaisser encore, à mesure qu'on opérera en temps plus opportun. Aussi, dès qu'on aura, par un essai consciencieux, suffisamment énergique et prolongé, acquis la certitude que tout traitement purement médical est impuissant, en présence surtout d'une dénutrition rapide du malade et d'un fléchissement grave de son état général, *il faudra savoir ne plus attendre*. On

(1) Guibé. Loc. cit.

lui proposera la gastro-entérostomie, lui donnant ainsi le bénéfice d'une intervention que l'expérience, à défaut d'une théorie bien assise, a très souvent montré être des plus utiles et dont, par suite, la légitimité en pareils cas ne doit maintenant plus être contestée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 MARS 1909)

Sur l'évacuation de bacilles tuberculeux par la bile dans l'intestin chez les animaux porteurs de lésions latentes ou « occultes ». — MM. A. CALMETTE et C. GUÉRIN. Dans une série d'expériences faites récemment à la ferme du *Bureau of animal Industry*, de Washington, E. C. Schrœder et W. E. Cotton ont démontré que les déjections des bovidés réagissant à la tuberculine, mais ne présentant aucune lésion ouverte et en apparence parfaitement sains, contiennent fréquemment en masse des bacilles tuberculeux virulents et contaminent dans 41,6 p. 100 des cas les porcs qui les ingèrent. Mais on ignore actuellement par quel mécanisme cette élimination des bacilles par l'intestin peut s'exercer.

Les études que MM. Calmette et Guérin poursuivent actuellement sur les propriétés si curieuses que possèdent les bacilles tuberculeux bovins cultivés sur bile de bœuf, les ont conduits à rechercher si, dans un organisme animal récemment infecté par voie sanguine et porteur de lésions tuberculeuses fermées, les lésions qu'on rencontre en abondance et par intermittences dans les déjections ne proviendraient pas de ce qu'ils sont éliminés par la glande hépatique et évacués avec la bile dans l'intestin.

Leurs expériences leur ont montré qu'il en était ainsi.

Or, la bile modifie l'enveloppe ciro-graisseuse des bacilles et facilite leur absorption par la muqueuse intestinale.

Les sujets dont les sécrétions biliaires sont plus ou moins bacillifères sont donc exposés à des réinfections s'il s'agit de vaches laitières ; leur lait, comme l'a montré Moussu, peut renfermer des bacilles tuberculeux vivants.

Leurs déjections, en outre, sont particulièrement redoutables au point de vue de la dissémination de la tuberculose.

Il y a lieu d'attirer spécialement l'attention des éleveurs de bétail sur la contagion possible par les déjections dans les étables, et de leur conseiller de n'épandre, sur les prairies ou pâturages, que des fumiers provenant d'animaux reconnus, *cliniquement et par l'épreuve de la tuberculine*, indemnes de tuberculose.

En règle générale et par mesure de précaution, les fumiers des animaux réagissant à la tuberculine, ne pouvant être détruits, devraient être réservés aux terres de labour.

Le rôle des fosses septiques dans l'épuration biologique de l'eau d'égout. — MM. MUNTZ et E. LAINÉ. Dans le système de l'épuration biologique, les eaux d'égout, avant d'être amenées sur des lits oxydants où elles sont soumises au travail des ferments aérobies, passent généralement dans des bassins profonds, appelés *fosses septiques* et y forment un milieu réducteur caractérisé par le dégagement d'émanations putrides.

On n'est pas d'accord sur le rôle et même l'utilité des fosses septiques.

Les expériences de MM. Muntz et E. Lainé leur ont montré que le rôle utile des fosses septiques, précédant l'oxydation sur le lit de tourbe, se borne à opérer la décantation des matériaux en suspension. L'établissement de ces fosses étant coûteux et encombrant, on peut donc chercher à réduire leur importance et à les considérer surtout au point de vue du dégrossissage des eaux à épurer.

Action de la lampe en quartz à vapeurs de mercure sur la toxine tétanique. — MM. Jules COURMONT et Th. NOGIER.

Action de la d'Arsonvalisation sur la circulation périphérique. — M. E. DOUMER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 MARS 1909)

Diagnostic de la méningite cérébro-spinale à méningocoques par la précipito-réaction. — M. VINCENT, en son nom et au nom de M. BELLOT, fait une intéressante communication sur ce sujet. La sérothérapie ne devant être appliquée qu'à bon escient, le diagnostic bactériologique préalable s'impose. Les auteurs proposent une méthode de contrôle basée sur l'action précipitante ou coagulante spécifique qu'exerce sur le liquide céphalo-rachidien centrifugé le sérum anti-méningococcique agglutinant.

Pour faire cette recherche, on ajoute une goutte de ce dernier sérum dans deux tubes renfermant l'un 50, l'autre 100 gouttes de liquide céphalo-rachidien éclairci par la centrifugation. On fait un tube témoin avec ce dernier liquide seul. On met à l'étuve à 37 degrés ou à 50-55 degrés. Après huit à dix heures, on constate un trouble uniforme du mélange dans les seuls cas de méningite, justiciables du méningocoque de Weichselbaum. La culture centrifugée du méningocoque donne la même réaction.

Cette épreuve s'est montrée positive dans cinq cas de méningite à méningocoque et négative dans quatre cas de méningite non méningococcique.

L'assistance médicale aux indigènes en Afrique occidentale française. — M. KERMORGANT expose le fonctionnement de l'assistance médicale indigène en Afrique occidentale française.

Cette assistance fut créée par M. Roume, gouverneur général. Elle est assurée par des médecins des troupes coloniales placés hors cadres et par des médecins civils recrutés chaque année en France par engagement individuel pour cinq années, période durant laquelle ils ont droit, chaque deux ans, à un congé de six mois, à solde entière.

Depuis la création de cette assistance, la situation sanitaire s'est sensiblement améliorée.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers.

Après quatre tours de scrutin, M. Cranwel (de Buenos-Ayres) est élu. La seconde place est donnée à M. Jonnesco (de Bucarest).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 MARS 1909)

Hématurie par injections de sucs cellulaires. Hémoglobinurie par hémolyse intra-urinaire. — MM. ACHARD et FEUILLIÉ ont produit chez le chien, par l'injection intraveineuse de sucs de globules blancs, de globules rouges et de muscles striés, des lésions rénales identiques et rapides : congestion et hémorragies glomérulaires et interstitielles, vacuolisation protoplasmique et pycnose nucléaire de l'épithélium, cylindres hématiques dans la cavité des tubes. L'urine, outre des globules rouges et des stromas globulaires, contenait de l'hémoglobine dissoute.

On sait que, depuis les expériences de J. Camus, l'injec-

tion de suc musculaire est un procédé expérimental pour obtenir l'hémoglobinurie et l'on admet que celle-ci se produit parce que l'hémoglobine musculaire injectée traverse plus facilement le rein que celle des globules rouges; car celle-ci ne passe dans l'urine que lorsqu'on en injecte des quantités considérables.

Or, il ne leur paraît pas démontré que l'hémoglobine trouvée dans l'urine après l'injection de suc musculaire provienne d'une hémoglobinhémie. Car le plasma n'est pas teinté; de plus ils ont réalisé, ce que Camus n'avait pas obtenu, l'hémoglobinurie non seulement avec le suc de muscles rouges du lapin qui renferme de l'hémoglobine, mais encore avec le suc de muscles blancs qui en est privé. Aussi croient-ils que le suc musculaire agit par autre chose que par sa matière colorante pour produire l'hémoglobinurie.

Il leur paraît difficile de ne pas tenir compte de l'hémolyse intra-urinaire des globules extravasés pour expliquer cette hémoglobinurie. C'est, du reste, une interprétation qu'on a proposée aussi pour l'hémoglobinurie paroxystique de l'homme, mais qui est généralement rejetée. Pourtant, au cours de l'accès humain, on trouve souvent dans l'urine quelques globules rouges; de plus, si le sérum est souvent laqué, le plasma ne l'est généralement pas. Il y a donc quelque analogie entre les constatations faites chez l'homme et celles que les auteurs rapportent chez l'animal.

Le diagnostic de la tuberculose est-il possible par l'anaphylaxie ? — MM. E. Lesné et L. Dreyfus. Bien que jusqu'ici il n'ait pas encore été possible de démontrer nettement l'anaphylaxie à la tuberculine, il semble cependant que la réaction des individus tuberculeux à ce poison puisse lui être attribué. Mais en admettant cette hypothèse est-il possible de transmettre l'aptitude à réagir à la tuberculine, par injection de sang tuberculeux à un animal sain, comme cela a lieu pour d'autres états anaphylactiques. C'est ce que les auteurs ont cherché à vérifier par différentes méthodes, mais il résulte de leurs expériences que si l'on peut mettre en évidence cette transmission dans un certain nombre de cas, une fois sur trois et une fois sur cinq suivant la méthode employée, ces chiffres sont insuffisants pour permettre d'établir par ce moyen, un diagnostic certain, un *anaphylacto-diagnostic* de la tuberculose.

Dégénérescence caséeuse dans la tuberculose. — M. Chaussé. Le processus de la caséification tuberculeuse consiste :

1° En une dégénérescence granulo-graisseuse;

2° En la fragmentation des noyaux dont les débris restent longtemps visibles et colorables;

3° En la fusion des produits gras et protéiformes dérivés de la destruction cellulaire. Ultérieurement, il se fait, au milieu des masses caséeuses, un dépôt plus ou moins abondant de sels minéraux.

Toxicité, pour le cœur, en circulation artificielle, des solutions isotoniques de phosphate de sodium. Son mécanisme décalcifiant. — MM. Busquet et Pachon. 1° La toxicité vis-à-vis du cœur des solutions isotoniques des phosphates di et tri-sodiques, employées comme liquides de circulation artificielle à travers le cœur de la grenouille, est nettement atténuée du fait de la saturation de ces solutions par Co^2.

2° Les solutions isotoniques des phosphates di et tri-sodiques contenant de faibles doses de calcium, dissous en présence de Co^2, permettent, employées comme liquide de circulation artificielle pour le cœur, un fonctionnement cardiaque énergique et régulier.

3° Ces faits constituent la preuve directe que les solutions de phosphates bi et tri-sodiques exercent leur toxicité vis-à-vis du cœur isolé par un mécanisme décalcifiant.

Toxine diphtérique et adrénaline dans la production de l'athérome expérimental. — MM. Bonnamour et Thévenot. L'addition, à l'adrénaline, de toxine diphtérique, même très diluée, en injections sous-cutanées, favorise la production de l'athérome.

Mécanisme de l'anaphylaxie aortique typhique. — M. Delanoe. Pour expliquer l'anaphylaxie typhique on peut invoquer trois hypothèses : celle de l'embolie par amas d'agglutination; celle de la destruction des globules rouges; celle de la bactériolyse. Aucune n'est absolument satisfaisante.

Un cas de tumeur cérébrale. — MM. Collin et Harter. Une femme de vingt-sept ans présente des phénomènes démentiels et des troubles de l'équilibre qui ne tardèrent pas à se compliquer de paralysie faciale et d'hémiplégie gauche. Elle mourut dans le coma. A l'autopsie, tumeur grisâtre de 2 centimètres $\times$ 2 centimètres occupant le ventricule moyen, tapissée par l'épithélium épendymaire et constituée : 1° par des éléments névrogliques ; 2° par des cellules nerveuses. Il s'agit donc d'un neuro-gangliome ganglionnaire.

Modifications du poids de la thyroïde après la thymectomie. — MM. Lucien et Parisot. L'ablation du thymus ne détermine aucune réaction positive de la thyroïde. La thymectomie ne s'accompagne donc pas d'hypertrophie de la thyroïde : argument très important à invoquer contre la conception d'une suppléance hypothétique et bien souvent admise entre les deux organes.

Cirrhose tuberculeuse hypoplasique (hyperplasie parenchymateuse minima). — M. E. Géraudel. Les cirrhoses diffèrent surtout entre elles par la quantité de tissu hépatique néoformé. On peut grouper, aux deux extrémités de la série où se rangent les faits observés, d'une part ceux à hyperplasie minima, d'autre part ceux à hyperplasie maxima. Une même cause pathogène, la tuberculose par exemple, peut réaliser toute la série des faits observés.

La cirrhose à hyperplasie parenchymateuse minima ou cirrhose hypoplasique présente les caractères suivants : foie diminué de volume, mais de forme conservée, finement granulé, très consistant, à surface de section lisse, d'aspect homogène, faite d'îlots parenchymateux peu volumineux, sensiblement égaux, coulés dans une gangue scléreuse diluée. Perhépatite fréquente avec ascite. Histologiquement, faible développement des îlots parenchymateux, d'où rapprochement des espaces portes. Richesse en tissu élastique. Nombreux néo-canalicules biliaires.

Hypoplasie viscérale : pancréas, reins, thyroïde, intestin, rate diminués de volume et de poids.

Cliniquement, affection longtemps tolérée, s'observe presque exclusivement sur les gens âgés. Mort fréquente par hémorragie intestinale.

Les lésions tuberculeuses concomitantes ou antécédentes sont rarement évidentes; ce sont des lésions à tendance scléreuse, à évolution lente (lupus, pleurésies, pleuro-pneumonies, bronchites chroniques avec emphysème).

L'abcès des boissons est fréquemment noté, mais peut manquer.

Contribution à l'étude des dégénérescences de la cellule hépatique au cours de certaines intoxications brutales chez les batraciens. — M. N. Fiessinger.

Action de l'atropine et de la peptone sur la coagulabilité du sang. — M. Doyon.

Sur un procédé d'exploration de la fonction biliaire par l'examen des selles chez les nourrissons. — M. Triboulet.

Formes actinomycosiques dans la sporotrichose expérimentale. — MM. Harter et Gruger.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 MARS 1909)

De l'état antérieur dans les accidents du travail (*suite*). — M. Bouvet pense que cette question devrait être solutionnée sans parti pris dans chaque cas particulier. Il y a des cas où cet état antérieur est insaisissable; d'autres, où l'état antérieur coopère comme facteur indéniable à la marche des suites d'accidents, et où, en bonne logique, il devrait être pris en considération. Enfin, parfois, l'état antérieur joue dans l'évolution de l'affection un rôle si prépondérant qu'il pourrait être uniquement invoqué : il faut alors rechercher la signature du traumatisme allégué pour éviter de le considérer comme cause lorsqu'il n'est que révélateur ou prétexte.

M. Dabout cite des cas personnels où l'état antérieur du blessé à la suite d'un accident du travail est la seule raison de son incapacité de travail. Il aurait été heureux qu'on lui fît des objections sur les définitions qu'il a données de la capacité ouvrière et de la capacité professionnelle. M. Dabout rappelle le caractère forfaitaire de la loi de 1898, les modifications que cette loi a fait subir à la jurisprudence de droit commun; il ne pense pas qu'il soit équitable et juste de ne jamais tenir compte de l'état antérieur, comme le voudraient les jugements de la Cour de cassation et il rappelle les raisons qu'il a déjà données précédemment pour que l'expert tienne compte, dans l'appréciation de l'incapacité permanente, de l'état antérieur pathologique du blessé.

Prophylaxie et physiothérapie de la tuberculose chez l'enfant. — M. Keller (de Rheinfelden). L'abolition de l'alcoolisme et la puériculture dans sa plus vaste et noble conception sont le pivot de la lutte contre la tuberculose. Les agents de la physiothérapie (cure marine, cure salée, cure d'altitude et d'héliothérapie) sont seuls capables de donner des résultats dans le traitement de la tuberculose et doivent donc être employés en premier lieu. Le sanatorium donne la plus grande garantie pour la réussite de la cure. L'hygiène, la discipline et l'ordre y sont enseignés et sont les facteurs indispensables pour obtenir de bons résultats.

L'établissement de sanatoria pour enfants doit encore être plus généralisé.

Autonomie des Facultés et Ecoles de médecine. — A la suite d'une longue discussion, la Société de médecine de Paris émet des vœux demandant pour les Facultés et Ecoles de médecine l'autonomie dans les limites compatibles avec le droit de contrôle de l'Etat.

Aux conseils des Facultés élargis seraient adjoints des médecins praticiens, enfin l'hôpital devrait devenir le véritable centre de l'enseignement.

Quelques considérations sur les traitements du goitre exophtalmique. Leurs indications et leurs résultats. — M. Paul Sainton. — Le goitre exophtalmique est un syndrome qui réagit d'une façon différente à des agents identiques; les infections par exemple tantôt aggravent, tantôt améliorent, au moins temporairement, les symptômes de la maladie de Basedow; il en est de même de certaines interventions chirurgicales telles que l'ovariotomie. En présence de cette *réaction paradoxale* de la glande à des causes identiques, il est difficile de préciser d'une façon absolue les indications des divers traitements. Sur 19 cas traités par l'hémo ou la sérothérapie antithyroïdienne, l'auteur a observé 14 améliorations, 3 guérisons, 2 insuccès; dans 3 cas d'origine infectieuse ou rhumatismale, le salicylate de soude lui a donné 1 guérison et 2 améliorations considérables. Le sulfate de quinine lui semble surtout un tonique utile. Le traitement chirurgical donne des résultats variables, l'auteur a observé une guérison datant de neuf ans, il le réserve aux cas suraigus ou aux cachexies profondes.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies des enfants (1), par le docteur E. Apert. (Bibliothèque Gilbert et Fournier.)

Laissant volontairement de côté les affections spéciales qui sont étudiées dans d'autres volumes de la même collection, M. le docteur Apert s'est surtout occupé des maladies infantiles les plus importantes, de celles que le praticien est exposé à rencontrer tous les jours. Chaque chapitre est précédé d'un préambule anatomique, physiologique et séméiologique. Un article de M. Marfan, relatif à l'exploration clinique dans la première enfance, sert d'introduction à ce livre très simple, très élémentaire, et qui, en raison même de la compétence spéciale de son auteur, est appelé à rendre de grands services aux étudiants et aux médecins. L. BABONNEIX.

Conférences d'hygiène et de puériculture (2), par le docteur R. Mercier.

Cet opuscule intéressant n'est que la reproduction des leçons professées par l'auteur, en 1905-1907, à l'Ecole supérieure de Tours. Il se divise en cinq chapitres : *hygiène de l'individu*, des *collectivités*, de *l'individu malade*, du *nourrisson*, *hygiène sociale*, et envisage successivement, d'une façon pratique, les divers problèmes que peuvent avoir à résoudre tous ceux, et ils sont nombreux, qui ont à s'occuper des questions d'hygiène. L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

MYXŒDÈME

I. **DÉFINITION.** — Etat pathologique dû à l'insuffisance fonctionnelle, spontanée ou provoquée, de la glande thyroïde.

II. **HISTORIQUE.** — W. Gull (1873) signale le premier l'état crétinoïde. Ord (1877) crée le nom de *myxœdème*. Charcot (1881) publie la première observation française. Bournerilh décrit le myxœdème congénital avec idiotie, Reverdin (1882) le myxœdème opératoire. Depuis, la clinique et l'expérimentation complètent la connaissance du myxœdème et de ses diverses formes, en montrant que l'insuffisance thyroïdienne peut être congénitale, survenir spontanément chez l'adulte, succéder à l'ablation du corps thyroïde, être liée au développement d'un goitre.

Avant de décrire ces quatre variétés étiologiques, on peut, en prenant comme type le myxœdème spontané de l'adulte, décrire l'état myxœdémateux, en tant que syndrome constitué.

III. **SYNDROME MYXŒDÈME.** — 1° Aspect extérieur. — a. *Facies.* — La face est en pleine lune, large, arrondie, le nez épaté, le front plissé, les yeux bridés, les paupières gonflées. Les téguments sont infiltrés et ont une coloration blanc jaunâtre, cireuse, tandis que les lèvres sont légèrement cyanotiques et les pommettes rosées. La consistance des téguments est aussi augmentée. Dans l'ensemble, la physionomie est immobile, les traits figés.

b. *Extrémités.* — Les mains et les pieds sont élargis, les

(1) In-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8. — Paris, Poinat édit.

doigts augmentés de volume, les ongles striés, cassants; les doigts sont peu mobiles et cyanosés. Les jambes sont plus grosses; cependant la radiographie montre des os normaux.

c. *Tronc*. — Il y a des saillies sus-claviculaires (pseudolipomes); l'abdomen revêt l'aspect en besace; il existe une pseudo-hernie ombilicale.

d. *Annexes de la peau*. — Les poils sont rares, cassants; la barbe, les cheveux, les sourcils tombent. Les sécrétions cutanées sont supprimées.

e. *Muqueuses*. — Elles sont aussi infiltrées et tuméfiées; la muqueuse buccale est pâle, les gencives boursoufflées, les dents ébranlées, la langue augmentée de volume, d'où la gêne de la parole.

2° EXAMEN DES APPAREILS ET FONCTIONS. — a. *Système nerveux*. — L'état psychique est fortement altéré : il y a un affaiblissement de toutes les facultés intellectuelles; la mémoire est ralentie; le caractère se modifie, devient apathique, et par moment d'une irritabilité extrême. La motilité est affaiblie : les mouvements deviennent lents et incertains. La sensibilité objective s'émousse; par contre, il existe de la céphalalgie, des douleurs. Les réflexes sont diminués, non abolis (Erb), la contractilité électrique reste normale. La parole est lente, monotone, d'une raucité particulière.

b. *Appareil circulatoire*. — La cyanose, l'algidité concordent avec la petitesse, la dépressibilité du pouls. Il existe de l'hypoglobulie et de l'hypohémoglobinémie.

La température centrale est ordinairement abaissée à 36, 34 degrés; les malades se plaignent de la sensation de froid.

c. *Appareil digestif*. — L'appétit est diminué; la constipation est fréquente. Les échanges sont diminués, comme chez un animal en hibernation, d'où l'hypoazoturie.

d. L'appareil *génital* est presque toujours atteint chez la femme; on observe l'aménorrhée.

e. *Etat du corps thyroïde*. — L'exploration du corps thyroïde, recherché par la palpation pendant un mouvement de déglutition, montre qu'il est complètement atrophié. Parfois l'atrophie a été précédée d'une phase d'augmentation.

IV. **VARIÉTÉS ÉTIOLOGIQUES**. — 1° MYXŒDÈME SPONTANÉ DE L'ADULTE. — a. Les circonstances *étiologiques* dans lesquelles il survient ne sont pas nettement déterminées. Le plus souvent, il s'observe chez la femme, de trente-cinq à cinquante ans; les grossesses répétées, les métrorragies, les troubles de la ménopause ont précédé souvent son apparition. Quelquefois il succède à la maladie de Basedow; on a invoqué aussi les maladies infectieuses ayant pu léser la thyroïde, la syphilis.

b. L'*évolution clinique* est progressive et lente, le début insidieux, rapide dans quelques cas, et aboutit au tableau que nous avons pris comme type, et qui persiste indéfiniment, sauf le cas de rémissions. La terminaison se produit à la suite de complications rénales ou pulmonaires, ou au cours de troubles mentaux graves.

c. Il existe des *formes frustes*, où on note seulement de l'apathie physique et intellectuelle, un certain embonpoint, l'hyperesthésie au froid, l'absence de corps thyroïde, phénomènes favorablement influencés par le traitement thyroïdien; des *formes associées* à d'autres états morbides : rhumatisme chronique (L. Lévi et H. de Rothschild), insuffisance testiculaire, surrénale.

2° MYXŒDÈME INFANTILE. — C'est le myxœdème dû à l'absence congénitale du corps thyroïde.

L'atrophie du corps thyroïde peut d'ailleurs survenir après la naissance; dans les deux cas, la caractéristique de l'affection est le retard de développement subi par l'organisme.

a. Les *causes* invoquées sont la tuberculose, la syphilis héréditaires; b. le *début* se fait vers douze ou quinze mois; assez rapidement s'installent les signes objectifs du myxœdème : face bouffie, lèvres saillantes, langue pendante, pâleur blafarde du visage sans plaque rouge sur les joues.

Le retard du développement squelettique se manifeste par la persistance de l'ouverture des fontanelles, l'incurvation du rachis; les membres sont gros et courts, incurvés, cyanosés, pachydermiques. La puberté n'apparaît pas. La température reste à 36 degrés. Il y a de l'essoufflement, de la raucité de la voix. En outre le développement cérébral ne se fait pas; l'*idiotie* peut être complète.

c. Dans les formes *frustes*, il peut y avoir une sorte de dissociation entre les signes objectifs et les troubles cérébraux (distinction entre les sécrétions thyroïdienne et parathyroïdienne, Brissaud), donnant lieu soit à de l'infantilisme sans troubles notables des fonctions psychiques, soit au contraire à des troubles intellectuels plus ou moins marqués, avec des signes physiques ébauchés (enfants idiots, arriérés, imbéciles ou apathiques).

3° MYXŒDÈME OPÉRATOIRE (cachexie strumiprive, cachexie pachydermique). — Il s'est observé à la suite des premiers cas de thyroïdectomie totale, alors qu'on ignorait la nécessité de laisser à l'organisme une portion de tissu thyroïdien. Le *début* a lieu deux à trois mois après l'ablation du corps thyroïde, rarement plus tôt (au dixième jour dans un cas de Reverdin).

La *symptomatologie* ne diffère pas de celle du myxœdème spontané; chez l'enfant, on observe aussi l'arrêt du développement.

Il existe des formes atténuées; par contre, des phénomènes nerveux graves peuvent survenir : tétanie, convulsions épileptiformes, délire.

4° MYXŒDÈME ENDÉMIQUE OU CRÉTINISME. — Le crétinisme, avec ou sans goitre (répandu dans certaines régions, comme la Savoie) présente des analogies frappantes avec le myxœdème; aussi, bien que le rapport des deux affections entre elles prête encore à discussion, peut-on rattacher le crétinisme à l'insuffisance thyroïdienne.

V. **ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE**. — a. L'absence du corps thyroïde, ou son atrophie considérable, ou sa sclérose (qui semble débuter par une infiltration cellulaire des parois vésiculaires) constitue la constatation anatomique capitale. Les autres sont moins importantes : le tissu cellulaire sous-cutané est œdémateux ou gélatineux, très riche en *mucine* et en graisse.

Les viscères contiennent aussi de la mucine; le cerveau (dans le myxœdème infantile) présente des circonvolutions à peine développées; le thymus est souvent hypertrophié.

b. L'*expérimentation* permet de reproduire chez le singe (Horsley), chez le chien (Schiff, Tizzoni) un syndrome analogue, avec l'infiltration sous-cutanée, le refroidissement, les convulsions. Schiff montre que la greffe préalable permet la survie. D'ailleurs, l'emploi thérapeutique de suc thyroïdien empêche les effets de l'athyroïdisme.

c. De nombreuses *théories* ont été émises pour expliquer le mécanisme de la sécrétion thyroïdienne (Notkine, Baumann, etc.). Il suffit de dire que la glande thyroïdienne sécrète une substance indispensable à la nutrition et au développement de l'organisme, soit qu'elle agisse directement, soit qu'elle neutralise d'autres substances formées dans les tissus.

VI. **DIAGNOSTIC**. — Le diagnostic du myxœdème ne présente de difficultés que dans les formes frustes. Il peut être confondu avec la sclérodermie, l'achondroplasie, les œdèmes chroniques d'origine cardiaque ou rénale, les différentes formes d'idiotie, les infantilismes testiculaire, cardiaque, rachitique, le mongolisme (Comby).

Dans tous ces cas, c'est l'examen du corps thyroïde qui permettra de trancher la question; mais il faut savoir qu'il existe des formes associées dans lesquelles il faudra faire la part de l'insuffisance thyroïdienne.

TRAITEMENT. — Le traitement thyroïdien, destiné à remplacer la sécrétion thyroïdienne absente, donne des résultats surprenants.

On donne ordinairement le corps thyroïde de mouton, à l'état frais, à la dose de 3 à 4 grammes par jour, en espaçant ensuite les doses.

La médication agit sur les signes physiques et sur les phénomènes intellectuels. Dans le myxœdème infantile cependant, il y a seulement amélioration. Le traitement doit être continué d'une façon constante, sans quoi les résultats obtenus disparaissent.

Néanmoins, la médication thyroïdienne demande à être surveillée de près, car elle peut provoquer des accidents toxiques : céphalée, vertiges, douleurs, vomissements, et parfois des accidents cardiaques graves (tachycardie, angine de poitrine, syncopes).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AU CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 17 mars 1909 : MM. Courcoux, 20; Rosenthal, 20; Weill (Benjamin), 20.

Séance du 18 mars : MM. Deguy, 20; Bensaude, 19; Babonneix, 18.

Prochaine séance lundi 22 mars, à 4 h. 3/4, à la Charité.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 17 mars : Question donnée : « Anatomie de l'urètre pelvien chez la femme. — Symptômes et formes de la scarlatine sans complications. »

MM. Dubois (Robert), 9 + 18 = 27; Virenque, 13 + 17 = 30; Morancé et Girou, 14 + 21 = 35; Crétaux, 10 + 17 = 27; Pont, 16 + 20 = 36; Weber, 11 + 19 = 30; Brodin, 17 + 21 = 38.

Séance du 18 mars : Question donnée : « Anatomie des muscles ptérygoïdiens (sans physiologie). — Formes cliniques de la pneumonie chez l'enfant, l'adulte et le vieillard. »

MM. Petit (Henri), 13 + 19 = 32 ; Bernard, 11 + 20 = 31 ; Métivet, 16 + 21 = 37; Pakowski, 15 + 21 = 36; Miginiac, 18 + 21 = 39; Weissembach, 13 + 19 = 32; Passot, 15 + 23 = 38; Rousseau (Emile), 13 + 18 = 31; Lévy (Pierre), 16 + 22 = 38; Lorin, 15 + 22 = 37.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Un concours s'ouvrira le 8 novembre 1909, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Un concours s'ouvrira le 8 novembre 1909, devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite école.

— NANTES. — Un concours s'ouvrira le 10 novembre 1909, devant l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Un concours s'ouvrira le 15 novembre 1909, devant l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour un emploi de suppléant de chimie (enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles) à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — La chaire d'anthropologie est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à dater du 5 mars est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Belot, Gilbert, Mayard, Reumaux, Rogier (de Paris); Camoux (de Nice); Mercier-Bellevue (de Poitiers); Topard (d'Angers).

CONFÉRENCE. — Une conférence sur la radiographie médicale et médico-légale sera faite le vendredi 26 mars, à huit heures trois quarts du soir, à la salle de la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain, par M. le docteur Ménard, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Trousseau, sous la présidence de M. le docteur Rieffel.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Pâques et fêtes de la béatification de Jeanne d'Arc à Rome.* — A cette occasion, la Compagnie délivrera du 28 mars au 16 avril 1909, au départ de toutes les gares de son réseau, des billets d'aller et retour spéciaux pour Rome à prix très réduits.

La durée de validité de ces billets sera de trente jours (dimanches et fêtes compris) sans faculté de prolongation.

Arrêts facultatifs sur le réseau P.-L.-M. ; trois arrêts au choix en Italie, tant à l'aller qu'au retour.

Prix, au départ de Paris : 1re classe, 166 fr. 75 ; 2e classe, 115 fr. 65 ; 3e classe, 75 fr. 70 (viâ Dijon, Mâcon, Modane).

Technique radiothérapique, par le docteur H. BORDIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, lauréat de l'Académie de médecine (prix Buignet). In-8° (19 × 12) de 17 p., 1908 (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire). — Prix : br., 2 fr. 50; cart., 3 francs. — Paris, Gauthier-Villars.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

REVUE GÉNÉRALE (1)

DE L'HÉMIANOPSIE

SA VALEUR AU POINT DE VUE CLINIQUE

Par le docteur CAILLAUD,
Assistant-adjoint d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris.

L'hémianopsie (de ἥμισυς moitié, ἀ priv., ὤψ, vue) est la suppression complète ou incomplète de l'une des moitiés du champ visuel. Cette affection est presque toujours bilatérale et revêt un aspect symétrique et régulier dans les champs visuels des deux yeux. Elle diffère des scotomes en ce que ceux-ci sont des lacunes dans le champ visuel dont le propre est d'être irréguliers, asymétriques, de forme et d'étendue différente pour chaque œil, sauf certains cas de scotomes centraux; l'hémianopsie est toujours due à des lésions siégeant au niveau des voies optiques.

L'hémianopsie peut être temporale ou nasale, droite ou gauche. Ces termes s'appliquent au champ visuel et non à la rétine, pour laquelle les lésions sont du côté opposé, la partie gauche d'une rétine voyant à droite, et vice versa.

La cause de l'hémianopsie est toujours dans une lésion intracranienne retentissant sur les voies optiques. Aussi, avant de décrire les symptômes cliniques de cette affection, croyons-nous utile de faire un très rapide aperçu de l'anatomie des voies optiques que nous décrirons depuis le globe jusqu'à l'écorce cérébrale.

Les voies optiques. — Après avoir pénétré dans le crâne les deux nerfs optiques viennent se réunir en forme d'X au niveau du *chiasma*. Le chiasma situé dans l'étage inférieur du crâne est en rapport en arrière avec la tige pituitaire, d'où possibilité de troubles visuels par suite d'hypertrophie du corps pituitaire comme dans l'acromégalie par exemple. Au niveau du chiasma les fibres du nerf optique subissent une décussation partielle. Les fibres provenant de la partie nasale des deux rétines s'entrecroisent en totalité et occupent la partie centrale du chiasma. Les fibres provenant de la partie temporale des deux rétines ne s'entrecroisent pas et siègent sur les parties latérales du chiasma. A ces fibres sont mélangées des fibres provenant spécialement de la macula, lesquelles sont aussi directes et croisées.

Les deux branches postérieures de l'X chiasmatique forment les *bandelettes optiques*. Ces bandelettes renferment du côté interne les fibres croisées (ou nasales du côté opposé), du côté externe les fibres directes (ou temporales du même côté), plus les fibres maculaires directes et croisées. Elles aboutissent au corps genouillé et au pulvinar, et au tubercule quadrijumeau antérieur. Le *corps genouillé externe* est le seul ganglion en rapport direct avec les fibres visuelles. Ces fibres optiques s'y terminent; certains auteurs prétendent qu'il existe d'autres fibres (fibres longues) qui le traversent et vont jusqu'à l'écorce cérébrale. Ces groupes de cellules sont en connexion avec les noyaux protubérantiels, et en particulier avec les noyaux moteurs de l'œil.

De là naît le faisceau optique intracérébral.

Le *faisceau optique intracérébral* comprend donc les fibres longues venues de la rétine et les fibres venant des centres ganglionnaires. A son origine ce faisceau occupe la partie la plus reculée du segment postérieur de la capsule interne, ou région *rétrolenticulaire* de Déjerine. On conçoit de là, par les relations de voisinage, comment dans une lésion de cette région, l'hémianopsie peut être accompagnée d'autres troubles organiques (hémiplégie, etc.). De là le faisceau optique s'élargit et est en rapport avec le prolongement occipital du ventricule latéral.

Les terminaisons corticales de ce faisceau sont : en haut, la face interne du lobe occipital (surtout la partie supérieure du *cunéus*); en bas, la partie inférieure du cunéus et la partie postérieure des deux *circonvolutions temporo-occipitales*; entre les deux l'écran du *pôle occipital*.

De ces régions corticales partent un certain nombre de fibres d'association intracérébrales qui expliquent la coexistence de l'hémianopsie et de certains autres troubles cérébraux.

I

Symptômes cliniques des hémianopsies. — Le premier signe est la disparition d'une des moitiés du champ visuel. Quels sont les caractères de cette disparition?

1° Lorsqu'à l'aide de l'arc périmétrique on cherche le champ visuel de chaque œil du malade, séparément, à l'aide d'un index blanc (de un centimètre de diamètre), on constate que sur chaque œil l'une des moitiés des rétines est aveugle pour cet index. Si l'on inscrit les chiffres trouvés sur un schéma, on trouve en général une perte de la moitié du champ visuel, moitié temporale ou moitié nasale. Cette zone obscure est limitée en général *exactement à la ligne médiane*, ou tout au moins est limitée par une ligne verticale, et n'empiète pas sur la région saine. La surface de séparation est tout à fait *rectiligne*, sauf au niveau du point de fixation. Ces notions sont importantes pour séparer ces hémianopsies de certaines hémianopsies fonctionnelles que l'on peut rencontrer, ou de certains rétrécissements du champ visuel de forme hémianopsique où la ligne de séparation peut empiéter plus ou moins ou n'être pas rectiligne. Dans la zône obscure, le malade ne peut distinguer l'index blanc, en aucun point.

2° Un second caractère de l'hémianopsie bilatérale est la *symétrie*. C'est-à-dire que les zones obscures des deux champs visuels présentent la même disposition, que la ligne rectiligne de séparation a la même direction, dans le schéma des deux champs visuels.

3° Le troisième caractère est en général la *perception négative* du trouble de la vue. Les malades peuvent avoir et ont souvent conscience du trouble de leur vue. Mais dans la zone obscure, ils n'ont pas la

(1) Reproduction interdite.

sensation d'un écran noir qui couvre les objets (scotome positif).

4° L'hémianopsie peut être *absolue ou relative*. Absolue veut dire que la lumière même n'est pas perçue. Il en est ainsi en général dans les hémianopsies récentes et complètes. L'hémianopsie peut être relative; c'est dire que le malade qui ne voit pas l'index de un centimètre de diamètre peut cependant avoir une perception quantitative de lumière ou peut distinguer un index plus grand; ou plus souvent présente de l'hémiachromatopsie, c'est-à-dire présente une hémianopsie pour certaines ou toutes les couleurs en distinguant le blanc. Dans les cas de guérison l'hémianopsie d'abord absolue devient relative.

5° Comment se comporte la ligne de séparation du champ obscur au niveau du *point de fixation?* Nous avons vu que la macula était en rapport avec les centres par des fibres spéciales directes et croisées. Dans la grande majorité des cas, le champ visuel maculaire est conservé. Ce champ visuel ne s'étend qu'à quelques degrés autour du point de fixation. Il suit de là que la ligne de séparation décrira au niveau du point de fixation une encoche, laissant intact le champ de vision de la macula. D'autres fois la ligne de séparation coupe en deux le champ visuel maculaire et est tout à fait rectiligne.

6° Il convient enfin de voir comment se comporte le *champ visuel des couleurs*. L'hémianopsie, lorsqu'elle est accusée, s'accompagne toujours d'hémiachromatopsie. Lorsque la vue revient dans la zone obscure et que le scotome est relatif, on peut voir réapparaître un peu de vision colorée, surtout le bleu et le rouge..

Nous venons de décrire l'hémianopsie typique. Mais il arrive que cette hémianopsie ne reste pas complète et que par suite d'une amélioration la vision revient dans une partie du champ d'abord obscur. Mais même dans ce cas le scotome qui subsiste conserve les caractères que nous venons d'indiquer ; il n'empiète pas sur la ligne médiane, il est limité par un trajet rectiligne, il tend à être symétrique sur les deux yeux. De sorte que, en l'absence de tout renseignement antérieur, si nous voyons le malade à ce moment, nous ne confondrons pas ces lacunes du champ visuel avec les scotomes ordinaires.

État du champ visuel conservé. — Le champ visuel qui subsiste a en général les limites normales. On constate quelquefois un rétrécissement concentrique de ce champ visuel lié à un trouble fonctionnel surajouté ou à un trouble organique (atrophie optique). Il peut y avoir aussi des troubles dans le champ des couleurs. La dyschromatopsie est relativement assez fréquente. L'achromatopsie peut aussi exister. Il peut y avoir, comme pour le blanc, rétrécissement concentrique du champ des couleurs.

Acuité visuelle. — A moins de trouble organique surajouté, l'acuité visuelle se maintient bonne au début. Ultérieurement, surtout si la lésion siège dans les voies optiques inférieures, la vision s'altère par atrophie optique descendante.

État des réflexes pupillaires. — Si l'on recherche le réflexe lumineux par la méthode ordinaire, on constate que ce réflexe n'est pas altéré. Les autres réflexes pupillaires sont aussi normaux. On comprend très bien en effet que, puisqu'une partie de la rétine voit, l'excitation partant de cette région suive les fibres pupillaires intactes qui en partent, et le réflexe se produit.

Un changement dans la réflectivité n'aura donc aucune valeur séméiologique. Ce n'est qu'un symptôme provenant d'une affection surajoutée. C'est ainsi que le signe d'Argyll peut se rencontrer, ainsi que les autres modalités des troubles pupillaires. Il y a en effet souvent des signes de syphilis surajoutés.

Réflexe pupillaire hémianopsique (Wernicke). — Ce réflexe consiste en ce fait : c'est que si l'on éclaire la partie aveugle de la rétine, la pupille ne se contracte pas; et si l'on éclaire la partie voyante, la pupille réagit. Il faut donc tout d'abord, pour que ce réflexe se produise, que les voies de réflectivité soient en bon état du côté sain. Ce réflexe est difficile à observer. Nous conseillons, pour sa recherche, d'employer le procédé suivant. On place pendant quelques minutes le malade dans la chambre noire, de façon que sa pupille s'adapte à l'obscurité et que la pupille se dilate. On concentre alors très localement et très latéralement un faisceau lumineux qui ne devra atteindre que la zone obscure de la rétine. On peut à cet effet se servir de la lampe à éclairage de contact de notre maître Rochon-Duvigneaud, mise à une certaine distance de l'œil, sans contact, ou plus simplement on concentre le faisceau lumineux provenant d'une source lumineuse ordinaire et placée très latéralement par rapport au malade, de façon qu'elle n'éclaire pas son visage, à l'aide d'une loupe. On fait tomber le faisceau lumineux le plus latéralement possible, de façon qu'il n'impressionne que la partie tout à fait antérieure de la rétine. Dans ces conditions, si le faisceau tombe du côté de la rétine atteinte, la pupille ne réagit pas; s'il tombe du côté sain, la pupille réagit.

Ce réflexe n'existe pas toujours et il est si difficile à observer que certains mêmes l'ont nié. Quelquefois on peut observer même une réaction hémianopsique consensuelle, ainsi qu'en témoigne une observation de Laignel-Lavastine et Troisier (1). Si on éclaire la zone obscure, la pupille ne se contracte pas; mais le réflexe se produit du côté opposé.

Quelle est la valeur séméiologique de ce signe? Comme nous l'avons indiqué ailleurs (2) les fibres pupillaires paraissent suivre le même trajet que les fibres optiques, et paraissent s'arrêter dans les centres ganglionnaires cérébraux. Il suit de là que l'on admet que ce signe ne se rencontre que dans les lésions siégeant au niveau du chiasma ou des bandelettes optiques. Sa présence doit permettre de localiser la lésion dans les voies optiques extracérébrales. Cependant Déjerine dit l'avoir observé dans un cas de lésion calcarine. Si ce fait était confirmé il

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 8 octobre 1907.

(2) Voir Caillaud, Physiologie de l'iris. État actuel de nos connaissances sur cette question, Rev. gén. *Gaz. des hôpitaux*, 1907, n° 146, p. 1473.

faudrait en conclure qu'il existe un centre cortical de la réflectivité pupillaire.

Signes ophtalmoscopiques. — Ordinairement l'examen du fond de l'œil et en particulier de la papille est absolument négatif. Il en est toujours ainsi au début. La névrite optique que l'on peut observer est indépendante de l'hémianopsie. Pour Parinaud elle surviendrait par action indirecte du courant lymphatique sur les bandelettes, le chiasma ou les nerfs optiques. L'atrophie optique n'est en général qu'une simple coexistence. Cependant l'atrophie optique peut être la terminaison habituelle de l'hémianopsie, lorsque la lésion siège au niveau du chiasma.

II

Formes de l'hémianopsie. — Suivant que c'est le côté temporal ou nasal du champ visuel qui est supprimé, et suivant la disposition binoculaire de ce trouble, on distingue une hémianopsie homonyme et une hémianopsie hétéronyme, laquelle comprend l'hémianopsie bitemporale et l'hémianopsie binasale.

1° Hémianopsie homonyme. — *a. Hémianopsie homonyme complète.* — L'hémianopsie est dite homonyme lorsque les deux champs visuels sont altérés du même côté par rapport au sujet : il y en a une droite et une gauche. Cette hémianopsie est donc constituée par la disparition d'une moitié temporale d'un côté et d'une moitié nasale de l'autre. Suivant la règle générale de décussation des fibres nerveuses : à une hémianopsie droite correspond une lésion gauche des voies optiques, comme une hémiplégie droite indique une lésion gauche quand l'origine en est intracérébrale.

L'hémianopsie homonyme survient souvent à la suite de l'ictus apoplectique du ramollissement et de l'hémorragie cérébrale. Elle peut survenir à la suite de traumatismes du crâne ou de tumeurs du cerveau, à la suite de lésions spécifiques de la base du crâne.

Cette affection peut être isolée ou associée à un certain nombre d'autres troubles nerveux. Le début est en général brusque. Le malade s'aperçoit qu'il ne voit pas d'un côté, et il a tendance à rapporter à un seul œil le trouble qu'il ressent. S'il s'agit d'hémianopsie droite, c'est l'œil droit que le malade accuse de ne pas voir. Le malade a de la difficulté pour la lecture et l'écriture. Quelquefois l'on constate des hallucinations visuelles revêtant la forme hémianopsique et se produisant du côté du champ visuel supprimé.

La vision centrale subsiste ou est altérée suivant les cas.

A l'ophtalmoscope on ne constate aucune lésion papillaire au début. C'est pourquoi, toutes les fois qu'un malade se plaint d'une baisse rapide de la vue, si l'on ne constate rien à l'ophtalmoscope, il convient de rechercher l'hémianopsie.

Quelle est la terminaison de l'affection? Elle peut s'améliorer en partie ou en totalité. Elle peut former des hémianopsies en scotome ou hémianopsies incomplètes. Mais souvent aussi on voit la papille prendre à la longue l'aspect atrophique, le champ visuel conservé se rétrécit, et la cécité s'établit lentement.

Il faut dire que le pronostic dépend beaucoup de la cause, certains malades pouvant être améliorés par un traitement général (antisyphilitique).

L'hémianopsie homonyme indique une lésion des voies optiques en arrière du chiasma. Nous reviendrons plus loin sur le diagnostic du siège de la lésion.

b. *Hémianopsie homonyme en scotome.* — Cette hémianopsie succède en général à une hémianopsie complète qui s'améliore. On constate dans ce cas que l'hémianopsie n'existe que dans une partie seulement d'une des moitiés des champs visuels. Ces scotomes sont assez réguliers, limités par une droite sur la ligne médiane, et ont tendance à être symétriques sur les deux yeux.

On pourrait l'expliquer par le fait d'une simple compression persistant en un point très limité des bandelettes optiques et ne détruisant fonctionnellement que quelques fibres de celles-ci.

c. *Hémianopsie bilatérale* ou *cécité corticale.* — Ou bien cette hémianopsie double s'établit d'emblée accompagnée au début d'une perte totale de la vue, comme on peut la rencontrer dans une oblitération simultanée des deux artères cérébrales postérieures par exemple ; ou bien à une hémianopsie homonyme déjà existante vient s'ajouter brusquement une hémianopsie du côté opposé. Il faut supposer dans ce second cas plutôt une lésion bilatérale des lobes occipitaux, par exemple des ramollissements. Dans cette seconde modalité de la cécité corticale ; la vision centrale peut être complètement abolie au début pour reparaître ensuite, ou la vision centrale est respectée d'emblée.

Si l'on examine les malades atteints de cette affection, on constate que ce sont pratiquement de véritables aveugles. Leur vision centrale conservée peut leur donner une acuité visuelle normale ; ils voient les lettres sur un tout petit espace. Mais leur champ visuel aboli les empêche absolument de se conduire. Ils perdent par là le sens de l'espace et ne se reconnaissent pas dans leur chambre ou les lieux qui leur sont familiers, car ils ont aussi la perte de la mémoire topographique.

Par leur vision centrale ils distinguent la couleur des objets, mais pas leur forme s'ils ont un certain volume. Ils voient sous un angle très petit, dans un champ inférieur à celui d'un œil normal regardant à travers un trou sténopéique rapproché de l'œil.

Les malades conservent cependant longtemps des souvenirs optiques.

A l'ophtalmoscope on constate que les papilles et les vaisseaux sont normaux.

Pourquoi dans cette double hémianopsie d'origine corticale le faisceau maculaire est-il conservé ? Certains ont cherché à l'expliquer. Pour Forster, la macula possède un territoire cortical spécial au niveau du pôle occipital, lequel territoire, par le fait du grand nombre des anastomoses du réseau artériel en ce point, est protégé et mis à l'abri des ramollissements.

Pour von Monakow des ganglions sous-corticaux en rapport avec le faisceau maculaire rayonnent des fibres dans toute l'écorce du territoire ; la conserva-

tion même d'un pli minuscule de l'écorce suffira pour que les excitations de la macula soient perçues.

On peut objecter à Forster que le territoire maculaire cortical n'est pas encore délimité, et que par conséquent on ne peut savoir si le réseau artériel y est plus développé. On dira à von Monakow qu'on ne voit pas pourquoi, si la conservation d'une seule des fibres maculaires suffit pour garder le champ visuel maculaire, la conservation de plusieurs des autres fibres optiques n'empêche pas l'hémianopsie de se produire.

On admet en général aujourd'hui l'hypothèse de Wilbrand pour lequel les fibres émanées d'un point de la macula se terminent d'une part au pôle postérieur du même côté que l'œil par des fibres directes, et d'autre part au pôle occipital du côté opposé par des fibres croisées. Il suit de là que si une lésion siège au pôle occipital d'un côté, les macula des deux yeux y verront du côté lésé par des fibres croisées, du côté sain par des fibres directes. Le territoire cortical maculaire serait indépendant et siégerait quelque part dans le cunéus ou la scissure calcarine. Dans les cas de lésions des deux circonvolutions occipitales, il suffit que le territoire cortical maculaire d'un côté ou de l'autre soit conservé pour que la vision centrale persiste. Cette théorie se rapproche de celle de von Monakow.

2° Hémianopsie bitemporale. — Cette forme d'hémianopsie se rencontre dans les cas de lésion au niveau des fibres entrecroisées du chiasma, c'est-à-dire en avant ou en arrière du sommet de l'X chiasmatique. La cause la plus fréquente est l'acromégalie. Le professeur de Lapersonne a justement insisté sur la coexistence fréquente de ce trouble visuel dans le cortège symptomatique de l'acromégalie. On peut rencontrer aussi l'hémianopsie bitemporale dans les cas de fracture de la base du crâne, d'anévrisme de la région ou de tumeur du corps pituitaire.

Les malades atteints de cette hémianopsie se plaignent de ne pas voir latéralement et de se heurter aux objets environnants. Ils ont la sensation d'avoir sur le côté des œillères comme les chevaux. Si l'on prend les champs visuels, le scotome, au contraire de ce que nous avons dit, est rarement symétrique. Ce fait tient à ce qu'il est rare que tous les faisceaux croisés du chiasma soient détruits. Il y a souvent coexistence d'un rétrécissement périphérique du champ visuel conservé. La marche de l'affection est en général fatalement progressive et tend vers l'atrophie optique

3° Hémianopsie nasale. — D'après la disposition des fibres directes dans le chiasma, que nous avons indiquée, ces fibres occupant les côtés latéraux, on conçoit qu'il puisse exister une hémianopsie nasale unilatérale. Cette affection est évidemment très rare, car il faut une lésion très limitée, et dans les cas où par hasard elle existe elle passe inaperçue pour le sujet qui n'éprouve pas de gêne.

L'hémianopsie binasale serait encore plus rare. Il n'en existe pas de cas bien définis, sauf une ancienne observation de Knapp qui l'aurait observée par suite de lésion athéromateuse des artères communiquantes antérieures. Les scotomes ne sont pas exactement symétriques, comme dans l'hémianopsie bitemporale. La terminaison probable est l'atrophie optique.

4° Hémianopsie supérieure ou inférieure. — Ce ne sont pas des hémianopsies vraies, mais plutôt des scotomes de forme hémianopsique dans les quadrants supérieur ou inférieur. On observe presque constamment dans ces cas de l'atrophie optique. Ces scotomes seraient l'indication de névrites rétrobulbaires bilatérales.

III

Pathogénie de l'hémianopsie. — Est-il possible de localiser les lésions sur les voies optiques lorsque l'on se trouve en face d'une hémianopsie ?

S'il s'agit d'hémianopsie bitemporale, la lésion doit être localisée théoriquement en avant ou en arrière du chiasma (pratiquement il n'y a de lésions qu'en arrière). S'il s'agit d'hémianopsie nasale, la lésion siège sur les parties latérales du chiasma.

Dans les hémianopsies homonymes, il est bien plus difficile de localiser le siège du mal. Nous savons seulement qu'à une hémianopsie homonyme d'un côté correspond une lésion des fibres optiques du côté opposé. Mais si l'hémianopsie homonyme existe seule, il est impossible de localiser sa cause. Nous avons vu que la présence du réflexe hémianopsique permettrait de localiser cette cause dans les bandelettes ou le corps genouillé externe, avec la restriction que doit faire faire le cas de Déjerine. Mais l'absence de ce réflexe ne peut nous permettre d'affirmer que la lésion ne siège pas dans les bandelettes. Donc il est difficile et même impossible de faire une localisation lorsque l'hémianopsie homonyme est isolée.

Mais l'hémianopsie homonyme est souvent accompagnée d'autres phénomènes cérébraux qui surviennent avant, pendant ou après le début de l'hémianopsie et qui permettent de localiser la lésion.

Nous allons voir comment il est possible de diagnostiquer le siège d'une lésion des voies optiques en prenant les différentes parties des voies optiques et en indiquant les symptômes qui peuvent être associés à l'hémianopsie.

Lorsque la lésion siège sur la bandelette optique, elle existe souvent seule et présente l'aspect typique de l'hémianopsie homonyme avec réflexe hémianopsique. La présence d'une paralysie du trijumeau, du facial ou de l'hypoglosse doit faire localiser la lésion dans la région basilaire en rapport avec les nerfs sus-nommés et avec les bandelettes optiques.

Quoique la lésion siège au niveau des ganglions où se terminent les fibres optiques, on peut observer les symptômes suivants. La lésion des tubercules quadrijumeaux antérieurs ne produit pas d'hémianopsie. Les affections du corps genouillé externe et du pulvinar produisent l'hémianopsie croisée accompagnée souvent d'hémiplégie et d'hémianesthésie croisées, quelquefois d'hémichorée et d'athétose.

Les fibres optiques peuvent être lésées dans leur trajet sous-cortical entre les ganglions et l'écorce.

Dans ces cas on peut observer une hémiplégie ou une monoplégie croisée, plus ou moins complète, plus ou moins persistante, survenant souvent à la suite de lésions vasculaires (artère sylvienne). On peut observer aussi l'hémianesthésie croisée, quelquefois l'hémichorée et l'athétose.

La lésion peut intéresser les fibres d'association intracérébrale, ainsi la cécité verbale pure accompagnée d'hémianopsie droite toujours indique une lésion des fibres allant du centre optique au centre des images visuelles des mots (pli courbe gauche).

Enfin dans le cas de lésion corticale, l'hémianopsie homonyme est très rarement isolée. Les réflexes pupillaires sont en général conservés. On peut observer quelquefois de l'hémianopsie croisée. Dans deux observations de Dufour présentées le 3 mars 1904 à la Société de neurologie, cet auteur a rencontré l'hémianopsie liée à la déviation conjuguée de la tête et des yeux et située du même côté. Pour lui, comme pour Bard, la déviation serait d'origine sensorielle, et l'hémianopsie serait corticale. Enfin si l'hémianopsie homonyme droite est liée à l'aphasie sensorielle caractérisée par la coexistence de la surdité verbale et de la cécité verbale, on peut songer à une lésion atteignant profondément les radiations optiques de Gratiolet, ou à une lésion concomitante de la face interne du lobe occipital. Il est d'ailleurs à peu près impossible de distinguer une lésion corticale d'une lésion sous-corticale.

Dans tous les cas, si l'on soupçonne l'hémianopsie d'être d'origine corticale, il est indiqué de faire une ponction lombaire. La présence de mononucléaires dans le liquide céphalo-rachidien permettra d'instituer un traitement spécifique et d'avoir chance de guérir l'hémianopsie, ce qui ne se produira pas si l'on est en face d'un ramollissement cérébral.

IV

Causes de l'hémianopsie. — On peut rechercher la nature de la lésion des voies optiques. Cette lésion peut être produite par un ramollissement, par des hémorragies, par des phénomènes de compression.

Ces affections sont dues aux mêmes causes que celles qui déterminent les lésions cérébrales.

Les hémorragies peuvent être traumatiques; elles peuvent être dues à des altérations vasculaires consécutives à la syphilis, à la sclérose artérielle des artério-scléreux, au diabète, etc. Elles peuvent être dues aux affections cardiaques qui déterminent aussi souvent des ramollissements par embolie ou thrombose.

Les phénomènes de compression peuvent provenir d'une tumeur, d'une gomme, d'un tubercule, d'un anévrisme, de la dilatation du corps pituitaire dans l'acromégalie. Les méningites, surtout les méningites basilaires sont dues la plupart du temps à la syphilis, elles peuvent englober dans leur processus destructif les voies optiques inférieures.

Il faudra donc, en face d'un malade atteint d'hémianopsie, l'interroger minutieusement sur ses antécédents et ses maladies antérieures; il faudra rechercher les affections cardiaques ou tuberculeuses; il faudra examiner ses urines, au besoin faire une ponction lombaire.

Car le traitement de l'hémianopsie ne peut être qu'étiologique, et si une amélioration doit se produire, elle ne se produira que sous l'influence du traitement général s'adressant à la cause.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 MARS 1909)

Les plaies du poumon. — La grève des postiers a fait que nous n'avons pas reçu, en temps voulu, la fin de la communication de M. Delorme. Nous le regrettons d'autant plus que cette importante communication est devenue le point de départ d'une discussion très animée; on connaît la conclusion très formelle de M. Delorme Son avis est que, dans les plaies graves du poumon avec hémorragie abondante et persistante, le devoir du chirurgien est d'intervenir.

En terminant, M. Delorme a manifesté sa sincère admiration pour les jeunes chirurgiens qui n'ont pas craint d'encourir la grave responsabilité d'intervenir dans les plaies graves du poumon.

M. Routier apporte au débat deux faits précis en faveur de la non-intervention. Un jeune homme de trente-deux ans se tira un coup de revolver dans la région cardiaque. La balle se dirige du côté de l'aisselle gauche. Il n'y a pas d'orifice de sortie. Le blessé crache du sang. L'examen du côté gauche révèle une matité totale et l'absence complète du murmure vésiculaire. Le pouls était filiforme. Le blessé se trouvait dans un état de schock très alarmant. Les internes poussaient M. Routier à intervenir. Il résista. Il recommanda l'immobilité absolue, des injections d'huile camphrée, une injection de sérum antidiphtérique, des compresses glacées autour du thorax.

Le lendemain, il y avait un peu d'amélioration, mais il y avait toujours un hémothorax considérable. Quelques jours après, M. Routier put retirer la balle et ce blessé guérit.

Le second cas se rapporte à un jeune homme de dix-huit ans qui s'était tiré aussi une balle de revolver dans la région cardiaque, au niveau du deuxième espace intercostal. La plèvre avait été traversée, la balle était ressortie en arrière. Le blessé se trouvait dans un état d'angoisse inexprimable, il avait 60 respirations, le pouls très petit. Il crachait du sang. Matité absolue à la percussion, absence complète de murmure vésiculaire. En somme, état très grave.

M. Routier ne crut pas devoir intervenir. Il eut recours au même traitement que chez le précédent malade et ce blessé guérit.

Les statistiques donnent, dans ces cas, 33 p. 100 de mortalité chez les non-interventionnistes et 30 p. 100 chez les interventionnistes. Pourquoi M. Routier s'est-il abstenu, dans ces deux cas? Parce que, suivant lui, le diagnostic est extrêmement difficile. Il est en effet très malaisé de faire, dans ces cas, la part du schock et celle de l'hémorragie. Enfin, M. Routier pense qu'il y a le plus grand intérêt à immobiliser complètement ces blessés. Les ausculter, les radiographier, et, à plus forte raison les opérer, lui semblent autant de dangers.

Toutefois, dans les cas où après quelques heures d'attente il lui serait démontré que l'hémorragie persiste, il n'hésiterait plus à intervenir.

M. Lucas-Championnière, bien que resté très jeune et très ardent, n'approuve pas la conduite des jeunes qui fait l'objet de l'admiration de M. Delorme. Il reproche à M. De-

lorme de ne pas apporter de statistique en faveur de l'intervention qu'il défend. A Beaujon, où M. Championnière a été longtemps chef de service, il n'a vu qu'un seul cas de guérison après intervention, c'est celui de M. Delbet, appelé comme chirurgien de garde, et encore son blessé est-il mort six semaines après l'opération.

Par contre, M. Lucas-Championnière n'est jamais intervenu lui-même dans les plaies du poumon, et la plupart des blessés qu'il a vus à Beaujon ont parfaitement guéri sans intervention. Ainsi que l'a dit M. Routier, le diagnostic précis, dans ces cas, est extrêmement difficile. Les succès des interventionnistes ne sont pas à mettre en parallèle avec ceux des non-interventionnistes. Des blessés comme ceux dont M. Routier vient de rapporter l'histoire succomberaient fatalement si on les opérait. Dans ces cas, l'expectation doit être la règle.

M. Rochard défend, avec une grande énergie, les mêmes idées que M. Delorme.

La grande question, dit-il, est de savoir quelle est exactement l'abondance de l'épanchement sanguin. Il y a d'un côté l'hémothorax et, de l'autre côté, l'infection pleurale dont il faut tenir compte. S'il est démontré que l'épanchement sanguin est abondant et que l'hémorragie continue, il est du devoir du chirurgien d'intervenir et d'aller, au poumon comme il le fait d'ailleurs, chercher la source de l'hémorragie qui, fatalement, tuera le blessé.

M. Tuffier a vu, à Beaujon, un grand nombre de plaies de poitrine. Il n'a pas encore vu un cas où il ait eu à hésiter; il ne s'est jamais vu dans l'obligation d'intervenir pour arrêter une hémorragie dans le poumon. Le diagnostic entre le schock et l'hémorragie interne est des plus difficiles. On voit des blessés qui sont amenés à l'hôpital dans un état lamentable. Dans cet état, quelle part revient au schock? Quelle part revient à l'hémorragie? C'est extrêmement difficile à déterminer. Dans la grande majorité de ces cas, les injections de sérum, de morphine, l'immobilisation suffisent, et le blessé revient à la vie. Toutefois, en présence de signes certains d'une grosse hémorragie persistante, M. Tuffier n'hésiterait pas à intervenir, mais pour lui comme pour M. Routier, comme pour M. Lucas-Championnière, l'expectation doit être la règle.

M. Schwartz s'associe aux réserves faites par MM. Routier et Tuffier. Il n'a vu qu'un seul cas de guérison après intervention. Tous les autres blessés chez lesquels on est intervenu, à l'hôpital Cochin, sont morts. M. Schwartz est donc partisan de l'expectation. Il cite le cas d'un jeune homme qui s'est tiré un coup de revolver dans la région du cœur. Malgré l'état grave dans lequel il se trouvait, sa dyspnée, l'abondance de l'hémothorax, M. Schwartz n'intervint pas; il prescrivit les injections de sérum, de caféine; il fit, après quelques jours, la ponction de l'hémothorax, tira un litre de sang, extirpa la balle qu'il trouva en arrière et son blessé guérit.

M. Souligoux est de l'avis de MM. Delorme et Rochard et il croit qu'il faut intervenir dans les cas très graves. En dix ans, sur 22 cas il n'a eu à intervenir qu'une seule fois. L'intervention, dans ces cas très graves, met à l'abri du pyopneumothorax. La non-intervention peut être suivie d'accidents mortels, M. Souligoux estime que dans l'état de la chirurgie actuelle il est du devoir du chirurgien d'ouvrir le thorax pour aller arrêter une hémorragie dans le poumon, comme il le fait dans le ventre.

M. Lejars croit que cette discussion gagnerait beaucoup à se baser sur des faits précis plutôt que sur des souvenirs. D'ailleurs on n'est peut-être pas si loin de s'entendre et il serait injuste de considérer la Société de chirurgie comme séparée en deux camps bien tranchés dans cette question, d'une part ceux qui opèrent toujours et, d'autre part, ceux qui n'opèrent jamais. Il est bien certain pour M. Lejars qu'il y a des cas où il faut attendre et des cas où il faut intervenir. Il cite l'observation suivante que nous résumons aussi brièvement que possible : plaie par balle de revolver dans la région cardiaque, plaie pulmonaire, gros épanchement sanguin, dyspnée intense; immobilité, injections d'huile camphrée, expectation. Tout alla bien pendant trois ou quatre jours, gros hémothorax non infecté. L'état du blessé s'améliora; au septième jour l'hémothorax grossit notablemant, le blessé est pris d'un accès de dyspnée intense. On fait une ponction, on retire un litre de sang. Le malade est soulagé. Quatre ou cinq jours après nouvel accès de dyspnée, nouvelles ponctions donnant chaque fois du sang. Au quinzième jour, la dyspnée est telle, le pouls devient si faible, la respiration si saccadée, que M. Lejars se décide à intervenir. Trop tard; le blessé succombe dès les premières bouffées de chloroforme. Dès que ce blessé a été remis du schock, il eut fallu intervenir, c'est-à-dire au troisième ou quatrième jour après l'accident. Ce cas est de nature à faire réfléchir. S'il faut se méfier des opérations précoces inutiles, il faut aussi se méfier des opérations trop tardives.

M. Quénu estime qu'il ne faut pas plus intervenir dans tous les cas que s'abstenir dans tous les cas. Dans les faits de plaies pénétrantes de poitrine, on intervient facilement sous prétexte qu'il peut s'agir d'une plaie du cœur. Il faut prémunir les jeunes chirurgiens contre cette tendance un peu trop marquée qu'ils ont à ouvrir le thorax dans toutes les plaies de poitrine. La difficulté est de savoir quand il faut intervenir. Ce sont certainement les cas les plus rares. On peut dire que dans les neuf dixièmes des cas il faut s'abstenir. Si, en suivant de près le blessé, on voit que l'épanchement sanguin augmente le second ou le troisième jour, alors il faut intervenir.

La discussion se poursuit ainsi entre MM. Quénu, Lucas-Championnière, Souligoux, Routier, etc., les uns partisans convaincus de l'abstention dans la grande majorité des cas, les autres, en particulier MM. Rochard et Souligoux partageant complètement l'avis de M. Delorme.

M. Delorme répond à ses contradicteurs. Il n'a jamais conseillé d'intervenir d'une façon systématique dans les plaies ordinaires communes, moyennes du poumon. Il n'a jamais eu en vue, dans son travail, que les plaies exceptionnellement graves du poumon.

Quant à la difficulté du diagnostic si souvent invoquée, il pense que si les chirurgiens veulent bien accepter le concours des médecins pour ce diagnostic, plus habitués aux finesses de l'auscultation, ils arriveront le plus souvent à poser nettement le diagnostic de l'importance de l'hémorragie. Quant à son admiration pour les jeunes chirurgiens qui n'ont pas craint d'aborder directement les plaies pulmonaires par l'intervention, M. Delorme la leur conserve pleine et entière.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE L'ATONIE MUSCULAIRE CONGÉNITALE

Nous recevons de M. le professeur Martin Bernhardt (de Berlin) la lettre suivante, à propos de la Revue générale de M. Lévi-Sirugue (voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 15, p. 173) :

« J'ai publié un cas et non deux, comme me l'a à tort aussi fait dire M. Tobler. Ma réponse à M. Tobler se trouve dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, Bd. LXVI, heft 2. Dans mon travail du *Neurol. Centralbl.*, 1907, n° 1, j'ai montré que j'avais déjà, en 1904, publié un cas de la maladie plus tard appelée atonie musculaire congénitale. Ce cas je l'avais déjà observé en 1895. Aucun des auteurs allemands cités dans votre revue n'a mentionné ce travail. Je fus le premier à discuter le cas de Spiller; le premier j'appelai l'attention sur les observations faites par Allen Smith. J'ai émis et défendu l'hypothèse

que cette affection était une polynévrite de la première enfance. »

MARTIN BERNHARDT,
professeur à l'Université de Berlin.

D'autre part, M. le docteur Ausset (de Lille) nous rappelle qu'il a présenté à la Société de médecine du Nord, le 28 février 1908, un enfant atteint de cette curieuse affection et que cette communication a été publiée dans la *Pédiatrie pratique* du 15 mars 1908 et dans l'*Echo médical du Nord* du même mois.

Il s'agissait d'un enfant de quatre ans dont on avait remarqué dès la naissance l'immobilité des jambes et la faible motilité des bras. Il n'y avait cependant pas de paralysie vraie, les pieds et les orteils étant animés de certains mouvements. La sensibilité persistait, il y avait quelques mouvements provoqués par la douleur, mais moindres au membre inférieur droit qu'à gauche. Pas de réaction de dégénérescence; réaction électrique à peu près normale; sensibilité et sphincters normaux. L'état alla en s'améliorant jusqu'à un an et demi, puis resta stationnaire. L'auteur se proposait d'essayer l'opothérapie thyroïdienne.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ANTISEPSIE INTERNE PAR LA FERMENTATION OXYGÉNÉE VANADIQUE

Par M. Régiol.

Au moment où l'antisepsie intestinale s'enrichit chaque jour de procédés nouveaux, où les ferments lactiques et bulgares tendent de plus en plus à remplacer le naphtol, benzonaphtol, bétol, etc., nous avons cherché à savoir si l'administration interne d'un antiseptique sans causticité, sans toxicité, agissant sur les fermentations putrides par une production progressive et illimitée d'oxygène naissant, ne donnerait pas des résultats au moins aussi sérieux. Et la question ainsi posée ne peut pas manquer de logique parce qu'il existe réellement entre la fermentation lactique et la fermentation oxygénée des analogies nombreuses.

Comment agissent, en effet, les microbes paralactiques et le bacille bulgare introduits dans l'intestin? Par une production progressive et illimitée d'acide lactique naissant doué de propriétés antiputrides puissantes. Ces agents microbiens lactiques se substituent peu à peu à la flore nocive habituelle et transforment ainsi le milieu septique intestinal plus sûrement que les naphtols, benzonaphtols, etc.

Et comment agit dans l'intestin la fermentation oxygénée, l'anios par exemple (trioxychloro-méthyle de vanadium)? En émettant progressivement et d'une façon illimitée, au contact des matières organiques, de l'oxygène naissant qui peu à peu transforme l'atmosphère putride du milieu intestinal et détermine l'antisepsie interne beaucoup plus nettement que les naphtols, benzonaphtols, etc.

Telle est l'analogie : fermentation des deux parts, avec production d'un principe antiputride à effets constants, prolongés et sans inconvénients.

Mais en ce qui concerne l'anios, il faut faire remarquer, en outre, que des doses très faibles de cet antiseptique, une et deux cuillerées à café par jour de la solution à 2 p. 100 chez les enfants, une et deux cuillerées à soupe chez les adultes exercent dès leur absorption leurs effets antiseptiques. Il n'est pas besoin d'attendre qu'un ensemencement du milieu intérieur se soit réalisé, l'action germicide et antiputride existe dès la pénétration du ferment vanadique dans le tube digestif. Commencée dans l'estomac, cette action se continue dans l'intestin avec autant de puissance, puisque la caractéristique des ferments est de ne jamais épuiser leur action.

Nous avons donc utilisé contre les dyspepsies gastriques à fermentations anormales et dans un grand nombre de cas de diarrhée et d'entérite chronique, le trioxychlorométhyle de vanadium à raison d'une cuillerée à soupe de la solution à 1 et 2 p. 100, à la fin de chaque repas, et pendant huit à dix jours de suite; les résultats obtenus méritent d'être signalés. Les fermentations gastriques avec éructations, ballonnement, pesanteur épigastrique, céphalée, etc., s'atténuent en peu de temps et la digestion s'améliore. Dans les cas de diarrhée due à une insuffisance digestive habituelle ou bien à des troubles putrides intestinaux, nous constatons que les selles se désodorisent et reprennent une consistance normale.

Dans les cas d'entérocolite chronique, il faut utiliser aussi les lavages intestinaux (une cuillerée à soupe de la solution à 2 p. 100 par litre d'eau, 2 litres par jour). On observe alors des effets antiputrides manifestes, la constipation cesse, les selles deviennent de moins en moins glaireuses, les crises de souffrance s'atténuent, il n'existe plus les alternatives habituelles de constipation et de diarrhée. Après deux semaines environ de ce traitement, il est bon de laisser reposer le malade, et, plus tard, de lui faire reprendre la médication en espaçant de plus en plus les séances d'entéroclyse. On empêche ainsi l'intestin de s'habituer à l'action évacuatrice des lavements et on parvient tout aussi bien à guérir l'entérite.

On voit donc quel parti on peut retirer en médecine interne de l'action antiputride, désodorisante et même kératoplastique de la fermentation oxygénée. Elle modifie nettement le milieu gastro-intestinal, elle le modifie d'autant mieux qu'il suffit d'une infime quantité d'anios, restée après l'ingestion ou l'entéroclyse, pour continuer fort longtemps l'émission d'oxygène naissant. L'amélioration qui se développe n'est pas seulement microbienne elle est aussi histologique, car, tout en détruisant les germes et leurs toxines, tout en modifiant les sécrétions de l'organe, le remède exerce sur les érosions et les ulcérations de la muqueuse des effets cicatrisants aussi nets que s'il s'agissait d'une plaie chirurgicale quelconque. Nous n'avons pas encore observé le moindre inconvénient toxique avec l'utilisation interne du trioxychlorométhyle de vanadium.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Abrégé d'anatomie, par P. Poirier, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, A. Charpy, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Toulouse, B. Cunéo, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 3 gr. in-8°, formant ensemble 1620 pages, illustrés de 976 figures en noir et en couleurs, richement reliés toile anglaise, tête rouge, l'ouvrage complet : 50 francs.

Vient de paraître : T. III. *Organes des sens; appareil digestif et annexes; appareil respiratoire; capsules surrénales; appareil urinaire; appareil génital de l'homme et de la femme; périnée; mamelles; péritoine.* Gr. in-8°, de 560 pages, avec 326 figures en noir et en couleurs, relié toile anglaise. — Prix : 15 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de stomatologie, par le docteur J. Redier, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille. T. Ier. In-18 de 542 p., avec 151 fig., cart. — Prix : 9 francs. — Paris, F.-R. de Rudeval.

Neurasthénie et névroses. Leur guérison définitive en cure libre, par le docteur Paul-Emile Lévy, ancien interne des hôpitaux de Paris. Fort in-16. — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les Injections mercurielles intra-musculaires dans le traitement de la syphilis, par le docteur A. Lévy-Bing. Gr. in-8 (n° 54 de l'*Œuvre médico-chirurgical*) de 44 pages avec fig. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 MARS AU 3 AVRIL 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 29 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Monod, Retterer et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Gautier, Legry et Marcel Labbé; — (2e série) : MM. Roger, Pierre Marie et Desgrez.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Legueu et Branca; — (2e série) : MM. Brissaud, Lejars et Macaigne; — (3e série) : MM. Nicolas, Mauclaire et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Sicard; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Hartmann, Gosset et Proust; — M. Lœper, suppléant.

Mardi 30 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Retterer, Thiéry et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Hallopeau et Nicloux.

1er (oral) : MM. Prenant, Rémy et Brumpt.

2e : MM. Gley, Lannois et André Broca.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Renon et Fernand Bezançon; — (2e série) : MM. Hutinel, Jeanselme et Nobécourt; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Ricard et Marion; — (2e série) : MM. Quénu, Auvray et Lenormant : — (2e partie) : MM. Chauffard, Gouget et Castaigne; — M Carnot, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Desgrez, suppléant.

Mercredi 31 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Retterer et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Gaucher et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Déjerine et Zimmern.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Monod, Lejars et Proust; — (2e série) : MM. Walther, Legueu et Mauclaire; — (2e partie, 1re série) : MM. Pierre Marie, Legry et Marcel Labbé; — (2e série) : MM. Widal, Macaigne et Sicard; — M. Couvelaire, suppléant.

Jeudi 1er avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Thiéry et Marion,

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chauffard, Brumpt et Nicloux.

1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Retterer et Auvray; — (2e série) : MM. Ricard, Launois et Morestin.

3e (oral, 2e partie) : MM. Raymond, Ménétrier et Castaigne.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Langlois; — M. Brindeau, suppléant.

Vendredi 2 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Mauclaire et Branca.

3e (2e partie) : *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* (1re série) : MM. Déjerine, Desgrez et Marcel Labbé; — (2e série) : MM. Roger, Legry et Lœper.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Legueu et Mulon; — (2e série) : MM. Brissaud, Reclus et Rieffel; — (3e série) : MM. Kirmisson, Retterer et Macaigne.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Langlois; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Hartmann, Gosset et Proust; — M. Sicard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Wallich et Couvelaire; — M. Potocki, suppléant.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 4, 26 janv. 1909.) HENCKEL : La rétroflexion utérine dans la pratique générale. — FIESSLER : Le traitement du placenta prævia. — SCHULTZE : Sur le diagnostic différentiel des leucémies. — REHN : Sur le traitement des carcinomes plans. — BECK et DOHAN : Sur le changement de volume du cœur dans le bain chaud et froid. — SCHENCKER : Nouvelles observations dans le traitement de la tuberculose par le sérum de Marmorek. — KROMAYER : La guérison de l'hyperhydrose et de la séborrhée huileuse par les rayons Röntgen. — GROSZ : Traitement de la diphtérie par la pyocyanase. — KÖHLER : Phtysoremide. — GEYER : Traitement de la syphilis par l'huile grise. — SCHOMERUS : Apparition endémique de l'angine à pneumocoques. — HŒPFFNER : Un cas d'emblée de l'artère radiale et cubitale du bras gauche. — BEYER : Traitement et prophylaxie des « névroses de rentes » non traumatiques. — RANKE : Rapport sur l'efficacité du dispensaire pour les maladies du poumon de la ligue pour la lutte contre la tuberculose à Munich. — KEHR : Un porte-lentille simple pour usage ophtalmologique. — VOGEL : L'enseignement clinique obstétrical avec observation des règles antiseptiques. — (N° 5, 2 fév.) EHRLICH : Sur les fonctions partielles des cellules. — FRÄNKEL : La localisation de la courbure et les autres exigences du traitement de la scoliose. — MÜLLER : Les rayons Röntgen au service de la thérapeutique. — FREUND : Suites inespérées des colpotomies et des opérations d'Alexander-Adam. — TRAUTMANN : Les méthodes de désinfection pratique des grandes villes. — KEHR : Sur l'arrêt de l'hémorragie de l'artère cystique par ligature de l'artère hépatique. — ESCHBAUM : Sur l'action de la préparation de créosote « pneumine » dans la tuberculose. — VELDEN : Le traitement arsenical par la source de Dürckheim. — WOLFROM et CORDS : L'emploi du rouge écarlate dans les affections oculaires. — HERZBERG : Sur le traitement par les corps immunisants. — MÜLLER : Douleur de tête dentale. — OBERLÄNDER : Un nouveau dilatateur utérin dans le traitement des avortements. — MAYER : L'emploi des médicaments digestifs dans les processus suppurés et tuberculeux.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 3, 21 janv. 1909.) MICROWIGZ : Sur l'hypertrophie cardiaque expérimentale. — SCHEFFMANN et KOHN : Sur la connaissance des opsonines dans les processus puerpéraux. — KIRKOVIC : Sur le diagnostic des splénomégalies malariques. — MAYERHOFER : Sur le dosage quantitatif de l'albumine et sur un nouveau composé de la créatine. — GANGHOFNER : Sur le traitement des enfants tuberculeux par le sérum antituberculeux de Marmorek. — WACHER : Péricardite exsudative syphilitique terminée par guérison complète.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



Affections pulmonaires
Tuberculose
Les seules préparations ayant donné des résultats appréciables et constants dans le traitement de la
TUBERCULOSE PULMONAIRE
Grâce à leur goût agréable elles sont toujours acceptées même par les malades les plus difficiles.
Eviter les contrefaçons
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7 rue Saint Claude
PARIS
Sirop Roche au Thiocol
Préparé par Ch. Weiss
30 Boulevard Magenta
Prix 4 fr
Comprimés de Thiocol Roche

N° 34. — MARDI 23 MARS 1909. 82e ANNÉE. MARDI 23 MARS 1909. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 20 mars : MM. Chirié, 13; Le Lorier, 17; Lequeux, 18.

La prochaine séance (épreuve orale) aura lieu le mardi 23 mars, à quatre heures et demie, à la clinique Tarnier.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 19 mars : Question donnée : « Anatomie du nerf moteur oculaire commun. — Symptômes et diagnostic différentiel de l'hémorragie cérébrale. »

Mlle de Jong, 12 + 19 = 31 ; MM. Zislin, 11 + 19 = 30; Toulant, 14 + 21 = 35; Ramadier, 11 + 18 = 29; Chatelin (Ch.), 17 + 22 = 39; Bachy, 16 + 20 = 36; Viel (Emile), 13 + 20 = 33; Durand, 14 + 17 = 31.

Erratum. — Séance du 17 mars : M. Dournay, 12 + 20 = 32.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin inspecteur Bénech, directeur du service de santé du 20e corps d'armée à Nancy, est placé, à dater du 20 mars 1909 dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

MAISON DE NANTERRE. — Un concours sera ouvert le 10 mai 1909, pour cinq places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et pour la désignation, à la suite du concours, de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, aux fonctions d'interne provisoire.

Durée des fonctions : du 1er juin 1909 au 31 mai 1910. Cette durée pourra être prorogée, par le préfet de police, en ce qui concerne les titulaires des cinq places vacantes le 1er juin, sur avis de MM. les médecins et chirurgiens, chefs de service et du directeur de la Maison départementale de Nanterre. Traitement annuel : 1800 francs. Indemnité de logement : 300 francs.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès à présent à la préfecture de police (secrétariat général, personnel, quai du Marché-Neuf, n° 2). Il sera clos le 24 avril prochain, à quatre heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie organise, avec le concours de l'agence Cook, l'excursion suivante : *Tunisie et Algérie.*

Départ de Paris le 4 avril 1909, retour le 30 avril.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 1270 francs ; 2e classe, 1150 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence Cook, 1, place de l'Opéra, et 250, rue de Rivoli, à Paris.

Voyages circulaires à itinéraires fixes. — La gare de Paris-Lyon, ainsi que les principales gares situées sur les itinéraires, délivrent, toute l'année, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter, à des prix très réduits, les contrées les plus intéressantes de la France, ainsi que l'Algérie, la Tunisie, l'Italie et l'Espagne.

Les renseignements les plus complets sur les voyages circulaires et d'excursion (prix, conditions, cartes et itinéraires), ainsi que sur les billets simples et d'aller et retour, cartes d'abonnement, relations internationales, horaires, etc., sont renfermés dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité méthodique et clinique des maladies de l'appareil respiratoire basé sur les doctrines médicales de l'Ecole de Montpellier, par le docteur Germain Rey, médecin du préventorium et dispensaire anti-tuberculeux au bureau de bienfaissnce de Toulouse. In-8° raisin de 912 pages. — Prix : 15 francs. — Montpellier, Coulet et fils, éditeurs, libraires de l'Université.

Pathologie gastro-intestinale clinique et thérapeutique, par les docteurs Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine et J.-Ch. Roux, assistant de consultation spéciale à l'hôpital Saint-Antoine. In-8° de 524 pages. — — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique clinique de la syphilis, par E. Emery, médecin de Saint-Lazare, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis et A. Chatin, médecin des eaux d'Uriage. Gr. in-8° de VIII-639 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

TROIS CAS
DE
MAL PERFORANT PLANTAIRE
TRAITÉS PAR L'ÉLONGATION NERVEUSE
GUÉRISON SANS RÉCIDIVE ACTUELLE

Par le docteur LOP (de Marseille).

OBSERVATION I. — *Mal perforant plantaire datant de trois ans. Elongation du tibial postérieur. Guérison maintenue depuis dix-huit mois.* — Le nommé X..., pointeur dans une compagnie de navigation, vient me trouver, il y a dix-huit mois, porteur d'un mal perforant du gros orteil droit qu'il attribue à la piqûre d'un clou ayant pénétré dans sa chaussure quelques jours auparavant.

Après un rapide examen, je n'ai pas de peine à lui démontrer qu'il ne s'agissait pas, comme il le prétendait, d'un accident du travail, mais d'une affection ancienne, dont il voulut bien, après quelques hésitations, reconnaître l'existence depuis bientôt trois ans.

X... est âgé de quarante-sept ans, d'un aspect vigoureux, éthylique à l'excès : il avoue ne pas boire moins de quatre absinthes par jour, sans compter les petits verres, le vin, etc., et cela depuis quinze ans. Il n'a pas eu la syphilis et ses urines ne renferment pas de sucre, au moment de la première visite et n'en ont jamais contenu jusqu'à ce jour. Pas de tabes.

Examiné, le gros orteil présente une rougeur violacée et exhale, malgré la propreté du malade, une odeur repoussante ; il laisse échapper une sanie purulente, contenant des débris de tendons sphacélés et des parcelles osseuses. En explorant avec un stylet, on arrive sur la première phalange, complètement cariée et réduite en un tissu spongieux dans lequel l'instrument entre aisément et demeure fixé. La face antérieure du gros orteil est recouverte de phlyctènes noirâtres renfermant un liquide fétide. Le pied est œdémateux, chaud et douloureux.

La sensibilité à la piqûre a totalement disparu dans tout le tiers inférieur de la face plantaire et une anesthésie profonde occupe la totalité du pied.

Le malade, désirant être soigné au plus tôt, entre à la clinique le jour même et une première intervention a lieu le lendemain : large abrasion, à la curette tranchante, de la phalange et cautérisation profonde au thermocautère de la cavité et des parties molles environnantes, suivie de pansements répétés, à l'eau oxygénée à 10 volumes.

Sous l'influence de ce traitement et du repos, l'état local paraît s'améliorer et le pied reprend son aspect normal. Mais l'orteil n'est qu'une loque qu'il est difficile de conserver et qui serait plutôt une gêne pour le malade, occupé par son travail à vaquer toute la journée sur les quais. Aussi, dix jours après, je procède à la désarticulation de l'orteil, dont l'examen permet de constater la disparition à peu près complète du squelette.

Les lésions osseuses s'étendent même sur la tête du premier métatarsien ; celle-ci est enlevée à la curette tranchante.

Comme il est impossible de tenter une réunion, on panse à plat et, trois semaines après, la guérison totale était effectuée.

C'est alors que, me souvenant des résultats plus que satisfaisants obtenus dans deux cas analogues, je proposais au malade l'élongation de son tibial, afin de diminuer les chances de récidive. Cette intervention est acceptée et pratiquée le surlendemain, c'est-à-dire vingt-trois jours après la désarticulation de l'orteil. Cette élongation, faite derrière la malléole, fut assez laborieuse, réunion *per primam*.

Dès le premier pansement, le sixième jour de l'opération, je constatais avec plaisir le retour de la sensibilité à la piqûre et au tact, que le malade reconnaissait n'avoir plus éprouvé depuis longtemps (fig. 1).

Graduellement, ce retour à la sensibilité est allé en augmentant et à la sortie du malade de la clinique, la sensibilité était complètement revenue.

X... est parti assagi, promettant bien de ne plus boire (?). Il a depuis repris ses occupations qu'il n'a pas interrompues un seul jour. Examiné à diverses reprises et tout récemment



FIG. 1 (Obs. I). — *Mal perforant plantaire, élongation du tibial postérieur.*

encore, j'ai pu constater que les résultats ci-dessus s'étaient maintenus, qu'il n'y avait pas de menace de récidive du mal perforant et que l'état général était des plus satisfaisant. Interrogé sur sa sobriété, X... me répond qu'elle ferait pâlir celle d'un chameau.

OBS. II. — *Mal perforant plantaire datant de quatre ans. Myélite syphilitique. Echec du traitement mixte. Elongation du tibial postérieur derrière la malléole. Guérison sans récidive depuis deux ans.* — M. C..., trente-six ans, propriétaire d'un café, vient me consulter le 10 janvier 1906 pour, disait-il, un « durillon » de la face plantaire du pied droit, soigné par un pédicure depuis trois ans.

Un rapide examen me permet de constater que ce « durillon » est purement et simplement un mal perforant siégeant au niveau de la tête du deuxième métatarsien droit. Le pied est rouge, douloureux ; la plaie est recouverte d'un durillon ramolli sous lequel on trouve du pus.

Par une abrasion sommaire au rasoir je constate l'existence d'une cavité de la largeur d'une pièce de dix sous s'étendant presque jusqu'à l'os.

M. C... me paraît avoir une bonne santé, très sobre quoique cafetier, mais avoue avoir eu la syphilis il y a cinq ans. Depuis environ un an, il présente des troubles de la sensibilité dans les membres inférieurs : fourmillements, crampes, anesthésie au froid, de temps en temps, de l'engourdissement et enfin de l'incontinence nocturne d'urine et de l'impuissance.

Examiné quant à l'existence d'une myélite chronique, tabes-dorsualis ou autre, je trouve tous les signes d'une myélite dont l'origine syphilitique n'est pas douteuse.

Après avoir prescrit un traitement approprié à l'état de la moelle et à l'infection initiale : strychnine, bains sulfureux, révulsion sur le rachis, piqûre de calomel tous les dix jours,

je propose à M. C..., qui accepte aussitôt, le curettage de son mal perforant.

Après avoir mis le pied au repos pendant trois jours, désinfecté la cavité à l'eau oxygénée, je procède le 26 janvier au nettoyage avec la curette de Wolkman, suivi d'une cautérisation profonde au thermo.

Sous l'influence du traitement local et général, le mal perforant semble s'améliorer, mais très lentement. En juin, c'est à peine si la cavité commence à se combler; en juillet, le malade part pour Lamalou avec une plaie encore profonde. A son retour, je ne constatais aucun changement dans l'état local, mais une amélioration très sensible dans les phénomènes médullaires; les réflexes sont en partie revenues, l'incontinence d'urine a disparu et l'impuissance est très améliorée.

Le malade n'est pas satisfait de cet état local qui l'empêche de surveiller ses affaires. Je lui propose donc d'intervenir plus énergiquement par l'élongation nerveuse. Celle-ci est pratiquée le 5 septembre. Dix-sept jours après, non seulement la plaie opératoire était réunie par première intention, mais encore la cicatrisation du mal perforant, stationnaire depuis le mois de juin, avait fait de tels progrès que le 5 octobre la guérison pouvait être considérée comme définitive permettant au malade de descendre dans son établissement et de rester debout une bonne partie de la journée.

La sensibilité plantaire, disparue comme le montre les figures 2 et 3, avant l'élongation, était revenue et la guérison locale, s'est maintenue jusqu'à ce jour.



FIG. 2 (Obs. II et III). — *Mal perforant plantaire, élongation du tibial postérieur.*

OBS. III. — *Mal perforant plantaire datant de cinq ans. Elongation du tibial. Guérison maintenue depuis deux ans et trois mois.* — M. S..., soixante ans, charpentier de marine, alcoolique, non syphilitique, se présente à ma consultation vers la fin du mois de septembre 1906, porteur d'un mal perforant large comme une pièce de 5 francs, siégeant à la face plantaire droite. L'état de ce pied est déplorable, rouge, émacié; il présente des traînées de lymphangite remontant le long du membre inférieur; la plaie est recouverte d'une sanie fétide et gangréneuse.

M. S... me prie de le soigner, déclarant ne pouvoir continuer à travailler et préférant, s'il y a lieu, qu'on lui coupe le pied. Frappé par cet état local, je me demande si par hasard ce malade ne serait pas diabétique; examinées à différentes reprises, ses urines ne contenaient pas de sucre.

Je dois dire qu'il n'existait pas de lésions médullaires. Mais ce mal perforant me paraissait très probablement lié à une polynévrite alcoolique, ainsi que le démontraient les troubles de la sensibilité, de la réflexibilité, de la motilité, tels qu'on le voit dans les polynévrites toxiques (pseudo-tabes polynévritique).

Hospitalisé à ma clinique, je fais subir à ce malade un traitement en deux périodes. Dans la première, je combats la gangrène par des grands bains antiseptiques suivis de pansements à l'eau oxygénée. Sous l'influence de ce traitement, dès le cinquième jour, le pied avait subi une transformation remarquable et le 1er octobre, sous l'anesthésie générale, je procède à un curettage soigné avec cautérisation profonde au thermo du mal perforant, suivi vingt jours après, de l'élongation.

Les suites opératoires furent des plus simples, et à la fin octobre, le malade quittait ma clinique avec un pied complètement cicatrisé.

Depuis lors, M. S... — qui a promis de ne plus boire (?) — n'a pas cessé de travailler dix heures par jour de son métier de charpentier (!).

La figure représentée ici s'applique à ces deux derniers cas, en quelque sorte identiques, les troubles de la sensibilité avant l'opération et son retour après l'opération ayant suivi une marche absolument analogue.

LE SIGNE DE LA DÉTENTE MUSCULAIRE

SA VALEUR EN CLINIQUE PSYCHOLOGIQUE

Par M. BÉRILLON,
Professeur à l'École de psychologie.

La recherche du « signe de la détente musculaire » s'effectue de la façon suivante. Le sujet étant debout, les bras étendus en croix, est invité à contracter énergiquement ses muscles. Je lui demande alors, par une détente brusque, de laisser retomber mollement ses bras le long du corps, c'est-à-dire de transformer instantanément la contraction musculaire en une complète résolution, lorsqu'il en recevra l'injonction. On peut convenir, par exemple, que si je compte jusqu'à cinq, ses muscles se relâcheront quand il entendra le chiffre cinq.

Cette recherche permet de constater que si beaucoup de personnes sont capables de passer, à un commandement bref, de l'extrême contraction au relâchement musculaire le plus complet, il en est qui n'exécutent le même exercice qu'avec une certaine raideur. Elles n'arrivent pas, malgré leur bonne volonté, à laisser retomber les bras par l'action de leur propre poids; elles ne les abaissent que par l'intervention visible d'un effort volontaire.

On sait que l'énergie de la contraction musculaire momentanée est en rapport avec l'exercice habituel des fonctions intellectuelles. C'est un fait qui a été bien mis en évidence par les recherches dynamométriques de divers auteurs.

La recherche du « signe de la détente musculaire » nous a appris que l'état neuro-musculaire normal se révèle également par l'instantanéité avec laquelle le sujet peut faire passer ses muscles volontaires de l'état de contraction à celui de résolution. Par contre, la nécessité d'un effort volontaire pour obtenir la résolution musculaire est l'indice certain d'un

ralentissement ou d'une perturbation dans le fonctionnement des opérations cérébrales.

Le signe de la détente musculaire donne des indications si précises sur l'intégrité des fonctions intellectuelles et mentales, que c'est par sa recherche que tout examen doit être commencé en clinique psychologique.

Il n'a pas moins de valeur au point de vue thérapeutique, puisque les traitements n'auront d'efficacité qu'autant qu'ils auront abouti, par la rééducation psycho-motrice du sujet, au retour et à la possibilité de la détente musculaire. En effet, la réapparition progressive de la souplesse dans les mouvements musculaires est le signe le plus certain d'une évolution vers la guérison. La raideur réapparaît avec les périodes d'accès de l'hystérie, de la neurasthénie et de la psychasthénie.

Lorsque l'attention des malades a été appelée sur ce signe, ils ne tardent pas à en apprécier toute l'importance. Ils reconnaissent d'eux-mêmes que lorsqu'ils éprouvent de l'anxiété, lorsqu'ils sont sous l'empire de phobies, de scrupules ou de préoccupations hypocondriaques, la raideur des muscles atteint toujours son maximum. Par contre, ils s'aperçoivent que la possibilité de la détente musculaire coïncide toujours avec l'atténuation de leur irritabilité nerveuse.

Les exercices d'assouplissement ayant pour but de favoriser le retour du signe de la détente musculaire peuvent être utilement accomplis par les malades dans l'intervalle des visites du médecin. Ces exercices sont toujours suivis d'une sédation fort appréciable. Ils contribuent d'une façon fort efficace à la rééducation psycho-motrice qui, comme je l'enseigne depuis longtemps, doit occuper une place prépondérante dans la pratique de la psychothérapie.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE LA TACHYCARDIE

La tachycardie est un symptôme qui relève de trop de causes différentes pour que son traitement ne soit pas complexe. Nous allons essayer d'en déterminer ici les grandes lignes, en nous guidant sur un travail du professeur Goldscheider, paru dans la *Folia therapeutica* (vol. II, n° 4, octobre 1908).

Lorsque, pressé de soulager un malade, on n'a pas le temps de faire un diagnostic causal, il faut tout d'abord avoir recours à des moyens pouvant rendre des services dans tous les cas.

On ordonnera en premier lieu le repos absolu au lit, tout en se rappelant que certains neurasthéniques ne pouvant le supporter longtemps, il sera bon de leur permettre un peu de mouvement.

On essaiera aussi les applications froides sur la région cardiaque (vessie de glace) ou encore sur la nuque.

Les rapports qui existent entre le repos moral et le fonctionnement du cœur sont trop connus pour qu'il soit utile d'insister sur la nécessité de recommander au malade le calme et la tranquillité. Remède, hélas ! plus facile à prescrire qu'à procurer.

Dans beaucoup de cas on retirera de grands bénéfices de l'emploi des sédatifs : bromure et ses dérivés, sulfonal, véronal à la dose de 0,10 centigrammes deux ou trois fois par jour, bromhydrate de quinine, infusion ou teinture de valériane, eau de laurier-cerise (en se souvenant que celle du Codex de 1908 a eu son activité doublée), inhalations de menthol mélangé à de l'eau chaude, etc.

Ces précautions prises, il faut rechercher la cause de la tachycardie afin d'instituer une thérapeutique étiologique, donc logique.

En cas de tachycardie d'origine nerveuse, l'impulsion cardiaque peut être affaiblie ou violente. Si elle est affaiblie on aura recours à la caféine, à la teinture de strophantus ou encore à l'extrait fluide de cactus grandiflora; ce dernier à la dose de x, xx, xxx gouttes trois fois par jour. Si l'impulsion cardiaque est exagérée, on pourra se trouver bien de petites doses de morphine, de codéine ou de dionine.

Dans cet ordre de faits, alarmants parfois pour le malade et son entourage par leur intensité, on pourra faire utilement appel à un bandage comprimant le thorax ou à un compresseur cardiaque.

C'est d'ailleurs dans la tachycardie nerveuse que les moyens physiques donneront les meilleurs résultats et on pourra essayer d'un léger massage de la région cardiaque ou encore de l'abdomen et du dos. On utilisera l'électricité sous forme de courant galvanique, de bains électriques à courants alternatifs, de courant de haute fréquence. Les bains tièdes, avec ou sans adjonction d'extraits végétaux aromatiques, rendront aussi des services.

La tachycardie réflexe peut être d'origine gastrique ou intestinale, ou encore avoir son point de départ dans la zone génitale.

Beaucoup de ces cas seront justiciables du camphre; 0g10 trois ou quatre fois par jour, ou du bromure de camphre, 0g10 à 0g20 plusieurs fois par jour. Mais cela ne suffira pas et il sera bon de traiter l'affection causale.

Lorsqu'il s'agit d'un point de départ gastrique, le lavage de l'estomac pourra réussir en l'accompagnant bien entendu d'un régime diététique approprié. Il ne faut pas perdre de vue d'ailleurs que les affections gastro-intestinales peuvent agir sur le cœur autrement que par la voie réflexe, soit mécaniquement, par météorisme et soulèvement du diaphragme, soit par auto-intoxication.

Ces faits dictent la thérapeutique à suivre, de même que ceux où les troubles réflexes sont dus à la présence d'un tœnia.

La tachycardie d'origine sexuelle relève généralement de la puberté, surtout chez la femme, de la dysménorrhée, de l'âge critique, de la masturbation, de la prostatite, des affections gynécologiques. Le traitement variera donc suivant chaque cas.

Parfois la tachycardie s'accompagne de constriction des artères, et au désordre cardiaque viennent s'ajouter de la pâleur et de la froideur des extrémités, de la paresthésie, des vertiges, de la polyurie, une augmentation considérable de la tension artérielle. Il faudra alors songer à abaisser le tonus vaso-moteur; on fera donc des ablutions ou des bains chauds des extrémités, on aura recours aux frictions chaudes et froides alternées, aux frictions sèches; on usera également des médicaments vaso-dilatateurs, tels que la trinitrine et les inhalations de nitrite d'amyle.

La tachycardie paroxystique mérite naturellement une mention spéciale. On a recommandé dans ce cas la pression exercée sur le pneumogastrique au niveau du cou; ce procédé est infidèle. Il en est de même d'ailleurs de tous ceux que l'on utilise en pareil cas et la crise finit brusquement sans cause appréciable.

Il est nécessaire de traiter les troubles gastriques qui peuvent exister, et en dehors de cela on pourra essayer les badigeonnages au niveau de la pituitaire avec de la cocaïne à laquelle on peut ajouter de l'adrénaline. Si la tension arté-

rielle est basse, on donnera, selon le conseil de Huchard, du sulfate de quinine et de l'adrénaline. On peut aussi faire des pulvérisations de chlorure d'éthyle au cou et dans le dos, ou des lotions froides de tout le corps, surtout au niveau de la colonne vertébrale, en les faisant suivre d'un enveloppement chaud pour provoquer la sudation. Les inspirations profondes parviendront parfois à modérer l'accès, de même que les sinapismes au creux épigastrique et à la nuque.

Certaines tachycardies sont myogéniques, c'est-à-dire qu'elles sont sous la dépendance de la faiblesse ou de l'irritabilité du muscle cardiaque. On rencontre ces tachycardies dans les affections du myocarde, l'artério-sclérose, les lésions valvulaires et principalement l'insuffisance mitrale, dans la dilatation du cœur, l'endocardite, la péricardite, la néphrite chronique interstitielle.

Il faudra dans ces cas s'adresser aux toniques cardiaques, à la digitale qui réussit bien là et qui, au contraire, et quoi qu'on en ait dit, est sans effet, mais non sans danger dans la tachycardie basedowienne. La teinture de strophantus pourra également être d'une grande utilité. Il est bon d'ailleurs de savoir que les doses habituelles de digitale données pendant un court laps de temps ne donneront rien, alors qu'on retirera d'excellents résultats de petites doses continuées plusieurs mois, soit par exemple 0g15 à 0g25 de feuilles de digitale quotidiennement.

En même temps que la digitale ou le strophantus, on peut utiliser les effets vaso-moteurs de la caféine et de la théobromine.

Lorsque la tachycardie et l'arythmie seront dues à une myocardite d'origine artério-scléreuse, un traitement iodique prolongé sera nettement indiqué.

Enfin, si l'on a des raisons sérieuses de croire à une myocardite syphilitique, c'est au traitement spécifique que l'on s'adressera pour tenter d'avoir raison des accidents.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 MARS 1909)

Trois cas de sporotrichose dermo-hypodermique, dont un avec lésions du pharynx et du tibia. — MM. G. THIBIERGE et P. GASTINEL présentent trois hommes atteints de sporotrichose, dont le diagnostic a été vérifié par les cultures.

L'un d'eux présente, depuis trois mois, des nodosités hypodermiques ressemblant quelque peu à des kystes à cysticerques, mais plus irréguliers.

Le second présente également depuis trois mois, sur les membres, quelques nodosités sous-cutanées, adhérentes à la peau, formant des placards rappelant les gommes syphilitiques en voie de ramollissement.

Chez le troisième, atteint depuis un an, les lésions sont beaucoup plus complexes. Au cuir chevelu, des ulcérations profondes, abondamment suintantes, à fond irrégulier, qui rappellent celles de la syphilis maligne précoce. A la face, audessous de l'œil gauche et sur le raphé médian du scrotum, des larges ulcérations peu profondes, peu suintantes, à fond irrégulier, d'apparence papillaire mais non bourgeonnante, qui sont à peu près sûrement pathognomoniques de la sporotrichose. Sur le cou, des ulcérations atones, à fond plat, à bords relevés et décollés, qui rappellent les lésions tuberculeuses. Disséminées çà et là sur les membres et sur le tronc, des nodosités, les unes dures, les autres ramollies ou ulcérées, rappelant soit les gommes syphilitiques, soit les gommes tuberculeuses. A la partie supérieure du tibia droit, on trouve une nodosité périostique du volume d'un œuf de pigeon.

Depuis dix jours, ce malade éprouve de la gêne de la déglutition et il s'est développé des lésions du pharynx, sans ulcération véritable, mais au contraire faisant une saillie en nappe, occupant tout le voile du palais, une partie de la voûte palatine, les piliers, les amygdales, la luette devenue irrégulière et la paroi postérieure du pharynx; ces régions sont tomenteuses, parsemées de saillies assez analogues à celles des ulcérations de la joue et du scrotum, de coloration blanchâtre. L'aspect est identique à celui décrit par Letulle, et, comme l'indique cet observateur, il n'y a pas de déformation des parties atteintes.

Les lésions s'étendent à l'épiglotte et aux replis arytmo-épiglottiques.

Ce cas porte à trois le nombre des observations connues de lésions sporotrichosiques du pharynx.

Les abus de la désinfection à Paris. — M. COMBY s'élève contre la déclaration obligatoire de la rougeole et la désinfection qui en résulte. On lave les parquets et les murs, on pulvérise les meubles, on envoie à l'étuve les objets de literie, etc. On cause aux familles des ennuis, des vexations, un préjudice appréciable, sans aucune utilité. La rougeole est, parmi les maladies contagieuses, la dernière qui réclame la désinfection.

En effet, elle est contagieuse avant l'éruption, mais sa contagiosité dure très peu; hors de l'organisme, le microbe ne vit pas; il ne saurait persister dans les parquets, les murs, les objets mobiliers. La désinfection est donc inutile.

Il y a une douzaine d'années, Grancher avait réussi à empêcher l'Académie d'inscrire la rougeole sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.

En 1903, en l'absence de ce maître, les désinfecteurs revinrent à la charge, et l'Académie se laissa fléchir. Il en est résulté, pour le public, une désinfection abusive, sans objet, mais absolument désobligeante et onéreuse.

Déjà M. Courmont, qui dirige la désinfection dans le département du Rhône, a demandé la radiation de la rougeole. M. Lemoine, professeur au Val-de-Grâce, n'est pas moins convaincu de l'inutilité de la désinfection en matière de rougeole. Il va même plus loin et met en doute la valeur de la désinfection des locaux pour les autres maladies contagieuses. Comme l'a dit Fiessinger : Le danger est dans la gorge, dans les fosses nasales des malades, et on désinfecte les meubles.

A Paris, la désinfection municipale, qui coûte très cher, n'a pas tenu ses promesses. Elle n'a pas empêché les maladies contagieuses de se propager et de se multiplier. Jamais il n'y a eu tant de scarlatines, tant de rougeoles, tant de coqueluches. La diphtérie seule a reculé, mais nous savons tous que c'est devant le sérum de Behring-Roux, et non devant la désinfection.

Sans vouloir élargir le débat outre mesure et faire le procès de la désinfection municipale, M. Comby se borne à demander que l'Académie de médecine revienne sur son vote inconsidéré de 1903, en rayant définitivement la rougeole sur la liste, déjà trop longue, des maladies contagieuses à déclaration obligatoire.

Pleurésies au cours de la scarlatine chez l'adulte. — MM. P. TEISSIER et DUVOIR, à l'appui de l'histoire des pleurésies de la scarlatine, rapportent trois observations de pleurésies précoces ou tardives avec épanchement séro-fibrineux ou séro-purulent survenues au cours d'une scarlatine régulière plus intense pour le cas de pleurésie purulente, mais indépendante de toute lésion rénale et chez des adultes indemnes de tout passé pleuro-pulmonaire.

Dans les deux cas où la ponction exploratrice fut positive, la formule cytologique fut celle d'une polynucléose très nette en histolyse.

Dans un seul cas (épanchement séro-purulent) le streptocoque fut décelé, les pleurésies particulièrement insidieuses dans leur développement furent caractérisées contrairement à l'opinion classique par la lenteur de leur évolution, par le peu d'abondance de l'épanchement et par l'existence d'une lésion pulmonaire initiale.

Les auteurs insistent sur la fréquence de lésions pulmonaires plus ou moins discrètes ou masquées qu'un examen systématique permet seul de déceler dès le début en l'absence le plus habituellement de signes fonctionnels.

Ils pensent que la fréquence de ces lésions pulmonaires autorise à supposer une fréquence plus grande des lésions pleurales chez les scarlatineux.

Valeur thérapeutique de l'émétique dans le traitement de la syphilis. — MM. Queyrat et Demanche, à la suite des essais de traitement par l'émétique tentés par plusieurs auteurs dans la maladie du sommeil et dans diverses spirilloses, ont recherché si ce médicament avait une action thérapeutique sur la syphilis. Ils ont eu recours à la méthode des injections intra-veineuses et ont employé une solution à 1 p. 1000, rendue isotonique par addition de 7gr50 de chlorure de sodium pour 1000. Cette solution était injectée très doucement au moyen d'une ampoule graduée de 150 centimètres cubes à double tubulure, stérilisée à l'autoclave, et d'une poire de soufflerie en caoutchouc.

Grâce à cette double précaution, dilution considérable de la solution et lenteur de l'injection, ils ont pu administrer quotidiennement pendant onze et douze jours des doses de 0gr10 à 0gr12 d'émétique sans exercer aucune action caustique locale sur la paroi veineuse, à condition de n'employer qu'une solution rigoureusement neutre, et sans provoquer chez les sujets normaux aucun phénomène d'intolérance; celle-ci se manifeste par des poussées congestives de la face, du pharynx et du poumon, se traduisant par des quintes de toux.

Chez un premier malade, en pleine éruption secondaire, atteint en outre de tuberculose pulmonaire au début, le traitement dut être interrompu rapidement, à cause de l'aggravation des symptômes pulmonaires. Chez un second malade, porteur de syphilides maculeuses et papuleuses, les papules s'affaissèrent et firent place à des taches pigmentées. Le troisième malade était couvert de syphilides psoriasiformes étendues qui se transformèrent de même en larges plaques pigmentées; mais quelques jours après la cessation du traitement il fut atteint de phénomènes méningés des plus nets, et la ponction lombaire montra une réaction leucocytaire abondante avec polynucléose; le traitement mercuriel guérit rapidement cette méningite, confirmant sa nature syphilitique.

L'ultra-microscope et son rôle essentiel dans le diagnostic de la syphilis. — MM. Gastou et Comandon, après avoir exposé le principe des appareils d'examen microscopique sur fond noir, montrent leur utilité pour le diagnostic de la syphilis. Ils décrivent les principaux caractères du spirochète pâle examiné dans l'eau ou dans la sérosité du malade et la technique des prises d'exsudat dans les principales lésions syphilitiques primaires ou secondaires.

Depuis huit mois ces auteurs ont recherché systématiquement le spirochète pâle chez les syphilitiques, au laboratoire central de l'hôpital Saint-Louis et ils font part de leurs observations à ce sujet.

Un point intéressant de cette recherche est la possibilité de retrouver le spirochète pâle dans la gorge de malades, alors même que leur syphilis remonte à plusieurs mois.

Les auteurs montrent diverses préparations qui font voir la différence entre le spirochæte pallida et les autres spirochètes.

Sur l'albuminurie et l'oligurie orthostatique. — MM. G. Linossier et G.-H. Lemoine ont décrit en 1903 un syndrome auquel ils ont donné le nom d'*oligurie orthostatique*, caractérisé par une diminution marquée de la sécrétion rénale pendant la station debout, syndrome accentué au maximum chez les sujets atteints d'albuminurie orthostatique, mais pouvant s'observer indépendamment de cette affection. Dans ce cas, l'oligurie orthostatique peut être considérée comme un stade intermédiaire entre l'état de santé et l'état des sujets atteints d'albuminurie orthostatique. L'étude de ce syndrome peut donc éclairer la question controversée du mécanisme de l'albuminurie de la station debout.

Or il résulte de leurs recherches que l'oligurie orthostatique révèle dans le plus grand nombre des cas une insuffisance néphrétique légère, soit d'ordre lésionnel, soit d'ordre fonctionnel, tout au moins un rein débile. Ils sont arrivés à conseiller l'épreuve de l'orthostatisme comme un signe très délicat et très sensible d'insuffisance rénale.

Voici donc comment MM. G. Linossier et G.-H. Lemoine conçoivent le mécanisme de l'albuminurie orthostatique.

Celle-ci est la résultante de deux facteurs.

1° La station debout provoque dans le rein une diminution de l'irrigation sanguine de deux manières :

a. En diminuant la pression dans le système circulatoire général (cette diminution, insignifiante chez les sujets normaux, est très accentuée chez la plupart des albuminuriques orthostatiques, chez qui on observe assez constamment un certain nombre de troubles de la circulation : hypotension, asthénie et instabilité cardiaque, insuffisance vaso-motrice, etc.)

b. En apportant une gêne locale dans la circulation des reins. A ce point de vue agissent une légère tendance à la ptose rénale, ptose s'accompagnant d'une torsion légère du pédicule (Linossier et Lemoine), une exagération de la lordose normalement provoquée par la station debout (Jehle), une augmentation de la pression dans la veine cave inférieure (Senator).

2° Sans qu'il soit possible d'affirmer que l'exagération des causes précédentes ne puisse pas provoquer de l'albuminurie orthostatique chez un sujet normal, il résulte de leurs recherches sur l'oligurie orthostatique, qu'il faut le plus souvent invoquer une insuffisance rénale soit lésionnelle, soit fonctionnelle, congénitale ou acquise, définitive ou passagère.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 20 mars 1909)

La diffusion de l'azote dans les liquides de l'organisme. — MM. Javal et Boyet ont montré précédemment que différents liquides de l'organisme (sérum sanguin, ascite, œdème, liquide pleural) prélevés au même moment chez le même malade contenaient en général des quantités d'urée très voisines et cela quel que soit le taux de la concentration urique. Ils en ont conclu que l'urée, soit normalement contenue, soit anormalement retenue dans le sérum sanguin, diffuse dans tout l'organisme et concourt pour sa part au maintien de l'isotonie des différentes sérosités entre elles.

Leurs nouvelles expériences confirment ces premiers résultats et leur permettent même de les généraliser encore à la rétention azotée totale, si on excepte l'azote contenu dans les substances albuminoïdes.

Dans cinq épreuves qu'ils rapportent, quel que soit le taux de l'azote urique par rapport à l'azote total et quel que soit le taux de l'albumine, ils constatent une rétention pour ainsi dire identique non seulement de l'azote urique, mais de l'azote total non albumineux dans les différentes sérosités prélevées au même moment chez le même sujet.

Cette uniformité de la répartition soit de l'azote total non albumineux soit de l'azote urique, facilite beaucoup la recherche de l'azotémie puisqu'elle permet le choix des liquides pour l'étude de ces deux formes de rétention azotée. A défaut

de sérum sanguin ils peuvent arriver à un résultat aussi exact en analysant un liquide quelconque de l'organisme : liquide céphalo-rachidien, liquide pleural, liquide d'œdème ou ascite.

Sur l'origine chondroblastique de certains élastoblastes dans le cartilage des bronches chez le fœtus humain. — M. de Kervily. La cellule cartilagineuse, en se divisant, peut donner naissance à deux cellules dont l'une seulement deviendra une cellule cartilagineuse, tandis que l'autre, beaucoup plus petite, ovalaire ou fusiforme, se différenciera en élastoblaste. Ces deux cellules sœurs peuvent prendre, l'une par rapport à l'autre, deux dispositions différentes :

1° L'élastoblaste peut regarder le chondroblaste par une de ses extrémités amincies, et lorsqu'une substance fondamentale abondante s'est développée, le chondroblaste se trouve relié à l'élastoblaste par un long prolongement qui se transforme en fibre élastique.

2° L'élastoblaste peut s'allonger dans une direction tangentielle par rapport au chondroblaste, tout en restant au voisinage immédiat de ce dernier. On trouve ici l'explication de ce fait que certaines fibres élastiques dans le cartilage fœtal sont en contact avec les cellules cartilagineuses et sont tangentielles à ces dernières.

Recherches parallèles des anticorps spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien et le sérum des malades atteints d'échinococcose. — MM. Paron et Laubry, continuant leurs recherches sur l'existence des anticorps spécifiques au cours de l'échinococcose, ont étudié parallèlement le sérum et le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de kyste hydatique.

Leurs recherches leur permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° Chez les malades atteints d'échinococcose, le liquide céphalo-rachidien ne donne pas la réaction de fixation du complément;

2° On préconise dès maintenant de faire cette réaction chez les malades qui présentent des symptômes de tumeurs cérébrales et chez lesquels on ne peut pas savoir l'étiologie de ces tumeurs.

Le sérum normal neutralise la glycosurie adrénalique. — Biedl et Offer ont montré, en 1907, qu'il était possible, chez l'animal, de neutraliser la glycosurie adrénalique à l'aide d'injections de lymphe. MM. J. Gautrelet et L. Thomas établissent que le sérum normal jouit des mêmes propriétés, dues peut-être à la présence de la choline.

Présence de nitrates et de nitrites dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. Mestrerat et Gaujoux. Le liquide céphalo-rachidien normal contient des nitrates, qui y existent en petite quantité et proviennent de l'alimentation, par l'intermédiaire du sang. La séreuse sous-arachnoïdienne est donc perméable aux nitrates ; cette perméabilité serait accrue dans la méningite tuberculeuse.

Election. — M. Goutière est nommé membre de la Société par 37 voix sur 52 votants.

FORMULAIRE

FISSURES ET FISTULES DE L'ANUS

Bains de siège quotidiens. Lavements émollients à la décoction de guimauve et à la glycérine.

Badigeonnage au Thigénol pur, deux fois par jour ou employer la pommade :

Chrysarobine............	0g50
Thigénol................	5 grammes.
Vaseline................	25 —

Traiter la fissure par la dilatation forcée de l'anus.

ACTUALITÉS

LA LEÇON D'OUVERTURE DU PROFESSEUR CHAUFFARD

M. le professeur Chauffard a fait sa leçon inaugurale vendredi, à six heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, absolument comble. M. le doyen et plusieurs professeurs assistaient leur nouveau collègue.

Au moment où nous pénétrions, assez difficilement, dans l'un des bas côtés, avant l'ouverture du cours, des applaudissements nourris se faisaient entendre : ils étaient provoqués par l'arrivée de M. Bucquoy, qui prenait place à côté de M. le doyen.

Dès son entrée, M. Chauffard dut être pénétré de cette pensée que l'accueil qui lui était fait par tout l'auditoire, maîtres, collègues, élèves et amis, était unanimement sympathique.

Après les remerciements d'usage à la Faculté, à ses maîtres, à ses élèves et collaborateurs, M. Chauffard a rappelé le souvenir de son grand-père et de son père qui appartint à cette même Faculté et occupa cette même place. Dans sa modestie filiale, il n'a pas dit avec quel talent et quelle autorité son père a défendu dans cette même chaire les doctrines vitalistes.

Parmi les maîtres qui l'ont conduit où il est, M. Chauffard a consacré une mention spéciale à M. Bucquoy, et les applaudissements sont repartis de plus belle, ce qui montre toute la respectueuse sympathie que le beau-père et le gendre inspirent au corps médical.

Le sujet du cours de cette année est l'histoire de la tuberculose, mais c'est l'histoire de la médecine tout entière, depuis Hippocrate jusqu'à Pasteur, que, dans cette première leçon, a retracée d'une façon très heureuse M. Chauffard, en insistant particulièrement sur le rôle, si important dans cette histoire de la médecine, non seulement des grands inventeurs, les auteurs de grandes découvertes, mais aussi des promoteurs, de ceux qui ont jeté la première semence de découvertes qui ont plus tard transformé les sciences médicales.

On a dit que l'histoire de la médecine est l'histoire des *erreurs* de la médecine. Il serait plus juste, selon M. Chauffard, de dire que c'est l'histoire de ses *efforts*.

Nous ne doutons pas que, dans cette chaire de l'histoire de la médecine, M. Chauffard ne soit parfaitement à sa place et ne remplisse ses fonctions nouvelles à la satisfaction de tous. Mais il sera encore bien plus à sa vraie place le jour où il occupera une chaire de clinique. Il nous semble, en effet, représenter le parfait clinicien de nos jours, aussi soucieux du respect des grandes traditions de la clinique que des données progressives de la médecine expérimentale et de la bactériologie. Son succès est de bon aloi.

A. B.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Colloïdes en biologie et en thérapeutique. Le mercure colloïdal électrique, par G. Stodel, préparateur au labotoire de physiologie de la Sorbonne. In-8° raisin. — Prix : 6 francs. — Paris, Vigot frères.

L'Examen fonctionnel de l'intestin par le régime d'épreuve. Son application à la pratique journalière et les résultats pour le diagnostic et la thérapeutique, par le docteur Ad. Schmidt, professeur à l'Université de Halle, traduit par le docteur Robert S. Kolbé de Chatel-Guyon, ancien professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires. In-8° avec 20 fig. dans le texte et 3 pl. en couleur. — Prix : 5 francs. — Paris, Vigot frères.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 MARS AU 3 AVRIL 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Samedi 3 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Auvray et Morestin.
1er (oral, 1re série) : MM. Remy, Ricard et Launois ; — (2e série) : MM. Retterer, Lenormant et Brumpt.
2e : MM. Prenant, Langlois et André Broca.
3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Thiéry et Marion ; — (2e partie) : MM. Chauffard, Widal et Jeanselme.
4e (1re série) : MM. Chantemesse, Carnot et Balthazard ; — (2e série) : MM. Gilbert Ballet, Desgrez et Richaud ; — M. Nicloux, suppléant.
5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Claude ; — (2e série) : MM. Hutinel, Gouget et Nobécourt ; — (3e série) : MM. Gilbert, Fernand Bezançon et Castaigne.
5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin ; — M. Brindeau, suppléant.

THÈSES

Mercredi 31 mars 1909, à une heure. — M. Vergne. De l'inspection oculistique des écoles. (MM. Pinard, président ; Kirmisson, Lepage et Ombrédanne.) — M. Mauran. Des cas de mort par décollement prématuré du placenta inséré normalement. (MM. Pinard, président ; Kirmisson, Lepage et Ombrédanne.) — M. Cœuilliez. Etude clinique sur quelques localisations de la tuberculose osseuse (os malaire, acromion, pubis, ischion, grand trochanter, calcanéum). (MM. Kirmisson, président ; Pinard, Lepage et Ombrédanne.) — M. Labbé. Contribution à l'étude de l'étiologie de la botryomycose. (MM. Blanchard, président ; Brissaud, Roger et Desgrez.) — M. Lambert. La paralysie du nerf spinal dans la syphilis. (MM. Brissaud, président ; Blanchard, Roger et Desgrez.) — Mlle Tscherniack. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'anémie pernicieuse progressive. (MM. Roger, président ; Blanchard, Brissaud et Desgrez.) — M. Vallet. De la sérothérapie curative antitétanique. Voie sous-arachnoïdienne. (MM. Reclus, président ; Gley, Gosset et Mulon.) — M. Darricarrère. Epithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques. (MM. Reclus, président ; Gley, Gosset et Mulon.) — M. Molinié. Contribution à l'étude des abcès du foie compliqués d'épanchement pleural. (MM. Reclus, président ; Gley, Gosset et Mulon.) — M. Jouquan. Des fistules vésico-utérines. (MM. Segond, président ; Delbet, Rieffel et Pierre Duval.) — M. Defosses. Contribution à l'étude des kystes séreux congénitaux multiloculaires. (MM. Segond, président ; Delbet, Rieffel et Pierre Duval.) — M. Couturier. Contribution à l'étude des hernies pectinéales. (MM. Segond, président ; Delbet, Rieffel et Pierre Duval.)

Jeudi 1er avril, à une heure. — M. Bechamp. Contribution à l'étude du sarcome mélanique. (MM. Dieulafoy, président ; Gilbert Ballet, Rénon et Claude.) — M. Duterque. Apraxie. (MM. Gilbert Ballet, président ; Dieulafoy, Rénon et Claude.) — M. Presbeanu. De l'hypophyse dans l'acromégalie. (MM. Gilbert Ballet, président ; Dieulafoy, Rénon et Claude.) — M. Maillard. De la rétention d'urine dans la fièvre typhoïde. (MM. Hutinel, président ; Chantemesse, Fernand Bezançon et Nobécourt.) — M. Aptckmant. Intra-dermo-réaction à la tuberculine. (MM. Hutinel, président ; Chantemesse, Fernand Bezançon et Nobécourt.) — M. Barbier. Contribution à l'étude des tumeurs malignes du péritoine chez l'enfant. (MM. Hutinel, président ; Chantemesse, Fernand Bezançon et Nobécourt.) — M. Sautereaux. La fièvre typhoïde d'origine ostréaire (contribution à l'étude clinique). (MM. Chantemesse, président ; Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt.) — M. Moignet. Contribution à l'étude des substances cicatrisantes et kératoplastiques : le néol. (MM. Pozzi, président ; Bar, Lenormant et Jeannin.) — M. Mardat. La typho-malaria. (MM. Bar, président ; Pozzi, Lenormant et Jeannin.) — M. Huchot. De l'importance du diagnostic précoce de l'hydrocéphale fœtale au point de vue du pronostic. (MM. Bar, président ; Pozzi, Lenormant et Jeannin.) — M. Derouet. Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par le sérum antidiphtérique. (MM. Gilbert, président ; Hallopeau, Jeanselme et Carnot.) — M. Guyonnet. Adénites de la scarlatine. (MM. Gilbert, président ; Hallopeau, Jeanselme et Carnot.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 2, fév. 1909.) Pungier : Les accidents de tir à l'école de canonnage. — Gastinel : Un cas de fracture de la clavicule traité par le procédé Couteaud. — Boudet : Rapport sur la campagne de l'*Allier* [1878-1879] (*fin*). — D'Auber de Peyrelongue : Le dispensaire de Rabat. — (N° 3, mars.) Autric : Hernie transdiaphragmatique de l'estomac. — Viguier : Kératite double d'origine a frigore et mydriase consécutive. — Titi : Etudes d'hygiène navale. — Bellile : Note sur des lésions déterminées par l'emploi de la télégraphie sans fil à bord des bâtiments. — D'Auber de Peyrelongue : Le dispensaire de Rabat. — Guéguen : Préparation du lait de képhir au moyen du lait concentré, à bord des navires ou à terre, aux colonies.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 2, fév. 1909.) W. Œttinger : De l'ulcère de l'estomac consécutif aux traumatismes externes. — F.-A. Shalij : De l'absence du mucus dans l'estomac. — E. Quénu et Pierre Duval : Les angiocholites aiguës. — E. Lanel : Le massage à l'air chaud dans les affections spasmodiques de l'abdomen.

Archives générales de médecine. — (N° 2, fév. 1909.) B. Cunéo : Un cas de kyste (dit du mésentère). — G. Sardou : Action thérapeutique de l'adrénaline appliquée en badigeonnage cutané. — E. Dabout : L'état antérieur dans les accidents du travail. — Ch. Esmein et Parvu : Diagnostic de la nature syphilitique de certaines cirrhoses du foie par la séro-réaction de Wassermann : recherche comparée des anticorps dans le sérum et l'ascite. — P. Londe : Bruit de galop post-traumatique.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 fév. 1909.) Bardet : Dujardin-Beaumetz, sa vie, son caractère et son œuvre. — (23 fév.) A. Robin : Le terrain de la phtisie pulmonaire. Ses éléments. Son diagnostic. Les principes de son amendement. — (28 fév.) G. Bardet : Le codex et l'art de formuler. — A. Robin : Le terrain de la phtisie pulmonaire. Ses éléments. Son diagnostic. Les principes de son amendement (*suite*). — (8 mars.) Bardet : Le codex et l'art de formuler (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 13, 17 fév. 1900.) A. Broca : Parésie avec contracture légère des membres inférieurs chez une hérédo-syphilitique. — E. Lancereaux : Le traitement des néphrites épithéliales par la teinture de cantharides. — Lefour et Fieux : Endocardite fœtale congénitale. — (N° 14, 20 fév.) Gallois : Comment concevoir la scarlatine. — Lambret : Hémostase préventive dans les opérations portant sur le bassin et la racine des membres inférieurs. — (N° 15, 24 fév.) L. Brocq : Traitement des eczémas par le goudron de houille brut ou coaltar. — Bruandet : La fossette sous-occipitale latérale. — (N° 16, 27 fév.) H. Alamartine : Résultats immédiats et éloignés des interventions incomplètes et particulièrement de la strumectomie dans certaines formes de cancers thyroïdiens. — (N° 17, 3 mars.)

CHANTEMESSE : Le chemin de fer du Hedjaz au point de vue sanitaire international. — NOEL : Une grave erreur dans la lutte contre les épidémies dans l'armée. — (N° 18, 6 mars.) RAYMOND et KŒNIG : Atrophie héréditaire de la papille. — (N° 19, 10 mars.) QUÉNU : Leçon d'inauguration. — (N° 20, 13 mars.) Gilbert BALLET : Leçon d'inauguration.

Bulletin mensuel de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose. — (N° 2, fév. 1909.) A. ROBIN : Les échanges respiratoires et le volume de l'expiration maxima chez les phtisiques à tous les degrés. — H. BARBIER : Sur les schémas d'auscultation dans le cours de la tuberculose pulmonaire. — H. GOUGEROT : Réactions néoplasiques des tissus conjonctifs au bacille de Koch.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 4, 23 janv. 1909.) MÜLLER : Sur l'hétérolyse par le tissu cancéreux et son importance pour le développement des tumeurs et la cachexie cancéreuse. — (N° 5, 30 janv.) LAURITZEN : Le diagnostic précoce et le traitement du diabète. — (N° 9, 6 fév.) SCHLECHT : Sur la technique de l'examen des fonctions pancréatiques. — (N° 7, 13 fév.) HANCKEN : Sur l'intoxication par la benzine.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 7, 14 fév. 1909.) René CRUCHET : Trichotillomanie, onanisme et protillomanie. — J. KUNSTLER : La rénovation du P. C. N. et les études médicales en 1909 (*fin*).

Écho médical du Nord. — (N° 8, 21 fév. 1909.) LAMBRET : Hémostase préventive dans les opérations portant sur le bassin et la racine des membres inférieurs. — J. PATOIR : De l'absence des lésions extérieures dans la mort par précipitation. — Juste COLLE et GELLÉ : Tumeur rénale d'origine surrénalienne. Néphrectomie. — VANVERTS : A propos des ruptures du quadriceps. Remarques sur leur traitement et sur leur pathogénie. — (N° 9, 28 fév.) V. CARLIER : Indications opératoires dans la tuberculose rénale. — M. BRETON et ANDRÈS : Atrophie musculaire d'origine névritique ou myopathique. — (N° 10, 7 mars.) CALMETTE : Rôle de la désinfection dans la lutte contre la tuberculose au village. — VANVERTS et GELLÉ : Cancer gastro-colique ; abcès développé au contact de la tumeur et s'étant ouvert au niveau de l'ombilic. Résection gastro-colique. — H. DAMAYE et M. DESRUELLES : Péritonite pneumococcique à évolution latente chez une épileptique obnubilée. — (N° 11, 14 mars.) H. SURMONT : Histoire de l'association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Nord.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 8, 21 fév. 1909) : J. CARLES : Leucocytes et absorption des sels de plomb. — LAUTIER et PAROUTY : Rétrécissement aortique. Soudure complète des deux valvules sigmoïdes antérieures. — (N° 9, 28 fév.) P. LEMAIRE : Les lanolines et leur prescription. — J. GAUTRELET : Essai sur une théorie de la vie. — (N° 10, 7 mars.) B. AUCHÉ et BRANDEIS : Le sphacèle aseptique des fibromyomes utérins. — LEFOUR et PÉRY : Rétroversion partielle de l'utérus gravide et hypertrophie sous-vaginale du col. — (N° 11, 14 mars.) MONGOUR : Appendicite et entérite muco-membraneuse.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 mars 1909.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : La loi sur les accidents du travail. Une commission pour la détermination d'un tarif général des accidents du travail ; — Traitement du cancer par la fulguration. Etat actuel de la méthode. Conditions d'application.

Journal des praticiens. — (N° 9, 27 fév. 1909.) DEBOVE : Cirrhose atrophique. Apoplexie laryngée. — J.-Ch. ROUX : Les gastropathies hystériques en général. — Oscar DE CARVALHO : Les vomissements et les purgatifs dans le paludisme.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 8, 20 fév. 1909.) SABLÉ et FOULATIER : A propos de deux cas de paraplégie pottique. Quelques réflexions sur le traitement du mal de Pott et ses résultats. — (N° 9, 27 fév.) SABLÉ et FOULATIER : A propos de deux cas de paraplégie pottique. Quelques réflexions sur le traitement du mal de Pott et ses résultats (*fin*). — M. POISSONNIER : Grossesse extra-utérine ; rupture tubaire ; colpotomie. Laparotomie ; perforation intestinale. — (N° 10, 6 mars.) H. LAVRAND : Aiguille avalée et rendue par les voies naturelles.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 7, 18 fév. 1909.) BAYET et RENAUX : Le séro-diagnostic de la syphilis (*fin*). — (N° 8, 25 fév.) L. DEKEYSER : Le pied de la Chinoise. — (N° 9, 4 mars.) F. MASAY : Quelques considérations sur l'élevage des prématurés. — BRANDÈS : Suites de mutilation systématique et intentionnelle de l'œil (pathomimie intentionnelle).

Lyon chirurgical. — (N° 5, 1er mars 1909.) ALBERTIN et DESGOUTTES : De la grossesse tubaire (4 fig.). — L. TIXIER : Six ans de chirurgie gastrique. — E. DEVIC et P. SAVY : La forme vatérienne du cancer duodénal. — A. POLLOSSON : Hystérectomie avec évidement pelvien (opération de Wertheim). Réflexions sur 211 opérations pour cancer utérin (*suite*). — NOGIER : Des erreurs imputées à la radiographie (12 fig.). — P. VIGNARD : Essai de critique orthopédique (échos de Berck).

Lyon médical. — (N° 8, 21 fév. 1909.) G. ROLOT et J. FROMENT : Contribution à l'étude de l'état anatomique de l'estomac dans les crises gastriques. — (N° 9, 28 fév.) H. BOUQUET : Paludisme. Grossesse. Utérus double. — (N° 10, 7 mars.) BRET et MOURIQUAND : Les lésions du système nerveux central dans la maladie de Basedow. Paralysie de l'hypoglosse (hémiatrophie linguale) chez une basedowienne.

Marseille médical. — (N° 4, 15 fév. 1909.) PLUYETTE et COUSIN : Anévrisme cirsoïde de la région frontale. — REYNÈS : La fièvre typhoïde à Marseille. — (N° 5, 1er mars.) PONS : Kyste hydatique de l'humérus. — REYNÈS : La fièvre typhoïde à Marseille.

Medizinische Blætter. — (N° 4, 23 janv. 1909.) KREUZFUCHS : Sur la nature et le traitement de la constipation chronique.

Montpellier médical. — (N° 8, 21 fév. 1909.) H. TRUC : Les cliniques spéciales et le nouveau régime d'études médicales. — DELANOË : Contribution à l'étude expérimentale de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie typhiques. — (N° 9, 28 fév.) DE ROUVILLE : Grossesse extra-utérine récidivée rompue ; fœtus de 13 centimètres dans l'abdomen ; laparotomie ; guérison. — DELANOË : Contribution à l'étude expérimentale de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie typhiques (*suite*). — (N° 10, 7 mars.) DELANOË : Contribution à l'étude expérimentale de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie typhiques (*suite*).

Nord médical. — (N° 346, 1er mars 1909.) GÉRARD et G. LEMOINE : De l'atténuation de la tuberculine par l'extrait éthéré de bile. — VANVERTS : La thoracentèse doit être rejetée comme mode de traitement des pleurésies purulentes. — GŒHLINGER et G. DURAND : A propos d'un cas de croup d'emblée.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 4, 24 janv. 1909.) BALAS : Contribution au traitement de l'ankylose de la hanche et du genou. — BLUMENFELD : La valeur clinique et thérapeutique de la tuberculine.

Province médicale. — (N° 7, 13 fév. 1909.) M. PERRIN : Méningite et ligne blanche surrénale. — G. BÉCUS : Le régime des diabétiques arthritiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Relations rapides entre Paris et l'Italie. — *Par le Simplon* : par le train de luxe « Simplon-Express » V-L, VR); départ de Paris P.-L.-M., lundi, mercredi, samedi, à 8 h. 05 soir, du 4 novembre au 28 février, et tous les jours depuis le 1er mars. — Paris-Milan en 15 h., Londres-Milan en 24 h. 30.

Par le Mont-Cenis : par le train de luxe « Paris-Rome » (V-L; V-R); départ de Paris P.-L.-M., mardi, jeudi, samedi (1er déc.-18 mai, 11 h. 30 m.; départ de Rome, lundi, mercredi, samedi (5 déc.-22 mai), 3 h. soir (H. E. C.).

Nota. — Dans ces trains, le nombre des places est limité.

N° 35. — JEUDI 25 MARS 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 25 MARS 1909. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité au concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 22 mars 1909 : MM. Grenet, Pagniez et Ribierre, 20.

Prochaine séance jeudi 25 mars, à 4 h. 3/4, à la Charité.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Épreuve écrite.* — Séance du 22 mars. — Question donnée : « Sinus frontaux et ethmoïdaux. — Accidents de la dent de sagesse. »

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 23 mars : Question donnée : « De la grossesse gémellaire mono-amniotique — accouchement excepté. »

MM. Lequeux, 15; Jeannin, 20; Schwaab, 17; Cathala, 19; Le Lorier, 17.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 25 mars, à cinq heures, à la clinique Tarnier.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 22 mars : Question donnée : « Anatomie des vésicules séminales (sans histologie, ni physiologie). — Symptômes, évolution et diagnostic différentiel de la tuberculose épididymo-testiculaire. »

MM. Ségard, 15 + 20 = 35; Croissant, 14 + 19 = 33; Baron, 13 + 22 = 35; Saint-Girons, 16 + 21 = 37; Fenard, 10 + 16 = 26; Bollack, 12 + 17 = 29; Caïn, 17 + 23 = 40; Gendron, 13 + 23 = 36; Lechevalier, 16 + 21 = 37.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 25 mars, à neuf heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS S. M. P. — L'assemblée générale du S. M. P. vient de se tenir à la Faculté de médecine. Plus de cent adhérents y assistaient. Après avoir entendu le discours du président, le docteur Descoust, et le rapport moral du docteur de Pradel, secrétaire général, l'Assemblée a voté à l'unanimité les conclusions du docteur Chapon sur la *Déclaration des maladies contagieuses* : « *la déclaration des maladies transmissibles incombera, désormais, au chef de famille ou au logeur.* »

On a procédé, ensuite, à l'élection de six nouveaux membres du conseil d'administration, en remplacement des six membres sortants désignés par le sort.

Ont été élus à une grosse majorité, MM. Chassevant, Henri Barbier, Acheray, Bordet, Cauzard et Le Fur.

PHYSIOTHÉRAPIE. — Cours de vacances. — Le cours de physiothérapie organisé par MM. Albert Weil, Cautru, Degrais, Desfosses, Dominici, Durey, Kruger, Leroy, Pariset et Wetterwald, aura lieu du 15 avril au 8 mai, à l'Ecole des Hautes-Etudes sociales, 16, rue de la Sorbonne, et dans divers hôpitaux ou cliniques.

Ce cours est divisé en deux séries de vingt leçons : la première série comprend l'électro, la radio, la radium, la photo et l'hydrothérapie; la deuxième comprend le massage des diverses régions (membres, viscères, face, etc.), la kinésithérapie gynécologique, la rééducation motrice, la gymnastique, la mécanothérapie et la méthode de Bier.

Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de 50 francs.

On peut s'inscrire pour une série ou pour les deux chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine ou chez le docteur Durey, 16, rue de Logelbach.

Les cours de la série A ont lieu à six heures, ceux de la série B à cinq heures. Les jours où les cours ont lieu dans des hôpitaux ou des instituts leur horaire est avancé ou reculé d'une demi-heure au moins pour que les élèves d'une série puissent néanmoins suivre les cours de l'autre série.

Les élèves régulièrement inscrits à l'une des deux séries d'avril 1909 sont invités à six conférences sur la physiothérapie de la tuberculose faites par MM. Bardet, Gottschalk, Martinet, Rosenthal, Sandoz et Schlemmer.

A la fin du cours les élèves qui se feront inscrire à cet effet seront conduits à Vichy pendant deux jours pour y visiter les installations physiothérapiques modèles de la Compagnie fermière et être initiés à la clinique thermale.

Grâce à la générosité de la Compagnie de Vichy, le prix de cette excursion (tous frais compris, voyage et frais de séjour) n'est que de 30 francs.

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC

Statistique opératoire de 211 interventions pour cancers et ulcères de l'estomac (156 cancers, 55 ulcères ou sténoses pyloriques inflammatoires).

Par MM. A. PONCET, X. DELORE et R. LERICHE (1).

En juillet 1905, nous avons eu l'honneur d'entretenir l'Académie de la chirurgie gastrique, à propos de 12 gastrectomies pratiquées pour des cancers de l'estomac (2).

Notre statistique actuelle, établie de mars 1903 à mars 1909, comprend 211 interventions gastriques, concernant le cancer, l'ulcère de l'estomac ou certaines sténoses inflammatoires du pylore. Elle nous a semblé digne de retenir l'attention de l'Académie.

Nous étudierons successivement les cancers et les affections bénignes de l'estomac.

I. Cancers de l'estomac. — Notre expérience de la chirurgie du cancer de l'estomac repose sur 169 observations dont 156 opérations. Dans ce mémoire, qui sera suivi d'un autre plus documenté, nous nous bornerons à dresser la statistique des résultats.

Tout d'abord, quel est le taux d'opérabilité des cancéreux gastriques soumis à notre examen ? A n'envisager que les sujets observés par nous, cette proportion serait assez forte. Il en est treize, auxquels on a cru devoir refuser le bénéfice de toute intervention, même exploratrice, soit à cause de leur état général, soit en raison des signes non douteux de généralisation avancée, d'ascite en particulier. Avec eux, nous rangerons 19 *laparotomies exploratrices*, ce qui nous fournit un total de 32 cas sur 169 malades observés. Ainsi, 19 p. 100 *des cas observés n'ont pu bénéficier des ressources chirurgicales et étaient inopérables.*

Examinons maintenant les opérations palliatives ou curatives pratiquées sur les 137 malades restants. Ce nombre d'interventions, *qui représente* 81 p. 100 *des cas observés, exprime le taux de l'opérabilité.*

Les opérations pratiquées se divisent en 40 opérations curatives et gastrectomies plus ou moins larges, et 97 opérations palliatives.

La cure radicale a donc été tentée dans 29,5 p. 100 des cas opérables, et dans 24 p. 100 environ de la totalité des cancéreux soumis à notre observation. Les opérations palliatives représentent 70,5 p. 100 des cas opérables et 57 p. 100 de la totalité des cas observés.

Ces dernières interventions sont elles-mêmes de trois ordres : la gastrostomie applicable dans le cancer sous-cardiaque de l'estomac, la jéjunostomie réservée aux néoplasmes diffus ayant envahi toute la moitié inférieure de l'organe, enfin la gastro-entérostomie indiquée dans les néoplasmes du pylore. Or, nous avons pratiqué 85 gastro-entérostomies, 7 gastrostomies et 4 jéjunostomies. Proportionnellement la gastro-entérostomie a été pratiquée dans 62,3 p. 100 des cas opérables, la gastrostomie dans 5 p. 100, et la jéjunostomie dans 3 p. 100 environ.

En somme :

169 malades observés, soit 81 p. 100 opérables (laparotomie exploratrice exceptée);
156 malades opérés;
Dont 19 laparatomies exploratrices;
40 *gastrectomies*, soit 29 p. 100 des opérables;
97 *opérations palliatives*, soit 70,5 p. 100 des opérables;
85 gastro-entérostomies, soit 62,3 p. 100 des cas opérables;
8 gastrostomies, soit 5 p. 100 des cas opérables;
4 jéjunostomies, soit 3 p. 100 des cas opérables.

Nous avons insisté sur ces chiffres pour bien fixer notre taux d'opérabilité et permettre à tous de juger, en connaissance de cause, la mortalité opératoire.

La proportion de 81 p. 100 d'opérabilité est certainement élevée dans une affection comme le cancer de l'estomac, et l'on reconnaîtra, avec nous, que la mortalité opératoire est augmentée sensiblement, lorsqu'on suit de tels principes. Beaucoup d'opérations palliatives ont été entreprises d'urgence, chez des sujets profondément intoxiqués ; tout arrêt dans la circulation du bol alimentaire a été traité chirurgicalement, et des résultats heureux, des soulagements notables, souvent obtenus contre tout espoir, nous ont encouragés à persister dans cette voie.

Examinons maintenant les résultats opératoires, successivement dans les opérations curatives et palliatives.

A. **Opérations curatives**.— Ce sont des gastrectomies aussi larges que possible. Elles sont au nombre de 40, sur lesquelles nous avons 26 guérisons et 14 décès opératoires. La mortalité opératoire est de 35 p. 100 environ, elle résulte de divers facteurs.

Au début de notre pratique, la léthalité ne dépassait pas 33 p. 100, grâce à un choix très sévère des malades, et malgré l'inexpérience du début (*Acad. de méd.*, juillet 1905). Mais, aussitôt après, en 1905 et 1906, nous avons cru à tort pouvoir enlever des tumeurs trop étendues chez des sujets débilités. Aussi, le taux de la mortalité s'est-il élevé rapidement à 42 p. 100 environ (*Th. Leriche*, Lyon 1906).

Nous sommes revenus, depuis cette date, à des indications plus sages. Notre technique de la suture duodénale s'est perfectionnée (*Lyon méd.*, 1908). Enfin, aux cancéreux atteints de sténose pylorique accentuée et profondément intoxiqués, nous avons appliqué la gastrectomie en deux temps : gastro-entérostomie tout d'abord, puis vingt à vingt-cinq jours après, gastrectomie. Pour ces raisons, les résultats se sont sensiblement améliorés, puisque notre mortalité totale est tombée à 35 p. 100. Dans cette troisième et dernière période, qui porte sur 22 gastrectomies, la proportion de décès n'est plus que de 27 à 28 p. 100.

Les *limites de l'opération radicale* sont malaisées à déterminer. D'une façon générale, sans parler des

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 23 mars 1909.

(2) Pylorectomie, avec gastrectomie plus ou moins étendue dans le cancer de l'estomac, par MM. A. Poncet et X. Delore, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 3e série, t. LIV, p. 129.

Voir également : *Des résections de l'estomac pour cancer*, par René Leriche, Th. de Lyon, 1906.

cachectiques ou des cancéreux atteints de généralisation avec ou sans ascite, dont on ne saurait avoir la prétention d'enlever tout le mal, il n'existe guère qu'une contre-indication, c'est l'immobilité de la tumeur. Tantôt, il s'agit d'une tumeur trop volumineuse, mieux vaut s'abstenir. Tantôt il s'agit d'adhérences empêchant toute extériorisation. Parmi celles-ci, il est nécessaire de distinguer les adhérences cancéreuses vraies et les adhérences inflammatoires.

Les adhérences cancéreuses proprement dites s'observent au niveau du hile du foie, et l'on ne doit plus songer alors à une exérèse, ou bien sur le pancréas. Ces dernières sont les plus fréquentes; le cancer de l'estomac, les ganglions rétro-pyloriques, la tête du pancréas sont fusionnées en une masse qui entraîne des résections pancréatiques étendues. Si, avec d'autres chirurgiens, nous avons pu obtenir des succès, après avoir réséqué des portions plus ou moins grandes du parenchyme glandulaire, nous considérons actuellement ces faits comme des exceptions, et nous préférons une opération palliative.

Les adhérences inflammatoires de périgastrite, situées d'ordinaire au niveau du bord antérieur du foie ou sur la paroi abdominale ne sont pas des contre-indications, pourvu qu'elles soient limitées. Il est même curieux de constater les résultats excellents obtenus par des gastrectomies dans des cancers ainsi adhérents. C'est qu'il s'agit, en réalité, de cancers à marche lente, d'ulcus rodens gastriques susceptibles de guérison, peut-être définitive. La même remarque s'applique aux adhérences du mésocôlon transverse. La résection entraîne alors une perte de substance plus ou moins étendue de ce méso, mais le résultat n'est pas compromis si l'on enlève la portion correspondante du côlon menacée de gangrène. Une de nos opérations en fait foi, après les autres connues.

Les *causes des décès* sont les suivantes : quatre fois il y eut une fistule duodénale, une fois une gangrène du côlon transverse. Sur ces cinq morts post-opératoires, quatre ont été observées chez des sujets dont les lésions locales nous paraissent aujourd'hui trop avancées. La tête du pancréas avait été entamée : il en résulte de grandes difficultés d'hémostase; en outre, la suture de la tranche duodénale tient mal au milieu de ce foyer, d'autant mieux que la tranche postérieure est dépourvue de séreuse. *On ne peut pas péritoniser la région.* Enfin le suc pancréatique n'est-il pas déversé dans le péritoine? La cinquième mort fut la conséquence d'une faute de technique.

La même remarque s'applique à deux décès déterminés, l'un, par une fistule gastrique (première opération), l'autre, par la chute brusque d'un clamp mal pincé et une péritonite aiguë (troisième opération). Le huitième décès fut la conséquence d'une occlusion intestinale, provoquée par le passage de la plus grande partie de l'intestin grêle à travers l'orifice mésocolique de la gastro-entérostomie postérieure. Depuis cet accident, nous fixons toujours la paroi postérieure de l'estomac aux lèvres de l'incision mésocolique. En somme, sur ces huit décès, quatre auraient pu être évités par une technique plus rigoureuse; il eût été préférable de s'abstenir chez les quatre autres.

Les morts par choc proprement dit sont rares. On réunit, d'ordinaire, sous ce nom, les décès à pathogénie disparate : hémorragies opératoires, infection péritonéale, dilatation aiguë de l'estomac, chez des sujets âgés ou tarés, vieux obèses en particulier. Cinq opérés se sont trouvés dans ces conditions; un dernier a succombé à une double pleuro-pneumonie. Nous avons l'impression que ces complications opératoires diminuent lorsqu'on a soin de pratiquer la gastrectomie en deux temps, toutes les fois que la sténose pylorique est prononcée ou l'anémie accentuée.

Voici les *résultats éloignés* de la gastrectomie : sur vingt-six opérés guéris, l'un a été perdu de vue, sept sont soignés depuis moins d'un an et n'ont pas encore récidivé; ils ne figureront donc pas dans le tableau des résultats éloignés. Il reste ainsi dix-huit opérés.

a. Dans une première catégorie, le décès par récidive ou généralisation est survenu au cours de la première année après l'opération. Sept opérés sont dans ce cas. Au total, récidive rapide dans 40 p. 100 environ des gastrectomies guéries.

b. Dans une seconde catégorie, nous rangeons les survies prolongées pendant plus d'un an. Sept opérés sont morts ainsi. Ils ont vécu successivement treize mois, seize mois, dix-huit mois, dix-neuf mois, vingt-quatre mois, trente et un mois, soit une survie moyenne de vingt mois. En résumé, survie ainsi prolongée dans 34 p. 100 des cas.

On aurait tort de considérer ces récidives fréquentes et souvent rapides comme une faillite du traitement chirurgical. La gastrectomie devient, en pareil cas, la meilleure des interventions palliatives. Elle a sur les autres opérations un gros avantage : elle soulage mieux, et procure un retour parfait à l'état normal, quelle que soit la durée de la survie; en un mot, la qualité de la guérison est vraiment supérieure.

c. Dans la dernière catégorie, nous plaçons les opérés qui sont encore guéris depuis plus d'un an. Nous en trouvons cinq, et l'opération remonte successivement à seize mois, vingt mois, vingt-sept mois, trois ans et six mois, cinq ans et dix mois. Ces deux dernières guérisons sont encourageantes.

La majorité des récidives se fait sur la tranche gastrique.

Les interventions larges peuvent donc améliorer, dans une certaine mesure, le pronostic éloigné : c'est parce qu'elle permet d'enlever plus largement, que nous avons adopté exclusivement, depuis quatre ans, la gastrectomie par le procédé Billroth II.

B. **Opérations palliatives.** — 1° *Gastro-entérostomies.* — Le procédé le plus souvent employé est la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique de von Hacker. Dans 21 cas, où elle n'était pas praticable, nous avons été contraints de nous contenter de la gastro-entérostomie antérieure que nous considérons comme une méthode de nécessité. Le bou-

ton anastomotique, d'application plus rapide et souvent plus aisée que la suture, nous a permis de reculer, jusqu'à des limites extrêmes, les indications de la gastro-entérostomie, même sur des estomacs immobilisés.

Sur 85 gastro-entérostomies, nous comptons 28 morts et 57 guérisons, soit 33 p. 100 de mortalité, proportion bien élevée au premier abord. Pourrait-on l'abaisser ? Il ne nous semble pas que le chirurgien puisse obtenir ce résultat. Si, à propos de la gastrectomie, nous avons vu que le pourcentage était susceptible de modification, il ne saurait en être de même à propos des opérations palliatives. Il serait abusif, à notre avis, de refuser l'opération à bien des sténosés pyloriques destinés à mourir à bref délai. La gastro-entérostomie est comparable à la kélotomie que l'on ne diffère plus de nos jours, sauf dans le collapsus final. Intervention d'urgence, son taux de mortalité résulte des conditions déplorables dans lesquelles beaucoup de malades arrivent entre les mains du chirurgien. L'éducation progressive du public sera seule capable de changer cette situation. La mortalité de la gastro-entérostomie est à peu près nulle, en effet, lorsque l'opération est entreprise à froid; sur quarante gastro-entérostomies pour ulcère, nous ne comptons que deux décès, soit 5 p. 100 environ de morts.

La gastro-entérostomie soulage. Ce résultat est suffisant, et la durée de la survie importe peu. Douze de nos opérés ont survécu plus d'un an.

2° *Gastrostomies.* — Huit opérations, deux morts. C'est une intervention de nécessité, dont les dangers sont très réduits ; un de nos opérés a survécu sept mois.

3° *Jéjunostomies.* — Quatre cas, quatre guérisons. Bien exécutée, elle n'offre pas plus de dangers que la gastrostomie, et constitue une ressource précieuse à tous ceux qui ne sont plus capables d'absorber. Là, comme pour les autres interventions palliatives, la longueur de la survie importe peu ; il faut, avant tout, soulager. Une de nos jéjunostomisées vit encore plus de trois mois après l'opération.

En résumé, la gastrectomie est une excellente opération qui donne quelquefois des guérisons prolongées avec retour parfait à la santé ; la gastro-entérostomie procure souvent des améliorations très remarquables, sans aucune infirmité post-opératoire; les gastrostomies et les jéjunostomies soulagent et évitent les tortures de la faim.

La mortalité de ces interventions reste encore élevée, mais elle tient moins à l'acte opératoire lui-même qu'aux conditions déplorables dans lesquelles la plupart des malades arrivent au chirurgien. Elle a déjà diminué dans de notables proportions, grâce à l'expérience acquise et à une meilleure technique. Elle s'atténuera encore avec des diagnostics précoces permettant des interventions moins graves.

II. Affections inflammatoires de l'estomac. — Elles sont de nature diverse et de classification difficile. Il s'agissait habituellement d'ulcères, plus rarement de sténoses pyloriques inflammatoires, dont quelques-unes avaient une origine tuberculeuse.

Cette statistique comprend 55 interventions :

42 gastro-entérostomies pour ulcères ou sténoses inflammatoires du pylore, avec 40 guérisons et 2 morts, soit 5 p. 100 de mortalité ;
3 gastro-entérostomies pour sténose pylorique d'origine biliaire : 1 guérison, 2 morts ;
2 gastrectomies partielles : 1 guérison, 1 mort ;
1 jéjunostomie : 1 guérison ;
7 perforations d'ulcères : 7 morts.

1° *Gastro-entérostomies pour ulcères de l'estomac ou sténoses inflammatoires du pylore.* — La mortalité est de 5 p. 100 environ. Ce chiffre montre, une fois de plus, quelle est la bénignité de la gastro-entérostomie pratiquée chez des sujets plus résistants que les cancéreux.

Aux opérés atteints de sténose pylorique très prononcée, nous avons souvent appliqué le bouton anastomotique. L'intervention dure à peine quelques minutes et tout choc opératoire est supprimé. Malheureusement, l'orifice d'anastomose est petit et a une tendance à l'oblitération spontanée même assez rapide. Chez trois gastro-entérostomisés, nous avons ainsi assisté à la reproduction de la sténose ou à de nouvelles hémorragies. Aussi réservons-nous actuellement le bouton aux sténosés très cachectiques et intoxiqués. Au moindre signe de récidive de la sténose, nous pratiquons une très large gastro-entérostomie à la suture.

C'est la conduite que nous avons suivie chez les trois opérés dont nous avons parlé, et qui sont aujourd'hui bien portants. Nous avons eu la satisfaction de constater, au cours de la seconde intervention, quelle était l'heureuse influence de la gastro-entérostomie sur l'évolution de l'ulcère. Chez l'un d'eux, en particulier, réopéré trois mois après, l'ulcère avait disparu ; il ne restait plus que des adhérences de périgastrite en voie de résolution.

L'ulcère de l'estomac guérit souvent par une simple gastro-entérostomie, à condition qu'elle soit large. Aussi, la résection de l'ulcère ne nous paraît-elle indiquée que dans les ulcères calleux, compliqués ou non de biloculation gastrique. Cette variété ne serait, du reste, pour beaucoup d'auteurs, qu'un cancer à marche lente.

2° *Gastrectomies pour ulcère.* — Deux opérations, une mort.

Une malade avait subi, quelques mois auparavant, une gastro-entérostomie, et il s'était produit un ulcère peptique au niveau de l'anastomose. L'anastomose fut réséquée, l'estomac et l'intestin furent fermés, puis une nouvelle gastro-entérostomie fut établie, avec succès.

Le second malade, atteint d'un ulcère calleux de la petite courbure, compliqué d'hématémèses très graves, subit une gastrectomie. Profondément anémié, il succomba rapidement. Aujourd'hui, nous ne pratiquerions plus une opération sur l'estomac, mais une jéjunostomie, qui assure, mieux que tout autre moyen, le repos nécessaire de l'estomac.

La gastrectomie partielle constitue le procédé de choix dans la thérapeutique des ulcères de l'estomac compliqués de biloculation. Nous avons ainsi gas-

trectomisé trois malades ; dans tous ces cas, l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'ulcères cancéreux. Nous les avons donc rangés avec les cancers.

3° *Jéjunostomie.* — Une seule observation suivie de guérison de l'ulcère.

Cette opération est, cependant, indiquée, lorsque l'ulcère se complique d'hémorragies graves, ou lorsque la périgastrite est telle que la gastro-entérostomie est irréalisable. Cette dernière indication est rare, mais la première se posera plus fréquemment le jour où les médecins seront convaincus que tout ulcère rebelle a de grandes chances de guérir par l'opération.

4° *Ulcères perforés.* — Sept malades ont été opérés en pleine péritonite, ils ont tous succombé assez rapidement. Tous ces ulcères étaient latents au moment de leur perforation et le diagnostic avait été fait tardivement, sauf chez un malade opéré au bout de dix heures.

5° *Sténoses pyloriques d'origine biliaire.* — Trois gastro-entérostomies, deux morts. Ces deux décès furent observés chez des sujets opérés dans des conditions déplorables.

Il faut, en présence d'une sténose pylorique d'origine biliaire, s'attaquer ordinairement à la lésion des conduits biliaires. Nous avons souvent observé, après des cholécystostomies ou des cholécystectomies, la disparition de vomissements dus à la coudure ou à la compression du duodénum. La gastro-entérostomie est indiquée comme intervention d'urgence, en présence d'un état grave ne permettant plus l'opération biliaire. Elle est alors pratiquée d'emblée, et ce n'est que quelques jours plus tard, lorsque l'opéré a recouvré quelques forces, qu'on pratiquera l'intervention sur les voies biliaires.

Le procédé de gastro-entérostomie que nous employons est la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique de von Hacker, que nous considérons comme la méthode de choix. Trois fois seulement, en face d'adhérences intimes de la face postérieure de l'estomac, nous avons dû recourir à la gastro-entérostomie antérieure précolique de Wölfler.

Les résultats, tant immédiats qu'éloignés, sont excellents. Les opérés doivent suivre un régime, ils conservent parfois quelques douleurs, déterminées probablement par des adhérences péritonéales, mais ils ne vomissent plus, engraissent, reprennent leurs forces et leurs occupations. En un mot, ils sont transformés par la gastro-entérostomie. Tous ceux que nous avons pu suivre, au nombre de 26, se déclarent enchantés du résultat.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 MARS 1909)

Les centres manostastiques et le traitement physiologique de l'artério-sclérose. — M. P. Bonnier.

Contribution à l'étude des hypo-anesthésiques. — MM. A. Brissemoret et J. Chevallier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 MARS 1909)

Chirurgie de l'estomac. — M. Poncet fait une communication sur ce sujet (voir plus haut, p. 419).

Epithélioma kystique de la sphère génitale dans une même famille. — M. Kirmisson rapporte l'observation d'une petite fille de sept ans qu'il a dû opérer d'une tumeur de l'ovaire composée de deux parties, l'une liquide constituée par un kyste hématique, l'autre solide formée par l'ovaire lui-même kystique et végétant. Il s'agissait d'un épithélioma kystique et végétant de l'ovaire droit.

En décembre 1895, M. Kirmisson a opéré le frère de cette petite fille d'une hydrocèle compliquée d'une tumeur épithéliale du testicule dont la constitution histologique, examinée par M. Malassez, était absolument semblable à celle du kyste ovarique de la petite fille. Ce petit garçon a bien guéri et est resté guéri depuis. Enfin la mère de ces deux enfants porte sur la partie antérieure du vagin un petit kyste de même nature. Voilà donc une mère et ses deux enfants atteints de tumeur de la sphère génitale de nature histologique identique.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire, en remplacement de M. Terrier.

La liste de présentation portait : en première ligne M. Segond, en deuxième ligne M. Schwartz, en troisième ligne M. Nélaton, en quatrième ligne M. Jalaguier, en cinquième ligne *ex æquo*, MM. Bazy et Routier ; adjoint par l'Académie, M. Picqué.

Au premier tour de scrutin, M. Segond est élu par 63 suffrages sur 75 votants.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FAUT-IL DIVISER LES CONCOURS D'AGRÉGATION EN DEUX SÉRIES INDÉPENDANTES D'ÉPREUVES OU REVENIR A L'ANCIEN CONCOURS?

On sait qu'au début d'avril doit se tenir à Paris la première assemblée de l'Association des membres du corps enseignant des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie de l'Etat. Parmi les questions qui doivent être traitées l'une des plus importantes est celle des concours d'agrégation qui ne laisse indifférent aucun praticien.

Deux rapporteurs ont été chargés d'examiner cette question. Tandis que l'un d'eux, M. le professeur Charmeil (de Lille), doit développer les arguments en faveur du retour à l'ancien concours, l'autre, M. le professeur Grasset (de Montpellier) a accepté de montrer les avantages du système de la division.

Après avoir examiné avec une grande impartialité les arguments pour et contre la division, l'éminent professeur de Montpellier termine par les conclusions suivantes qu'il proposera à l'assemblée d'adopter sous forme de vœu :

« Premier vœu. — Considérant que la mission du professeur de médecine est double, qu'il doit, d'un côté, enseigner l'art médical et former les médecins praticiens, de l'autre, enseigner la science médicale et contribuer, pour sa part, au développement et aux progrès de cette science ; qu'il doit, par suite, montrer à la fois des qualités pédagogiques ou d'enseignement et des qualités scientifiques ou de recherche ;

Considérant, d'autre part, que l'enseignement, même des spécialités les plus étroites, doit toujours être, dans une Faculté de médecine, orienté vers la médecine, basé sur la médecine et dominé par le point de vue médical ; que, par suite, le futur agrégé doit justifier de larges et très sérieuses con-

naissances médicales générales, quelle que soit la spécialité qu'il enseignera plus tard;

Considérant, enfin, qu'il faut débarrasser le plus tôt possible le candidat à l'agrégation des épreuves de justification des connaissances acquises sur les travaux des autres, afin de lui laisser le plus tôt possible la faculté de faire, dans les laboratoires et les cliniques, des recherches et des travaux personnels qui lui ouvriront définitivement les portes de l'agrégation;

L'Association émet le vœu que :

Conformément à l'arrêté du 28 juillet 1908, « *les épreuves des concours qui déterminent la nomination des agrégés des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, soient réparties en deux séries indépendantes, épreuves d'admissibilité et épreuves d'admission* », *avec un jury distinct pour chaque série d'épreuves; les épreuves d'admissibilité comportant trois sections et portant sur les connaissances générales et acquises, les épreuves d'admission portant sur les travaux personnels et spécialisées* (la question du nombre des sections étant réservée).

Deuxième vœu. — Afin de bien montrer que le concours d'agrégation ainsi compris et organisé ne vise nullement à la restauration, plus ou moins déguisée, du certificat d'études médicales supérieures, et que l'admissibilité ne constituera pas un grade et sera exclusivement le premier degré de la nomination de l'agrégé,

L'Association émet le vœu que :

1° *Le bénéfice de l'admissibilité soit temporaire et que la durée en soit limitée aux trois concours suivants de la même section;*

2° *Soient rapportées les dispositions des décrets et arrêté du 20 février 1907, en vertu desquelles les admissibles à l'agrégation peuvent être nommés, sans concours, à certaines positions dans les Facultés et Ecoles de médecine.*

Troisième vœu. — Les circonstances ayant rendu extrêmement difficiles, sinon impossibles, la mise en vigueur et l'application immédiates de l'arrêté du 28 juillet 1908,

L'Association émet le vœu que : *comme mesure transitoire,*

1° *Les concours d'agrégation qui doivent commencer de décembre 1909 à mars 1910 se fassent à la date habituelle, mais suivant les anciens règlements, comme les concours de 1906-1907, réserve faite des droits conférés aux admissibles des derniers concours par l'article 12 de l'arrêté du 20 février 1907;*

2° *Le premier concours indépendant d'admissibilité n'ait lieu qu'en 1910.* »

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU TÉTANOS

M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur, nous communique la lettre suivante qu'il a reçue à propos du tétanos (1) :

« Sens, 3 mars 1909.

Monsieur le directeur et cher maître,

A propos de certains cas de tétanos (?) qui se seraient produits récemment malgré une injection préventive de sérum antitétanique, ou même à cause de cette injection, je prends la liberté de vous faire connaître les faits suivants :

Le 29 juillet 1908, au soir, je fais une chute de bicyclette et me laboure assez profondément la face antérieure du genou droit.

La plaie étant incrustée de terre et de graviers, et très difficile à nettoyer complètement, je pratique sur moi-même une injection de 10 centimètres cubes de votre sérum antitétanique.

Dans la nuit du 5 au 6 août suivant, je suis troublé dans mon sommeil par une démangeaison légère, mais généralisée et, le matin du 6 août, je me réveille avec une *raideur de la nuque* très accentuée et un TRISMUS tel que je ne pouvais guère écarter mes incisives inférieures de mes incisives supérieures de plus d'un demi-centimètre. Température axillaire : 37°8. Je vous avouerai que, en constatant sur moi-même, quelques jours après une blessure, deux signes aussi nets, et qui font partie de la symptomatologie du tétanos, j'eus un peu froid dans le dos. Pourtant, je me ressaisis, et examinai froidement la question : j'avais confiance au sérum, des plaques ortiées, accidents sériques bien connus, expliquaient la démangeaison, j'eus l'intuition que la raideur de la nuque et le trismus devaient s'apparenter à ces accidents. En effet, dans les heures qui suivirent, progressivement, une à une, toutes mes jointures se prirent, sans gonflement, et je souffris ATROCEMENT pendant plus de quarante-huit heures, d'une affection bien connue, le rhumatisme sérique. Puis, la raideur de la nuque disparut, ensuite le trismus, enfin, les autres jointures cessèrent d'être douloureuses, dans l'ordre où elles avaient commencé de l'être. Il s'agissait évidemment d'une même cause morbide qui avait influencé d'abord mes articulations temporo-maxillaires et mes articulations vertébrales ainsi que les muscles environnants, puis mes autres jointures.

La morale de cette auto-observation c'est que, l'injection de sérum antitétanique, en laquelle j'ai, d'ailleurs, toute confiance, peut produire, entre autres accidents, une *raideur de la nuque et un trismus très nets,* faisant partie de la symptomatologie du rhumatisme sérique; et que, comme ces deux symptômes pourraient à la rigueur *rester isolés, et qu'ils sont également des signes du tétanos,* il y aurait avantage à ce que les praticiens fussent informés de leur existence.

Ces deux signes sont sans doute mentionnés dans les ouvrages spéciaux, mais on ne les enseigne pas dans les traités ordinaires.

A titre de document, je vous dirai que deux ans auparavant je m'étais injecté la même dose de sérum sans le moindre inconvénient. Etant donnée la distance, il ne peut guère s'agir d'anaphylaxie.

Veuillez m'excuser, cher maître, et agréer l'expression de mes sentiments respectueux,

L. DODET ».

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 144, p. 1719; 1909, n°s 2, p. 15; 7, p. 75; 19, p. 227, et 25, p. 299.

FORMULAIRE

MÉLANGE ANESTHÉSIQUE DE REYNÈS

Dans les cas où l'anesthésie générale peut susciter des inquiétudes ou peut être dangereuse par suite de lésions cardiaques, rénales ou broncho-pulmonaires, quand elle doit être particulièrement longue, ou doit être faite chez des sujets âgés ou débilités, M. Reynès (de Marseille) conseille le mélange anesthésique suivant, dans lequel les inconvénients respectifs de l'éther et du chloroforme sont atténués, où, en outre, l'alcool joue le rôle d'un stimulant du cœur et du système nerveux et prévient la syncope :

Chloroforme		2 parties.
Alcool absolu	} *áâ*	1 —
Ether		

(*Revue int. de méd. et de chir.*)

LIVRES NOUVEAUX

Traité de l'artério-sclérose (1), par O. JOSUÉ.

L'artério-sclérose est une des maladies sur lesquelles on a le plus écrit; c'est sans doute pour cette raison qu'elle est aussi mal connue. Les discussions dont elle a été l'objet, au congrès de Genève, n'ont abouti qu'à faire remettre en question les seuls résultats que l'on croyait définitivement acquis. Et la plupart des monographies qui lui ont été consacrées ne projettent, sur son étude, que d'obscures clartés.

Aussi faut-il louer sans réserves M. Josué de nous montrer aujourd'hui une artério-sclérose singulièrement plus vivante que celle que les classiques nous avaient appris à connaître. Son ouvrage se compose de deux parties : l'une, véritable œuvre originale, est de beaucoup la plus intéressante; la seconde n'est qu'une revue générale, d'ailleurs fort complète.

Voyons la première. Ceux qui, tout récemment encore, étaient obligés d'étudier les lésions et la pathogénie de l'artério-sclérose, ne tardaient pas à se perdre dans un dédale de faits contradictoires, de théories inconciliables, de raisonnements obscurs. L'artério-sclérose était-elle une dégénérescence ou une affection inflammatoire? Devait-elle être identifiée à l'athérome? Etait-elle la cause ou la conséquence de l'hypertension? Autant de questions auxquelles il était difficile de répondre autrement que par de nouvelles questions. Avec la théorie si personnelle de M. Josué, tout s'éclaire, tout s'anime. Utilisant les nouvelles techniques histologiques (orcéine, fuchséline de Weigert, hématoxyline au fer de van Gieson, modifiée par Weigert, réactif de Fischer), l'auteur met en évidence les lésions fondamentales de l'athérome : celles-ci portent sur la lésion élastique interne, qui se déplisse et surtout se dédouble en un certain nombre de lamelles qui, par places, s'amincissent, deviennent moniliformes, ou même s'infiltrent de sels calcaires. Entre ces lamelles, se voit un réseau fin, constitué par des fibres élastiques dégénérées, et occupé par des cellules musculaires lisses profondément lésées et par une substance amorphe. Ces diverses altérations peuvent se retrouver plus ou moins loin du foyer athéromateux : elles sont *essentiellement d'ordre dégénératif*. En elles, pas trace de phénomènes inflammatoires. Les lésions d'ordre infectieux : nodules leucocytaires, foyers situés autour des vasa-vasorum peuvent sans doute les accompagner : elles n'en représentent pas moins une lésion secondaire, contingente, et, à vrai dire, négligeable.

Deuxième point. Si l'on étudie de la même façon les petites artères, on ne tarde pas à constater que leurs altérations histologiques sont très analogues. Elles portent essentiellement sur le système élastique et sont, elles aussi, de nature dégénérative. Athérome et artério-sclérose ne diffèrent donc pas essentiellement, l'athérome n'étant que l'artério-sclérose des grosses artères.

Quels sont maintenant leurs rapports avec les lésions d'organe? Ils deviennent aisés à comprendre si l'on prend soin de distinguer, comme l'a fait M. Josué, deux sortes de scléroses : additionnelles, ou *épyphoscléroses*, causées par l'évolution spéciale d'éléments anatomiques surajoutés, et les scléroses de remplacement, ou *antiphoscléroses*, où le tissu pathologique prend la place de certaines portions détruites de l'organe. Celle-ci est particulièrement nette dans le rein, celle-là est le reliquat d'inflammations aiguës ou subaiguës, ou le résultat d'inflammations chroniques et répétées.

Passons maintenant à la pathogénie. Les expériences de M. Josué ont établi, d'une façon définitive, l'existence d'un athérome d'origine surrénale. Autrement dit, les injections intraveineuses d'adrénaline peuvent, dans certaines conditions, déterminer, chez l'animal expérimenté, la production de lésions athéromateuses identiques à l'athérome humain. Or, ces injections déterminent aussi de l'hypertension artérielle. Celle-ci *n'est pas*, quoi qu'on en ait dit, *la cause de l'athérome*, puisque les injections d'adrénaline donnent de l'athérome alors même qu'on leur associe de la choline, substance qui en neutralise les effets hypertenseurs.

Quelle place doit donc occuper l'artério-sclérose dans les cadres nosographiques? La réponse est aisée à fournir. L'artério-sclérose constitue, pour les parois artérielles, une *réaction de défense*. Elle permet à celles-ci, grâce à l'hypertrophie de ses éléments musculaires et élastiques, de résister à l'hypertension continue et aux modifications brusques de la pression artérielle, de réparer les lésions qui se produisent dans leur intérieur même. Mais ces réparations ne sont pas bien solides. La meilleure ne vaut pas grand'chose. L'hyperplasie élastique et musculaire n'est pas de ces provisoires qui durent. Elle se constitue dans des conditions défavorables à son développement. Rien d'étonnant, dès lors, qu'elle aboutisse à la dégénérescence. L'artério-sclérose n'est donc, somme toute, que l'aboutissant d'une réaction utile, mais insuffisante et incomplète.

Nous passerons beaucoup plus vite sur le reste de l'ouvrage. Non que la lecture n'en soit pas agréable et instructive, mais elle n'est plus originale. Signalons seulement les passages relatifs à la pression artérielle, aux petits signes de l'artério-sclérose, aux accidents abdominaux. En thérapeutique, il faut se montrer sceptique. Des préparations iodées, celle qui paraît réussir le mieux est l'iodipine, qui agit d'ailleurs non par l'iode, comme on pourrait croire, mais par le véhicule récepteur, l'huile de sésame. Quant aux iodures, l'auteur « n'a jamais constaté d'une façon nette leur action hypotensive ».

Tel est, dans ses grandes lignes, le travail de M. Josué. On pourrait, sans doute, au milieu des éloges, glisser quelques critiques. Point de roses sans épines. Pourquoi fait-il tiédir l'eau de Vichy (Célestins), puisque celle-ci, au griffon, n'a que 13 degrés? Relevons aussi, de ci de là, quelques longueurs, par exemple, dans le chapitre où se trouve discutée la théorie de M. Brault sur les rapports des artérites chroniques avec les lésions d'organes. Ce sont là des critiques peu graves. M. Josué pourra, si elles lui paraissent fondées, en tenir compte dans la seconde édition de son livre, laquelle pourrait bien ne pas tarder.

L. DABONNEIX.

(1) In-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de pathologie chirurgicale, par MM. BÉGOUIN, BOURGEOIS, Pierre DUVAL, GOSSET, JEANBRAU, LECÈNE, LENORMANT, R. PROUST, TIXIER. 4 vol. in-8°, avec nombreuses fig. dans le texte, cart. toile souple. — Prix : 40 francs. Chaque volume est vendu séparément 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Chirurgie de la prostate, par le docteur Victor PAUCHET (d'Amiens), ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'Ecole de médecine, chirurgien des hôpitaux. Gr. in-8° raisin de 160 pages, avec 75 fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 30 janv. 1909.) Ch. FIRKET : Notes statistiques sur le rôle de *Glossina palpalis* et de *Glossina morsitans* dans la propagation de la maladie du sommeil, d'après les observations du docteur Pearson. — BRUYLANTS : Le ferro-silicium en toxicologie. — G. LORIN et STOCKIS : Le diagnostic médico-légal de l'asphyxie par submersion.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 2, fév. 1909.) DE BEURMANN et GOUGEROT : Comparaison des sporotrichoses et des infections cocciennes. Sporotrichoses aiguës et subaiguës disséminées. Sporotrichomes à évolution phlegmasique. — LENGLET et SOURDEAU : Une statistique et quelques réflexions à propos du traitement radiothérapique du cancer épithélial, en particulier du cancer épithélial superficiel. — W. DUBREUILH et G. PETGES : De l'épithélioma consécutif au lupus érythémateux. — G. THIBIERGE : Eruption érythémato-ortiée à petites vésicules provoquée par le contact du lierre. — A. SUIS : Un cas de contagion du microsporum lanosum du chien à l'enfant. — Pierre GASTINEL : Trois cas de chancre simple de la verge avec lymphangite abcédée et chancrellisation secondaire des téguments. — G. LEVADITI : Les nouveaux moyens de diagnostic microbiologique et sérologique de la syphilis.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mars 1909.) H. DUBIEF : Sur une épidémie de fièvre typhoïde ayant le lait pour origine. — M. PERREAU : L'anesthésie générale et la responsabilité médico-chirurgicale, à propos d'un livre récent. — L. FUNCK-BRENTANO : Respiration pulmonaire intra-utérine. Surnatation. Radiographie. — G. BROUARDEL : De l'état antérieur des blessés, accidentés du travail. — Ch. LESIEUR et L. BAUR : Données épidémiologiques actuelles sur la contagiosité de la scarlatine. — R. BENON et P. FROISSART : Vagabondage et simulation.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 2, fév. 1909.) JOUTY et MOLLE : Existe-t-il une relation entre le siège des lésions pharyngées et celui des lésions pulmonaires dans la tuberculisation de ces deux organes ? Essai de systématisation des lésions tuberculeuses de l'appareil respiratoire. — Jules BRŒCHÆRT : Les kystes mucoïdes de l'espace thyro-hyoïdien. — CITELLI : Quelques cas intéressants de néoplasmes de l'oreille externe. — BLANC : Deux cas de paralysie du moteur oculaire externe au cours d'une otite moyenne. — CITELLI : Un cas d'abcès de la pointe de la mastoïde avec un abcès profond du cou dû à une périsinusite. — M. JACOD : Le traitement conservateur dans les otites moyennes suppurées chroniques.

Annales médico-psychologiques. — (N° 1, janv.-fév. 1909.) Lucien LAGRIFFE : Guy de Maupassant. Etude de psychologie pathologique (*suite*). — WAHL : Les traitements modernes des épileptiques. — P. HOSPITAL : De l'interversion des habillements sexuels. — BRAVO Y MORENO : Auto-accusation d'attentats terroristes chez un débile intellectuel. Note sur une expertise de médecine légale psychiatrique. — LEVET : L'assistance des aliénés algériens dans un asile métropolitain.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 257, 10 mars 1909.) A. BÉCLÈRE : Le traitement médical des tumeurs hypophysaires, du gigantisme et de l'acromégalie par la radiothérapie. — M. DONNAT : Sur le traitement par l'ion argent de la blennorragie chronique chez l'homme. — C. BENOIT : Un cas de guérison d'incontinence essentielle d'urine chez une jeune fille par les courants faradiques rythmés. — H. BORDIER : Excitateurs pour étincelles de haute fréquence (fulguration).

Archives de médecine des enfants. — (N° 3, mars 1909.) J. COMBY : Rôle de la contagion humaine dans la tuberculose infantile. — MOUSSU : De l'influence de l'état de santé des laitières sur la valeur du lait alimentaire. — BRUDZINSKI : Sur le signe du triangle de Grocco-Rauchfuss-Hamburger dans la pleurésie séro-fibrineuse chez les enfants. — CRUCHET et LEURET : Nouveau cas d'exulcération sublinguale (maladie de Riga) avec autopsie. — PLANCHU et GARDÈRE : Un cas de cyanose congénitale avec malformations cardiaques multiples chez un nourrisson mort par endocardite infectieuse. — J. COMBY : Erythrodermie desquamative des nourrissons.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 8, 20 fév. 1909.) P. RICHON : Contribution à l'étude des otites à exsudats fibrineux à staphylocoques. — (N° 9, 27 fév.) WENDLING : Contribution à l'étude des empyèmes du sinus maxillaire d'origine dentaire chez les enfants. — DE CHAMPEAUX : Etude sur l'éternuement. — (N° 10, 6 mars.) MIGNON : Influence climatérique de la Riviera sur les voies respiratoires supérieures.

Revue de la tuberculose. — (N° 1, fév. 1909.) DOMINICI : Introduction à l'étude de l'anatomie pathologique de la tuberculose. — F. LEGUEU : La tuberculose du cordon spermatique. — Ch. LENORMANT et LEW : Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

Revue médicale de l'Est. — (N° 4, 15 fév. 1909.) Louis SENCERT : Tumeur inflammatoire du cæcum. Iléosigmoïdostomie. Guérison avec disparition de la tumeur. — (N° 5, 1er mars.) TISSERANT : Une observation de morve chronique.

Semaine gynécologique. — (N° 8, 23 fév. 1909.) PICHEVIN : De la nécessité d'un diagnostic précis dans le traitement des maladies utérines et annexielles.

Semaine médicale. — (N° 7, 17 fév. 1909.) KLIPPEL et J. LHERMITTE : Les crises nasales du tabes. — G. RUGGI : Le traitement des sténoses du larynx par la laryngostomie avec dilatation. — (N° 8, 24 fév.) R. DE BOVIS : Les hémorragies post partum du placenta prævia et leur hémostase. — SCHLUB : La machine à découvrir le mensonge. — (N° 9, 3 mars.) Numéro consacré à la littérature médicale. — (N° 10, 10 mars.) CHEINISSE : L'entérite phlegmoneuse.

Tribune médicale. — (N° 8, 20 fév. 1909.) G. BOUDET : Sarcoïde sous-cutanée, traitée par la radiothérapie. — (N° 9, 27 fév.) BINET : Crises gastriques prémenstruelles et lithiase biliaire. — (N° 10, 6 mars.) A. HUGUIER : A propos d'un cas de luxation congénitale du nerf cubital.

NOTES POUR L'INTERNAT

ZONA

Le zona est un syndrome douloureux et éruptif caractérisé par une névralgie et une poussée d'herpès sur le trajet d'un nerf. Il est plus difficile d'en donner une définition anatomo-pathologique et pathogénique; on peut cependant presque affirmer qu'il s'agit d'une poliomyélite postérieure aiguë, de nature vraisemblablement infectieuse.

ÉTIOLOGIE. — Le zona survient à tous les âges, mais il est surtout fréquent chez les sujets de quinze à trente ans.

On l'observe plutôt pendant le printemps (Besnier); on a même signalé de petites épidémies (Kaposi) et il semble qu'il soit parfois contagieux.

Assez souvent, il apparaît au cours de maladies diverses, dans la convalescence des *maladies infectieuses* (fièvre typhoïde, rougeole, *pneumonie*), chez un syphilitique ou un tuberculeux; le zona pourrait même précéder l'éclosion de la *tuberculose*; on signale également la fréquence du zona dans le *diabète*, le rhumatisme, l'urémie, dans certaines *intoxications*, par exemple dans les intoxications oxycarbonées et arsenicales.

A côté du zona, herpès zoster des Allemands ou fièvre zoster de Landouzy, il existe tout un groupe d'*éruptions zostéroïdes* ou zostériformes; celles-ci sont symptomatiques de névrites, de lésions radiculaires, d'affections des centres nerveux comme le tabes et la paralysie générale. Cette distinction est classique, mais on peut se demander avec Brissaud si elle doit être maintenue dans toute sa rigueur, à la suite des recherches récentes sur la pathogénie du zona.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — Les lésions de la *peau* sont assez spéciales; elles ne ressemblent pas aux autres processus vésiculeux. Les cellules de la couche épineuse de l'épiderme deviennent troubles, perdent leur adhérence entre elles; quelques-unes sont énormes, rondes et creuses comme des ballons et elles renferment de vingt à trente noyaux produits par karyokinèse; c'est la dégénérescence ballonnisante d'Unna. Le liquide contenu dans les vésicules est extra-cellulaire; il renferme des cellules migratrices qui pénètrent jusque dans les cellules ballonnisées. Le derme ne présente, d'après Unna, que des lésions peu considérables.

Pour ce qui est du *système nerveux*, les travaux récents ont montré l'importance primordiale des lésions ganglionnaires. Bærensprung, Charcot, Kaposi les avaient déjà signalées; puis on s'occupa surtout ensuite des altérations des nerfs périphériques et de la moelle. Aujourd'hui les lésions des *ganglions spinaux* sont de nouveau au premier plan; les cellules sont modifiées dans leur structure à tous les degrés jusqu'à destruction complète; dans le tissu interstitiel, on voit des hémorragies et des infiltrations de cellules rondes; ces altérations régressent ou laissent parfois un peu de sclérose. Dans les fibres nerveuses d'origine ganglionnaire, c'est-à-dire dans les nerfs périphériques et les racines postérieures, on trouve des lésions dégénératives secondaires; l'aspect est celui de la dégénérescence consécutive à la section des nerfs; ces dégénérations se réparent ensuite. Dans la moelle, on constate des corps granuleux et des boules de myéline sur le trajet intra-spinal des racines postérieures. En résumé, la lésion du zona est une *poliomyélite postérieure aiguë* (Lamy). Les *méninges* peuvent être secondairement atteintes par le processus inflammatoire, le liquide céphalo-rachidien renferme alors des lymphocytes et cette méningite se traduit par des symptômes cliniques constituant la méningite zonateuse que Chauffard a décrite récemment.

On a recherché la présence de germes pathogènes dans les ganglions; les résultats ont été négatifs. Mais Achard et Laubry ont parfois trouvé dans le liquide céphalo-rachidien divers germes, en particulier le staphylocoque et le streptocoque. La *bactériologie* du zona est donc encore à l'étude; et cependant la *théorie infectieuse* est aujourd'hui la plus admise; c'est la théorie de Landouzy qui considère le zona comme une fièvre zoster. L'étiologie, les constatations anotomo-pathologiques, la fièvre au début de l'affection sont des arguments assez séduisants. Mais on ne sait encore s'il s'agit d'une infection spécifique.

Tout en admettant l'origine ganglionnaire du zona, il faut noter que la topographie de l'éruption cutanée ne correspond pas toujours à la topographie radiculaire. Parfois l'éruption dessine nettement le trajet d'un nerf périphérique et non d'une racine; parfois la topographie n'est ni radiculaire ni périphérique, ainsi le zona thoracique a souvent une direction horizontale, perpendiculaire à l'axe du corps. Brissaud explique ces cas en admettant une lésion de la moelle avec la théorie des *métamères spinaux*; les métamères sont des segments de la moelle qui correspondent à des segments d'innervation du tronc et des membres; certaines éruptions zonateuses sont conformes à la topographie métamérique. Il faut donc être éclectique et admettre avec Lamy que la topographie du zona peut être périphérique, ganglionnaire (ou radiculaire), métamérique (ou spinale).

SYMPTOMES. — Le zona peut occuper les différentes régions du corps; mais le zona thoracique, le plus fréquent, doit servir de type pour la description.

Il est souvent annoncé par des *prodromes* généraux ou locaux, des frissons et de la fièvre, du malaise s'accompagnant de douleurs névralgiques intercostales avec sensations de brûlure et de picotements à la peau. A la *période d'état*, les deux grands symptômes sont l'éruption et la douleur.

L'*éruption* est constituée par des placards érythémateux avec des vésicules d'herpès; elle est toujours unilatérale, occupant un seul côté de la région thoracique formant une demi-ceinture plus ou moins complète et plus ou moins large; cette demi-ceinture est horizontale ou oblique dans le sens des espaces intercostaux. L'éruption s'arrête exactement à la ligne médiane, cependant quelquefois un petit groupe d'herpès déborde cette ligne en avant ou en arrière. Il existe une ou plutôt plusieurs plaques érythémateuses, arrondies ou allongées, de couleur rose puis rouge vif; toutes ces plaques n'apparaissent pas en même temps, les premières siègent souvent à l'émergence des filets des nerfs intercostaux. Au centre de ces placards, se développent des vésicules en groupe serré de cinq à dix éléments; les vésicules, d'abord isolées, deviennent ensuite confluentes et forment des bulles, des phlyctènes ou des soulèvements irréguliers à contours polycycliques; elles renferment un liquide transparent, quelquefois sanguinolent, et, dans ce dernier cas, elles deviennent livides ou noirâtres. A une période plus avancée, les placards érythémateux s'effacent; les vésicules se flétrissent et se dessèchent en formant une croûte jaune brunâtre; quelquefois elles se rompent et déterminent alors de petites ulcérations douloureuses dont la cicatrisation est lente; dans quelques cas rares, elles peuvent suppurer.

Les *douleurs* ont les caractères de la névralgie intercostale, avec un caractère profond et un maximum aux points classiques de cette névralgie. Les enfants en souffrent peu; les vieillards en souffrent beaucoup et longtemps. Au niveau même de la peau, le malade ressent une brûlure quelquefois fort pénible (le zona a été appelé autrefois *ignis sacer*, feu de Saint-Antoine); objectivement, on note parfois de l'hyperesthésie ou plus souvent de l'anesthésie au niveau des placards éruptifs.

On a signalé des *adénopathies* au voisinage des lésions cutanées; elles s'observent surtout au cours des zonas de la face.

Il existe quelquefois des troubles *vaso-moteurs* et *trophiques*; les troubles vaso-moteurs sont l'œdème, la rougeur diffuse; les troubles trophiques surtout fréquents dans le zona du trijumeau seront rappelés à l'occasion de son étude. Il en sera de même pour les *paralysies* oculaires et faciales, malgré que ces dernières puissent être observées dans des zonas autres que ceux de la face.

L'*état général* est toujours un peu atteint, au début le malade a de la fièvre, rarement élevée, de la céphalalgie, de l'inappétence avec un état saburral des voies digestives; ces symptômes sont en faveur de la zone infectieuse du zona; ils constituent la fièvre zostérienne de Landouzy.

L'*évolution* du zona intercostal est habituellement rapide; les groupes éruptifs se développent successivement sans se reproduire jamais à la même place; en deux semaines et même quelquefois beaucoup plus tôt ils ont complètement disparu; à la place des croûtes, on trouve des macules brunâtres qui sont remplacées par des taches blanches, cicatricielles et indélébiles quand les vésicules ont été rompues; au niveau de ces cicatrices, les téguments sont le siège d'une anesthésie absolue et persistante (Rendu). La névralgie peut survivre longtemps au zona; ceci est particulièrement fréquent chez les vieillards qui ont souvent des névralgies indéfiniment persistantes. On a dit que le zona ne *récidive* jamais, que les cas de zona récidivant sont des cas d'herpès névralgique ou d'éruptions zostériformes; cette opinion est aujourd'hui assez controversée. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 36. — SAMEDI 27 MARS 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 27 MARS 1909. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **4** fr. **50**.	— 6 mois : **8** fr.	— 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE	3 mois : **7** fr.	» — 6 mois : **13** fr.	— 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AU CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 25 mars 1909 : MM. Nathan-Larrier, Armand-Delille et Froin, 20.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Questions restées dans l'urne : « Médiastin postérieur. — Rétrécissements non cancéreux et non congénitaux de l'œsophage. — Articulations radio et médio-carpienne. — Corps étrangers articulaires du genou. »

Ordre de lecture. — MM. Iselin, Mercad[illegible]chois, Schwartz, Descomps, Gasne, Chevassu, Grégo[illegible]glave, Chifoliau, Lardennois, Okinczye, Piquand, Kena[illegible]d[illegible], Germez, Hallopeau et Bouchet.

Lecture. — Séance du 24 mars. — MM. Iselin, 22; Mercadé, 24; Cauchoix et Schwartz, 26.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale.* — Séance du 25 mars : Question donnée : « De l'ostéomalacie gravidique (le candidat ne devra pas traiter de l'accouchement). »

MM. Guéniot, 16; Theuveny et Devraigne, 14.

Epreuve opératoire. — Séance du 26 mars : MM. Guéniot, 18; Jeannin, 16; Lequeux, 14; Schwaab, 15; Theuveny, 14; Devraigne, 18; Le Lorier, 19; Cathala, 17.

La prochaine séance aura lieu le mardi 20 avril, à quatre heures et demie, à l'hôpital Cochin.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 25 mars : Question donnée : « Artère fémorale, trajet et rapports (sans les branches). — Zona intercostal. »

MM. Tissier, $12 + 18 = 30$; Mondor, $18 + 24 = 42$; Lévy (Georges), $10 + 16 = 26$; Baufle, $19 + 22 = 41$; de Cumont, $13 + 18 = 31$; Mignot, $13 + 19 = 32$; Aine, $14 + 21 = 35$; Mutel, $15 + 20 = 35$; Pellot, $15 + 22 = 37$.

— INTERNAT DE HENDAYE, BRÉVANNES, SAINTE-PÉRINE, CHARDON-LAGACHE ET ROSSINI. — Sont désignés pour faire partie du jury de ce concours, MM. Lereboullet, Nobécourt, Chevrier.

INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE. — Le concours pour une place de médecin suppléant de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare s'est terminé par la nomination de M. le docteur Lacapère, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

ASILES D'ALIÉNÉS DE MONTPELLIER. — M. le docteur Jacquin, médecin-adjoint de l'asile de Bordeaux (Château-Picon), vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Montpellier.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 23 mars 1909, ont été nommés au grade de médecin inspecteur dans la première section du cadre des médecins inspecteurs :

MM. les médecins principaux de première classe Nimier, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin inspecteur Strauss, précédemment placé dans la section de réserve; Trifaud, de l'hôpital militaire de Marseille, en remplacement de M. le médecin inspecteur Benech, précédemment placé dans la section de réserve; Colnenne, directeur du service de santé du 16e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin inspecteur Heuyer, qui sera placé dans la section de réserve à dater du 25 mars 1909 (pour prendre rang du 25 mars 1909).

LE REFERENDUM DES ÉCOLES DE PROVINCE AU SUJET DE L'ADMISSIBILITÉ A L'AGRÉGATION. — Sur l'initiative de M. Courtellemont (d'Amiens), un referendum a été organisé parmi les professeurs des écoles de province au sujet de l'admissibilité à l'agrégation avec prérogatives autres que le droit de se présenter au concours d'admission.

Il résulte du referendum que sur 123 réponses, 97 professeurs se prononcent pour l'ancien mode de recrutement des professeurs des écoles, indépendant de l'agrégation, et 11 pour une admissibilité à l'agrégation conservée, mais considérablement modifiée. Les autres réponses sont imprécises.

Ce referendum est à rapprocher de celui des candidats que nous publions plus loin.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS-INSPECTEURS DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS ET DE LA SEINE. — Le 20 mars a eu lieu au café de la Paix le banquet de la Société des médecins-inspecteurs des écoles. Y assistaient MM. Gasquet, directeur de de l'enseignement primaire représentant le ministre, Gay, syndic du Conseil municipal, Bedorez, Marsoulan, H. Galli, les docteurs Mathieu, Mosny, Variot, etc.

Au dessert M. le docteur Butte, secrétaire général, a lu des lettres d'excuses de M. le professeur Landouzy, des docteurs A.-J. Martin, Guibert, etc., puis après un discours très applaudi du docteur de Pradel, président, M. Gasquet a remis au nom du ministre la rosette d'officier de l'Instruction publique aux docteurs Doury et Quennec et les palmes d'officier d'Académie au docteur Pascal.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre Arnaud (de Marseille).

REVUE GÉNÉRALE (1)

ANGINES DE POITRINE

Par Gaston DURAND,
Interne des hôpitaux de Paris.

Définition. — Sous le nom d'angine de poitrine, on décrit non une entité morbide, mais un syndrome clinique douloureux, dramatique, caractérisé par une douleur rétro-sternale avec irradiations cervico-brachiales et angoisse, — apparaissant sous l'influence de causes diverses, plus particulièrement la marche, l'effort, — et pouvant se terminer par la mort subite.

Morgagni (1707) et Hoffmann (1734), les premiers, décrivirent assez exactement quelques-uns des symptômes de l'*angor pectoris*.

Mais c'est en réalité à Rougnon et Heberden (1768) que revient le mérite d'avoir isolé « cette maladie nouvelle », à laquelle Heberden donna le nom d'angine de poitrine, et qu'il attribua à un spasme du cœur.

Parry (1799) le premier donna une description complète de l'angor.

En s'appuyant sur les nombreuses descriptions faites ultérieurement par tous les auteurs qui s'occupèrent de la question, et sans préjuger de la nature ni des causes de l'angor, on peut distinguer en clinique, encore qu'un peu schématiquement, deux grandes variétés d'angine de poitrine : la grande angine qui présente une symptomatologie presque toujours identique, et la petite angine, dont le fond, si dramatique, est semblable à la grande, mais dont les variations dans l'expression clinique sont toujours assez nettes pour permettre de la différencier de la grande angine.

Nous décrirons donc tout d'abord et successivement l'angina major et l'angina minor.

I

GRANDE ANGINE DE POITRINE

Elle évolue sur un terrain si différent de celui de l'angine dynamique qu'elle lui donne un cachet spécial.

Causes prédisposantes. — Il s'agit presque toujours d'un homme, âgé de quarante à soixante ans ; si c'est un jeune malade, ce sera un rhumatisant (surtout rhumatisme articulaire aigu), porteur d'une lésion orificielle, aortique [l'insuffisance aortique étant à peu près la seule affection valvulaire, qui puisse se compliquer de douleurs angineuses (Merklen)]. C'est donc presque exclusivement chez les adultes et chez les vieillards qu'on observe le syndrome, c'est-à-dire à l'époque des affections artério-scléreuses (Huchard).

Ces malades présentent presque toujours les stigmates de l'herpétisme (Lancereaux), du neuro-arthritisme (Huchard); ce sont des arthritiques cardio-vasculaires. L'angine de poitrine paraît affecter de préférence les individus de la classe riche, ceux qui se surmènent intellectuellement et moralement, et en général ceux que leurs professions « exposent à l'augmentation plus ou moins permanente de la tension artérielle et consécutivement à l'artério-sclérose » (Huchard).

C'est de la même façon que l'on peut invoquer l'hérédité cardio-artérielle (Merklen), les diathèses héréditaires, productrices de lésions artérielles (Huchard).

Les *causes occasionnelles* sont multiples, ce sont toutes celles, morales ou physiques, qui augmentent momentanément la pression artérielle et le travail du cœur. Mais c'est en général toujours la même pour chaque individu.

En pleine santé apparente, *sans prodromes*, sous l'influence d'un effort, d'une marche contre le vent, en montant un escalier, en broyant ses aliments, sous l'influence du froid, d'une colère, d'une surprise, l'accès éclate brusquement.

Il s'agit presque exclusivement de crises *diurnes*, ainsi que le comporte la notion d'effort. Cependant on peut voir des crises nocturnes qui seraient dues à l'émotion d'un rêve ou d'un cauchemar (Huchard).

Symptomatologie. — C'est tout d'un coup, sous l'influence d'une des causes que nous venons d'énumérer, que le malade éprouve une *douleur* violente dans la région du cœur, le plus souvent sous le sternum, et qu'il compare à une constriction serrée de la poitrine. Cette douleur et une *angoisse* indicible, sentiment de fin prochaine, de péril imminent, l'immobilisent subitement dans la situation où il se trouvait. Silencieux, n'osant pas respirer, la face pâle et anxieuse, les extrémités froides, le corps couvert de sueur, le malade attend avec effroi que prenne fin cette « pause de la vie ». En quelques secondes, en quelques minutes l'accès passe, la douleur et l'angoisse cèdent, le malade renaît à la vie, conservant seulement de cet orage une impression terrifiante.

Telle est sommairement, et dans ses traits principaux, la description classique. Il s'en faut que les accès angineux se présentent de façon aussi schématique chez tous les malades, et même chez un malade donné. En outre, les diverses manifestations qui constituent l'accès présentent des variations dont la fréquence justifie qu'on les passe en revue.

Analyse des symptomes. — I. La *douleur*. — *a*. Son siège est rapporté le plus souvent en arrière du sternum, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, sternalgie de Baumes. Elle peut être plus basse, précordiale, quelquefois même épigastrique (Butter, Huchard).

b. Débutant le plus souvent au point où elle siège, elle peut avoir un début périphérique, commencer par le bras, les épaules, la face.

c. De nombreux termes sont employés par les malades pour exprimer les caractères de cette douleur : griffe, poids considérable, étau, ceinture de fer, constriction du cœur (sténocardie), etc. Tous ces termes se ressemblent. Cette douleur est surtout *angoissante*, *pongitive* et *constrictive* ;

d. Elle est en outre provoquée par l'*effort*, mais ne peut être ni déterminée ni exagérée par la pression.

e. Enfin elle présente le plus souvent des *irradiations* multiples et variées, dont il ne faut pas exagérer l'importance, car elles ne sont pas caractéristiques. Elles sont d'ordre sensitif, moteur ou vaso-moteur.

L'irradiation se fait généralement au membre supérieur gauche, dont elle suit la face interne, sur le territoire des nerfs cubital et cutané interne, et peut atteindre les deux derniers doigts de la main ; elle s'accompagne d'une sensation de lourdeur, de fourmillement, de parésie du bras, quelquefois elle s'étend aux deux bras, plus rarement au bras droit seul. Enfin citons des irradiations moins fréquentes dans le domaine du plexus cervical, des nerfs intercostaux et diaphragmatiques; des sensations de dysphagie, de chaleur épigastrique, des douleurs hépatiques, des troubles laryngés par irradiation aux branches extra-cardiaques du pneumogastrique.

Il s'y ajoute souvent des troubles vaso-moteurs, plus ou moins accusés du côté de la face pâle, des extrémités, véritable asphyxie locale s'accompagnant d'engourdissement et de sensation d'enflure : troubles qui s'expliquent par la participation du sympathique.

Mais en général l'*irradiation au bras gauche* est le propre de l'angine vraie ; la multiplicité des irradiations est plus le fait de l'angine fausse ; ce qui fait la gravité de l'angine de poitrine « ce n'est pas la quantité, c'est la qualité de la douleur » (Peter).

II. Avec la douleur c'est l'*angoisse* qui caractérise l'accès d'angor. Dans la majorité des cas, elle est inséparable de la douleur et plus intense qu'elle ; c'est elle qui donne à la douleur angineuse un mode qu'on ne retrouve dans aucune autre douleur viscérale. La douleur peut même manquer, l'angoisse suffit au diagnostic. Cependant dans quelques cas rares l'angor pectoris est constitué seulement par une douleur rétro-sternale.

Pour Merklen d'ailleurs, l'angoisse n'est que « l'avertissement mental de la souffrance du cœur ». Elle est plus ou moins prononcée suivant l'état psychique du malade ou suivant l'intensité de la crampe cardiaque, « s'atténuant le plus souvent sous l'influence de la répétition des crises, quand la thérapeutique arrive à les abréger et à les rendre plus rares ; s'exagérant au contraire chez les sujets impressionnables terrorisés par une première atteinte ». Merklen attribue ainsi à la douleur rétro-sternale une signification autrement importante que celle de l'angoisse.

III. Quoi qu'il en soit, c'est la douleur angoissante qui immobilise subitement les malades, et les *attitudes* qu'ils prennent tendent toutes vers le but instinctif de la soulager. Chacun s'immobilise en une position qui est presque toujours la même pour tous les accès. Mais chez presque tous, la position couchée ou horizontale augmente la douleur.

Phénomènes cardio-pulmonaires. — Dans la majorité des cas il y a un contraste frappant entre la violence des phénomènes subjectifs du malade et l'impassibilité de ses organes. Les mouvements du cœur sont normaux, le pouls est calme, et si la respiration est quelquefois un peu accélérée, le plus souvent elle est normale, ou bien retenue instinctivement par crainte d'exagérer la douleur. « Il n'y a pas dyspnée, mais apnée » (Huchard).

Cependant de nombreux auteurs ont signalé des modifications pathologiques dans les systèmes respiratoire et cardio-vasculaire, survenant au momende l'accès : accélération du pouls (Wichmann), petitesse d'un des pouls radiaux surtout à gauche (Huchard), battements du cœur énergiques et précipités, « une sorte d'emphysème aigu » signalé dans plusieurs cas par Huchard.

Notons enfin l'*élévation subite de la pression artérielle* au début et pendant tout le cours de l'accès signalée par Lauder-Brunton, Walter Moxon et Huchard, phénomène très important qui se produit dans la plupart des attaques angineuses.

Mais, on peut aussi constater soit au cours, soit après l'accès, des signes d'insuffisance valvulaire, d'aortite, ou de congestion pulmonaire qui tiennent non à l'accès, mais à des lésions orificielles insoupçonnées jusqu'alors.

Nous avons décrit la forme classique, en quelque sorte schématique de l'accès d'angine vraie. On peut voir des accès se manifestant d'une façon insidieuse, véritables *accès larvés*.

Accès larvés. — Potain a cité un cas de *céphalées* subites et passagères remplaçant les accès angineux ; Huchard a signalé des *formes pseudo-gastralgiques*, avec localisation exclusive de la douleur au niveau de l'épigastre, et nausées ; des *formes vasomotrices*, avec petitesse du pouls de toutes les artères, pâleur généralisée, facies livide, anesthésie et fourmillements au niveau des extrémités, état auquel succède une apparence violacée et cyanique ; à côté de ces formes larvées on peut encore voir des *formes frustes*.

Accès frustes. — Sternalgie sans irradiation, ou bien accès sans douleur mais marqués par de l'oppression, des palpitations, avec sensation de malaise, ballonnement du ventre, ou encore phénomènes douloureux dans le bras gauche sans sternalgie.

Toutes ces formes peuvent ou précéder les accès francs, ou alterner avec eux ; souvent ils sont longtemps les seuls, c'est dans ces cas qu'il sera important de faire un diagnostic précis dont souvent dépendra la vie du malade.

La durée de l'accès est de quelques secondes à plusieurs minutes, après quoi tous les phénomènes cessent brusquement. Souvent la durée augmente avec la répétition des accès.

La fin de la crise est souvent annoncée par une sudation abondante, des éructations, une expectoration glaireuse, plus rarement des vomissements, une émission d'urines claires et limpides, un gonflement testiculaire. Il est vrai de dire que tous ces phénomènes se rencontrent plus souvent à la fin des accès de petite angine.

Enfin, si l'attaque a été longue, violente, le

membre supérieur, la poitrine sont engourdis, comme brisés, et parfois le siège d'un tremblement.

Marche. Evolution. — La *marche*, le nombre des accès sont très variables et sont subordonnés d'une part à l'état de la circulation, à la durée et à la marche de l'affection qui leur donne naissance, d'autre part à l'hygiène observée par le malade. L'accès peut être unique et n'être constitué que par une syncope mortelle. Le plus souvent les accès sont d'abord espacés, séparés par des intervalles de plusieurs mois, revenant chez un individu sous l'influence des mêmes causes occasionnelles, puis ils se rapprochent et finissent par devenir de plus en plus fréquents, c'est dans ces cas qu'on peut les voir apparaître la nuit. Enfin, dans quelques cas, on a pu voir des accès d'angine vraie durant plusieurs jours, mais il s'agit vraisemblablement d'accès imbriqués ou subintrants pouvant constituer ce que Huchard appelle l'*état de mal angineux*. C'est dans ces cas, dit Huchard, que l'on peut voir survenir tous les signes de dilatation aiguë des cavités cardiaques avec embryocardie.

Ces variations dans la marche de l'angor prouvent seulement, pour Huchard, que l'affection est accidentée comme la cause anatomique qui lui a donné naissance, et que les accès sont en rapport avec les poussées aiguës au cours de l'aortite chronique.

Dans l'intervalle des accès, dans les périodes d'accalmie, la santé, relativement bonne, est celle des artério-scléreux ; cependant l'aortite, la myocardite dont l'accès angineux peut n'être qu'un symptôme, gardent alors leur physionomie propre. Et en dehors de ces cas particuliers, même chez des malades indemnes de toute lésion orificielle, il persiste des caractères spéciaux des bruits du cœur : premier bruit sec et parcheminé à la base, ou bien sourd, mal frappé.

Souvent les deux bruits sont vibrants, tantôt enfin il y a lenteur, tantôt accélération des battements (Huchard).

La *terminaison* de l'angine vraie, livrée à elle-même, est presque toujours fatale. Elle peut se faire suivant trois modes : *subite* par syncope, de beaucoup la plus fréquente ; *rapide* par asphyxie due à de l'œdème aigu du poumon survenant soit au cours, soit après l'accès; *lente* enfin au milieu des symptômes d'asystolie aiguë et de collapsus cardiaque.

Tous ces faits s'expliquent, d'une part, par l'évolution même des lésions cardio-aortiques, causes de l'angor, de l'autre, par thrombose coronaire ou spasme des coronaires déjà presque obturées.

D'autres fois, les angineux meurent d'une affection intercurrente due à la localisation prépondérante de l'artério-sclérose dans d'autres organes.

Par contre, sous l'influence d'une hygiène appropriée, on peut voir les accès s'éloigner et tendre à disparaître. Mais dans ce cas encore si le malade ne meurt pas de son angine, il succombe le plus souvent dans l'asystolie due aux lésions de l'aorte et du cœur. Et il est à noter qu'aux phases d'asystolie les accès d'angine cessent de se produire.

La guérison est possible, toutefois quand l'affection est récente, elle s'observe dans 5 à 10 p. 100 des cas, suivant Huchard.

II

PETITE ANGINE DE POITRINE

Si on étudie la petite angine comparativement à la grande, on voit que si elle présente une étiologie qui lui est à peu près propre, au point de vue clinique elle n'a en fait que des caractères négatifs.

Son *étiologie* est en effet particulière et contraste avec celle de la grande angine. Elle peut apparaître à tout âge, même dans l'enfance (1). Plus fréquente chez la femme, en raison de la prédominance de l'état nerveux, d'une façon générale elle évolue surtout chez des individus névropathes, issus de nerveux ou de neuro-arthritiques, ayant un passé plus ou moins hystérique, et chez lesquels, suivant l'image de Landouzy, l'angine n'est qu'un mot dans leur longue phrase pathologique.

C'est sur un tel terrain que va évoluer la petite angine dont les accès douloureux ne font souvent que remplacer un accès de météorisme, de larmes, d'œsophagisme, de troubles névralgiques, anesthésiques ou paralytiques.

Symptomatologie. — Au point de vue de la symptomatologie, si on ne peut dire qu'il y a une différence nette, absolument tranchée, entre la grande et la petite angine, on peut cependant constater entre ces deux types morbides des dissemblances assez frappantes.

C'est ainsi que dans la petite angine les *causes productrices de l'accès* sont éminemment variables, légères et souvent échappent à l'enquête la plus minutieuse. La grande angine est presque exclusivement une angine d'effort, la petite peut être provoquée par la fatigue, les émotions, des troubles digestifs; mais souvent aussi les accès surviennent dans le calme le plus absolu, quelquefois au lit, dans le premier sommeil.

Enfin, contrairement à ce qui se passe dans la grande angine, la petite est le plus souvent précédée de quelques symptômes névropathiques, constituant une *aura* ; *aura vaso-motrice* : sensations de froid dans les extrémités, sueurs sur le front, alternatives de pâleur et de rougeur de la face, frisson général, etc.; *aura névralgique* : douleurs dans l'auriculaire, barre douloureuse entre les seins, gonflement douloureux des seins, palpitations; *aura motrice* : tremblement dans les membres; quelquefois enfin, aphasie transitoire, aphonie subite, état lipothymique ou syncope.

Analyse des symptômes. — La *physionomie de l'accès* est aussi spéciale.

La *douleur* peut être aussi violente que celle de la grande angine, mais elle n'a pas le plus souvent le caractère de compression, d'étau, bien plutôt ceux

(1) Tommasi. Un cas de fausse angine chez un enfant de six ans, cité par Cardarelli, *Le malattie nervose e funzionali del cuore*, 1882.

d'un cœur trop gros, de distension du cœur. Elle siège franchement dans la région cardiaque et non plus en arrière du sternum. Elle présente de multiples et variables irradiations. La douleur ici est le phénomène capital et ne présente pas le caractère d'angoisse qui est la caractéristique de l'accès de grande angine. Enfin, sa durée est souvent longue, une à deux heures, quelquefois même davantage, avec des accalmies et des reprises successives, sous forme d'accès presque subintrants.

L'*attitude du malade* est plus frappante encore : il crie, s'agite, réclame de l'air, dit qu'il va mourir, et cette allure bruyante de l'accès contraste singulièrement avec l'immobilité silencieuse et terrifiée dans la grande angine.

Les manifestations névropathiques que l'on a vu précéder souvent l'accès de la petite angine, accompagnent plus souvent encore et suivent la crise angineuse : dyspnée, polypnée, suffocation, éblouissements, troubles de la vue, bourdonnements d'oreille; et surtout *terminant* l'accès : crises de larmes, émission d'urines abondantes, éructations, bâillements. Tous ces phénomènes d'ordre purement névropathique sont en quelque sorte la caractéristique des accès de petite angine, surtout des angines névrosiques (hystériques).

Marche. — La marche des accès se fait généralement sous forme de crises répétées, souvent périodiques, nocturnes, revenant à la même heure, pouvant persister pendant un mois ou deux, et ainsi se répéter un nombre considérable de fois sans indiquer le moindre trouble dans la santé.

Dans l'extrême majorité des cas, la maladie disparaît spontanément, il existe seulement quelques observations de mort.

Tel est, schématisé, l'aspect clinique et l'évolution de la petite angine.

Mais il s'en faut que l'angina minor présente toujours une symptomatologie univoque, elle offre au contraire des variations fréquentes d'aspect, d'intensité, de durée. On a pu ainsi décrire une série de formes cliniques, dont le nombre s'explique par ce fait que les auteurs ont décrit des formes étiologiques, aussi nombreuses que les causes même de la petite angine. Mais on peut, avec Huchard, faire rentrer toutes ces variétés dans une des catégories suivantes : angines nerveuses, angines réflexes, angines toxiques.

Formes cliniques et étiologiques de la petite angine. — *A.* Les *angines nerveuses ou névrosiques* de Huchard revêtent l'aspect clinique de la petite angine que nous avons décrite précédemment. L'angor des hystériques, des neurasthéniques en sont les types les plus nets.

Ces angines peuvent d'ailleurs prendre une des formes vaso-motrice, névralgique (précordialgie et irradiations multiples), mixte (Huchard).

B. Les *angines réflexes* se montrent chez des individus sans lésions cardio-vasculaires qui présentent un état douloureux des nerfs du bras ou souffrent dans un des organes de l'abdomen.

D'origine périphérique, elles se voient chez des individus ayant une névralgie ou névrite dans le territoire du plexus cervico-brachial gauche, apparaissent lorsque le malade se sert du membre affecté ou qu'il en souffre, et sont marquées par une précordialgie simple avec palpitations, rarement accompagnées des signes de dilatation du cœur. *D'origine viscérale*, les angines réflexes ne sont que des accidents cardio-pulmonaires à forme d'angine de poitrine. Le type le plus net de cette variété d'angine réflexe est représenté par l'angine d'origine gastro-intestinale étudiée par Potain, Barrié, Huchard : survenant le plus souvent après le repas ou sous l'influence du travail digestif, elle est marquée par une précordialgie intense, avec souvent anhélation, oppression, dyspnée et état lipothymique. Le plus souvent on trouve au cours de l'accès, généralement de longue durée, les signes de dilatation du cœur droit. On peut avoir ainsi dans certains cas le tableau d'une légère asystolie. Huchard d'ailleurs a décrit trois formes d'angine réflexe : cardiaque, pulmonaire et cardio-pulmonaire.

Citons encore l'angine réflexe due à la pleurésie sèche. Cette angine pourrait même constituer, d'après Rauzier (1898), la première manifestation d'une pleurésie (angor pré-pleurétique). Angine peu grave en elle-même, mais pouvant aboutir aux accidents du cœur forcé (Morel-Lavallée).

C. La troisième variété des petites angines est représentée par les *angines toxiques*. Parmi celles-ci les angines tabagiques, celles de l'intoxication oxycarbonée (deux cas de Renaut (de Lyon) et de Gélineau), celles provoquées par l'abus du thé, du café, par l'ergotisme (un cas de Wills).

La symptomatologie de ces angines est variable, car les poisons peuvent agir, ou bien en réveillant l'hystérie latente (angines dans l'intoxication oxycarbonée), ou bien par leur action vaso-motrice (angine tabagique par spasme des coronaires), ou encore par les troubles dyspeptiques qu'ils entraînent, ou enfin par une sclérose des vaisseaux; dans ce dernier cas, il s'agit alors d'angine vraie, de grande angine.

Ces derniers cas mis à part, les angines toxiques revêtent souvent la forme vaso-motrice. Dans l'angine tabagique on constate, en outre, les signes de l'intoxication nicotinique : vertiges, palpitations, etc.

Conclusions. — En résumé, il ressort de cette description, forcément un peu schématique, qu'au point de vue clinique on peut dissocier dans l'angor pectoris, deux sortes d'angines : l'une qui se manifeste presque exclusivement chez des hommes, de quarante à soixante ans, arthritiques cardio-vasculaires; presque toujours provoquée par toutes les causes susceptibles d'activer le travail du myocarde, angine d'effort; caractérisée essentiellement et presque exclusivement par une douleur rétro-sternale avec angoisse, d'une durée très courte, dont l'évolution se termine presque toujours par la mort subite. C'est l'angina major.

L'autre peut se présenter à tout âge, surtout chez la femme, et d'une façon générale chez les nerveux, dont l'hérédité ou le passé est entaché d'hystérie, de neuro-arthritisme; apparaissant souvent sans cause

sensible, marquée par des accès durant longtemps, et dont l'expression clinique est chargée de phénomènes nerveux multiples; angine dont l'évolution est souvent très longue et se termine rarement par la mort, c'est l'angina minor.

Cette dualité clinique est basée sur l'étude des lésions cardio-vasculaires chez les angineux.

Dans la grande angine seule, on trouve des lésions cardio-vasculaires, c'est l'angine organique lésionnelle.

Dans la petite angine, il s'agit non plus de lésions, mais de troubles dynamiques des systèmes nerveux ou vasculaires, c'est l'angine fonctionnelle, dynamique. Telle est l'opinion communément acceptée.

Pour Huchard cependant, qui pousse plus loin encore la dissociation, il n'y a qu'une angine de poitrine, l'angine vraie « d'origine organique et artérielle, méritant le nom de maladie (maladie de Rougnon-Heberden) », toutes les autres sont fausses.

C'est donc en se plaçant au point de vue des lésions anatomiques qu'on a établi la division en angines vraies ou organiques et angines fausses ou fonctionnelles.

Les divergences commencent sur la question de savoir à quelles lésions répond la grande angine, l'angine vraie.

Anatomie pathologique. — A proprement parler, il n'y a pas d'anatomie pathologique absolument spéciale à l'angine organique. Mais il y a des lésions que l'on retrouve si fréquemment qu'elles ont mérité d'être considérées comme telles par certains auteurs.

A la suite des cas mortels d'angine on peut voir soit des lésions cardio-vasculaires, soit des lésions nerveuses.

1° *Lésions cardio-vasculaires.* — La lésion la plus communément observée est le rétrécissement ou l'oblitération des artères coronaires, soit d'une seule, soit des deux, c'est sur elle qu'a été fondée la principale division du syndrome pour Huchard qui considère une angine vraie, coronarienne et des angines fausses, sans lésions des coronaires.

Les *altérations des coronaires* peuvent se présenter sous deux aspects : rétrécissement ou oblitération de leurs orifices par une plaque scléreuse ou scléro-calcaire d'aortite chronique, ou par tuméfaction de l'endothélium dans l'aortite aiguë. Plus souvent il s'agit d'une véritable coronarite, siégeant généralement à gauche, soit sur le tronc, soit surtout sur la branche interventriculaire antérieure. La sténose de la coronaire est due à la sclérose, parfois à l'incurvation calcaire de l'endartère. Ou bien il y a l'oblitération complète par thrombose, exceptionnellement par embolie.

En l'absence de coronarite, on peut trouver de l'*aortite chronique* avec ou sans ectasie; de l'aortite aiguë, des lésions de l'orifice aortique plus rarement. Enfin, en l'absence de ces diverses lésions, on a pu seulement constater de la péricardite aiguë ou chronique avec *symphyse*, de la *dégénérescence graisseuse ou scléreuse du myocarde*.

2° Certains auteurs recherchant systématiquement des *lésions nerveuses* concomitantes de celles de l'appareil cardio-vasculaire ont trouvé la névrite cardiaque jointe à l'aortite (Lancereaux) et Peter a décrit la névrite du plexus cardiaque accompagnant l'aortite, la myocardite scléreuse, la péricardite chronique et la névrite diaphragmatique. Il faut avouer que les cas en sont peu fréquents, que la technique qui permet de trouver les lésions nerveuses est délicate, et que les constatations mériteraient d'être confirmées.

Pathogénie. — C'est en partant cependant de ces constatations anatomiques que les auteurs, depuis l'époque où l'angor a été isolé, ont établi leurs théories pathogéniques.

Historique. — On peut décrire schématiquement trois périodes dans l'histoire de l'angine de poitrine, histoire purement pathogénique.

1° La première période commence avec Rougnon et Heberden (1768). Heberden, plus tard Latham voient dans le spasme du cœur la cause de l'angor. Puis Parry (1799), Hunter, Jenner, Kreysig surtout (1814-1817) invoquent l'athérome et le rétrécissement des artères coronaires.

2° Pendant une deuxième période, il semble que cette notion soit abandonnée, et les travaux de Gintrac (1835), de Desportes, Laënnec, Jurine, Piorry, Jaccoud font de l'angine de poitrine une névralgie du pneumogastrique et du plexus cardiaque.

Les constatations anatomiques de Peter, de Lancereaux parurent confirmer cette opinion.

3° Dans la troisième période de l'histoire pathogénique de l'angor, les travaux de Potain, Rendu, Germain Sée, Huchard ramènent à l'ancienne opinion de Parry et Hunter en montrant la fréquence de la sténose ou de l'oblitération des coronaires.

Pathogénie. — Si l'on considère les théories qui ont été émises pendant la longue période qui s'étend de 1768 jusqu'à nos jours, on voit qu'elles atteignent un chiffre extraordinaire (1). Mais en définitive, deux grandes théories synthétisent actuellement ces nombreuses opinions : la théorie vasculaire et la théorie nerveuse.

La *théorie vasculaire ou coronarienne* (Potain, Huchard) rattache exclusivement le syndrome angineux aux lésions de sténose et d'oblitération des coronaires et en fait une manifestation de l'ischémie du myocarde. La moindre irrigation du myocarde peut être cependant suffisante si le cœur n'est pas surmené; survienne une émotion, une fatigue, l'insuffisance relative d'irrigation se manifeste par le syndrome angineux, parfois par une impotence complète amenant un arrêt des contractions cardiaques et la mort subite. Cette théorie se base sur la fréquence si grande des lésions des coronaires et sur la possibilité de déterminer expérimentalement la mort rapide par ligature des coronaires.

On a objecté à cette manière de voir les cas d'angor par aortite, symphyse cardiaque sans coronarite et ceux de coronarite constatés chez des malades n'ayant jamais eu d'accès angineux.

(1) Tableau, in Huchard. *Mal. du cœur et des vaisseaux*, p. 444, Paris 1889.

On a pu invoquer d'ailleurs, pour expliquer ces cas, le spasme des coronaires, mais ce spasme est purement hypothétique.

La *théorie nerveuse* (Peter, Lancereaux) opposée à la théorie coronarienne fait de la crise d'angor un trouble fonctionnel ou organique du plexus cardiaque. Cette théorie explique les irradiations douloureuses, le développement des crises douloureuses intermittentes (paroxysmes douloureux des névralgies) ; elle rend compte de l'angor sans lésions des coronaires : névrite cardiaque par propagation dans l'aortite, la symphyse cardiaque; par intoxication dans les angines toxiques ; par excitation réflexe dans les angines réflexes. Enfin elle expliquerait mieux la syncope par inhibition.

D'après cette théorie, la grande angine relèverait de la névrite du plexus, la petite angine serait due à une simple névralgie.

Peter et Letulle ont voulu expliquer par la congestion du plexus cardiaque les accès survenant au cours du rhumatisme articulaire aigu.

En somme, la théorie nerveuse pourrait s'appliquer à tous les cas, telle est l'opinion récemment exprimée par Gilbert et Garnier qui considèrent l'angor comme un syndrome dépendant de causes multiples qui toutes aboutiraient à une névralgie ou à une névrite du plexus cardiaque.

Pour Lander Brunton, Merklen, Tessier, quelle que soit la cause réelle de la maladie, l'accès serait dû à la *distension cardiaque*, à laquelle toutefois il faudrait joindre l'existence d'une lésion des coronaires (oblitération, rétrécissement) déterminant une ischémie relative habituelle du myocarde, et en outre soit une « prédisposition spéciale à la mise en activité des centres sensitifs » (Merklen), soit un « état névralgique habituel du plexus cardiaque ».

Dans de telles conditions « la distension cardiaque est douloureuse, mais à la longue la douleur disparaît : la distension ancienne ne s'accompagne plus de crises angineuses » (Huchard).

Cette façon d'envisager la pathogénie de l'accès d'angine concilie les diverses théories émises sur ce point ; elle explique le mode de production des accès dans les cas de coronarite : angines d'effort; dans les cas d'angines sans lésions cardio-vasculaires, mais avec lésions du plexus cardiaque, rendu plus sensible que normalement sous l'influence d'une perturbation organique ou fonctionnelle et devenant brusquement douloureux, à l'occasion d'une distension brusque du cœur.

Cette théorie justifie enfin la division des angines de poitrine en *angines organiques*, traduisant une lésion matérielle nervo-vasculaire intéressant l'aorte ou les coronaires, mais surtout le plexus cardiaque intra ou extra-myocardique ; et *angines dynamiques* liées à l'altération purement fonctionnelle du système nervo-vasculaire. On peut donc dire avec raison que l'angine de poitrine organique est à l'angine de poitrine dynamique ce que la névrite est à la névralgie, l'hémiplégie organique vulgaire à l'hémiplégie dynamique sans lésions.

Cette façon d'envisager la pathogénie de l'angor est confirmée par l'existence des différences profondes que l'on trouve dans la constitution des sujets atteints, dans l'aspect clinique, dans les terminaisons.

(A suivre.)

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de médecine mentale (1), par L. Marchand.

Dans ce manuel essentiellement didactique, le docteur Marchand a cherché à mettre à la portée des étudiants et des médecins les connaissances psychiatriques les plus précises et indispensables.

Délaissant toute conception nosographique et toute classification doctrinale, il ne base son exposé des troubles mentaux que sur l'analyse de leurs caractères psychologiques dominants.

L'auteur expose tout d'abord les faits élémentaires, les symptômes psychiques isolés. Le symptôme c'est le trouble d'une fonction intellectuelle : idéation, mémoire, imagination, jugement, attention, conscience, affectivité, personnalité, caractère, etc.

Ces symptômes associés en clinique, constituent non des entités morbides, mais des syndromes, des psychopathies symptomatiques de maladies ou de malformations cérébrales.

Le docteur Marchand les classe en trois groupes : psychoses, états de faiblesse intellectuelle et démences.

Les psychoses sont des syndromes mentaux, constitués par des troubles portant, avec des prédominances diverses, sur les facultés intellectuelles, sans trouble profond ni progressif de la mémoire et du raisonnement. Dans ce groupe un peu confus rentreraient les états maniaques et mélancoliques, la confusion mentale, les délires aigus et chroniques, les troubles de l'émotivité, du caractère et de la conscience.

Les états de faiblesse intellectuelle sont les syndromes congénitaux ou acquis avant l'âge de la puberté et constitués par des troubles des facultés intellectuelles et morales : idiotie, imbécillité, débilité et déséquilibration mentale.

Les démences enfin sont des syndromes apparaissant après l'époque de la puberté et constitués par un affaiblissement profond et progressif de toutes les facultés intellectuelles et morales, mais surtout de la mémoire, du jugement et du raisonnement : paralysie générale, démences précoce, vésanique, sénile, organique et épileptique.

L'étiologie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique des affections mentales forment autant de parties distinctes, où se trouvent synthétisées les données les plus générales sur ces sujets. Enfin l'assistance et la médecine légale des aliénés constituent deux chapitres particulièrement bien documentés et nettement exposés. Ils seront consultés avec fruit, car ils complètent fort utilement cet intéressant ouvrage écrit dans un style clair et présenté sous une forme agréable.

P. Camus.

Le Cheval aliment (1), par les docteurs E. Bernheim et Paul Rousseau.

Les auteurs ont cherché à démontrer que, tant au point de vue culinaire ou hygiénique qu'au point de vue social ou économique, la viande de cheval offre des avantages considérables.

Leur ouvrage n'est pas seulement théorique car il se termine par une série de recettes pratiques pour préparer la viande de cheval.

A. Gaullieur l'Hardy.

(1) In-16. — Paris, O. Doin.

(2) In-8 de 224 p. — Prix : 4 francs. — Paris, J. Rousset.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

REFERENDUM SUR LES MODIFICATIONS A DEMANDER DANS LE CONCOURS D'AGRÉGATION

On se souvient que la commission nommée par les candidats parisiens à l'admissibilité à l'agrégation — composée de MM. Aubertin, Chevrier, Courtellemont, Grisel, Guéniot, Moog et Ravaut — a organisé parmi tous les candidats inscrits au concours, récemment annulé, tant de Paris que de province, un referendum destiné à établir, sur des bases précises, la formule des vœux des candidats.

Ce referendum est aujourd'hui terminé et nous sommes heureux de pouvoir être les premiers à le publier.

REFERENDUM

	TOTAUX.			PARIS.			PROVINCE.		
	Oui.	Non.	ABSTENTIONS.	Oui.	Non.	ABSTENTIONS.	Oui.	Non.	ABSTENTIONS.
1. Suppression de tout concours spécial d'admissibilité, séparé du concours d'admission	102	24	13	88	16	1	14	8	12
Suppression de toute admissibilité définitive	73	48	18	64	33	8	9	15	10
2. Réunion d'une commission compétente chargée d'étudier la réforme de l'agrégation	132	3	4	101	2	2	31	1	2
— composée de professeurs des Facultés de médecine en exercice	122	2	15	101	1	3	21	1	12
— de professeurs des Ecoles de plein exercice et des Ecoles secondaires	88	33	18	76	25	4	12	8	14
— auxquels pourraient être adjointes des personnalités d'ordre divers	86	34	19	74	27	4	12	7	15
— mais appartenant nécessairement à la profession médicale	93	19	27	79	15	11	14	4	16
Dans cette Commission la proportion des professeurs serait en rapport :									
1° Avec le nombre des chaires des diverses branches médicales	95	19	25	80	18	7	15	1	18
2° Avec l'importance des Facultés évaluée d'après le nombre des étudiants inscrits à chaque Faculté	104	14	21	93	7	5	11	7	16
3. Recrutement des agrégés par voie de concours	129	2	8	101	2	2	28	0	6
4. Concours tous les trois ans	119	2	18	97	2	6	22	0	12
5. Concours à Paris	122	3	14	102	1	2	20	2	12
6. Tirage au sort de tout le jury devant les représentants des candidats	86	23	30	74	16	15	12	7	15
Ou : Roulement entre tous les professeurs d'une même branche médicale	11	81	47	7	69	29	4	12	18
Ou : Roulement et tirage au sort combinés	54	49	36	46	40	19	8	9	17
7. Suppression de toute épreuve d'anatomie, d'histologie et de physiologie dans les agrégations autres que celles d'anatomie, d'histologie et de physiologie	104	18	17	90	10	5	14	8	12
Suppression d'une épreuve de pathologie générale	89	32	18	74	24	7	15	8	11
Maintien d'une épreuve de titres	121	3	15	100	3	2	21	0	13
— et d'une épreuve pédagogique, celle-ci consistant en une leçon magistrale sur un sujet de la branche des sciences médicales pour laquelle le candidat est inscrit et étant destinée à montrer qu'il est capable d'enseigner	127	0	12	103	0	2	24	0	10
8. Maintien du principe des agrégations spécialisées	119	6	14	98	5	2	21	1	12
Maintien intégral des agrégations spécialisées, suivant la liste de l'arrêté du 28 juillet 1908	49	71	19	41	58	6	8	13	13
Maintien seulement partiel, après revision de la liste précédente	73	40	26	61	33	11	12	7	15
9. Attribution, après chaque épreuve, d'une note en chiffres qui sera immédiatement publiée à la fin de la séance	117	6	16	98	3	4	19	3	12
S'il doit y avoir des coefficients pour chaque épreuve, ceux-ci seront fixés et connus dès l'annonce des concours	118	3	18	97	2	6	21	1	12
10. Augmentation du nombre des agrégés	113	10	16	93	8	4	20	2	12
— de manière que les agrégations spécialisées ne soient pas représentées par un unique agrégé nommé pour une période de neuf ans	102	9	28	87	7	11	15	2	17
— mais qu'elles donnent lieu à un concours pour une (ou plusieurs) places tous les trois ans	89	18	32	76	15	14	13	3	18
— ou : tous les six ans	18	76	45	15	64	26	3	12	19
11. Reconnaissance officielle du droit, pour les professeurs et agrégés, d'ouvrir des cours payants	102	16	21	85	13	7	17	3	14
12. Le candidat devra désigner en s'inscrivant la ou les facultés	118	7	14	100	3	2	18	4	12
— et la ou les spécialités pour lesquelles il concourt	115	6	18	97	3	5	18	3	13
13. Le nombre des places d'agrégé et les spécialités à pourvoir seront fixés avant l'ouverture du concours	124	1	14	102	1	2	22	0	12
14. Recrutement du corps enseignant des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires par la voie de concours spéciaux, indépendants du concours d'agrégation, conformément aux dispositions en vigueur avant le décret du 25 juillet 1906	113	7	19	94	4	7	19	3	12

PRATIQUE MÉDICALE

SYMPTOMES ET TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE DES BRONCHES

Par M. Gendron.

La gangrène des bronches survient pendant le cours d'une affection chronique des voies respiratoires (bronchite aiguë ou chronique, dilatation des bronches, tuberculose). Elle est donc toujours secondaire, car les bactéries de la putréfaction ne peuvent se fixer et végéter sur l'épithélium que s'il a subi déjà des altérations profondes.

L'apparition de cette maladie est annoncée par une aggravation subite de l'état général, par une fièvre intense et par l'exacerbation de la toux et de la douleur thoracique.

Mais jusque-là le diagnostic peut hésiter et l'on peut penser à la broncho-pneumonie qui, elle aussi, est toujours secondaire.

Un symptôme essentiel, caractéristique, et qui doit faire porter le diagnostic de gangrène bronchique, ce sont les modifications particulières que subissent rapidement les crachats.

Ils deviennent d'abord extrêmement fétides, infects, prennent une odeur fade ou d'hydrogène sulfuré. Puis l'expectoration devient très abondante. Versés dans un verre, les crachats se séparent en plusieurs couches : à la surface, une couche spumeuse, au-dessous une couche séro-muqueuse verdâtre, au fond, du pus franc mélangé à de petits grumeaux (bouchons de Dittrich) et qui sont caractéristiques de l'affection. En outre, l'haleine est fétide.

Tels sont les signes fonctionnels que le praticien peut reconnaître, sans qu'il lui soit utile de faire appel à l'analyse chimique.

Les signes physiques n'ont rien de bien particulier. Ce sont les symptômes ordinaires des bronchites, râles humides de divers calibres auxquels viennent s'ajouter, s'il y a une dilatation cavitaire ou bronchique, des gargouillements et un bruit de souffle.

Il ne faut pas croire que la gangrène des bronches s it une affection à marche chronique régulière. Au contraire, dans la plupart des cas, elle évolue par accès, ayant une allure paroxystique. C'est ainsi qu'après le début fébrile dont nous avons parlé, la maladie s'améliore souvent jusqu'à un nouvel accès fébrile et dyspnéique, et alors la fétidité de l'haleine, l'odeur infecte des crachats s'exagèrent nettement.

Convenablement traitée, cette maladie peut s'améliorer et même guérir complètement. Mais si le médecin ne dirige pas contre elle une médication énergique, désinfectante, il peut survenir de la gangrène pulmonaire avec aussi les symptômes d'une pleurésie gangréneuse et la mort en est souvent la terminaison. Parfois aussi, il peut se développer une dilatation bronchique véritable et c'est alors cette dernière affection qui persiste et domine la scène.

C'est donc à la médication antiseptique broncho-pulmonaire qu'il faut nécessairement s'adresser. « Elle est souveraine contre la gangrène des bronches. »

Skoda prescrivait les inhalations de térébenthine et Leyden des inhalations d'oxygène. D'autres auteurs utilisent l'acide phénique et l'eucalyptus, d'autres encore les comprimés de thiocol. Cette dernière médication semble aujourd'hui la plus pratique, car elle permet de faire passer dans la circulation et par suite d'amener aux lésions putrides une dose élevée de gaiacol sulfoné.

Par les inhalations antiseptiques, on ne peut atteindre suffisamment toutes les régions bronchiques infectées, et si ce moyen nous semble suffisamment actif lorsqu'il s'agit d'inflammation siégeant sur les grosses bronches, il est certainement sans action contre les phénomènes gangréneux des petites bronches, ceux-là les plus redoutables.

Pour nous, voici un bon moyen de traitement qui souvent s'est montré efficace.

On fait plusieurs fois par jour dans la chambre du malade des pulvérisations phéniquées prolongées, et le reste du temps on maintient à l'ébullition de l'eau dans laquelle on verse par litre une cuillerée à soupe de teinture de benjoin et d'eucalyptus. Puis on fait prendre au malade huit comprimés de thiocol par vingt-quatre heures. Par ce moyen on détruit la septicité bronchique, on diminue l'expectoration, on fait disparaître sa mauvaise odeur et il est habituel d'arrêter la putridité gangréneuse.

Il est bon aussi de ne pas négliger la révulsion, et à ce point de vue les pointes de feu sont préférables aux sinapismes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 19 AU 24 AVRIL 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 19 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Gautier, Roger et Legry ; — (2e série) : MM. Blanchard, Desgrez et Lœper.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Rieffel et Proust ; — (2e série) : MM. Hartmann, Branca et Mulon ; — (3e série) : MM. Retterer, Gosset et Macaigne ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne ; — (2e partie) : MM. Gaucher, Marcel Labbé et André Jousset ; — M. Sicard, suppléant.

Mardi 20 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Brumpt et Nicloux.

1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Retterer et Thiéry ; — (2e série) : MM. Quénu, Launois et Morestin.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard ; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Ricard et Marion ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Chauffard, Gouget et Jeanselme ; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. Desgrez, suppléant.

Mercredi 21 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Rieffel et Pierre Duval.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Gautier. Roger et Legry ; — (2e série) : MM. Gaucher, Desgrez et Lœper.

1er (oral, 1re série) : MM. Kirmisson, Macaigne et Mulon ; — (2e série) : MM. Retterer, Gosset et Branca.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Sicard et André Jousset ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 22 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Desgrez, Fernand Bezançon et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Retterer et Marion ; — (2e série) : MM. Quénu, Launois et Lenormant.

2e : MM. Rémy, Langlois et André Broca.

3e (oral, 2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard ; — M. Carnot, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité au concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 mars 1909 : MM. Balthazard, Camus, Lemierre et Rostaine, 20.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 26 mars. — MM. Descomps, 26 ; Gasne, 22 ; Chevassu, 29, Grégoire, 22.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 26 mars : Question donnée : « Anatomie des ligaments de l'articulation de la hanche. — Symptôme et évolution de la coxalgie tuberculeuse. »

MM. Maillet, 15 + 23 = 38 ; Philbert, 14 + 25 = 39 ; Salès, 10 + 17 = 27 ; Beck, 6 + 18 = 24 ; Thibaut (David), 15 + 20 = 35 ; Fouchet, 14 + 24 = 38 ; Séguinot, 13 + 23 = 36 ; Bith, 14 + 22 = 36 ; Brac, 14 + 21 = 35 ; Lièbault, 16 + 21 = 37.

Séance du 29 mars (matin) : Question donnée : « Muscles péroniers latéraux et leurs nerfs (anatomie sans physiologie). — Signes de la grossesse normale dans les trois derniers mois. »

MM. Mairesse, 10 + 19 = 29 ; Carrié, 12 + 24 = 36 ; Samson, 15 + 21 = 36 ; Mlle Neveux, 18 + 23 = 41 ; MM. Baumgartner, 13 + 20 = 33 ; Boivin, 12 + 17 = 29 ; Prélat, 15 + 22 = 37 ; de Berne-Lagarde, 13 + 17 = 30 ; May, 16 + 21 = 37 ; Malarte, 13 + 16 = 29.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — Après concours sont nommés externes : MM. Meulle, Rousseau, Peignaux, Goudet, Crétin, Bonnet, Grias et Matignon.

— Bordeaux. — M. le docteur Chambrelent, atteint par la limite d'âge, est nommé chirurgien accoucheur honoraire des hôpitaux. M. le docteur Fieux le remplace au service d'isolement de Canolle.

— Tours. — M. le docteur Gaudeau, professeur adjoint à l'Ecole de médecine, vient, après concours, d'être nommé médecin-adjoint à l'Hospice général de Tours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Le prix Emile Letiévant (750 francs) destiné à récompenser tous les cinq ans la meilleure thèse de chirurgie soutenue devant la Faculté de Lyon a été décerné à M. le docteur Gaston Cotte, pour sa remarquable thèse intitulée : *Du traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications* (Lyon 1908).

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE. — Un concours pour le recrutement de huit médecins de colonisation sera ouvert le 2 juin prochain à Alger (Ecole de médecine), à Paris (office de l'Algérie) et à la préfecture des villes possédant des facultés ou écoles de médecine. Pour tous renseignements, s'adresser, soit au gouvernement général (direction de l'intérieur, deuxième bureau), soit à l'office de l'Algérie, à Paris, soit à la préfecture de chaque département. La liste des candidats sera close le 18 mai.

TUNIS. — Hôpital Sadiki. — Une place d'assistant-interne sera vacante fin avril courant.

L'hôpital Sadiki, réservé à la population indigène comporte un très important mouvement de malades, notamment au point de vue chirurgical. Laboratoires, bibliothèque, amphithéâtre.

Avantages matériels : 2400 francs par an, logement (salle de garde), chauffage, éclairage, blanchissage. Voyage payé à l'aller et retour de Paris à Tunis (2e classe).

Conditions : Etre Français, docteur en médecine (ou scolarité terminée), moins de trente ans. Préférence accordée à interne ou ancien interne.

Adresser les demandes avec toutes pièces utiles à M. le docteur Brunswic Le Bihan, médecin chef de l'hôpital Sadiki à Tunis.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision du 25 mars 1909 :

M. le médecin-inspecteur Nimier, nouvellement promu, a été maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée, à Lyon.

M. le médecin-inspecteur Colmenne, nouvellement promu, a été maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du 16e corps d'armée à Montpellier.

REFERENDUM DES CANDIDATS A L'AGRÉGATION. — A propos du referendum dont nous avons donné les résultats dans notre dernier numéro, il convient d'ajouter qu'il y avait 148 inscrits et que le referendum a réuni 139 réponses totales ou partielles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bole (de Roubaix), Bouché de Vitray (d'Eysines), Castelbon de Beauxhôtes (de Béziers) et Emile Philippe (de Paris).

STOMATITE ULCÉREUSE [1]

Par M H. GRENET.

On englobe trop souvent sous le nom de stomatite *ulcéreuse* (ou *ulcéro-membraneuse*) des affections différentes par leur nature et leur symptomatologie. Mais une stomatite ne peut être dite ulcéreuse que si l'ulcération en représente vraiment le caractère essentiel, *primitif*, si elle apparaît d'emblée, sans avoir été précédée d'aucune autre lésion buccale : en est-il autrement, on doit donner à la maladie une autre appellation, en rapport avec ses symptômes primordiaux ou son étiologie particulière. Les stomatites les plus banales peuvent se compliquer à un moment donné, secondairement, d'ulcérations : mais stomatite ulcéreuse n'est pas synonyme de stomatite avec ulcérations. Si l'on accepte ce principe, on reconnaîtra, croyons-nous, qu'il existe non pas plusieurs, mais bien une seule stomatite ulcéreuse, dont l'unité est prouvée par la clinique, par l'anatomie pathologique, par l'étiologie, et même, semble-t-il, par la bactériologie.

L'affection que nous allons étudier est souvent désignée sous le nom de stomatite *ulcéro-membraneuse* : cette qualification nous semble impropre. Comme l'avait déjà remarqué Bergeron, l'exsudat grisâtre qui recouvre les ulcérations est très différent de la véritable fausse membrane fibrineuse ; il n'est qu'un élément secondaire et sans valeur : la stomatite n'est pas membraneuse, mais simplement ulcéreuse.

Bergeron en a bien résumé les traits essentiels dans cette définition : c'est, dit-il, « une maladie *spécifique*, contagieuse, et caractérisée, à sa période d'état, par des ulcérations de forme et d'étendue variables, qui peuvent se développer sur tous les points de la cavité buccale, mais qui ont pour siège de prédilection les gencives et la face interne des joues, et qu'accompagnent toujours une salivation abondante, une fétidité extrême de l'haleine et un engorgement plus ou moins prononcé des ganglions sous-maxillaires (2) ».

L'unité de la stomatite ulcéreuse, que Bergeron avait paru démontrer dans ses travaux classiques, et que nous-même avons défendue récemment, n'est plus admise par tous les auteurs. Nous la croyons pourtant indiscutable : nous verrons, chemin faisant, sur quelles bases elle repose.

Etiologie. — La stomatite ulcéreuse peut frapper les enfants et les adultes, mais presque toujours à un moment où le *travail dentaire* est en activité : elle atteint en effet soit les enfants de trois à six ans (seconde dentition), soit les adultes au voisinage de la vingtième année (dent de sagesse); en dehors de ces deux périodes, elle est plus rare.

Son développement est très nettement favorisé par les *conditions hygiéniques défectueuses* : c'est dire l'influence de la malpropreté, de la misère physiologique, des maladies débilitantes ou cachectisantes, de l'encombrement. Rare dans les milieux aisés, la stomatite ulcéreuse est au contraire relativement fréquente dans la classe pauvre.

Elle est *contagieuse*, et nous trouvons dans ce fait un argument important en faveur de la spécificité de cette maladie. En effet, la stomatite ulcéreuse ne résulte jamais du contact avec un enfant atteint d'une stomatite banale, mais toujours du contact avec un sujet atteint d'une stomatite de même nature, d'une stomatite ulcéreuse. D'autre part, nous verrons plus loin quelles analogies relient la stomatite ulcéreuse et l'angine de Vincent : or un enfant atteint d'angine de Vincent peut communiquer à un autre une stomatite ulcéreuse, et réciproquement; dans une même famille, on trouve le frère et la sœur atteints l'un d'angine de Vincent et l'autre de stomatite ulcéreuse (1).

La contagion peut se transmettre *directement*, surtout par le baiser, ou *indirectement*, par l'intermédiaire des fourchettes, cuillers, objets de toilette, etc., communs à plusieurs enfants.

Bergeron a relaté l'histoire de plusieurs *épidémies* de stomatite ulcéreuse. Les auteurs, Vincent entre autres, qui pensent que la stomatite décrite par Bergeron est devenue rare de nos jours, et que c'est un autre type clinique que nous désignons sous le même nom, font remarquer que ce caractère d'épidémicité n'est jamais relevé dans les observations récentes. Mais cet argument ne nous semble pas irréfutable ; la contagiosité même de la maladie ne suffit-elle pas à prouver qu'elle pourrait devenir épidémique dans des conditions favorables ? D'ailleurs on remarque, à la lecture de l'article de Bergeron, que les épidémies de stomatite ulcéreuse ont été signalées surtout dans les armées en campagne, et qu'on ne les connaît guère dans la population civile, en dehors des agglomérations d'enfants (asiles, crèches). Or les progrès de l'hygiène de la bouche, la diminution de l'encombrement dans les casernes, l'absence de guerres européennes depuis de nombreuses années, la meilleure organisation des crèches et asiles, constituent un ensemble de facteurs qui expliquent suffisamment la disparition des épidémies de stomatite ulcéreuse.

La stomatite ulcéreuse est contagieuse, mais elle peut aussi se développer *spontanément*, chez un enfant qui n'a été soumis à aucune cause de contagion ; elle résulte alors d'une auto-infection. En effet, dans les bouches mal tenues, et surtout au niveau des dents cariées ou recouvertes de tartre, vivent en saprophytes les spirilles et les bacilles fusiformes, qui, selon nous, représentent les agents pathogènes de la maladie, une érosion banale de la bouche suffit à permettre l'envahissement de la muqueuse par ces germes, qui rencontrent un terrain d'autant plus propice que l'enfant se trouve dans des conditions plus défectueuses d'hygiène générale. De ce que la stomatite ulcéreuse est favorisée par les altérations dentaires, il ne faut pas conclure, avec M. Galippe, qu'elle n'a aucune spécificité et qu'elle ne représente qu'une des formes multiples des stomatites gingivo-dentaires polymicrobiennes : une lésion banale peut être la porte d'entrée d'une infection spécifique, et des caractères cliniques trop tranchés séparent la stomatite ulcéreuse des autres affections de la bouche pour que l'on puisse se ranger à l'opinion de M. Galippe.

Bactériologie. Nature. — La symbiose fuso-spirillaire, dont Vincent a démontré le rôle dans l'angine

(1) Cet article formera un chapitre de : *La Pratique des maladies des enfants*, fasc. II, qui paraîtra fin avril 1909. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Bergeron. Art. Stomatites, *Dict. Dechambre.*

(1) Moizard et H. Grenet. Sur la stomatite et l'angine ulcéreuses. *Arch. de méd. des enf.*, 1904, p. 577.

ulcéreuse, tient sous sa dépendance un grand nombre de cas de stomatite ulcéreuse : tous les auteurs le reconnaissent. Mais, tandis que, pour les uns (et nous sommes du nombre), cette stomatite est *toujours* fuso-spirillaire, les autres soutiennent qu'elle peut relever d'agents microbiens différents. Avant toute discussion, il convient de rappeler ce que nous écrivions au début de cet article : une stomatite ne doit être dite ulcéreuse que lorsque l'ulcération en est le caractère primitif et essentiel.

Suivant les partisans de la multiplicité des formes bactériologiques (Vincent, Marfan, Paisseau), il convient de séparer les trois types suivants :

« 1° La stomatite ulcéro-membraneuse commune, telle que nous l'observons tous les jours à l'état sporadique, débutant par une molaire en éruption, et qui répond à la description qu'en ont donnée Magitot et Galippe; dans cette forme, qui ne s'accompagne pour ainsi dire jamais de lésions pharyngées, la symbiose fuso-spirillaire est rare; les Allemands l'appellent souvent stomatite aphteuse;

2° La stomatite ulcéreuse à symbiose fuso-spirillaire, qui accompagne le plus souvent une angine de Vincent;

3° La stomatite ulcéreuse épidémique des soldats et des enfants, telle que Bergeron l'a décrite, qui s'associe quelquefois à des lésions pharyngées....

Nous inclinons à penser, ajoute Marfan, à qui nous empruntons ce passage, que ces formes sont de nature différente, que la dernière a presque disparu, que la seconde est rare, tandis que la première est d'observation courante. »

Nous répondrons que la première de ces formes, polymicrobienne et sous la dépendance étroite d'une altération gingivo-dentaire, n'est pas une stomatite primitivement et d'emblée ulcéreuse. Elle ne mérite pas ce nom, et nous la rejetons sans hésiter du cadre de la stomatite ulcéreuse. Au reste Vincent lui-même reconnaît que, seules, les stomatites à bacilles fusiformes et à spirilles ont des signes bien constants.

M. Marfan pense que la stomatite ulcéreuse type Bergeron et la stomatite fuso-spirillaire sont deux affections différentes, dont la première a presque complètement disparu. MM. Vincent, Widal et Darré hésitent à les identifier. Tous ces auteurs insistent sur ce fait que la stomatite de Bergeron sévissait sous forme d'épidémies, et qu'il n'en est pas ainsi de la stomatite fuso-spirillaire. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point : il suffira d'ailleurs de relire l'article de Bergeron dans le *Dictionnaire Dechambre* pour reconnaître que l'épidémicité n'est nullement un caractère essentiel du type clinique qu'il étudie, et qu'elle est même assez rare dans la population civile. Au reste, l'observation clinique montre avec quelle exactitude la description de Bergeron s'applique à la stomatite fuso-spirillaire : on ne peut guère admettre que des maladies aussi complètement identiques par leurs symptômes soient de nature différente.

Pour nous, faisant l'examen bactériologique des cas rentrant cliniquement dans le cadre de la stomatite ulcéreuse telle que l'a décrite Bergeron, nous avons toujours constaté, au niveau des lésions buccales, la présence de spirilles et de bacilles fusiformes, purs ou associés à d'autres microorganismes (1).

(1) H. Grenet. Sur la nature de la stomatite et de l'angine ulcéreuses, *Soc. de biol.*, 25 juin 1904.

Nous soutenons donc que la stomatite qui seule mérite le nom d'ulcéreuse est d'origine fuso-spirillaire. Or l'angine de Vincent est causée par la même infection; elle présente une symptomatologie calquée pour ainsi dire sur celle de la stomatite ulcéreuse; elle peut se transmettre par contagion aussi bien sous la forme de stomatite que sous la forme d'angine, et réciproquement être communiquée par un sujet atteint indifféremment d'angine ou de stomatite (Dopter, Moizard et Grenet). C'est dire la parenté étroite qui relie les deux affections.

Pour toutes ces raisons, nous affirmons, comme nous le faisions en 1904 (1) :

1° *L'unité et la spécificité de la stomatite ulcéreuse;*

2° *L'identité de la stomatite de Bergeron et de la stomatite fuso-spirillaire;*

3° *L'identité de nature de l'angine de Vincent et de la stomatite ulcéreuse, qui représentent deux localisations d'une même infection.*

Nous avons été heureux de voir nos idées adoptées presque intégralement et exposées avec talent par M. Roque (2). La lecture des plus récents traités allemands de pédiatrie (3) nous montre que la même conception tend à prévaloir à l'étranger. Cette question n'a pas seulement un intérêt théorique : une notion précise de la nature des maladies doit en effet se trouver à la base d'une bonne description clinique.

Anatomie pathologique. — La topographie et l'aspect des ulcérations qui constituent la lésion essentielle de la maladie seront décrits à l'étude des symptômes. Mais nous devons indiquer de suite que la caractéristique anatomique de la stomatite ulcéreuse est la nécrose de la muqueuse. Les couches superficielles sont atteintes d'abord ; les altérations s'étendent peu à peu en profondeur, mais ne dépassent jamais le tissu cellulaire sous-muqueux : par là, la stomatite ulcéreuse se différencie absolument du noma. La mortification de la muqueuse est due soit à la compression des vaisseaux par une exsudation séreuse assez abondante (Cornil et Ranvier), soit aux propriétés biologiques spéciales de la symbiose fuso-spirillaire. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'un processus nécrosant et non d'un processus membraneux : à la vérité, les ulcérations sont recouvertes d'un enduit grisâtre, putrilagineux, mais qui n'a rien de commun avec la véritable fausse membrane fibrineuse, dont le type nous est fourni par la diphtérie. Les examens histologiques de Robin, de Cornil et Ranvier, montrent que cet exsudat est constitué uniquement par des débris mortifiés de la muqueuse, filaments irréguliers et onduleux, représentant des fibres élastiques et conjonctives, et englobant dans leurs intervalles des globules

(1) Moizard et H. Grenet. Sur la stomatite et l'angine ulcéreuses, *Arch. de méd. des enf.*, 1904, p. 577.

(2) Roque. Maladies de la bouche, *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique*, fasc. xv, 1906, J.-B. Baillière et fils, édit. — Cet auteur admet, comme nous, l'identité de la stomatite de Bergeron et de la stomatite fuso-spirillaire; il admet en outre que, seule, la stomatite fuso-spirillaire est vraiment ulcéreuse. Bien qu'il fasse rentrer, dans son étude des stomatites ulcéro-membraneuses, la description d'une stomatite à bacilles pyogènes et d'une stomatite polymicrobienne, il reconnaît que ces variétés sont surtout membraneuses et fort peu ulcéreuses, et que la seconde est d'origine dentaire. L'autonomie clinique et bactériologique de la stomatite ulcéreuse fuso-spirillaire, stomatite de Bergeron, nous paraît donc bien établie.

(3) Henoch. *Verl. u. Kinderk.*, 11e édition. — Moro, in *Handbuch f. Kinderheilkunde*, de Pfaundler et Schlossmann, Bd. II.

rouges, des leucocytes et des cellules épithéliales desquamées.

Notons en passant que les lésions sont identiques dans l'angine ulcéreuse de Vincent (Vincent, Raoult et Thiry, Lichtwitz et Sabrazès, Halipré et Lesueur).

Symptômes. — Entre le moment de la pénétration de l'agent pathogène et l'apparition des premiers symptômes, s'étend une période d'incubation, dont la durée, mal précisée, a été évaluée chez l'adulte, par Moussu, à deux ou trois jours (1).

Puis quelques phénomènes prodromiques peuvent survenir (courbature, anorexie, soif vive, bouche pâteuse); mais ils sont toujours très atténués; il semble même que, chez l'enfant, ils font le plus souvent défaut. En réalité, les premiers troubles qu'éprouve le malade consistent en de la douleur et en une chaleur désagréable dans la bouche. Si l'enfant n'est pas assez grand pour préciser ses sensations, on s'aperçoit qu'il s'alimente avec difficulté et crie dès qu'il commence à manger.

Symptômes locaux. — Les deux symptômes capitaux sont les *ulcérations* et la *fétidité de l'haleine*.

Ulcérations. — Il est rare que l'on examine la bouche avant que les ulcérations ne soient constituées : la rougeur généralisée de la muqueuse, qui, pour certains auteurs, représenterait le symptôme initial, est pour le moins exceptionnelle (Bergeron). Aux points où se formeront les ulcérations, aux lèvres, à la face interne des joues, on peut constater, si l'on observe la maladie dès son début, des plaques jaunes, circonscrites, traduisant les premières altérations épithéliales ; mais, d'après Bergeron lui-même, qui les a décrites, ces plaques jaunes sont inconstantes, et toujours, au bout de vingt-quatre heures, l'ulcération est manifeste.

Fait capital, les ulcérations, qui peuvent être plus ou moins nombreuses et occuper les diverses régions de la cavité buccale, sont *unilatérales* : la constatation de lésions disséminées des deux côtés de la muqueuse suffit presque à elle seule à faire rejeter le diagnostic de stomatite ulcéreuse; les quelques cas bien observés dans lesquels il en était ainsi sont trop exceptionnels pour qu'on en doive tenir compte en pratique.

On admet quelquefois que la maladie se localise le plus souvent à gauche; mais, d'après nos propres observations, il nous semble que, comme l'admettait Bergeron, elle atteint indifféremment l'un ou l'autre côté.

Les ulcérations, d'abord superficielles et limitées, s'étendent rapidement, surtout en surface. En profondeur, elles détruisent toute la muqueuse, mais se limitent là, et n'envahissent jamais les tissus sous-jacents. Elles ont en général une forme irrégulière, des bords tuméfiés, un fond recouvert d'un exsudat grisâtre et sanieux. C'est à cet exsudat, qui se détache parfois sous forme de lambeaux, que l'on donne improprement le nom de fausse membrane : mais il se laisse toujours écraser et dissocier plus facilement que les véritables fausses membranes; il n'est pas constitué, comme celles-ci, par une couenne fibrineuse. En général, on peut, avec un tampon de ouate ou un linge fin, le détacher assez aisément; il laisse alors à découvert une surface sanguinolente. Tant que l'ulcération continue à s'accroître, la muqueuse qui l'entoure est rouge, fortement congestionnée; cette rougeur s'atténue à la période d'état de la maladie et reparaît s'il se produit une nouvelle poussée.

Au pourtour des ulcérations, on ne constate *jamais* d'œdème ni d'induration : caractères négatifs de la plus haute importance, puisqu'ils permettent de différencier sûrement la stomatite ulcéreuse du noma.

Les ulcérations atteignent presque toujours les gencives (chez l'enfant, les gencives supérieures sont presque aussi souvent touchées que les inférieures; chez l'adulte, la localisation aux gencives inférieures est beaucoup plus fréquente), la face interne des joues et le repli intermaxillaire, plus rarement la voûte palatine, les lèvres (face postérieure), les bords de la langue. Leur aspect varie quelque peu selon le siège qu'elles affectent.

Les *ulcérations gingivales* se forment surtout au niveau des incisives, des canines et des premières molaires; elles débutent toujours par le bord libre, sous la forme d'une mince bande qui s'étend peu à peu, vers le repli gingivo-labial; elles provoquent un dépôt abondant de tartre dentaire. L'exsudat qui les recouvre est souvent plus épais et plus résistant que dans les autres régions.

Les *ulcérations de la face interne des joues* (ulcérations pariétales) se groupent principalement « sur le trajet d'une ligne qui, partant de l'espace intermaxillaire, irait se terminer à la commissure labiale. Elles sont donc en général situées au-dessus de l'orifice du canal de Sténon » (Bergeron). Elles ont une forme ovalaire, allongée d'avant en arrière; leur longueur moyenne atteint 15 à 20 millimètres, et leur largeur 6 à 8; mais les dimensions deviennent, bien entendu, plus considérables, lorsque deux ulcérations arrivent à se réunir et à se confondre : ce cas est fréquent. C'est surtout au niveau de la face interne des joues que l'exsudat se détache sous la forme de minces lambeaux friables et putrilagineux.

A la *voûte palatine*, les ulcérations restent très superficielles : elles se confondent d'ordinaire en avant avec une ulcération de la face postérieure de la gencive (Bergeron). Le voile du palais, la luette sont rarement atteints.

Les *ulcérations labiales* sont assez fréquentes. Elles s'opposent presque constamment à des ulcérations gingivales situées exactement en regard ; elles semblent donc être consécutives à une inoculation de la lésion gingivale correspondante. Parfois les ulcérations gingivales et labiales se confondent au niveau du repli gingivo-labial.

A la *langue*, les ulcérations siègent toujours sur les bords; elles coïncident avec des ulcérations gingivales ou pariétales.

Fétidité de l'haleine. — L'odeur de l'haleine exhalée par les malades n'est pas moins caractéristique que l'aspect des ulcérations. On ne constate une fétidité aussi marquée que dans deux autres affections buccales, le noma et la stomatite mercurielle. Plus infecte que celle de la stomatite mercurielle, l'odeur de la stomatite ulcéreuse ne donne pas une impres-

(1) Il est en général fort difficile de savoir à quelle date exacte a eu lieu la contagion; d'ailleurs, comme nous l'avons dit à propos de l'étiologie, la contagion n'est pas toujours en jeu, et il faut tenir compte de la possibilité d'une auto-infection. Moussu (cité par Bergeron), dans une épidémie atteignant des soldats campés près de Laghouat, a pu suivre, d'homme à homme, la transmission de la maladie par des ustensiles tels que bidons, quarts, etc.

sion de putréfaction, de décomposition cadavérique, aussi nette que celle du noma; un seul cas de stomatite ulcéreuse ne suffit pas, comme le fait le noma, à empester toute une salle d'hôpital; mais il est certain que l'odeur en est assez pénétrante pour incommoder les voisins du malade. Elle est assez particulière pour que, après l'avoir constatée une fois, on la reconnaisse aisément; nous avons eu maintes fois l'occasion de vérifier cette remarque de Bergeron. Lorsqu'on les connaît bien, les caractères de l'haleine suffisent presque à eux seuls, en dehors de tout autre examen de la bouche, à imposer le diagnostic.

Autres symptômes locaux. — Les autres signes locaux de la stomatite ulcéreuse sont loin d'avoir la même importance. Nous signalerons :

L'*engorgement des ganglions sous-maxillaires* : il est constant, d'autant plus accusé que les ulcérations sont plus nombreuses et plus profondes, persiste assez longtemps après la guérison des lésions de la muqueuse, se termine presque toujours par résolution et n'aboutit qu'exceptionnellement à la suppuration;

La *salivation*, toujours extrêmement abondante;

La *douleur locale*, très vive, exagérée par la pression, rendant l'alimentation fort difficile et provoquant l'insomnie. Lorsqu'elle est très intense, cette douleur peut déterminer un peu de trismus; le fait est pourtant assez rare : en règle générale, le trismus n'existe guère dans la stomatite ulcéreuse, alors qu'il est habituel dans les stomatites liées directement à une altération dentaire, et surtout à l'éruption de la dent de sagesse.

Symptômes généraux. — La fièvre reste d'ordinaire modérée, oscillant entre 37°5 et 39 degrés, et ne dépassant pas ce dernier chiffre; elle ne suit aucune courbe régulière. Le pouls est peu accéléré. Pourtant l'état général est assez profondément altéré : les malades sont pâles, abattus; la prostration est d'ailleurs plus intense chez les adultes que chez les enfants. De la diarrhée, des vomissements, surviennent très souvent.

Evolution. — La stomatite ulcéreuse atteint rapidement sa période d'état : en trois à quatre jours, les ulcérations sont bien développées; elles tendent à s'accroître en surface, et plusieurs d'entre elles peuvent se réunir. Dès ce moment, tous les signes locaux et généraux de la maladie existent au complet.

Alors l'évolution suit *une marche tout à fait différente, suivant que l'on applique ou non un traitement approprié.*

En l'absence de soins convenables, les ulcérations ne tendent que fort lentement à se réparer; la fétidité de l'haleine demeure très marquée, la prostration s'accuse de plus en plus. C'est ainsi que la maladie peut traîner pendant deux ou trois mois.

Ces formes prolongées ne s'observent plus guère depuis que l'on emploie couramment le traitement par le chlorate de potasse : en effet, sous l'influence de cette thérapeutique, tous les symptômes s'atténuent rapidement; les ulcérations se détergent, tendent à se cicatriser; et, presque toujours, la guérison est obtenue en moins de quinze jours.

Formes cliniques. — On pourrait donc distinguer une forme à marche chronique et une forme à marche rapide : en réalité, toute stomatite ulcéreuse tend à évoluer d'une manière chronique ou tout au moins subaiguë; c'est presque uniquement au traitement appliqué que sont dues les différences.

Cependant, dans certains cas, malgré des soins judicieux, et bien que la maladie ait paru tendre rapidement à la guérison, on observe des *rechutes* : d'ordinaire la rechute est unique; elle peut être double ou même triple; elle est en général plus bénigne que la première atteinte. Nous croyons que les rechutes sont dues bien souvent à ce que, les dents ayant été insuffisamment nettoyées à la fin de la première poussée, les bacilles fusiformes et les spirilles continuent à végéter à leur niveau, et réinfectent aisément une muqueuse encore en état de moindre résistance. Chez une de nos malades, âgée de six ans et demi, deux rechutes se sont ainsi produites, et la guérison définitive n'a été obtenue qu'après un nettoyage complet du tartre dentaire.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre sans mentionner la *coexistence de la stomatite et de l'angine ulcéreuses*. L'ulcération amygdalienne siège du même côté que les ulcérations buccales; elle a les mêmes caractères et suit la même évolution. Bergeron avait déjà signalé cette association; il la considérait comme rare : elle semble plus fréquente de nos jours, et on l'a signalée à maintes reprises depuis que l'attention a été attirée sur l'angine ulcéreuse de Vincent. Il est certain que l'angine ulcéreuse qui accompagne parfois la stomatite est cliniquement et bactériologiquement identique au type clinique isolé par Vincent; et nous répéterons encore une fois que stomatite ulcéreuse de Bergeron et angine ulcéreuse de Vincent représentent deux localisations, tantôt isolées et tantôt associées, d'une même maladie.

Complications. — Les complications de la stomatite ulcéreuse sont exceptionnelles; Nicolle a observé une éruption de placards œdémateux, non érythémateux; Pagliano et François ont signalé le purpura avec albuminurie. Suivant Simonin (1), chez les sujets porteurs de lésions ulcéreuses fuso-spirillaires de la région bucco-pharyngée (amygdales ou muqueuse buccale), peuvent se produire des accidents intéressant la peau (éruptions polymorphes, purpura), ou les séreuses (arthralgies, pleurésies), ou même les viscères (broncho-pneumonies, myocardites, néphrites) : ces complications seraient dues à des microbes pyogènes et spécialement au streptocoque, l'ulcération fuso-spirillaire spécifique créant une porte d'entrée pour ces infections banales. Quelle que soit leur pathogénie, il faut reconnaître que ces complications générales sont extrêmement rares.

Dans les formes traînantes, on note plus souvent des accidents locaux : déchaussement et chute des dents, nécrose et élimination du rebord alvéolaire (Damaschino, Bergeron, Hénoch).

Quant à la gangrène de la bouche, elle n'a été signalée que très exceptionnellement à la suite de la stomatite ulcéreuse : Bergeron, dans sa longue pratique, a observé cette complication une seule fois chez un soldat atteint en même temps de dysenterie chronique; il ne l'a jamais vue chez l'enfant; Hénoch l'a signalée deux fois; alors la mort est à peu près fatale. Mais le noma ne survient guère que dans les cas mal soignés et chez les malades profondément débilités; il n'est pas une suite normale de la stomatite ulcé-

(1) Simonin. *Soc. méd. des hôpit.*, 6 déc. 1901.

reuse ; il est toujours la manifestation d'une infection surajoutée, et l'on ne saurait confondre les deux maladies dans une même description, comme le faisaient les anciens auteurs, jusqu'à Rilliet et Barthez.

Pronostic. — Les complications graves de la stomatite ulcéreuse sont trop exceptionnelles pour en assombrir le pronostic général. On peut dire que cette affection est presque constamment bénigne, qu'elle se termine, dans l'immense majorité des cas, par la guérison complète et définitive. Il faut seulement compter avec les formes prolongées, rares quand la maladie est bien soignée, et avec les rechutes, qui cessent ordinairement de se reproduire dès que l'on prend la précaution d'enlever complètement le tartre dentaire.

Diagnostic. — Ulcérations unilatérales, salivation, fétidité spéciale de l'haleine, engorgement ganglionnaire, état général médiocre, guérison constante, lente en l'absence de traitement, rapide en cas contraire : tels sont les signes qui permettront de toujours reconnaître aisément la stomatite ulcéreuse. Nous ne nous attarderons pas à discuter le diagnostic de cette maladie et de la stomatite aphteuse, dont les ulcérations plus petites sont disséminées dans toute la bouche, — ou de la stomatite diphtérique, dans laquelle la fausse membrane, qui recouvre d'ailleurs une muqueuse peu altérée, est bien différente de l'exsudat de la stomatite ulcéreuse.

Quant aux stomatites liées directement à des altérations dentaires primitives, elles s'accompagnent en général d'un trismus intense; elles sont le plus souvent bilatérales.

C'est avec la *stomatite mercurielle* que le diagnostic est le plus difficile. Le plus souvent, les lésions de la stomatite mercurielle occupent les deux côtés de la bouche. Dans quelques cas pourtant il s'agit d'ulcérations unilatérales, offrant exactement l'aspect de la stomatite ulcéreuse de Bergeron. Mais alors l'odeur de l'haleine n'est pas la même; elle est plus aigre, moins pénétrante, moins franchement fétide. Chez une jeune femme accouchée depuis un mois, et qui continuait à prendre matin et soir une injection vaginale de sublimé, nous avons récemment observé une stomatite mercurielle dont les lésions offraient une apparence identique à celles de la stomatite ulcéreuse; mais, à elle seule, l'odeur différente de l'haleine nous mit sur la voie du diagnostic, qu'un rapide interrogatoire précisa bientôt. D'ailleurs, chez l'enfant, la stomatite mercurielle est rare; et comme elle reconnaît, lorsqu'elle se produit, une origine médicamenteuse, on est facilement éclairé sur sa véritable cause.

Faut-il signaler les différences entre la stomatite ulcéreuse et le noma? L'envahissement rapide des tissus sous-muqueux, l'apparition d'une eschare à la peau, l'œdème et l'induration excessive qui se développent autour de l'ulcération, la dénudation et la destruction des os, l'odeur cadavérique, horriblement repoussante, de l'haleine, le teint plombé, la petitesse et la rapidité du pouls, l'extrême gravité de l'état général, constituent un ensemble de symptômes bien propres à la gangrène de la bouche et qui ne permettent pas de la confondre avec la stomatite ulcéreuse.

Traitement. — Il existe un médicament spécifique de la stomatite ulcéreuse, c'est le chlorate de potasse ou le chlorate de soude. On doit l'employer *intus* et *extra*. A l'intérieur, on prescrira chaque jour, en potion, 2 grammes de chlorate de potasse ou de soude; dans les cas rebelles, on peut, même chez les enfants, élever la dose à 3 ou 4 grammes. En même temps, on pratiquera des lavages de la bouche (deux fois par jour) avec une solution de chlorate de potasse à 5 p. 100.

En général, sous l'influence de ce seul traitement, l'odeur de l'haleine se modifie rapidement, la salivation diminue, les ulcérations se détergent et tendent à se cicatriser.

Dans certains cas pourtant, il faut employer une médication topique plus active : l'attouchement des ulcérations avec du bleu de méthylène en poudre donne parfois de bons résultats; mais nous croyons qu'on obtient des modifications plus rapides en appliquant sur les lésions soit de la teinture d'iode, soit du chlorure de chaux en poudre (déjà recommandé par Bergeron); le chlorure de chaux a l'inconvénient d'être douloureux : il faut le réserver aux formes rebelles, après l'échec des autres moyens de traitement.

Une fois la guérison obtenue, on n'oubliera pas (nous avons déjà insisté sur ce point) de faire procéder à l'ablation du tartre dentaire, condition indispensable pour éviter les rechutes.

La douleur provoquée par les ulcérations rend l'alimentation malaisée : on nourrira les malades avec des potages, des bouillies, des purées, tous mets faciles à déglutir et ne nécessitant aucun effort de mastication.

Des indications thérapeutiques particulières peuvent être commandées par des troubles digestifs intenses (diète, purgation).

MÉDECINE PRATIQUE

QUELQUES PROCÉDÉS TRÈS SIMPLES DE THORACENTÈSE

Les appareils aspirateurs utilisés pour faire la thoracentèse ne sont pas très compliqués; leur maniement expose cependant à des erreurs de technique qui, si elles ne déterminent le plus souvent aucun accident, sont toujours d'un effet fâcheux pour le malade, pour son entourage, et, par conséquent aussi, pour le médecin. Ces erreurs et leurs suites ne sont pas à craindre si l'on se sert d'autres appareils, qui ne sont pas nouveaux pour la plupart, mais qui ne sont encore ni assez connus, ni assez employés.

Voici, par exemple, le siphon de Duguet; il se compose d'un trocart et d'un tube d'écoulement avec entonnoir; le trocart lui-même est constitué par trois pièces : une canule terminée à son extrémité libre par un robinet à clef; un obturateur de la canule appelé boîte à cuirs et une lame; celle-ci a une extrémité perforante plus volumineuse, aussi ne peut-elle, quand on la retire après ponction faite, sortir complètement de la boîte à cuirs qui lui est adaptée. Le tube en caoutchouc, long de 1^m^10, est muni à une extrémité d'un robinet avec clef, à l'autre d'un entonnoir.

La manœuvre du siphon de Duguet est très facile; le trocart introduit dans la cavité pleurale, on retire la lame jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par son extrémité plus volumineuse dans l'obturateur; on tourne alors la clef de la canule et on enlève complètement lame et obturateur. Le tube amorcé avec de l'eau bouillie est adapté à l'extrémité de la canule; les deux robinets sont ouverts, l'entonnoir abaissé au-dessus d'un bocal, et l'écoulement se fait par une aspiration mo-

dérée et régulière. Nous avons pratiqué, avec le siphon de Duguet, un certain nombre de thoracentèses pendant et depuis notre internat à l'hôpital Lariboisière et nous n'avons jamais observé le moindre incident. Ce siphon est employé dans quelques hôpitaux de Paris et de province ; à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le siphon a été adopté dans le service de M. le professeur Ollive, qui en a montré les avantages à l'une des dernières séances de la Société médico-chirurgicale (1).

Le tube pleural de Bergé (2) est encore plus simple ; c'est une aiguille creuse à laquelle s'adapte un tube de caoutchouc de faible diamètre et long de 80 centimètres à 1 mètre ; pour faire la thoracentèse avec ce tube, il faut encore, mais ceci est dans toutes les trousses, une seringue en verre et une petite pince à forcipressure. L'aiguille étant fixée à un bout du tube de caoutchouc, on emplit le tube d'eau bouillie avec la seringue et on vérifie le bon fonctionnement du siphon. Quand l'écoulement est régulier, on ferme l'extrémité du tube avec la pince ; la ponction faite, on abaisse l'extrémité libre du tube ; on ouvre alors la pince à forcipressure et le liquide pleural s'écoule très lentement.

A Marseille, le professeur Boinet (3) évacue, sans aspiration, les produits pathologiques de la plèvre, qu'ils soient liquides ou gazeux, au moyen d'un drain à valves. Ce petit appareil se compose essentiellement d'un tube en caoutchouc obturé à une de ses extrémités et présentant une fente terminale ou deux fissures latérales ; le drain peut être placé à l'extrémité d'une canule ou simplement adapté au tube d'adduction, préalablement amorcé, de l'appareil Potain ; le contenu de la plèvre s'écoule lentement et, pendant l'inspiration, l'accolement des fentes du tube évacuateur évite la pénétration de l'air extérieur dans la plèvre.

Ces procédés très faciles de thoracentèse nous paraissent présenter un grand intérêt pratique. Les épanchements pleuraux sont en effet parmi les affections dont le diagnostic est souvent très difficile et dont le traitement n'est pas toujours conduit avec assez de décision. Pour parfaire le diagnostic, il est cependant un moyen très simple, c'est la ponction exploratrice, dont il faut user presque sans réserve. La présence de liquide étant ainsi reconnue, les indications de la thoracentèse seront appuyées sur des données certaines. Nous ne voulons pas dire qu'il faille évacuer tout épanchement pleural dont le diagnostic est positif ; ce serait une erreur thérapeutique grave, puisqu'il est admis aujourd'hui que la plupart des pleurésies, les pleurésies tuberculeuses, ne doivent être ponctionnées que dans certaines conditions de quantité ou à certains moments de leur évolution clinique. Mais il est d'autres pleurésies, ou plutôt d'autres épanchements pleuraux, dont l'évacuation, cependant très utile, n'est pas assez souvent pratiquée ; ce sont, par exemple, les épanchements pleuraux des cardiaques. Le fait de disposer d'appareils d'une simplicité extrême incitera peut-être à ponctionner plus fréquemment ces épanchements pleuraux ; dans bien des cas, la thoracentèse procure au malade, sinon la guérison du syndrome asystolique, tout au moins un grand soulagement ; elle permet aussi à la digitale d'agir avec efficacité, car elle supprime un de ces barrages périphériques ou viscéraux, qui sont, comme l'a bien montré Huchard, une cause très fréquente des insuccès de la digitale.

M. BRELET.

(1) Ollive. Thoracentèse et siphon de Duguet, *Soc. méd.-chir. des hôpit. de Nantes*, 9 mars 1909.

(2) A. Bergé. Art. pleurésies, *Traité de méd.*, t. III, 1909.

(3) Boinet. Indications de la thoracentèse sans aspiration, *Arch. gén. de méd.*, 1905, t. I, p. 80. — V. Arbez. *La thoracentèse sans aspiration par le drain à valves de Boinet*, Th. de Lyon, 1907-1908, nº 16.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 22 mars 1909)

Pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires. — M. Cany. En s'appuyant : 1° Sur l'insuccès des expérimentateurs qui ont employé une technique imparfaite (pulvérisateurs grossiers, quantité insuffisante de particules liquides dans une atmosphère non saturée, etc.) ;

2° Sur les conclusions d'Emmerich qui a pu retrouver et doser dans le tissu pulmonaire les liquides inhalés *après un poudroiement rigoureusement défini* ;

3° Sur les remarquables travaux de Küss, relatifs à la pénétration jusqu'aux alvéoles de bouillons de culture tuberculeuse pulvérisés et à l'inoculation qu'il a pu réaliser par cette voie ;

4° Enfin, sur l'augmentation quantitative du taux d'arsenic trouvé par lui dans les poumons d'animaux, ayant inhalé l'eau arsenicale de la Bourboule.

M. Cany arrive à conclure que les liquides bien poudroyés pénètrent d'une façon certaine dans les voies respiratoires profondes, à la condition que les gouttelettes produites soient de très petites dimensions et que leur nombre dans l'air inspiré soit le plus grand possible.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 26 mars 1909)

L'engraissement et l'amaigrissement au cours de l'ictère par rétention. Leur valeur séméiologique. — MM. G. Caussade et G. Leven. Au cours du syndrome ictère par rétention caractérisé par tous ses signes classiques, décoloration absolue des matières fécales, existence de pigments biliaires dans les urines, prurit, bradycardie, etc., les auteurs ont pu observer, dans leur service de l'hôpital Tenon, des malades dont le poids ne diminuait pas et d'autres dont le poids augmentait, malgré la longue durée de l'ictère (dix mois, dans une observation).

Tous les auteurs affirment que l'ictère par rétention est toujours cause d'amaigrissement, et paraissent trouver dans les faits expérimentaux l'explication de cet amaigrissement. On sait, en effet, que tout malade ou tout animal porteur d'une fistule biliaire maigrit rapidement parce que les graisses ne sont pas digérées, la bile ne pénétrant pas dans l'intestin.

L'observation clinique démontre, au contraire, que l'ictère par rétention n'est pas, à lui seul, une cause suffisante d'amaigrissement ; elle prouve que les ictériques par rétention dont on voit le poids rester stationnaire ou augmenter ont dû ce bénéfice à ce fait qu'on les a bien alimentés et de façon spéciale.

Les malades doivent prendre 2 litres à 2 litres et demi de lait par vingt-quatre heures, la quantité variant selon la taille et le poids des malades ; ils conservent leur poids et souvent quittent l'hôpital ayant engraissé de 1 à 2 kilogs.

Ces ictériques sont souvent anorexiques et comme on n'insiste pas sur la nécessité de les nourrir, ils maigrissent comme tout autre malade insuffisamment nourri.

Dans ces conditions spéciales d'alimentation préconisées par les auteurs, l'évolution des maladies, les opérations chirurgicales et les autopsies apprennent que l'ictérique par rétention qui maigrit est un malade dont l'ictère a une cause maligne, tandis que l'ictérique par rétention dont le poids reste fixe est un malade dont l'ictère a une cause bénigne.

De leurs observations, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Tout ictérique par rétention, suffisamment alimenté, qui

ne maigrit pas, n'est pas un cancéreux, quels que soient la durée de l'ictère et l'âge du malade;

2° Tout ictérique par rétention, suffisamment alimenté, qui maigrit, est un cancéreux.

Cancer latent de l'estomac à forme anémique. — MM. Clerc et Gy. Il s'agissait d'un homme âgé de quarante et un ans, grand alcoolique, entré à l'hôpital pour des signes d'anémie extrême et des troubles digestifs assez vagues; les vomissements, peu fréquents au début, cessèrent dans la suite; jamais il n'y eut d'hématémèse, et l'appétit était relativement conservé; on ne notait la présence d'aucune tumeur appréciable à la palpation. La mort survient en quelques semaines avec des signes de déglobulisation intense et d'anasarque généralisée. L'examen du sang avait donné les résultats suivants : globules blancs, 6 000; hématies, 650000; valeur globulaire, 0,50; hémoglobine, 7 p. 100; polyneutrophiles, 85; lymphocytes, 10; gros mononucléaires, 4; éosinophiles, 0,4; myélocytes neutrophiles, 0,5; on comptait un normoblaste pour 400 leucocytes.

L'autopsie montra l'existence d'un cancer colloïde de la petite courbure ayant envahi les ganglions périgastriques, il n'y existait aucune trace de généralisation. Le foie et la rate étaient légèrement scléreux, la moelle osseuse était en pleine réaction et transformée, microscopiquement, en un tissu compact renfermant de nombreux myélocytes et globules rouges nucléés.

Les auteurs insistent sur les difficultés du diagnostic, en pareilles circonstances. A part la diminution de la valeur globulaire, fait d'ailleurs inconstant, il n'est pas de signe qui permette de différencier hématologiquement le cancer gastrique anémique de l'anémie pernicieuse véritable. Dans le cas présent, l'examen des matières fécales montra l'existence de petites hémorragies répétées et permit de soupçonner la nature de la maladie.

L'insuffisance cardiaque traitée par les injections intraveineuses de strophantine. — MM. Vaquez et Leconte communiquent deux cas dans lesquels les résultats ont été surprenants.

Il s'agissait de myocardites à marche subaiguë sans lésion rénale, arrivées au dernier terme de l'asystolie, avec dilatation cardiaque excessive, insuffisances fonctionnelles multiples, congestion hépatique considérable et apoplexie pulmonaire à répétition. Les médications usuelles étaient devenues absolument inactives.

La strophantine, injectée d'abord à la dose unique de 1 milligramme, détermina une diurèse abondante, mais qui ne persista pas.

Peu de jours après, injectée d'une façon soutenue à la dose de un demi, puis de un milligramme tous les deux jours, et ensuite tous les trois jours, elle rétablit la diurèse, fit disparaître les œdèmes et tous les symptômes morbides; en même temps que le cœur se rétractait et que les insuffisances fonctionnelles rétrocédaient. L'un des sujets, aujourd'hui guéri, a pu supporter l'épreuve de la chlorurie alimentaire sans être incommodé; l'autre — malade depuis huit mois — est en pleine voie de guérison.

L'emploi de la strophantine est loin d'être sans danger. Il importe de ne pas l'oublier. En dehors des accidents locaux qui ont été signalés et qui peuvent être négligeables, des cas de mort subite ont été rapportés et les auteurs ont pu en observer un cas.

Est-ce suffisant, cependant, pour rejeter de la thérapeutique une méthode et une substance qui ont pu, d'autre part, donner de merveilleux résultats?

Si l'on raisonnait ainsi, on priverait la thérapeutique de la plupart des médicaments héroïques qui sont d'un si utile secours.

Ce qu'il importe de savoir, c'est que la « zone maniable » de la strophantine est très étroite, que le médicament ne doit être donné, jusqu'à présent tout au moins, que dans des cas où les autres substances se sont montrées inefficaces, qu'il faut le réserver au cas où l'insuffisance rénale n'est pas liée à une lésion concomitante du rein, et qu'il est indispensable de commencer par injecter des doses minimes (un demi-milligramme tous les deux jours) pour arriver à la dose active de un milligramme, lorsque la tolérance du malade est suffisamment prouvée.

La voie intra-veineuse est la seule à employer, les injections sous-cutanées étant très douloureuses et l'administration par la bouche très infidèle.

Cyphose familiale à début précoce. Acromégalo-gigantisme. — MM. Danlos, Apert, Lévy-Frankel présentent à la Société deux sujets faisant partie d'une famille dont la plupart des membres sont atteints de cyphose de la partie supérieure du dos, débutant dans la première enfance, entre cinq et sept ans, sans intervention de traumatisme. Ces sujets cumulent en outre les anomalies. Plusieurs d'entre eux portent trois et même quatre mamelons. L'un d'eux possède deux incisives surnuméraires, l'une énorme, poussée à vingt-sept ans, l'autre qui commence à sortir de la mâchoire, à quarante-cinp ans, en arrière de l'incisive médiane normale. La plupart des sujets ont un prognatisme accentué, avec hypertrophie de la mâchoire inférieure, qui leur donne le facies acromégalique. L'un d'eux, âgé de dix-sept ans, est même un type d'acromégalo-gigantisme. Toutefois, la radiographie du crâne n'a pas montré d'élargissement de la selle turcique. Il s'agit sans doute néanmoins d'une tendance familiale à l'hyperfonctionnement de l'hypophyse, se traduisant chez la plupart des sujets par des signes d'acromégalie fruste (prognatisme, cyphose), et aboutissant chez un d'entre eux par un acromégalo-gigantisme typique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 27 mars 1909)

Résistance et activité des globules blancs dans les leucémies. — MM. Achard, L. Ramond et Foix ont appliqué aux globules blancs du sang leucémique la recherche de la résistance au moyen d'une solution hypotonique de chlorure de sodium et celle de l'activité au moyen des levures de muguet stérilisées.

Dans trois cas de leucémie comprenant une leucémie myéloïde, une leucémie lymphatique et une leucémie aiguë à gros mononucléaires basophiles, les leucocytes normaux avaient conservé une résistance forte et une activité sensiblement normale. Mais il n'en était pas de même des leucocytes pathologiques. Si leur résistance était à peu près semblable à celle des éléments normaux de la même variété, leur activité, par contre, était très diminuée ou même nulle, aussi bien pour ceux de la série myéloïde, normalement très actifs, que pour les lymphocytoses généralement inactifs.

Déjà MM. Achard, Ramond et Feuillié avaient étudié dans un cas de leucémie myéloïde la résistance leucocytaire avec une solution d'urée et l'activité avec des grains d'encre de Chine : la résistance était diminuée, surtout pour les myélocytes, et l'activité très faible. Plus tard, M. Parvu avait trouvé, dans un cas de leucémie myélogène, les polynucléaires moins actifs pour le bacille d'Eberth et le staphylocoque, tandis que les myélocytes tendaient à les suppléer dans cette fonction.

Action physiologique et hémorragipare chez le lapin des extraits desséchés de têtes de sangsues. — MM. P.-Em. Weil et Boyé exposent les résultats de leurs expériences entreprises avec ces extraits qui paraissent bien plus actifs que les macérations puisque chez les lapins injectés avec des

doses d'extrait correspondant à la quantité habituelle (trois têtes par kilogramme d'animal) on a trouvé un sang qui coagula en un temps variant entre vingt-quatre heures et sept jours, puisque, d'autre part, avec des quantités très minimes (une tête à trois têtes pour des lapins de 2 kilogrammes) on a noté des temps de coagulation variant de seize heures à deux jours et demi. Ce retard de coagulation est peu marqué quand on prend le sang six heures après l'injection intra-veineuse. Les auteurs ont obtenu des retards de coagulation après les injections sous-cutanées ou intra-péritonéales d'extrait.

Ils signalent encore l'action hémorragipare de ces extraits : quatre lapins sur quinze sont morts d'hémorragie survenue au point où l'injection avait été faite dans la veine de l'oreille; le pincement des téguments a provoqué des ecchymoses; l'ablation d'une dent a été cause d'une hémorragie mortelle; un coup donné sur une articulation fémoro-tibiale détermina une hémarthrose; l'injection d'acide chromique dans le rein suivie quelques jours après de l'injection intra-veineuse d'extrait entraîna une hématurie mortelle; enfin on nota souvent des hématomes cervicaux malgré des ligatures soigneuses sur la carotide où la prise de sang avait été pratiquée.

Reproduction expérimentale des taches rosées lenticulaires. — MM. A. Chauffard et Jean Troisier ont étudié chez l'homme l'action de la toxine typhique en injections intradermiques. Suivant le degré de dilution de la toxine, ils ont obtenu toute une gamme de réactions congestives, depuis la nappe érythémateuse légère jusqu'à l'hémorragie dermique interstitielle entourée d'une zone congestive intense. Jamais cependant les lésions cutanées n'ont été jusqu'à la nécrose et la *restitutio ad integrum* a toujours été parfaite. En général ces réactions cutanées ont été nettement plus marquées chez les typhiques que chez les autres malades. Cependant, l'extrême sensibilité du procédé, qui détermine des lésions érythémateuses légères même chez des sujets sains à la suite d'injections de traces de toxine, ne lui permet pas d'entrer dans la pratique courante en vue d'un intra-dermo diagnostic de la dothiénentérie.

L'injection de traces de toxine dans le derme leur ont permis de réaliser facilement chez certains typhiques des taches rosées lenticulaires absolument authentiques. Cette reproduction expérimentale des taches rosées permet de concevoir celles-ci comme de véritables réactions vaso-dilatatrices locales consécutives à la localisation de quelques bacilles d'Eberth dans le derme. Ces réactions spontanées ou provoquées sont d'ailleurs variables suivant les sujets et présentent un certain parallélisme, les taches expérimentales étant plus faciles à provoquer chez les typhiques présentant une éruption abondante de taches rosées.

M. Mesnil communique une note sur le **rôle pathogène du micrococcus melitensis chez la chèvre et chez le cobaye.** — Signalons en outre une note de M. Manau sur la **résistance des cobayes tuberculeux à la tuberculine**; — une note de M. Sorel sur **l'action de l'iodure de K sur les cobayes tuberculeux**; — une note de M. Weinberg sur les **réactions spécifiques chez les anciens porteurs de kystes hydatiques.**

Massues d'Auerbach. — M. Nageotte fait part de ses recherches sur les granulations qui existent à la périphérie de la cellule nerveuse, visibles surtout à l'aide des fixateurs rétractant beaucoup le tissu nerveux (formol à 15 p. 100), granulations connues sous le nom de massues d'Auerbach, de nature lipoïde, et qui paraissent bien distinctes des arborisations terminales de Cajal.

Les Névroses, par le docteur Pierre Janet, professeur de psychologie au Collège de France. In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, E. Flammarion.

FORMULAIRE

DÉCHIRURE DU COL

Si la déchirure est peu étendue, faire un pansement antiseptique à la gaze imbibée de :

Thigénol	20 grammes.
Eau distillée	50 —
Teinture d'iode	XX gouttes
Alcool rectifié	50 grammes
Glycérine neutre	200 —

Si la déchirure est étendue, insuffler de la poudre d'Airol et appliquer un tampon de gaze.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 19 AU 24 AVRIL 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 23 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Roger et Lœper; — (2e série) : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Hartmann et Branca; — (2e série) : MM. Reclus, Retterer et Mulon; — (3e série) : MM. Delbet, Rieffel et Macaigne.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Langlois; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie). *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Cunéo... — M. André Jousset, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Sicard, suppléant.

Samedi 24 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Auvray et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert Ballet, Brumpt et Nicloux.

1er (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Launois et Morestin; — (2e série) : MM. Retterer, Thiéry et Marion.

2e : MM. Prenant, Langlois et André Broca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Remy et Ricard; (2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Fernand Bezançon; — M. Balthazard, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Gilbert, Rénon et Gouget; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Castaigne et Nobécourt.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Claude, suppléant.

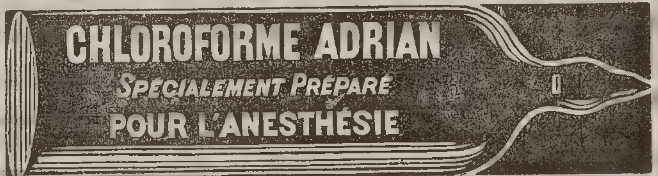
THÈSES

Mercredi 21 avril 1909, à une heure. — M. Macé de Lépinay. Etude sur les crampes professionnelles. (MM. Brissaud, président; Reclus, Segond et Marcel Labbé.) — M. Amagat. Contribution à l'étude de la tarsoptose. (MM. Reclus, président; Brissaud, Segond et Marcel Labbé.) — M. Gérard. Des fibromes de la paroi et de leur nature histopathologique. (MM. Segond, président; Brissaud, Reclus et Marcel Labbé.)

Jeudi 22 avril, à une heure. — M. Salmon. Le portefeuille d'Achille de Harlay. (MM. Debove, président; Gilbert Ballet, Chauffard et Jeanselme.) — M. Carle. Essai sur quelques points de criminalogie. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Chauffard et Jeanselme.) — M. Daufresne. Epidaure. Les prêtres, les guérisons. (MM. Chauffard, président; Debove, Gilbert Ballet et Jeanselme.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AU CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Classement des candidats.* — Sont déclarés admissibles dans l'ordre suivant : MM. Ribierre, Camus, Balthazard, Deguy, Merklen, Armand-Delille, Lemierre, Froin, Rostaine qui ont obtenu 40 points; Bensaude qui a obtenu 39 points.

Sont en outre déclarés *ex æquo* avec les admissibles : MM. Pagniez, Boidin, Courcoux, qui ont obtenu 39 points.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 29 mars. — MM. Alglave, 24; Chifoliau, 27; Lardennois et Okinczye, 22.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 29 mars (soir) : Question donnée : « Trajet et rapports de l'artère axillaire (sans les branches). — Pleurésie diaphragmatique. »

MM. Renault (Ch.), 10 + 20 = 30; Fabre, 15 + 27 = 42; Corpechot, 13 + 19 = 32; Desbouis, 14 + 19 = 33; Finot, 9 + 16 = 25; Bloch (André), 13 + 21 = 34; Gauchery, 13 + 17 = 30; Brocq, 13 + 23 = 36; Pruvost (Pierre), 14 + 19 = 33; Séjournet, 15 + 24 = 39.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 1er avril, à neuf heures et demie, à la Charité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux aura lieu, le jeudi 6 mai 1909, à l'Hospice général.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice général, avant le 11 avril.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ADJUVAT. — Un concours pour cinq places d'aides d'anatomie s'ouvrira le 3 mai 1909, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, Français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 24 avril inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1909.

— M. le docteur Lenormand, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies des voies urinaires pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Albarran.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. le docteur Lépine, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies mentales, pendant la durée du congé accordé, sur sa demande, professeur Pierret.

— M. le docteur Lesieur, agrégé, est chargé d'un cours de clinique médicale pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Lépine.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours s'ouvrira le 21 juin 1909, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— CLERMONT-FERRAND. — M. le docteur Bruyant, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé d'un cours d'histoire naturelle pendant la durée du congé accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. le professeur Girod.

— LIMOGES. — M. le docteur Garraud, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est nommé professeur de chimie et toxicologie.

— REIMS. — M. le docteur Tournade est institué, pour une période de neuf mois, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— ROUEN. — M. le docteur Dumont, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1910.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en bronze est décernée à MM. Fauvet, Raymondaud, Ruaud, internes à l'hôpital de Limoges.

STATISTIQUE. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la onzième semaine, 1113 décès, au lieu de 1225 pendant la semaine précédente et de 1064, moyenne ordinaire de la saison.**

Les maladies épidémiques sont rares; toutefois on remarque une recrudescence de la fièvre typhoïde et de la rougeole.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 217 décès, au lieu de 291 pendant la semaine précédente (moyenne 194).

La phtisie pulmonaire a causé 224 décès (moyenne 229).

(Voir la suite des NOUVELLES, *p. 461.)*

L'ANALGÉSIE RÉGIONALE

SON APPLICATION A LA LANGUE

Par L. CHEVRIER,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Comme le professeur Reclus, dont je m'honore d'avoir été l'élève et un élève aussi attentif que possible, je crois que l'analgésie locale doit être préférée chaque fois qu'elle est *possible et suffisante*, à l'anesthésie générale.

C'est le culte que j'ai voué à l'anesthésie locale qui m'engage à publier une modeste technique d'analgésie régionale de la langue que je n'ai vue décrite nulle part.

Avant d'en venir à la description très simple de mon petit procédé, je me permettrai de rappeler la différence qui sépare l'analgésie régionale de l'analgésie locale.

L'*analgésie locale* est réalisée par l'injection de liquide anesthésique dans le champ opératoire lui-même et pour que le malade ne souffre pas, il faut et il suffit qu'un instrument, bistouri, pince ou aiguille, n'agisse jamais que sur des tissus imprégnés, *baignés* de liquide anesthésique.

Dans l'*analgésie régionale*, qui est une analgésie non plus locale, mais localisée et à distance, le liquide anesthésique est porté à travers les tissus, au contact d'un nerf, dont il réalise par imbibition la section physiologique (F. Franck). Ainsi tout le territoire sensitif du nerf est insensibilisé à la douleur et appartient à l'opérateur (1).

Dans l'*analgésie locale*, le chirurgien doit travailler dans l'*œdème analgésique*; dans l'*analgésie régionale*, il opère *en tissus normaux*, *non modifiés*; là est la différence essentielle.

L'analgésie régionale offre sur l'analgésie locale l'avantage de soustraire à la douleur un *territoire relativement considérable* pour la quantité de liquide anesthésique injecté; elle enlève à l'opérateur le souci constant de ne pas laisser son bistouri ou son aiguille *s'égarer hors du bain analgésiant*; elle ne *déforme* pas la région opératoire par un œdème souvent irrégulier et qui gêne parfois beaucoup pour la *précision* de certaines incisions, la *régularité esthétique* de certaines exérèses.

Mais il faut avouer de suite que ces *avantages* sont *plus théoriques que pratiques*, car rares sont les territoires de l'économie humaine innervés par des troncs nerveux facilement abordables ou que permettent de trouver des repères fixes.

Que si nous voulons faire l'inventaire de l'analgésie régionale, nous constatons que peu nombreuses sont ses applications. On peut pour la clarté répartir celles-ci en trois groupes :

α. L'analgésie régionale est employée conjointement avec l'analgésie locale : ce sont les *procédés mixtes*. Le type en est représenté par l'extirpation d'une petite tumeur (lipome, hygroma, tumeur thyroïdienne) au moyen d'une incision courbe ou à lambeau : une injection intradermique, traçante, circonscrit la périphérie du lambeau, permettant au bistouri de le délimiter sans douleur ; une injection sous-cutanée, régionale, à la base du lambeau permet de disséquer sa face profonde, de le relever. La cocaïnisation interstitielle du cordon pour obtenir l'analgésie épididymo-testiculaire rentre aussi dans ce groupe. Dans ces procédés mixtes, l'analgésie régionale n'est qu'un auxiliaire secondaire de l'analgésie locale.

β. Dans certains cas exceptionnels, on a pratiqué des *amputations après cocaïnisation des gros nerfs* à distance (amputation de jambe après cocaïnisation du sciatique à la cuisse, désarticulation de l'épaule après injection dans les troncs du plexus brachial); mais ces faits sont si rares et si spéciaux, qu'ils doivent être mis à part.

γ. Des procédés typiques d'*analgésie régionale pure* sont décrits.

1° Au NIVEAU DES DOIGTS ET DES ORTEILS : c'est le procédé de la bague au doigt du professeur Reclus, si communément employé, si merveilleux et si utile.

2° Au NIVEAU DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE : mon ami Chevassu a étudié, en 1903, un procédé d'analgésie du nerf dentaire inférieur au voisinage de l'épine de Spix. Le procédé a été expérimenté dans le service du professeur Reclus, qui le décrit dans son livre sur *l'anesthésie localisée par la cocaïne* (p. 171). Le professeur Delbet, tout récemment à la Société de chirurgie, a dit avoir eu recours à ce procédé pour diagnostiquer le siège de la lésion causale dans une névralgie du trijumeau.

3° Au NIVEAU DE L'OREILLE (1) : Gomprez en 1900, Neumann en 1906 ont décrit la façon d'anesthésier par piqûre le tympan et l'oreille moyenne; von Eicken, en 1904, a donné une technique pour analgésier le conduit auditif externe.

4° Au NIVEAU DU LARYNX : Après les essais de Vierck et de Braun, Frey a réussi à anesthésier les nerfs laryngés supérieurs; en 1907, avec mon ami Cauzard (2), j'ai précisé la façon d'atteindre sans

---

(1) Je tiens à spécifier que je prends le terme d'*analgésie régionale* dans son sens classique et courant, tel qu'il est entendu par le professeur Reclus : analgésie par injection périnerveuse et interstitielle (à travers les tissus).

Si on voulait donner au mot toute sa valeur générale, on devrait faire rentrer dans l'analgésie régionale :

1° L'*analgésie par injection intra-rachidienne* de liquides divers qui atteint les nerfs et peut-être les centres nerveux dans les cavités méningées ;

2° L'*analgésie par injection épidurale*, qui atteint les nerfs dans le canal rachidien, en dehors de la dure-mère ;

3° L'*analgésie par injection intra-vasculaire* (novocaïne) et arrêt local de circulation que les Allemands emploient depuis quelque temps. (XXXVIe Congrès de chirurgie allemand, 1908, communication de Bier.)

Les *techniques* absolument particulières, les *modes d'action* totalement différents, les *accidents* spéciaux font un devoir de ne pas rapprocher l'analgésie régionale par voie intra-rachidienne, l'analgésie régionale par voie épidurale, l'analgésie régionale par voie intra-vasculaire, et l'analgésie régionale classique par injection interstitielle et périnerveuse, la seule que je veuille envisager ici.

(1) MOLIMARD. *L'anesthésie locale pour les opérations pratiquées sur l'appareil auditif*, Th. de Paris, 1906-1907, n° 348.

(2) L. CHEVRIER et P. CAUZARD. L'analgésie et l'anesthésie régionales du larynx par cocaïnisation des nerfs laryngés supérieur et inférieur, *Bull. méd.*, 16 fév. 1907.

erreur possible ces nerfs en se servant de la lame du cartilage thyroïde comme repère, et j'ai indiqué la voie, à mon avis la meilleure, pour analgésier au besoin les nerfs laryngés inférieurs.

5° J'ai eu occasion de réaliser également l'analgésie régionale au NIVEAU DE LA LANGUE, et c'est ce petit procédé que je voudrais décrire. C'est un territoire nouveau que j'ajoute au peu vaste domaine de l'analgésie régionale.

Technique de l'analgésie régionale de la langue. — Le nerf lingual est facile à atteindre pour qui veut le chercher : il est immédiatement sous la muqueuse au milieu du sillon qui sépare la gencive, en regard de la dernière molaire, du bord latéral de la langue; il suffit, d'après Farabeuf, d'inciser la muqueuse en ce point pour le mettre à nu d'un seul coup de sonde cannelée.

Connaissant sa *situation anatomique*, rien n'est simple comme de l'entourer d'une boule d'œdème anesthésique. Le malade étant couché et le demeurant, comme pour toute cocaïnisation (si on emploie la cocaïne), on commence par *anesthésier la muqueuse* de son sillon linguo-gingival en y déposant un fragment de compresse, imbibé de liquide anesthésique. Comme la langue est un organe essentiellement mobile, on veillera à ce que le petit tampon ne soit pas repoussé. Le plus simple est de le monter sur une pince et de le maintenir une ou deux minutes au bon endroit.

Ayant demandé au malade d'ouvrir largement la bouche et utilisant au besoin un ouvre-bouche, on lui fixe la langue tirée au dehors, en la maintenant avec une compresse. Si le sillon linguo-gingival ne semble pas bien ouvert, on déprime le bord de la langue avec un étroit écarteur. On pique la muqueuse anesthésiée au milieu du sillon et à hauteur de la dernière molaire et on pousse l'injection peu à peu, jusqu'à 2 centimètres de profondeur environ.

Pour être certain que le *nerf baigne* bien de partout dans le liquide analgésiant, on fera une autre piqûre et une autre injection un peu au dehors de la première.

Il suffit d'attendre quelques minutes, en *massant légèrement* la région œdématiée avec un petit tampon monté sur une pince pour que l'analgésie soit absolument complète.

Le *territoire analgésié* atteint à peu près la ligne médiane et comprend la face dorsale de la langue, sa face inférieure et le plancher de la bouche, pour *une piqûre unilatérale*. Si on a fait une piqûre au niveau des *deux nerfs* linguaux, *toute la partie de la langue qui est en avant des piqûres et tout le plancher sont analgésiés*. La surface anesthésiée est donc considérable pour une quantité minime d'anesthésique.

Sans doute cette analgésie régionale de la langue n'est pas toujours nécessaire, et on pourra continuer à user dans bien des cas de l'analgésie locale simple.

Les *indications* de son emploi sont à mon avis : les *lésions multiples* ou l'*étendue de l'exérèse*.

C'est dans un cas de *lésions multiples* de la langue que j'ai eu l'idée d'essayer cette analgésie régionale. Il s'agissait d'un homme porteur de deux lésions ulcéreuses siégeant toutes les deux sur le côté gauche de la langue, l'une sur la face dorsale près du bord, l'autre plus antérieure à l'union de la face inférieure et du plancher. Je n'insisterai pas sur la description de ces ulcérations douloureuses, sur lesquelles je fis le diagnostic de tuberculose (vérifié par l'examen histologique) et pour lesquelles je proposai l'extirpation. S'il n'y avait eu qu'une ulcération, je me serais contenté d'une analgésie locale ordinaire. C'est la duplicité et l'éloignement relatif des lésions qui m'a fait songer à une analgésie régionale unique. J'ai employé sur lui le procédé ci-dessus décrit et le malade n'a eu aucune sensation douloureuse pendant sa double exérèse.

Je crois que l'*étendue de l'exérèse* pourrait commander dans certains cas l'anesthésie régionale que j'ai décrite : une injection bilatérale rendrait possible cette large extirpation de toute la muqueuse dorsale de la langue que M. Morestin préconise dans certaines formes de leucoplasie linguale étendue.

Cette analgésie (1) régionale de la langue peut être obtenue par *tous les anesthésiques locaux* et c'est à dessein que je me suis appliqué à ne pas préciser la nature du liquide injecté. La méthode reste la même, qu'on emploie la *vieille cocaïne à 1 pour 200, si parfaite dans ses résultats et si inoffensive pour qui sait l'employer*, la stovaïne, la novocaïne, l'alypine, les mélanges divers de ces anesthésiques additionnés ou non d'adrénaline, l'anesthésine, la subcutine, la catalgine (2). Les substances peuvent varier, à la condition d'être vraiment anesthésiques, les *principes de l'analgésie localisée restent toujours identiques*, et je puis affirmer que le succès est assuré à tous ceux qui voudront prendre la peine de les *respecter* et de les appliquer dans leurs *moindres détails*.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SUR LA NOUVELLE ORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES

Par M. Léon IMBERT,

Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Marseille.

Le Président de la République a signé le 11 janvier 1909 un décret portant réorganisation des études médicales (3). Il n'est peut-être pas sans intérêt de montrer quelles modifications en résulteront réellement.

Les examens, dit l'article 18 du décret, sont de deux sortes : les examens de travaux pratiques et les examens de fin d'année. Le rédacteur de l'article a oublié les examens de cli-

(1) On remarquera que, sauf exception très rare, je parle toujours d'analgésie et non d'anesthésie. Le mot d'anesthésie est en effet impropre, puisque le malade garde toutes ses sensations, sauf celle de douleur : il sent qu'on le coupe, qu'on le pince, qu'on le pique, mais il ne souffre pas, il est analgésié, mais non anesthésié.

(2) SAFFORES. *Un nouvel anesthésique local : la catalgine*, Th. de Lyon, 1905-1906, n° 58.

(3) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 5, p. 56, et n° 6, p. 68.

nique mentionnés plus loin à l'article 27 : en comptant bien, il aurait donc trouvé non pas deux, mais trois espèces d'examens. Cette petite négligence de rédaction ne mériterait pas d'être relevée si elle ne traduisait, semble-t-il, un certain décousu dans l'œuvre de la commission. Cette légère critique faite, voyons quelles sont les réformes réalisées.

Du nouveau régime d'études résultent, en gros, quatre modifications essentielles : elles portent sur la durée des études médicales, sur l'importance accordée aux études pratiques (entendez : travaux pratiques de laboratoire) et aux spécialités, enfin sur le nombre et l'importance relative des examens. Avant d'étudier ces quatre points, je signalerai que l'article 45 renvoie à un arrêté ultérieur la date d'application du nouveau décret; il devait être mis en vigueur, a-t-on dit, au 1er novembre 1909, mais les P. C. N. de l'année scolaire 1908-1909, mal satisfaits sans doute du cadeau qu'on leur faisait, ont énergiquement protesté; il est vraisemblable en conséquence que le nouveau régime ne fonctionnera que pour les étudiants qui commenceront effectivement leur médecine en novembre 1910.

Au temps déjà lointain où je prenais ma première inscription, j'appartenais, comme mes camarades, à un régime que l'on qualifiait alors de nouveau; il a vieilli depuis, il a tant vieilli que celui qui l'a remplacé est passé lui-même à l'état d'ancien régime. Il n'y a donc pas lieu probablement de s'émouvoir outre mesure. Ne nous frappons pas, disait Alphonse Allais, dans peu d'années sans doute le décret aura vieilli, et sera remplacé par un autre qui, suivant la forte parole du rapporteur, marquera lui aussi un effort considérable vers une amélioration pratique de notre enseignement. Il est cependant permis d'espérer que la réforme subséquente attendra pour se produire que la réforme actuelle ait subi au moins un commencement d'application; il y aurait sans doute quelque imprudence à être plus exigeant. Essayons donc d'analyser et de préciser cet effort vers l'idéal.

1° Augmentation de la durée des études. — Voilà une amélioration qui recueillera, semble-t-il, tous les suffrages; elle aggrave les charges de la scolarité et augmente les sacrifices que doit consentir la famille de l'étudiant en médecine; elle a donc quelque chance d'en diminuer le nombre; les médecins actuels ne sauraient s'en plaindre, seuls seraient qualifiés pour protester, les médecins de demain, ou plutôt d'après-demain, quantité négligeable.

Ce point de vue un peu spécial mis de côté, je ne pense pas du reste que nul esprit sage s'avise de protester contre la prolongation de la scolarité. Il est avéré que quatre années sont insuffisantes pour parfaire une éducation médicale; n'oublions pas en effet que dans le dernier quart de siècle sont nées et se sont développées les sciences biologiques et des spécialités qu'il importe au médecin d'effleurer tout au moins : la bactériologie, la parasitologie, la stomatologie, la laryngologie, etc., n'existaient guère et l'on admirait le modernisme de la Faculté de Bordeaux qui avait créé une chaire d'ophtalmologie. Donc une année supplémentaire s'imposait; dorénavant les étudiants en médecine, après avoir terminé le P. C. N. auront à prendre 20 inscriptions au lieu de 16.

A cette augmentation de la durée réglementaire des études s'ajoute, il convient de le remarquer, une augmentation peut-être plus importante encore de l'enseignement clinique. Le stage est actuellement obligatoire pendant les deuxième, troisième, quatrième années, à raison de trois trimestres par an, soit neuf trimestres; avec le nouveau régime il sera effectif pendant les cinq années, soit quinze trimestres, l'augmentation est notable et mérite d'être signalée : espérons qu'elle n'existera pas seulement sur le papier.

Le projet actuel prévoit, à juste titre, l'organisation de services spéciaux pour les étudiants de première année; il serait à désirer en effet que les débutants fussent groupés et qu'un enseignement spécial leur fût consacré. Mais comment cela se fera-t-il? J'ai grand'peur que cette disposition du décret ne demeure lettre morte. La chose sera peut-être possible à Paris et encore... mais en province, hors de très grandes villes, elle sera bien difficile à réaliser.

Je voudrais signaler ici un détail qui a son importance : il est établi, au nom de chaque étudiant un livret scolaire tenu à jour; ce livret, dit l'article 4, est remis à l'étudiant avec le diplôme. Mais si le livret accompagne ce diplôme, il en modifie la valeur. Que devient donc le vieil axiome administratif que tous les diplômes sont équivalents; l'étudiant reçu docteur, ayant entre les mains une pièce officielle constatant, si c'est le cas, l'excellence de ses études, sera amené à s'en servir, à le présenter à l'appui d'une nomination. Il y a là une atteinte au principe de l'unité des diplômes; je la signale à l'infatigable Comité de vigilance.

2° Importance accordée aux études pratiques. — Quand le Congrès des praticiens dénonçait le caractère théorique de l'enseignement officiel, il ne visait guère, je le crains, le laboratoire. Le nouveau décret lui reconnaît cependant une extrême importance. Il y aura en effet des travaux pratiques pendant les cinq années d'études, et ces travaux comprendront, avec l'anatomie, l'histologie et la physiologie, dix autres sciences différentes, au nombre desquelles l'hygiène et la médecine légale. L'importance nouvelle de cet enseignement pratique du laboratoire résulte assurément moins de son organisation nouvelle que des examens normaux qu'il comportera et que j'indiquerai plus loin. Je crains bien que le Comité de vigilance ne trouve ces travaux pratiques bien théoriques.

3° Importance accordée aux spécialités. — Voici par contre une réforme que nul ne blâmera. Les principales spécialités seront l'objet d'un enseignement élémentaire. Il y en a dix parmi lesquelles figurent les maladies contagieuses, les maladies nerveuses, les maladies mentales, etc. Mais qui nous dira pourquoi la stomatologie, représentée dans l'enseignement théorique, n'est pas considérée comme une spécialité clinique? Je suis bien convaincu de l'importance de cette spécialité pour le praticien et j'ai bien souvent engagé mes élèves à l'étudier sérieusement; il y aurait là, en effet, pour le praticien exerçant dans des villes de second ordre, une source de revenus que je crois considérables et susceptibles de se développer beaucoup à notre époque. Mais on conviendra que si un enseignement doit être pratique et clinique, c'est bien celui-là. Voyez-vous un professeur démontrant au tableau la pratique du plombage ou les avantages du bridge-work ?

Les stages dans les cliniques spéciales, dit l'article 17, sont obligatoires; c'est là sans doute une sanction importante à l'organisation de cet enseignement. Mais pourquoi faut-il que le même article ajoute : sauf pour la gynécologie? Cette unique exception se justifie-t-elle par des raisons mystérieuses? Quelques explications seraient les bienvenues.

4° Nombre et importance relative des examens. — Les étudiants actuels ont à subir huit examens. Leurs successeurs en auront vingt-cinq à passer, si j'ai bien compté; je crains qu'ils n'apprécient pas ce privilège à sa juste valeur. En voici le décompte : il rappelle un peu — de loin — les nombreuses catégories de cet impôt sur le revenu qui inspire tant de méfiance au corps médical. Il serait imprudent en effet de se fier à l'article 18 qui dit en propres termes : les examens sont de deux sortes : 1° les examens de travaux pratiques; 2° les examens de fin d'année semblables à l'impôt complémentaire; une troisième sorte d'examens guette le candidat à l'article 27 : ce sont les examens de clinique. Les trois espèces d'examens se décomposent de la façon suivante :

1° Les examens de travaux pratiques : il n'y en a pas moins de douze nommément désignés à l'article 20.

2° Les examens de fin d'année : ce sont les mêmes qui autrefois se passaient au cours de la scolarité : seulement comme la commission a tenu à supprimer les examens à matières multiples, elle a dû forcément augmenter les autres, ci dix examens : deux d'anatomie, trois pour la thérapeutique, l'hygiène, la médecine légale (ancien quatrième), un spécial pour l'obstétrique, les autres pour la physiologie, la pathologie interne, la pathologie externe, la pathologie générale.

3° Les examens cliniques au nombre de trois : chirurgie, médecine, accouchements. Le compte y est bien; l'étudiant de demain passera vingt-cinq fois devant ses juges. Si après cela, il ne connaît pas la médecine...

Essayons de mettre un peu d'ordre en ces multiples épreuves. Tout d'abord remarquons que les examens de fin d'année et des cliniques sont subis devant des jurys; ceux des travaux pratiques devant des commissions spéciales de trois membres; simple question de mots sans doute ne présentant en ce moment d'intérêt que pour les écoles : les jurys seuls seront présidés par un professeur de faculté, les commissions spéciales étant recrutées entièrement dans le personnel de l'école.

Deuxième remarque générale plus importante pour les étudiants. Actuellement, les examens sont d'une seule espèce; un étudiant ne peut être arrêté que par un seul examen; à l'avenir il aura à sauter deux obstacles par enseignement : soit les thérapeutiques par exemple, il pourra être arrêté soit à l'examen de fin d'année, soit à l'examen de travaux pratiques; dans l'un et l'autre cas, ses études seront interrompues. Or le décret met fin au régime des examens subis *ad libitum* : comme leur nom l'indique, les fins d'année ne pourront être subis qu'à la fin d'une année, à moins qu'ils ne le soient au commencement de la suivante; il n'y aura donc que deux sessions par an et un double ajournement renverra fatalement à l'année suivante.

Envisageons maintenant chaque sorte d'examens. Les examens de travaux pratiques seront donc au nombre de douze; en cas d'échec à l'un d'eux, l'étudiant, dit l'article 21, est tenu de faire une nouvelle série d'exercices avant de prendre l'inscription du trimestre suivant et j'imagine, de subir une nouvelle épreuve. Or, prenons l'examen pratique d'anatomie; il ne peut être placé qu'à la fin de la période de dissection, fin du premier semestre ou du troisième semestre; un étudiant ajourné ne trouvera sans doute pas de nouvelle série d'exercices avant l'année suivante; il sera donc renvoyé à un an; la commission n'a peut-être pas prévu cette conséquence.

L'institution des examens de fin d'année est une excellente mesure, mais il serait peut-être bon d'en avoir autre chose que le nom. Ils existaient à une époque aujourd'hui lointaine; mais ils s'opposaient alors aux définitifs, subis après la fin de la scolarité, et qui constituaient une revision générale de toutes les matières comprises dans la fin d'année. Il n'en est pas de même avec le nouveau régime. S'il est vrai que les fins d'année seront subis à la fin de l'année, ils n'en seront pas moins définitifs et l'étudiant pourra, la deuxième année terminée, se désintéresser pour toujours de l'anatomie, de l'histologie et de la physiologie. En somme, peu de changements à ce point de vue, sur le mode actuel. Une amélioration cependant, que je crois réelle : l'examen terminal d'anatomie se passera toujours à la fin de la deuxieme année, mais il y en aura un à la fin de la première; on verra ainsi disparaître cette première année d'heureuse mémoire, que l'absence totale d'examens faisait considérer comme une année de repos bien gagnée.

Il y a enfin peu de chose à dire des examens cliniques : ils seront ce qu'ils étaient autrefois. Peut-être faut-il regretter que, en dépit de la multiplication du nombre total d'examens, ceux des cliniques seuls conservent, à peu de chose près, leur ancienne physionomie.

Telles sont, je crois, brièvement exposées, les principales modifications ou améliorations apportées par le nouveau décret. Souhaitons-lui longue vie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 MARS 1909)

La fièvre récurrente. — Au nom de la Commission des épidémies, M. VINCENT fait un rapport dans lequel il conclut qu'il y a lieu d'inscrire la fièvre récurrente sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire.

Cette proposition, soumise au vote de l'Académie, est adoptée.

Les eaux de Luchon. — M. MOUREU fait une communication sur la radio-activité des eaux de Luchon. Il a observé, au griffon du Bordeu, un dégagement abondant de gaz riche en émanations radio-actives.

Traitement des maladies nerveuses. — M. PAGE (de Bellevue) présente un mémoire contenant vingt observations sur le traitement des maladies nerveuses par un nouvel extrait cérébral agissant comme une antitoxine.

Il s'est efforcé de condenser dans un extrait les composés existant dans la matière cérébrale. Voici son mode de préparation : la cervelle (mouton) est desséchée à 50 degrés, ensuite épuisée à l'éther sec, le liquide est distillé, il reste un extrait concret prêt à être injecté en émulsion ou en dissolution à la dose de 1 p. 10 de véhicule. C'est cette cérébrosine qui, d'après lui, agit dans toutes les expériences d'opothérapie cérébrale; elle est antitoxique et neutralise douze doses de tétatonoxine chez la souris. Pour M. Page, un grand nombre de maladies nerveuses, et les états neurasthéniques en particulier, sont des intoxications cérébrales, permanentes ou transitoires; donc, en injectant dans l'organisme cette antitoxine spécifique on doit faciliter l'élimination des déchets et activer la vie cellulaire du cerveau.

Vingt malades : douze neurasthénies, quatre obsessions-doute, deux mélancolies, une névrose d'angoisse, une démence précoce ont été traités par une injection quotidienne de 1 à 5 centimètres cubes pendant un mois et demi et deux mois. Leurs observations sont tout au long dans le mémoire présenté à l'Académie. Les résultats ont été les suivants :

1° La tension artérielle se relève tout de suite de 3 ou 4 degrés; au bout de quelques jours, cette augmentation est définitive;

2° La force dynamométrique s'accroît de plusieurs kilogs et l'asthénie générale disparaît bientôt;

3° L'appétit est très vite accru, donnant une augmentation de poids qui, dans certains cas, atteint 2 kilogs par semaine;

4° Les malades ressentent une telle euphorie qu'ils réclament impatiemment leurs injections;

5° La durée totale du traitement semble raccourcie notablement, de moitié dans la neurasthénie.

L'antitoxine cérébrale étant soluble dans la graisse, c'est très légitimement que les médecins ont toujours cherché l'engraissement comme favorisant la cure des névroses. Mais bien entendu les résultats sont plus sûrs et plus rapides si on injecte cette antitoxine spécifique au lieu d'en attendre la sécrétion par le sujet lui-même.

La conclusion de ce travail est que l'injection sous-cutanée quotidienne de cette antitoxine améliore un grand nombre de maladies nerveuses et en guérit d'autres, en particulier la

neurasthénie, plus radicalement, plus sûrement et en moitié moins de temps que toutes les autres médications.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la première division.

La liste de présentation portait : en première ligne *ex æquo*, MM. Courmont (de Lyon) et Oddo (de Marseille); en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Collignon, Matignon, Lanois et Régis.

Au premier tour, M. Courmont est élu par 56 suffrages sur 73 votants ; et, au second tour, M. Oddo, par 42 suffrages sur 74 votants.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 27 MARS 1909)

L'emploi de l'ultra-microscope en clinique, principalement dans le diagnostic de la syphilis. — MM. Gastou et Comandon. L'ultra-microscope est un système optique basé sur la propriété qu'ont les particules microscopiques de devenir lumineuses et brillantes lorsqu'elles sont éclairées par réflexion. De sorte que dans l'ultra-microscope, les particules sont vues brillantes sur un fond noir, à l'inverse de ce qui existe dans le microscope ordinaire où les particules sont vues noires sur un fond clair.

Après avoir montré l'appareil et décrit la technique, les auteurs présentent une série de planches et des malades chez qui le diagnostic délicat n'a pu être obtenu que grâce à ce nouveau procédé.

La recherche du spirochète, grâce à l'ultra-microscope, apporte à la clinique un appui considérable non seulement pour le diagnostic, mais pour la prophylaxie. Cependant, il est utile de savoir que la recherche du spirochète peut être infructueuse si le sujet a suivi déjà un traitement mercuriel.

M. Georges Rosenthal demande s'il est possible de distinguer les différentes sortes de microbes avec l'ultra-microscope.

Radiothérapie des angiomes et des nævi plans. — M. Albert Weil a traité par la radiothérapie 15 cas d'angiomes ou de nævi appelés vulgairement taches de vin. Il en présente 5 qui démontrent l'efficacité de sa méthode et ses bons résultats esthétiques.

La radiothérapie est d'ailleurs facile à appliquer même chez les enfants et tout le traitement ne nécessite le plus souvent que 7 à 6 séances de dix minutes permettant à chaque fois l'absorption de 5 unités H.

Antisepsie gastro-intestinale par le symphène. — MM. E. Fiquet et A. Girauld présentent de nouvelles observations sur le symphène, dérivé de l'acide cinnamique. C'est un antiseptique très énergique à petites doses vis-à-vis de la plupart des microbes pathogènes.

Il est supérieur à ceux qui sont connus et il n'est pas toxique même à dose très élevée. Au contraire, il est doué d'un pouvoir excréto-secrétoire des glandes de l'économie. Il convient aux malades dyspeptiques et hypochlorhydriques. Les auteurs émettent une théorie qui explique comment un composé chimique peut être inoffensif à dose élevée et en même temps un microbicide énergique à petite dose.

Corps étrangers enlevés par œsophagoscopie. — M. Guisez présente 18 corps étrangers enlevés par l'œsophagoscopie, (os, arêtes, pièces de monnaie, boutons de corozo) parmi lesquels cinq volumineux dentiers. Grâce à un perfectionnement instrumental, à l'emploi de tubes dilatateurs dont l'extrémité peut s'ouvrir et protéger les parois de l'œsophage au moment de l'extraction, les interventions ont été invariablement suivies de succès dans ces deux dernières années.

Un nouvel antispasmodique, principalement pour la coqueluche. — M. Maurice Bloch communique les résultats qu'il a obtenus dans la coqueluche normale avec le sérum antitétanique. Ce même sérum, d'après l'auteur, inoculé aux animaux, rend leur lait efficace également contre la coqueluche. Le lait garde son action thérapeutique pendant trois ou quatre semaines.

Nouvelle seringue pour toutes injections mercurielles insolubles. — M. L. Lafay insiste sur la nécessité de l'emploi d'une seringue spéciale pour les injections mercurielles insolubles, et présente un modèle qui répond à tous les desiderata de la technique et aux exigences du nouveau codex. Cette seringue constitue un perfectionnement de la seringue de Barthélemy, par ce fait qu'elle peut être bouillie sans inconvénient aussi souvent qu'on le désire.

M. Paul Guillon rappelle que le nettoyage sérieux des aiguilles est indispensable pour éviter les accidents; il conseille un dispositif simple pour faire passer un courant d'air dans la lumière des aiguilles.

La neurasthénie vraie, pathogénie et traitement. — M. Godlewski établit les caractères de la neurasthénie vraie pour la différencier d'autres états névropathiques avec lesquels elle est souvent confondue. Pour lui, la neurasthénie vraie, greffée sur l'arthritisme qui est lui-même un commencement d'intoxication, est toujours due à une intoxication complémentaire, produite soit par la fatigue physique, intellectuelle, surtout morale, ou par des maladies antérieures de nature infectieuse. Cette intoxication amène des troubles nutritifs des cellules. De là, un traitement rationnel basé sur la désintoxication et la reconstitution des cellules; la psychothérapie : persuasion, rééducation de la volonté, ne peut être que le complément et non la base du traitement.

M. E. Depasse affirme que la neurasthénie n'existe pas, c'est toujours une intoxication.

CORRESPONDANCE

Paris, le 27 mars 1909.

Mon cher collègue,

Voudriez-vous être assez aimable pour insérer ces quelques lignes dans votre excellent journal :

M. Babonneix faisant le compte rendu de mon traité de l'artério-sclérose (*Gazette des hôpitaux*, 25 mars 1909, p. 424), écrit la phrase suivante : « Pourquoi (M. Josué) fait-il tiédir l'eau de Vichy (Célestins), puisque celle-ci, au griffon, n'a que 13 degrés ? » La réponse se trouve dans le passage même que vise M. Babonneix (p. 341). Il s'agit du traitement de la constipation des artério-scléreux et voici textuellement ce que je dis : « Chez les artério-scléreux dont les reins ne sont pas atteints, et surtout chez les obèses, on pourra prescrire tous les matins, au lever, une cuillerée à café de sel de Carlsbad ou un paquet de 7 à 10 grammes de sulfate de soude dans un quart de verre d'eau de Vichy (Célestins) tiède. »

Enfin, je ne vois pas en quoi le fait, qu'une eau jaillit froide de la source, empêche de la faire tiédir avant de l'absorber.

Je ne suivrai donc pas le conseil de M. Babonneix et je conserverai ce passage tel quel dans la deuxième édition.

Veuillez agréer, mon cher collègue, l'expression de mes meilleurs sentiments.

JOSUÉ,
Médecin des hôpitaux de Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Pathologie générale (1) [bibliothèque Gilbert et Fournier], par MM. Henri CLAUDE et Jean CAMUS.

La pathologie générale, d'après la définition qu'en donnent MM. Claude et Camus, est l'ensemble des principes qui régissent les processus morbides dans leurs grandes lignes, dans leurs causes, dans leur évolution, dans leur terminaison. Elle dépasse la pathologie humaine et, pour établir ses lois avec plus de netteté, prend des exemples indifféremment dans le règne animal jusque chez les êtres unicellulaires, voire même dans le règne végétal.

En effet, les cellules envisagées isolément, les tissus fondamentaux sont souvent de structure bien voisine chez des êtres très dissemblables; les réactions de ces cellules, de ces tissus fondamentaux se ressemblent également, et c'est pourquoi très logiquement MM. Claude et Camus ont pu consacrer à la *pathologie générale cellulaire* et à la *pathologie générale des tissus* les deux premières parties de leur précis. L'étude des *troubles des grands appareils* qui présentent des caractères communs chez la plupart des êtres, constitue la troisième partie.

Dans la quatrième enfin, *pathologie générale de l'organisme*, ils étudient les processus qui touchent l'organisme dans son ensemble, et parmi eux des phénomènes d'une complexité extrême : maladies héréditaires, maladies de la nutrition, troubles de la calorification, synergies morbides.

Tel est le plan original de ce précis de pathologie générale.

MM. Claude et Camus sont les élèves de M. Bouchard; on ne s'étonnera donc pas de retrouver en bien des pages le reflet de ce que l'on peut appeler la doctrine de l'École de Paris, cette doctrine qui se distingue par une tendance constante et une impulsion active vers ce qu'il y a de positif en médecine, c'est-à-dire les faits bien observés en clinique et au laboratoire et les conséquences rigoureuses qui en découlent.

Voulant avant tout faire un ouvrage pratique et utile aux médecins et aux futurs médecins, MM. Claude et Camus ont écarté, autant que possible, tout ce qui n'était pas « assis et solide », mais sans repousser entièrement cependant les vues nouvelles qui seront peut-être la science de demain. Ce livre très simple et très clair répond pleinement à l'intention de ses auteurs : au commencement des études médicales servir de guide à l'étudiant et l'empêcher de se perdre dans les détails; à la fin, permettre au médecin de grouper, de synthétiser ses connaissances.

L. LE SOURD.

Atlas de radiologie normale (2), par MM. les docteurs HAUCHAMPS, KLYNENS et MAHAUX.

La publication d'un atlas de radiographie est toujours intéressante pour le radiographe professionnel, comme pour le praticien à qui le radio-diagnostic n'apparaît plus aujourd'hui comme un procédé exceptionnel d'investigation. A ces titres ce nouvel atlas sera bien accueilli. Les auteurs y ont voulu réunir les généralités de physique et de technique nécessaires à la compréhension de la radiologie, les radiogrammes et schémas radioscopiques de l'homme normal avec la technique de la radioscopie du tube digestif et des organes thoraciques.

Peut-être cette dernière conception est-elle un peu trop large, puisqu'il s'agit en somme d'un atlas radiologique si l'on veut, mais d'un atlas; la critique que l'on peut faire à certaines pages de l'ouvrage est du même ordre : par exemple le chapitre relatif aux points d'ossification, chapitre de texte, est « emprunté à la thèse d'agrégation de P. Poirier 1886 » et les auteurs renvoient à leur texte personnel pour les erreurs concernant les dates d'apparition des points d'ossification de la main et du pied.

Enfin, au point de vue de l'exécution matérielle de l'atlas, nous regretterons que les seuls schémas à notre avis essentiels, ceux qui doivent être calqués sur les radiogrammes, ne semblent pas toujours l'être et ne s'opposent pas non plus toujours symétriquement à la reproduction de la radiographie qu'ils doivent interpréter.

Ces réserves faites, cet atlas de radiologie présente des documents utiles, nombreux et complets. Beaucoup de points et de détails de technique actuellement disséminés dans les publications spéciales y sont réunis, enfin si nous lui avons reproché de n'être pas assez un atlas, on pourra répondre qu'il est aussi davantage, c'est-à-dire un manuel pratique de radiographie et de radioscopie riche en schémas et radiogrammes de grandeur nature, alors que les livres de ce genre n'en présentent pour ainsi dire pas habituellement.

G. LEGROS.

Sémiologie de l'appareil respiratoire (1), par M. H. BARTH.

Fidèle au plan essentiellement pratique qui avait inspiré la première édition de son ouvrage, M. Barth s'est attaché, dans cette introduction à l'étude des maladies de l'appareil respiratoire, à exposer dans l'ordre le plus clair et le plus rationnel les différentes méthodes d'exploration applicables à cette branche de la pathologie et les principales notions sémiotiques qu'elles permettent de recueillir. Il a donné un développement considérable aux méthodes de laboratoire, insistant particulièrement sur celles qui sont d'un usage courant et dont l'application donne des résultats vraiment utiles au médecin.

Signalons enfin, comme une amélioration qui sera certainement appréciée de tous, les très nombreuses figures, qui facilitent encore la lecture de cet ouvrage, incontestablement destiné à prendre place parmi les livres de chevet des futurs médecins.

L. GAYARD.

Les Anesthésiques généraux au point de vue chimico-physiologique (2), par le docteur Maurice NICLOUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Jusqu'à présent c'est le point de vue physiologique qui a préoccupé les expérimentateurs dans l'étude de l'anesthésie générale et des anesthésiques généraux. M. Nicloux, lui, s'est attaché à établir pour chacun de ces derniers un procédé de dosage permettant d'en suivre la trace dans toutes les conditions de l'expérimentation physiologique. Après de patientes recherches et de longs essais, il est parvenu à établir une série de méthodes de dosage des quatre grands anesthésiques ci-dessous : le chloroforme, l'éther, le chlorure d'éthyle, le protoxyde d'azote.

Les quatre premières parties de l'ouvrage sont consacrées à ces quatre anesthésiques, la cinquième à leur étude comparée; dans la sixième, enfin, l'auteur expose le mécanisme d'action des anesthésiques, en s'appuyant sur les données actuelles de la science.

Cet ouvrage, très documenté, rendra certainement de grands services à tous ceux qui s'intéressent à l'étude, si passionnante, des anesthésiques et de l'anesthésie.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Petit in-18. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Bruxelles, Ernest Gossens, et Paris, O. Doin, édit.

(1) Fasc. XXVIII du *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*. Un vol. de 164 pages avec 98 figures. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8 de x-213 p. avec 30 fig. dans le texte. — Paris, O. Doin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

GUERRE. — Par décret du 25 mars 1908, sont promus dans le cadre du corps de santé militaire et ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Hassler, maintenu médecin chef des salles milit. de l'hosp. de Besançon ; Collin, médecin chef des salles milit. de l'hosp. de Vannes ; Descour, médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Grenoble ; Achintre, médecin chef de l'hôpit. thermal d'Amélie-les-Bains ; Wissemans, médecin chef de l'hôpit. du dey à Alger.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Lévy, maintenu à l'hôpit. milit. de Belfort; Petit, médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Saint-Mihiel; Vogelin, médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Dijon ; Collinet, médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Clermont-Ferrand ; Bernard, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Clermont-Ferrand.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Vèzes, maintenu au 26e d'inf.; Crépat, au 74e d'inf.; Démery, au 140e d'inf.; Roqueplo, passe aux hôpit. de la division de Constantine ; Michaud, maintenu au 97e d'inf.; Visbecq, au 25e d'inf.; Gremillon, aux hôpit. de la division d'Oran ; Job, au 76e d'inf.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Bachon, passe au 26e d'art.; Limasset, au 3e tirailleurs algériens ; Julien Laferrière, maintenu au 116e d'inf.; Pinchon, passe au 2e spahis; Haméon, maintenu au 32e d'inf.; Cristiani, passe au 1er tirailleurs algériens ; Darthenay, au 3e spahis ; Perrin, maintenu au 66e d'inf.; Barailhé, au 21e d'inf.; Etienne, au 3e génie ; Chrétien, au 109e d'inf.; Castéret, au 32e d'inf.; Berton, passe au 96e d'inf.

ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER. — PRIX ALPHONSE JAUMES. — L'Académie des sciences et lettres de Montpellier informe le public qu'un prix d'une valeur égale au montant de deux années d'arrérages d'une somme de 30000 francs placée en rente sur l'Etat sera décerné, au commencement de l'année 1910, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet (au gré de l'auteur) de pathologie et de thérapeutique générales, sous le nom de prix Alphonse Jaumes.

Un autre prix de même valeur sera distribué au commencement de l'année 1911, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet (au gré de l'auteur) de médecine légale ; ce prix portera également le nom de prix Alphonse Jaumes.

Les travaux présentés pourront être imprimés ou manuscrits; mais ils ne pourront concourir qu'autant qu'ils n'auront pas plus de quatre ans de date.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Barrette, professeur à l'Ecole de médecine de Caen.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. — COURS DE PERFECTIONNEMENT. — M. le professeur F. de Lapersonne, assisté de MM. Weiss, professeur agrégé de physique ; Cantonnet, chef de clinique ; Cerise, chef de laboratoire ; Gellé, chef des travaux de rhinologie ; commencera, le mardi 20 avril 1909, à trois heures, dans l'amphithéâtre Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, un cours de technique ophtalmologique, avec exercices pratiques.

Ce cours comprendra la médecine opératoire, l'ophtalmométrologie, la technique thérapeutique, la bactériologie et l'anatomie pathologique oculaires, les examens oto-rhinologiques. Il sera complet en six semaines environ. Les leçons ont lieu tous les jours.

MM. les docteurs et étudiants, français et étrangers, seront admis, après immatriculation, à s'inscrire en vue de ce cours. Le droit à verser est de 100 francs. Les bulletins de versement des droits d'immatriculation et de frais de cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Pâques.* — A l'occasion des fêtes de Pâques, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 1er avril, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 22 avril 1909, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Pédiâtrie pratique. — (N° 5, 1er mars 1909.) MENCIÈRE : Quelques remarques d'ostéo-synthèse et technique de l'ostéosynthèse, à l'aide des agrafes en aluminium et du porte-agrafe de Mencière. — Enno MENGONI et Tebero ZANNONI : Un cas de scarlatine chirurgicale. — Emile POITAU : Deux cas d'occlusion intestinale aiguë par invagination. Laparotomie. Guérison. — M. BRELET : Quelques remarques sur l'importance des infections amygdaliennes et pharyngées dans la pathologie infantile.

Presse médicale. — (N° 14, 17 fév. 1909.) E. WEILL et G. MOURIQUAND : Ichthyose et corps thyroïde. — Jacques CALVÉ : Difficultés du diagnostic de la coxalgie au début. — (N° 15, 20 fév.) Ch. LESIEUR et L. BAUR : Les troubles gastro-intestinaux du début de la scarlatine. — DIEULAFOY : Triple infection vénérienne. — MARTINET : Doit-on défendre thé, café, chocolat aux pisseurs d'acide urique ? — (N° 16, 24 fév.) GOUGET et Mlle DECHAUX : La mort imprévue dans la scarlatine.

Province médicale. — (N° 8, 20 fév. 1909.) E. FORGUE et G. MASSABUAU : A propos d'un kyste pré-maxillaire de la région naso-génienne (les kystes épithélio-lymphoïdes). — (N° 9, 27 fév.) GRASSET : La névropathie psychosplanchnique (psychonévrose du vagosympathique). — FUSTER : Etude clinique sur les blessures du poumon par instrument tranchant. — (N° 10, 6 mars.) J. DUVERGEY : Un cas de néphrite du rein droit au cours d'une appendicite. — VIANNAY : Corps étranger de la trachée extrait par la trachéotomie ; guérison.

Revue neurologique. — (N° 4, 28 fév. 1909.) LAIGNEL-LAVASTINE et BOUDON : Apraxie idéatoire (3 fig.). — Al. POP-AVRAMESCO (de Bucarest) : Anisocorie dépendant d'une anisométropie.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 3, 15 fév. 1909.) TÉCHOUEYRES : Les analogies et les différences qui s'accusent entre la substance vivante et la matière inerte peuvent être envisagées aux points de vue successifs de la forme, de la nutrition et de la croissance, de l'irritabilité, de la reproduction. — (N° 4, 28 fév.) P. GOSSET : Les sages-femmes du pays Rémois au XVIIe et au XVIIIe siècles.

NOTES POUR L'INTERNAT

ZONA (1)

FORMES CLINIQUES. — Dans le *zona abortif*, il existe une seule plaque de vésicules siégeant en un point quelconque de la surface cutanée.

Dans d'autres cas, le zona occupe successivement plusieurs territoires éloignés les uns des autres. J. Fournier a observé un zona *généralisé* à la presque totalité de la moitié gauche du corps; on a vu aussi des zonas se développant sur deux régions symétriques, par exemple constituant une ceinture complète autour du thorax.

D'après les caractères des éléments éruptifs, on décrit un zona *hémorragique*, *gangréneux*. Plus intéressantes sont les *variétés régionales*.

Le zona peut en effet occuper les différentes parties du corps; il est toujours unilatéral.

A la face, le zona siège le plus souvent au pourtour de l'œil, dans le territoire de la branche ophtalmique du trijumeau (*zona ophtalmique*). L'éruption occupe une des moitiés du front, elle se prolonge en arrière sur le tiers antérieur du cuir chevelu; des groupes d'éléments se voient aussi sur les paupières et parfois sur la racine du nez. Des complications oculaires graves accompagnent souvent ce zona; elles s'expliquent par l'atteinte des filets nerveux que le nerf nasal fournit à l'iris, à la cornée et à la conjonctive. On peut prévoir l'apparition de complications oculaires quand on constate l'abolition de la sensibilité de la cornée (Besnier); il s'agit tantôt d'une simple kérato-conjonctivite phlycténulaire, tantôt d'iritis grave, ou de lésions cornéennes intenses avec perforation de la cornée et perte de l'œil. Des *paralysies oculaires* compliquent aussi parfois le zona ophtalmique; ce sont des paralysies dissociées de l'oculo-moteur commun, atteignant surtout le releveur de la paupière supérieure (Hybord). On a signalé quelques cas de névrite optique. Le zona du *maxillaire supérieur* et le zona du *maxillaire inférieur* sont beaucoup plus rares; la première de ces localisations donne des vésicules d'herpès sur le voile du palais et la voûte palatine; dans la seconde, on observe une éruption sur la langue. Ces zonas de la face s'accompagnent parfois de paralysie faciale; le nerf facial a été touché par l'infection en même temps que le trijumeau.

Au *cou*, les plaques et les vésicules siègent tantôt sur le trajet des branches ascendantes du plexus cervical superficiel (zona *occipito-cervical*), c'est-à-dire sur le cuir chevelu, la nuque et l'oreille, tantôt sur les branches descendantes, par conséquent au devant de la clavicule, vers l'épaule et la partie supérieure du bras à sa face externe (zona *cervico-brachial*).

Aux *membres supérieurs*, le zona, très rare, est disposé en traînées parallèles à l'axe du membre.

Quand le zona intercostal occupe la partie supérieure du thorax, on voit quelques éléments éruptifs le long de la face interne du bras; c'est le zona *dorso-brachial* qui s'explique par les anastomoses des trois premiers nerfs intercostaux avec le plexus brachial. A la région thoracique inférieure, le zona se prolonge sur la partie supérieure de l'abdomen; zona *dorso-abdominal*.

Le zona de la région lombaire s'étend vers la paroi abdominale ou la région inguinale et les organes génitaux externes (zona *lombo-inguinal*). A la région fessière, c'est le zona *sacro-ischiatique*.

Enfin, aux membres inférieurs, on décrit un zona *lombo-fémoral* et *fémoral*.

COMPLICATIONS. — L'infection qui atteint les ganglions spinaux peut toucher en même temps des nerfs moteurs ou les méninges.

Les *paralysies oculaires* ont été décrites par Hybord dans le zona ophtalmique. La *paralysie faciale* zostérienne a été bien étudiée par Klippel et Aynaud; elle complique le zona du trijumeau ou même le zona d'autres régions; elle survient dans les premiers jours de l'éruption; unilatérale, elle siège du même côté que le zona; c'est une paralysie faciale du type périphérique qui guérit rapidement.

Chauffard a mis en évidence la *méningite zonateuse*; elle est fugace et discrète, il faut la rechercher par l'examen journalier au cours de l'évolution du zona; on trouve alors de la raideur de la nuque ou une ébauche de signe de Kernig, de la bradycardie, un peu de céphalée, une exagération des réflexes rotuliens. Par la ponction lombaire, on constate une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Cette méningite ne laisse pas de traces et n'assombrit pas le pronostic du zona.

Comme complications spéciales au zona ophtalmique, il faut rappeler les accidents oculaires.

Enfin, signalons les *complications tardives* : névralgies rebelles, atrophies musculaires en cas de zona des membres; on a même observé, exceptionnellement, des paralysies portant soit au voisinage de la région atteinte, soit à une distance variable.

DIAGNOSTIC. — A la face, le zona ophtalmique est très souvent pris pour un *érysipèle*, et cependant l'intensité moindre de la fièvre, la limitation à une moitié du front, la disposition en plaques séparées les unes des autres sont des signes très caractéristiques.

L'*herpès fébrile* se distingue du zoster par son siège aux lèvres, par sa bilatéralité fréquente.

Au tronc et aux membres, il sera difficile de confondre le zona avec l'*érythème* polymorphe, avec certaines *syphilides*, car ces lésions cutanées sont symétriques et ne s'accompagnent pas de douleurs névralgiques. C'est seulement en cas de zona abortif que la plaque érythémateuse pourrait être considérée comme un érythème banal; mais la névralgie et le développement de vésicules caractérisent bientôt le zona.

L'*herpès récidivant* n'a pas les mêmes localisations que le zona; les principales variétés sont l'herpès cataménial, l'herpès génital récidivant chez l'homme, l'herpès récidivant buccal des syphilitiques et les herpès récidivants de la peau. Ceux-ci siègent surtout à la face et de préférence sur les joues, à la fesse et aux doigts (Dubreuilh).

La seule difficulté est de différencier le zona des *éruptions zostéroïdes* symptomatiques. Dans les affections de la moelle (tabes, myélites, mal de Pott, cancer), ces éruptions sont fréquentes, on remarquera qu'elles sont bilatérales, qu'elles durent longtemps, qu'elles s'accompagnent d'atrophie musculaire ou de paralysies; on trouvera les autres signes de l'affection causale. Il en sera de même pour les éruptions zostériformes des névrites périphériques.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Le zona ne présente le plus souvent aucune gravité; le pronostic est donc bénin, sauf pour le zona ophtalmique, en raison de la possibilité de complications oculaires.

Lorsque le malade atteint de zona est un vieillard, on le préviendra de la persistance des névralgies. Le traitement consiste à calmer la douleur et à protéger les vésicules pour empêcher qu'elles ne s'infectent (amidon, talc, dermatol, pommade à l'oxyde de zinc).

BIBLIOGRAPHIE. — THIBIERGE. *Traité de méd.* Bouchard-Brissaud, t. III. — LAMY. *Traité de méd.*, 1909, t. IV. — KLIPPEL et AYNAUD. La paralysie faciale zostérienne, *Gaz. des hôpit.*, 20 mai 1899, n° 57. — FAURE-BEAULIEU. Les données récentes sur la pathogénie du zona, *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 135.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 35, p. 425.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 39. — SAMEDI 3 AVRIL 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 3 AVRIL 1909. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR LA NOMINATION A TROIS PLACES DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury du concours qui doit s'ouvrir le jeudi 22 avril 1909, à quatre heures et demie, à la Charité, est provisoirement composé de MM. Œttinger, Gilbert, Brault, Thibierge, Petit, Lacombe, Raymond, Faisans et Quénu. — M. Quénu n'acceptant pas est remplacé par M. Robineau.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — La séance qui devait avoir lieu le 31 mars a été reportée au mercredi 21 avril.

L'Hôtel-Dieu, la Charité, Necker et Cochin sont consignés à MM. les candidats à partir du 15 avril.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 1er avril : Question donnée : « Anatomie du nerf cubital à partir de la gouttière épitrochléo-olécranienne. Trajet, rapports, distribution. — Paralysie infantile. »

MM. Madier, 12 + 19 = 31 ; Dufourmentel, 15 + 20 = 35; Fontorbe, 16 + 19 = 35; Desplas, 13 + 18 = 31 ; Darrieux, 9 + 17 = 26; Pernet, 10 + 17 = 27; Le Grand, 13 + 21 = 34 ; Bergeret, 12 + 18 = 30; Leveuf, 17 + 19 = 36; Jumon, 12 + 22 = 34.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — Un concours s'ouvrira le 15 novembre 1909 devant la Faculté mixte de médecine de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Les professeurs, les chargés de cours et suppléants des écoles préparatoires de médecine du ressort de l'Académie de Poitiers, sont convoqués le jeudi 22 avril 1909, à l'effet d'élire un délégué au conseil académique de Poitiers, en remplacement de M. Peyrusson, décédé.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 29 mars 1909, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Dubujadoux et Ravenez.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité Rivière.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Renard et Pineau.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Mercier, Casse et Jousselin.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active retraité Tournier; — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Pannetier.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active démissionnaires Armbruster et Gallouin.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Christoyanaki, Raskine, Foatelli, Legrand, Dubos, Blusson, Rouyer, Savournin, Michel, Pitous, Carré, Garrot, Julien, Morisson, Duchet-Suchaux, Laparra, Blanchard, Petitjean, Ammeux, Pestre, Lautaret, Bouchut, Dangles, Toulet, Soulier, Cazaux, Casanova, Sénès, Westermann, Vullien, Dutheil, Houlmann, Trouvé, Stépowski, Bailleul, Chémery, Calmettes, Laugier, Mathis, Marsy, Auban, Castera, Marlois, Péré, Paquet, Rousseaux, Goupil, Goiffon, Serbource, Lestage, Vaton, Laberne, Gelma, Philippe, Coyola, Blanquart, Perrens, Jeandidier, Romieux, Rémy, Sabotier, Wolff, Reif, Didier, Top, Schulz, Even et Coulanges.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Poulain, Guilloire, Meuvret et Canet.

XIXe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (Nantes, août 1909). — TRAVAUX SCIENTIFIQUES. — I. Rapports et discussions sur les questions choisies par le Congrès de Dijon :

a. *Psychiatrie.* — « Les fugues en psychiatrie. » — Rapporteur : M. le docteur Victor Parent fils (de Toulouse).

b. *Neurologie.* — « Les chorées chroniques. » — Rapporteur : M. le docteur Sainton (de Paris).

c. *Médecine légale.* — « Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal. » — Rapporteurs : MM. les docteurs Granjux (de Paris) et Rayneau (d'Orléans).

II. Communications originales sur des sujets de psychia-

trie et de neurologie : présentation de malades, de pièces anatomiques et de coupes histologiques.

Les adhérents qui auront des communications à faire devront en envoyer les titres et les résumés au secrétaire général avant le 1er juillet.

III. Visite de l'asile d'aliénés de Nantes.

Excursions. — Pendant le Congrès, des excursions seront organisées : visite de la ville et de ses monuments ; excursion aux environs ; excursion à Clisson et à l'asile de la Roche-sur-Yon ; excursion sur les plages de l'Océan. Le programme détaillé sera envoyé ultérieurement.

Avantages et conditions. — Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents.

2° Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront avant l'ouverture du Congrès les trois rapports, après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les Compagnies françaises de chemins de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Nantes.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au docteur Ch. Mirallié, 11, rue Copernic.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la douzième semaine, 1056 décès, au lieu de 1113 pendant la semaine précédente et de 1064, moyenne ordinaire de la saison.

On remarque pourtant une très notable augmentation des cas de rougeole et de scarlatine signalés par les médecins. Ces fièvres continuent à ne causer que peu de décès.

La fièvre typhoïde est en augmentation.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 206 décès, au lieu de 217 pendant la semaine précédente (moyenne 194).

La phtisie pulmonaire a causé 218 décès (moyenne 229).

Cours libre de psychopathologie du tube digestif. — M. le docteur Paul Farez reprendra, à la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier, 15, rue de l'Ecole de médecine), le jeudi 22 avril, à quatre heures, son cours libre de psychopathologie du tube digestif ; il le continuera le jeudi de chaque semaine, à la même heure.

LIVRES NOUVEAUX

Digestion et Nutrition. Aperçus de médecine pratique (1), par le docteur E. Monin.

Sous ce titre, *Digestion et Nutrition*, le docteur E. Monin vient de publier un ouvrage extrêmement pratique, d'une précision et d'une clarté parfaites, et tenu soigneusement au courant des conquêtes les plus récentes en clinique et en thérapeutique. L'ouvrage, d'ailleurs, porte ce sous-titre modeste : « Aperçus de médecine pratique » et s'adresse au médecin praticien ainsi qu'au public instruit et éclairé.

Le régime rationnel, les intoxications alimentaires, les principales affections du tube digestif et de ses annexes sont, d'abord, traités avec un grand luxe de préceptes d'hygiène et de formules pratiques. L'auteur aborde, ensuite, les diverses modalités de l'arthritisme et fait aussi une fructueuse incursion dans le domaine des affections respiratoires, circulatoires et cutanées, considérées comme liées à un état constitutionnel.

(1) In-18 cartonné. Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

L'ouvrage se termine par des considérations intéressantes sur la défense de l'organisme et sur sa dépuration.

L. Gayard.

Manuel de technique thérapeutique chirurgicale à l'usage des médecins praticiens (1), par le professeur F. Gumprecht (d'Iéna). Traduit en français par le docteur F. Dauwe (de Gand).

On ne saurait trop remercier le docteur Dauwe d'avoir mis l'excellent et très original ouvrage du professeur Gumprecht à la portée des nombreux médecins français qui ne comprennent pas l'allemand.

Il faut reconnaître que l'ouvrage dépasse les limites de son titre et aborde fréquemment des questions de véritable chirurgie, mais néanmoins il rendra au médecin des services quotidiens. Pour chaque point traité, l'auteur procède de la façon suivante. Il discute d'abord la plus ou moins grande facilité de l'intervention, la préparation qu'elle exige, les indications et le moment opportun. Puis vient la description détaillée jusqu'à la minutie, quoique concise, de l'opération elle-même et de l'outillage qu'elle comporte. Les complications et accidents sont soigneusement énumérés avec les moyens d'y parer. Enfin tout est dit sur les suites et les soins consécutifs, et un index bibliographique suit chaque question traitée.

Cet ouvrage qui n'est pas un traité de chirurgie, n'est pas non plus un manuel de petite chirurgie, comme ceux auxquels nous sommes accoutumés. C'est une œuvre toute différente et bien spéciale qui nous paraît appelée à un grand succès auprès des médecins praticiens.

A. Gaullieur l'Hardy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Cellule nerveuse, par G. Marinesco, professeur de clinique des maladies nerveuses à l'Université de Bucarest. 2 vol. in-18 jésus, cartonnés toile, formant 1 150 pages, avec 252 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Les Fractures du coude chez l'enfant, par les docteurs Destot, chef de laboratoire du service radiographique des hôpitaux de Lyon ; Vignard, chirurgien de la Charité, et Barlatier, ancien interne des hôpitaux. In-8 de 225 pages, avec 5 planches contenant 76 radiographies, hors texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

La lutte contre la prostitution, par R. Decante, juge au Tribunal civil de Châteaudun, membre correspondant de la Société de médecine légale de France, récompensé par l'Académie des sciences morales et politiques. Préface par H. Turot, conseiller municipal de Paris. In-18 relié toile, de l'Encyclopédie internationale d'assistance, de prévoyance, d'hygiène sociale et de démographie. — Prix : 4 francs. — Paris, V. Giard et E. Brière.

Etudes et recherches expérimentales sur la physiopathologie du cœur de mammifère isolé de l'organisme, par le docteur Guido Ferranini. Trois fascicules. — Sienne, S. Bernardino.

Commentaires pharmaceutiques du Codex de 1908, par P. Yvon, membre de l'Académie de médecine. In-18 jésus, cart. toile, de 225 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

La Grippe, son traitement spécifique par la gaïarsine, par M. le docteur Gaston Ducatte (de Saint-Mandé). In-8 carré avec un frontispice. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

(1) In-8 de 530 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

REVUE GÉNÉRALE (1)

ANGINE DE POITRINE (2)

Par Gaston DURAND,
Interne des hôpitaux de Paris.

Etiologie. — Chacune des deux variétés, organique et fonctionnelle, présente une étiologie qui lui est un peu particulière; mais elles ne sont pas tellement éloignées l'une de l'autre que certaines causes ne puissent donner lieu tantôt à la grande angine, tantôt à la petite, suivant l'hérédité du sujet et suivant ses antécédents morbides.

L'angine vraie, matérielle, organique reconnaît pour causes efficientes toutes celles qui sont susceptibles de déterminer de l'aortite, de la coronarite, de la névrite, du plexus cardiaque intra ou extra-myocardique.

a. Et d'abord ce sont toutes les *causes mêmes de l'artério-sclérose, de l'athérome, de la sclérose du myocarde*, c'est pourquoi l'on voit l'angine de poitrine surtout chez les arthritiques, les goutteux, les alcooliques, les saturnins, dans le tabagisme, la syphilis, le paludisme (Lancereaux), dans la néphrite chronique, dans le diabète, dans l'aortisme héréditaire (Huchard).

b. *Toutes les inflammations de la région* peuvent provoquer l'apparition d'accès d'angor, inflammations aiguës ou chroniques : péricardite, pleurésie, anévrisme aortique, aortites nodulaire, syphilitique ou tuberculeuse, médiastinites.

c. *Parmi les affections valvulaires*, il n'est guère que l'insuffisance aortique et surtout la maladie de Hodgson.

d. Toutes les *maladies infectieuses*, causes de névrites ou d'artérites peuvent aussi être invoquées dans l'étiologie de l'angor et particulièrement : le rhumatisme articulaire aigu, la grippe, la fièvre typhoïde.

e. Certaines affections du système nerveux, comme le *tabes*. Pour Huchard, d'ailleurs, les angor chez les tabétiques seraient le plus souvent sous la dépendance de l'artérite; dans un certain nombre de cas il y aurait confusion avec des crises tabétiques, des douleurs fulgurantes.

Les angines dynamiques relèvent de causes très diverses que Huchard a divisées en trois catégories : nerveuses, réflexes, toxiques. On a vu sur quel terrain elles évoluent : hystérie, neuro-arthritisme. Qu'il s'agisse donc d'angine dynamique réflexe survenant chez un individu présentant une névralgie des parois thoraciques, du diaphragme, du membre supérieur gauche, un névrome; ou chez des dyspeptiques, chez des malades présentant une affection de l'appareil digestif, de l'utérus; qu'il s'agisse d'angor dynamique par intoxication : plomb, alcool, oxyde de carbone, thé, etc.; qu'il s'agisse enfin d'angor dynamique dans la maladie de Basedow, dans la neurasthénie, dans tous ces cas, les diverses causes efficientes de l'angor n'agissent probablement qu'en réveillant chez un sujet prédisposé une hystérie latente, laquelle se manifeste par le syndrome angineux.

Mais il ne faut pas oublier que cette division étiologique n'a rien d'absolu; que dans tels états morbides, dans telles affections où l'on rencontre l'angor major, l'angine organique, on peut voir survenir des accès anginoïdes; que les intoxications, les maladies diathésiques dont relèvent le plus souvent les angines dynamiques, peuvent cependant provoquer l'apparition d'angine vraie.

Il en est ainsi de la *syphilis* (Huchard) : angines vraies chez des syphilitiques tertiaires, angines dynamiques à la période secondaire.

Chez un goutteux de même on peut voir des accès d'angine vraie, car les goutteux sont prédisposés à l'artério-sclérose, à la dégénérescence graisseuse du cœur; mais on peut voir aussi des accès angi-noïdes relevant soit de la dyspepsie goutteuse, soit du nervosisme du sujet (Huchard).

Il en est de même enfin dans le *rhumatisme*, dans le *diabète* et dans certaines intoxications comme le tabagisme.

Huchard a décrit ainsi dans l'*angor tabagique* trois formes : deux formes fonctionnelles bénignes, angor spasmo-tabagique et angor gastro-tabagique (par troubles dyspeptiques); une forme organique grave par lésions des coronaires, angor scléro-tabagique.

Pronostic. — « En matière d'angine de poitrine, dit Landouzy, l'étiologie a plus de valeur au point de vue du pronostic que la symptomatologie ». Ce n'est en effet ni l'intensité, ni la durée, ni la fréquence des accès qui font la gravité de l'angor, mais bien la lésion dont elle dépend et qu'elle exprime.

Et sans aller jusqu'à diviser les angines de poitrine en angines vraies dont on meurt et pseudo-angines dont on ne meurt pas, il faut cependant reconnaître que dans l'angine organique la mort est la règle, mort subite le plus souvent, tandis qu'elle est l'exception dans les angines dynamiques.

Dans la grande angine la syncope peut survenir dès le premier accès, et souvent dans des cas où, l'angine étant récente, on a obtenu une guérison apparente, on a pu voir survenir un nouvel accès, mortel.

Ces considérations ne doivent pas faire oublier cependant que d'une part les vrais angineux, sous l'influence d'un traitement et d'une hygiène sévère peuvent survivre de longues années avec des accès plus ou moins espacés; et que d'autre part on peut voir survenir soit chez un névropathe, soit chez un faux angineux, des accès d'angine organique (angine mixte), ce qui implique la nécessité d'instituer de bonne heure un traitement dans un cas comme dans l'autre. De la précision du diagnostic dépend d'ailleurs le résultat que l'on peut espérer du traitement.

---

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, nº 36, p. 431.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'angor pectoris comprend deux points : différencier du syndrome tous les états douloureux thoraciques ou brachiaux qui peuvent lui ressembler, et rechercher la nature même de ce syndrome, dynamique ou organique. Or les difficultés, souvent très grandes, que comporte le diagnostic sont fonctions des conditions dans lesquelles on se trouve pour poser le diagnostic : tantôt en effet on assistera à la crise angineuse, tantôt on n'en connaîtra que la description donnée par le malade ; ajoutons enfin que dans une série de cas il s'agit de crises franches, typiques, d'angine vraie, dans une autre, de formes frustes, incomplètes ou atypiques.

Toutes ces circonstances, jointes à la fréquence de l'état névropathique des angineux font dans l'ensemble, du diagnostic de l'angine de poitrine et surtout du diagnostic de sa nature, une recherche toujours délicate.

Diagnostic différentiel. — 1° Cependant reconnaître le syndrome angineux, en présence d'un *accès franc* d'angor organique ou même dynamique, est chose ordinairement facile. Dans les cas les plus fréquents on différenciera donc du syndrome tous les états douloureux thoraciques ou brachiaux qui peuvent lui ressembler, c'est-à-dire un certain nombre de *précordialgies* telles que : les douleurs de la névralgie phrénique et intercostale, de la pleurésie diaphragmatique, de certaines péricardites, de l'aortite, de la pleurodynie, de beaucoup d'affections nerveuses, comme le tabes. Ces diverses précordialgies rappellent assez grossièrement la douleur de l'angor, mais n'ont pas les caractères de douleur péricardique terrible et d'angoisse, surtout, qui font la caractéristique du plus grand nombre des accès d'angine ; elles ne surviennent guère par accès subits, présentent toutes plus ou moins des points fixes, douloureux à la pression sur le trajet des nerfs intéressés, persistent enfin le plus souvent après l'accès, sous forme d'endolorissement de la région.

De même on ne confondra pas l'angine avec une *dyspnée*, urémique par exemple, avec l'*asthme*.

2° Par contre, dans un assez grand nombre de cas, le diagnostic différentiel peut présenter les plus grandes difficultés. Car, d'une part, on peut voir, au cours d'accès francs, des troubles respiratoires dus soit à de la congestion, soit à de l'œdème pulmonaire, et prendre l'effet pour la cause ; d'autre part, chez des aortiques, chez des malades ayant une péricardite chronique, on peut voir des accès d'angor vraie et les méconnaître, en prenant pour une simple précordialgie le syndrome angineux ; enfin le diagnostic différentiel sera surtout délicat dans les formes frustes, incomplètes, larvées, de l'angine de poitrine : tels les accès limités à la douleur du bras gauche, que l'on peut mettre sur le compte d'une simple névralgie brachiale ; telles les formes pseudo-gastralgiques que l'on peut confondre avec des crises douloureuses dues à une maladie d'estomac.

Chaque cas comporte donc des difficultés spéciales, et c'est alors seulement par un interrogatoire minutieux, par une analyse serrée de tous les renseignements fournis par le malade, en tenant compte des exagérations possibles chez les névropathes, c'est par l'étude non seulement de l'angine, mais de l'angineux, que l'on pourra éviter une erreur dont dépend souvent la vie du malade.

Diagnostic de l'angine de poitrine organique et des angines dynamiques. — Ce n'est pas tout que d'établir qu'il s'agit d'un accès d'angine de poitrine, il faut encore déterminer sa nature. On sait quelle importance a ce diagnostic, étant donnée la différence presque absolue de pronostic dans les deux cas envisagés ; il y a, dit Huchard, deux sortes d'angineux : ceux qui meurent souvent et qui guérissent quelquefois, ceux qui guérissent presque toujours. Du diagnostic de nature s'écoule donc le pronostic et le traitement et en quelque sorte l'arrêt de vie ou de mort pour le malade.

En fait, lorsque l'on considère l'angine organique au point de vue du pronostic, c'est toujours ou presque toujours à l'angine coronarienne avec ischémie du myocarde que l'on songe.

Le diagnostic entre l'angine organique et l'angine dynamique revient donc au problème suivant : est-ce une angine coronarienne ?

a. En principe, et dans tous les cas d'*angine coronarienne* typique, la symptomatologie suffit à elle seule à assurer le diagnostic.

La soudaineté du début de la crise, la provocation des accès par tout acte nécessitant un effort, la localisation rétro-sternale de la douleur, son caractère angoissant, ses irradiations presque exclusives au bras gauche, l'intégrité presque absolue du rythme respiratoire et cardiaque, la durée très courte de l'accès, sa cessation brusque, la santé à peu près parfaite dans l'intervalle des crises constituent dans la majeure partie des cas un ensemble frappant, qui ne permet guère la confusion et qu'on ne retrouve dans aucune angine dynamique.

b. *Dans l'angor névritique* de Lancereaux et Peter, on verrait les mêmes signes classiques et typiques. Peut-être peut-on considérer, pour la distinguer de l'angor coronarienne, l'influence moins marquée des efforts sur le retour des crises, et la persistance dans leur intervalle des sensations douloureuses.

c. *Dans les angines dynamiques*, l'atypie des accès, leur début souvent spontané ou sous l'influence du froid (Huchard), l'agitation du malade, la précordialgie plutôt que la rétro-sternalgie, la multiplicité des irradiations douloureuses, la durée prolongée des accès, leur terminaison fréquente par des phénomènes d'ordre nerveux, tout cet ensemble tranche avec la netteté des accès d'angor vraie.

Mais nous n'avons eu en vue dans cet exposé que les cas d'angines coronariennes et névritiques typiques, franches.

En fait, il s'en faut que les accès soient toujours aussi typiques, aussi ne peut-on faire état, d'une façon absolue, pour différencier les deux angines ni de l'intensité des accès — car les plus dramatiques sont souvent les plus bénins, et une angine vraie, mais fruste, peut tuer au premier accès — ; ni de l'âge

du malade, car on peut voir des angines dynamiques dans l'âge mûr ; ni du siège de la douleur qui peut présenter dans l'angine coronarienne une localisation atypique, épigastrique; ni enfin du mode de début de l'accès, car on peut voir des angines d'effort qui ne sont pas des angines coronaires (Merklen). Il faut ajouter que l'existence d'accès antérieurs d'angine vraie ne peut entraîner le diagnostic, puisqu'on les voit, chez certains malades, alterner avec les accès d'angine dynamique (angines mixtes).

Donc, qu'il s'agisse d'accès frustes larvés, incomplets d'angine organique, ou qu'il s'agisse d'accès d'angine dynamique, c'est par un examen complet du malade, de ses antécédents héréditaires, de ses tares pathologiques, tant nerveuses que cardio-vasculaires; c'est aussi quand on n'a pas vu l'accès, en faisant préciser au malade les sensations éprouvées, sans l'influencer dans tel ou tel sens, en tenant compte de son état de nervosisme, en ne se laissant pas abuser par ses exagérations; c'est enfin en pratiquant dans tous les cas un examen cardio-artériel complet que l'on peut arriver à établir le diagnostic de nature d'une angine, avec une probabilité suffisante.

Pour Huchard, la constatation chez un angineux d'hypertension artérielle avec retentissement tympanique du second bruit, de lésions orificielles de l'aorte, de dilatation, d'anévrisme aortique, sera déjà une présomption en faveur du diagnostic d'angine de poitrine vraie; et permettra d'éviter l'erreur qui consisterait à prendre pour une manifestation nerveuse, un accès d'angine coronarienne chez une hystérique.

Il est cependant deux variétés d'angine dynamique, angines réflexes, dans lesquelles le diagnostic peut être particulièrement délicat. Nous rappellerons ici les caractères qui permettent le plus souvent de les différencier d'avec l'angine vraie.

1° Dans *l'angine réflexe d'origine gastro-intestinale* l'accès, dit Huchard, est spontané, survient après le repas ou sous l'influence du travail digestif, est marqué par une précordialgie diffuse presque sans irradiations, accompagné d'oppression, d'anhélation, de signes de dilatation du cœur droit. Au contraire, dans l'*angine vraie pseudo-gastralgique* à siège épigastrique (Huchard), les accès sont habituellement provoqués par l'effort, survenant parfois après le repas du soir. Ce fait, dit Huchard, établit le diagnostic, « et le plus souvent, dans les cas difficiles, l'existence du retentissement diastolique au niveau de l'aorte ou de l'artère pulmonaire, permettra de trancher la difficulté ».

Dans l'*intoxication tabagique*, ainsi que nous l'avons vu, on peut avoir deux espèces d'angines : organique et fonctionnelle.

Tantôt on aura le tableau d'une angine coronarienne, tantôt celui d'une angine réflexe d'origine gastrique, tantôt enfin celui de l'angine par ischémie du myocarde (angor spasmo-tabagique). On conçoit quelle importance particulière le diagnostic comporte ici au point de vue du pronostic, mais aussi quelles difficultés il peut soulever.

S'agit-il d'une angine coronarienne indépendante de l'intoxication tabagique? Est-ce une angine bénigne gastro-tabagique? S'agit-il d'un spasme simple des coronaires? Ou bien d'une sténose, d'une oblitération des coronaires par artério-sclérose nicotinique?

La clinique et la thérapeutique peuvent solutionner les diverses questions.

Cliniquement, les angines tabagiques présentent les caractères de l'angine d'effort, mais le plus souvent avec prédominance des troubles vaso-moteurs, des troubles dans le fonctionnement du cœur (palpitations, tendances lipothymiques ou syncopales, accès de palpitations avec irrégularités extrêmes du cœur, etc.).

Ces troubles persistent dans l'intervalle des accès et se joignent à ceux dépendant de l'intoxication nicotinique.

C'est par la *suppression de l'usage* du tabac que l'on fait disparaître les crises d'angor dans les trois formes, sauf toutefois dans la forme scléro-tabagique quand l'intoxication est de longue date et que les lésions sont organisées. Cette éventualité mise à part, on voit que l'on a là un moyen de diagnostic facile.

Diagnostic des angines mixtes et associées. — Dans cette deuxième partie du diagnostic de nature de l'angine de poitrine, nous n'avons eu en vue que les cas isolés d'angine organique et d'angine dynamique. On a vu quelles difficultés présente souvent ce diagnostic [cas « hybrides » (Rendu), angine vraie chez un hystérique, coexistence d'une lésion aortique, d'une affection cardiaque avec l'hystérie (Landouzy) ou le goitre exophtalmique (Marie)].

Mais parfois même « la sténocardie n'est pas simple, elle est *mixte*, il s'agit à la fois d'une douleur réalisée par l'effort et d'une douleur exagérée par la pression. L'angine de poitrine vraie se double alors d'une angine fausse » (Huchard). C'est dans ces cas qu'il faudra étudier de près la valeur de chacun des symptômes et dissocier les causes dont relève chacun des caractères de ces symptômes.

Enfin, la sténocardie peut être *associée*, tel est le cas d'angine de poitrine avec dyspnée. « Quand il y a dyspnée, le plus souvent un élément rénal s'est joint à la maladie ; le malade est angineux par ses coronaires, dyspnéique par son rein. Il faut le soumettre au régime lacté, et alors la dyspnée disparaît » (Huchard). C'est dans ces formes encore qu'il importe d'établir un diagnostic de nature, car Rondot (1896) a signalé l'angine de poitrine brightique au cours des néphrites subaiguës et chroniques, angine s'amendant et disparaissant sous l'influence du traitement de l'insuffisance urinaire.

Telles sont les difficultés que comporte le diagnostic de l'angine de poitrine. Si dans un certain nombre de cas, on ne peut se prononcer d'une façon absolue, toujours au moins peut-on arriver à un degré de probabilité suffisante pour instituer un traitement approprié, lequel n'a point seulement toujours le but primordial de guérir ou d'améliorer le malade, mais confirme parfois, en guérissant l'angineux, le diagnostic posé, réalisant ainsi l'adage : *Naturam morborum ostendunt curationes.*

Traitement. — Il y a deux temps dans le traitement des angines de poitrine : le traitement de l'accès, le traitement préventif de l'accès. Nous étudierons successivement l'un et l'autre, et dans chacune des deux espèces d'angines coronarienne et névritique ou organiques, et dynamiques.

Le traitement de l'accès est sensiblement le même dans les deux cas : l'indication capitale est la suppression de la douleur.

Les agents calmants par excellence sont ici la morphine et le nitrite d'amyle.

Le *nitrite d'amyle*, vaso-dilatateur puissant, est par la rapidité de son action le plus précieux des agents : en quelques secondes l'inhalation de v à vi gouttes versées sur un mouchoir, calme le syndrome douloureux. Mais la courte durée de son action peut nécessiter plusieurs inhalations au cours d'un même accès, et certains malades ont pu ainsi se laisser entraîner à un abus du médicament, chez lesquels on a observé consécutivement les signes de l'amylisme.

D'ailleurs l'usage du nitrite d'amyle répond surtout aux angines coronariennes, aux angines spasmo-tabagiques, aux formes vaso-motrices.

Dans les angines névrosiques des hystériques, des neurasthéniques, dans les angines réflexes, on emploiera de préférence et avec succès la *morphine* en injections hypodermiques, dont on usera jusqu'à sédation complète de la douleur (Huchard). Les seules contre-indications à son emploi seront l'affaiblissement du cœur et surtout la dyspnée par œdème pulmonaire aigu (Merklen, A. Petit).

Pour calmer les accès très violents on peut avoir recours à l'action combinée des inhalations amyliques et des injections de morphine, ou d'une injection de trinitrine (en solution alcoolique au 100e). On peut enfin employer au lieu du nitrite d'amyle le tétranitrate d'érythrol, d'action plus lente mais plus prolongée. Dans les cas graves, où tous les moyens habituels auraient complètement échoué, et dans ces cas seulement, on peut employer l'inhalation chloroformique (Huchard), en procédant par inhalations très courtes séparées par deux ou trois inspirations à l'air libre (Vergely).

Contre les accès légers, on usera des analgésiques : antipyrine, quinine, bromure de potassium, sauf dans les cas où le cœur faiblit. La révulsion locale, soit sur la région précordiale (ventouses sèches, faradisation, pulvérisations d'éther ou de chlorure de méthyle, sinapisation), soit sur les membres, conviendra aussi aux accès légers.

Mais on s'abstiendra des inhalations d'éther inutiles, des chloral, sulfonal, cocaïne, atropine, qui affaiblissent le cœur (Huchard).

Enfin, quand au cours d'un accès, le malade est en état de syncope, on usera des injections d'éther et d'huile camphrée.

Traitement préventif des accès d'angine organique. — 1° On sait quel rôle joue l'artério-sclérose dans la pathogénie de l'angine organique. La plupart des angineux sont des artério-scléreux. On sait aussi la valeur de l'intoxication alimentaire et des auto-intoxications de toute nature dans la pathogénie de l'artério-sclérose.

Aussi quelle que soit la lésion incriminée comme cause de l'angor, coronarite ou névrite du plexus cardiaque, en tant qu'athéromateux, qu'intoxiqués, les angineux devront être soumis à un régime alimentaire sévère.

2° D'autre part, en tant que cardiaques, on devra les soumettre à un traitement favorisant et facilitant le travail du cœur, en s'adressant soit au cœur lui-même, soit aux vaisseaux.

3° Enfin en tant qu'angineux organiques, il faudra leur prescrire une hygiène excluant les efforts et les émotions, causes occasionnelles de l'accès.

Dans l'ensemble, on peut considérer deux parties dans le traitement des angineux organiques : traitement hygiénique et traitement médicamenteux qui répondent aux diverses indications sus-énoncées.

I. Traitement hygiénique. — 1° Le malade devra, autant que possible, éviter la fatigue, les efforts violents, la marche contre le vent, les excès vénériens, le surmenage physique ou intellectuel; il faudra le soustraire aux émotions violentes, et en ce sens, on devra rassurer le malade et le convaincre qu'il n'est pas atteint d'une affection organique du cœur.

2° Du régime alimentaire des angineux seront proscrites toutes les substances toxiques et toutes celles qui peuvent élever la tension artérielle. En outre on recommandera de manger modérément, surtout le soir. Enfin on veillera au fonctionnement régulier de l'intestin.

On interdira naturellement l'usage du tabac et même le séjour dans les atmosphères enfumées.

Notons au sujet du régime alimentaire que Lœper et Gouraud, considérant l'athérome artériel comme une calcification exagérée des artères, conseillent aux athéromateux un régime aussi acalcaire que possible, et l'usage de bicarbonate de soude et de purgatifs drastiques solubilisant les sels de chaux et favorisant leur élimination (1).

Quoi qu'il en soit, d'une façon générale, et surtout lorsqu'il arrive à la période de cardiectasie, le malade se trouvera bien d'un régime réduit, hypochloruré, interrompu de temps à autre par des périodes de régime lacté intégral (Teissier).

3° Huchard insiste sur la nécessité de favoriser et de faciliter le travail du cœur par l'emploi de frictions stimulantes, de massage par effleurage, des exercices passifs.

II. Traitement médicamenteux. — Il faut être sobre de médicaments chez les angineux. Cependant il est deux médicaments dont l'usage devra être recommandé chez les angineux aortiques et artério-scléreux, ce sont les *iodures* et les *nitrites*. Ils répondent en effet aux indications thérapeutiques posées par Huchard : combattre l'hypertension artérielle, diriger le traitement contre l'aortite et le développement de l'artério-sclérose.

Nous n'insisterons pas ici sur le mode d'emploi

(1) M. Lœper et Gouraud. Le régime décalcifiant dans l'athérome artériel, *Presse méd.*, 4 nov. 1908.

des iodures. Disons seulement qu'Huchard a coutume de prescrire l'iodure de potassium un mois sur trois, durant deux à quatre ans, « l'iodure de potassium paraissant doué d'une action plus rapide et plus certaine chez quelques artério-scléreux et angineux ».

Quels que soient les reproches que l'on ait pu faire à la médication iodurée, on peut et on doit user de cette médication chez tous les angineux artério-scléreux, car « il s'agit pour les malades d'une question de vie ou de mort, et aucune autre médication que celle-là n'est capable d'assurer leur guérison » (Huchard).

Cependant dans les cas d'idiosyncrasie particulière, on peut employer d'autres médicaments abaissant la tension, tels que la *trinitrine*.

Enfin la *théobromine* prescrite à faibles doses et concurremment sera utile dans le cas où le fonctionnement du rein paraît s'altérer.

A part ces divers médicaments, il faut en général s'abstenir des médicaments vaso-constricteurs et hypertenseurs : caféine, belladone, ergot de seigle, adrénaline.

Cependant, pour un certain nombre d'auteurs, et notamment Merklen, Teissier, qui font jouer à la distension du cœur le principal rôle dans la pathogénie de l'accès, il faut renforcer le myocarde par l'emploi de médicaments appropriés. C'est comme toni-cardiaques qu'on prescrira la *théobromine* (Teissier), la *spartéine*, le *strophantus*, la *digitale*.

D'après Merklen cependant, ces derniers médicaments ne seraient indiqués que dans les angines de l'insuffisance aortique et dans les angines non coronariennes.

Pour Huchard, l'existence de la distension cardiaque, possible dans l'angine de poitrine organique, légitime l'emploi de la digitaline.

Pour tous les auteurs d'ailleurs qui prescrivent dans les conditions sus-dites l'emploi de la digitaline, on ne doit le faire qu'avec prudence, à doses faibles et répétées.

Telles sont les indications de la thérapeutique médicamenteuse dans les intervalles des crises d'angine de poitrine vraie.

III. Traitement hydro-minéral. — « Je ne connais pas, dit Huchard, et je ne crois pas qu'il existe une eau minérale capable d'améliorer ou de guérir une angine de poitrine vraie. » Mais certaines cures hydro-minérales peuvent être utiles aux angineux en ce qu'elles tonifient le système veineux et dilatent les vaisseaux artériels, c'est-à-dire en allégeant le travail du cœur, remplissant ainsi le même but que les pratiques d'hydrothérapie, la gymnastique passive, le massage et les frictions.

C'est ainsi qu'on pourra prescrire les bains carbogazeux de Royat, les eaux diurétiques comme celles de Vittel, de Contrexéville, de Martigny, d'Evian, etc., celles de Néris.

Enfin, chez les malades obèses, les eaux minérales de Brides (Savoie) peuvent avoir une action utile.

Mais il faut défendre de la façon la plus formelle le séjour au bord de la mer parce qu'il est trop excitant, défense qui s'applique aux cas d'angineux en état d'hyper ou d'hyposystolie, car dans ceux où la lésion orificielle est latente, le séjour au bord de la mer ne produit souvent aucun effet favorable ou fâcheux (Huchard).

Nous en aurons fini avec les indications thérapeutiques et hygiéniques chez les angineux organiques en disant un mot des *interventions chirurgicales* chez ces malades.

Ces interventions sont toujours graves, car l'émotion seule, la douleur ou la crainte de la douleur peuvent provoquer des accès ou des syncopes.

Le chloroforme, d'autre part, est particulièrement dangereux chez les malades exposés aux lipothymies et aux syncopes, par conséquent chez les angineux.

Mais ce n'est pas une raison pour contre-indiquer formellement l'anesthésie chloroformique, à la condition d'administrer le chloroforme avec prudence, soit à la compresse, par petites doses, d'une façon continue sans intermittences, soit avec un des appareils de Reynier, de Ricard, de Roth-Dräger, etc.

Traitement des angines dynamiques dans l'intervalle des accès. — Dans les angines dynamiques, il n'y a pas de thérapeutique pouvant s'appliquer à tous les cas. La thérapeutique, les indications varient suivant la cause qui les produit, suivant chaque sujet.

Cependant, les faux angineux étant, d'une façon générale, doublés de nerveux, on aura recours aux antispasmodiques : préparation de valériane, bromures ; hydrothérapie tiède, eaux de Néris, de Royat, Luxeuil, Bagnères-de-Bigorre, Bourbon-Lancy ; la psychothérapie sera aussi d'un grand secours. C'est surtout ces malades qu'il faut convaincre qu'ils n'ont pas de maladie organique du cœur, ce qui est un des moyens les plus efficaces pour la guérison.

Chez les *hystériques*, les *neurasthéniques*, lorsque les accès durent depuis longtemps, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'isolement.

Chez les *dyspeptiques*, on traitera naturellement les troubles digestifs ; par un régime approprié, par le traitement de la constipation, on arrivera à la guérison.

La suppression absolue du tabac, la défense du séjour dans des pièces enfumées sont les indications essentielles chez les angineux *tabagiques*.

Dans les *cas d'angines réflexes* secondaires à une névrite, à un névrome, on a conseillé la section du nerf douloureux (Tillaux).

Chez les *goutteux*, les *diabétiques*, souvent un régime alimentaire pauvre en éléments fermentescibles fera plus qu'un traitement médicamenteux, antigoutteux, antidiabétique.

Enfin, si le malade est *syphilitique* de date récente, on devra essayer le traitement mercuriel.

Mais dans tous ces cas d'angines dynamiques, il ne faudra jamais perdre de vue la possibilité d'accès d'angine organique ; et si un faux angineux présente des accès éloignés, il conviendra toujours d'examiner chaque fois le cœur en songeant aux accès d'angine vraie, et pour éviter ainsi l'erreur, dangereuse pour le malade, qui consisterait à traiter comme un

nerveux ou comme un dyspeptique simple un malade présentant une crise d'angine vraie.

C'est aussi pour ce motif que le médecin se trouvera toujours bien d'être prudent dans son diagnostic, de ne pas l'énoncer trop carrément d'emblée à la famille du malade, et en faisant toujours des réserves pour l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

Traités de méd. — *Manuel de méd.* — *Congrès de Grenoble*, 1885 : Nature et traitement curatif de l'angine de poitrine vraie. — *Soc. méd. des hôpit.*, 1887 : Nature et traitement de l'angine de poitrine vraie. — *Nord méd. de Lille* : Traitement de l'angine de poitrine, 1906, XII, 253-259. — GILBERT et GARNIER. Sur l'origine urémique de l'angine de poitrine des artério-scléreux, *Presse méd.*, 13 oct. 1900, p. 263. — HUCHARD. *Traité des maladies du cœur et des vaisseaux*; — *Consultations médicales cliniques et thérapeutiques*, 1903 et 1904. — HUCHARD et FIESSINGER. *Clinique thérapeutique du praticien* : La digitaline dans l'angine de poitrine. — P. MERKLEN. Diagnostic de l'angine de poitrine par coronarite, *Presse méd.*, 9 août 1900; — *Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur* publiées par Jean Heitz, 1908. — PARVINSKY (J.). Angine de poitrine toxi-alimentaire et auto-intoxication, *Gaz. tek. Wasszawa*, 1906, 2e série, XXVI, 1011, 1045, 1071, 1107. — M. LŒPER. Angine de poitrine et entéro-colite mucomembraneuse, *Bull. méd.*, 27 janv. 1909, p. 75.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 MARS 1909)

Traitement des plaies de poitrine. — La discussion soulevée par M. Delorme prend de l'extension. Chacun y apporte le tribut de son expérience. M. DEMOULIN qui, lors de la discussion de 1907, s'est déclaré abstentionniste, s'est, depuis, laissé convaincre par le rapport de M. Delorme sur les deux observations de MM. Duval et Ombrédanne. Il s'est promis d'intervenir ou de laisser ses internes intervenir dans les cas qui donnent lieu à des hémorragies très sévères ou qui, selon la formule de M. Quénu, s'accompagnent d'hémorragies ayant une importance démontrable. M. Demoulin apporte aux débats l'observation suivante :

Une jeune fille de dix-neuf ans se tire, à onze heures, un coup de revolver à gauche et en haut de la poitrine ; elle est amenée à l'hôpital dans un état de schock alarmant. M. Bodolec, interne de M. Demoulin, après avoir surveillé la blessée pendant une demi-heure, téléphone à M. Demoulin que la malade décline, qu'elle a une notable quantité de sang dans la poitrine, qu'elle en rend par la bouche. M. Demoulin autorise l'intervention immédiate. M. Bodolec opère. Le lendemain, elle a une pneumonie qui évolue dans les dix jours. Vingt-cinq jours après l'opération, M. Demoulin présentait cette malade guérie.

M. Demoulin trouve la discussion actuelle prématurée en ce sens que les cas nouveaux sont trop restreints. Il n'a pu, en effet, relever que neuf cas. Quatre cas graves traités par l'expectation et terminés par la guérison. Cinq cas d'intervention avec trois guérisons et deux morts.

Tels sont les faits nouveaux communiqués depuis trois mois.

M. Demoulin fait suivre cette statistique de réflexions générales sur la thoracotomie, opération assez simple, en apparence, mais rendue parfois difficile par les adhérences plus ou moins étendues du poumon. La thoracotomie, même large, ne permet pas toujours d'arrêter complètement une hémorragie pulmonaire.

Il est entendu qu'il ne faut pas chercher à extraire les projectiles ou les débris de vêtements qui peuvent être dans le poumon. Mais ces corps étrangers peuvent favoriser la réaction inflammatoire du poumon et de la plèvre.

Ces réserves faites, M. Demoulin reste partisan de la thoracotomie dans le traitement des plaies très graves du poumon. Mais, pour lui, l'expectation est le traitement de choix dans l'immense majorité des cas.

M. DELORME est d'accord avec M. Demoulin. Toutefois M. Demoulin, dans la statistique qu'il a présentée, considère comme très graves deux cas de M. Toubert qui ont guéri avec l'abstention. M. Delorme ne trouve pas ces cas aussi graves que le dit M. Demoulin et il ne serait pas intervenu dans ces deux cas.

M. Delorme rappelle qu'en demandant que les chirurgiens qui pratiquent ces opérations en aient acquis l'expérience et l'habitude, il a voulu entendre parler de l'expérience et de l'habitude acquises par des exercices sur le cadavre.

Au point de vue des corps étrangers restés dans les poumons, M. Delorme fait remarquer que les interventionnistes peuvent plus que les abstentionnistes, mais ils ne peuvent faire tout.

La stérilisation de la peau par la teinture d'iode. — M. WALTHER fait, en son nom et au nom de son interne, M. Touraine, une communication sur ce sujet.

Les résultats de la désinfection du champ opératoire par la teinture d'iode ont été étudiés à trois points de vue différents :

1° résultats pratiques; 2° résultats bactériologiques ; 3° résultats histologiques; 60 cas pour les premiers, 15 cas pour les seconds, 10 cas pour les troisièmes.

1° RÉSULTATS PRATIQUES. — Sur 35 cas observés à la Pitié, l'asepsie de la peau a été recherchée 28 fois par la teinture d'iode après friction à l'éther, 4 fois par la teinture d'iode sans autre lavage, 2 fois par la teinture d'iode après lavage à la brosse au savon, à l'alcool et à l'éther, 1 fois par la teinture d'iode après lavage à l'alcool et à l'éther.

Résultats parfaits dans 32 cas. Dans 3 cas un fil avait légèrement coupé la peau.

A ces 35 cas, M. Walther en ajoute 26 de la ville dans lesquels les résultats ont été constamment satisfaisants.

2° RÉSULTATS BACTÉRIOLOGIQUES. — 15 cas ont été étudiés à ce point de vue et ont donné 32 ensemencements. Dans ces 15 cas, la désinfection iodée a été réalisée par trois procédés différents : 1° teinture d'iode après lavage à l'éther; 2° teinture d'iode seule; 3° teinture d'iode après lavage au savon, à l'alcool et à l'éther.

Nous ne pouvons suivre ici M. Walther dans les explications très détaillées qu'il donne sur ces diverses expériences. Qu'il nous suffise de dire que ces expériences ont montré qu'après dix minutes la stérilisation parfaite de la peau est obtenue par l'application de l'iode seul.

Les résultats pratiques, comme les résultats bactériologiques et les résultats histologiques ont montré que l'asepsie est plus complète et plus parfaite avec l'iode seul qu'avec l'iode après lavage au savon, à l'éther ou à l'alcool.

En effet, il a été fait une série d'expériences chez des cobayes, dont la face dorsale préalablement rasée a été, d'un côté, savonnée, passée à l'éther, à l'alcool et à la teinture d'iode, et l'autre côté à la teinture d'iode seule.

Du côté savonné, l'imprégnation de l'iode a été beaucoup moins intense et régulière que de l'autre côté, les granulations d'iode ne pénètrent pas dans la profondeur des téguments et ne peuvent, par conséquent, exercer aucune in-

fluence sur les microbes contenus dans les parties profondes de la peau.

Réaction de fixation dans le diagnostic des kystes hydatiques. — M. Lejars, en son nom et au nom de M. Parvu, fait une intéressante communication sur ce sujet qui a déjà été porté devant la Société médicale des hôpitaux (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 147, p. 1760, communication de MM. Laubry et Parvu). Après avoir rappelé en quoi consiste la méthode, M. Lejars rapporte cinq observations. Les trois premières de ces observations ont déjà été présentées à la Société médicale des hôpitaux. Arrivons aux deux derniers faits tout récents :

Homme de quarante-deux ans, envoyé par M. Mathieu, atteint de bronchite chronique. Il y a dix ans, douleur vive à la région épigastrique; il y a huit ans, troubles gastriques, apparition d'une petite tumeur mobile, dure, arrondie à la partie interne du rebord costal droit. La tumeur grossit peu à peu. Elle devient très volumineuse. L'examen radioscopique, pratiqué par M. Béclère, conclut à un kyste hydatique.

La réaction de fixation fut nettement positive. Le malade fut opéré et l'opération confirma le diagnostic de kyste hydatique.

Le dernier fait se calque exactement sur le précédent; grosse tumeur dans la région hypogastrique; examen radiographique concluant à un kyste hydatique; réaction de fixation positive. Opération, confirmation du diagnostic.

M. Lejars termine par les conclusions suivantes :

1° Le sérum des sujets atteints de kyste hydatique, quels que soient le siège et le développement de l'échinococcose, contient des anticorps spécifiques;

2° Le liquide céphalo-rachidien des mêmes sujets ne donne pas de réaction de fixation, ne contient pas d'anticorps;

3° La réaction de fixation, lors d'échinococcose, est rigoureusement spécifique, et, contrairement à ce qui se passe pour la syphilis, pour la lèpre, par exemple, elle ne s'obtient jamais avec un autre antigène que le liquide du kyste hydatique;

4° Il n'existe aucune relation constante et assurée entre l'éosinophilie et le kyste hydatique, pas plus qu'entre l'éosinophilie et la réaction de fixation;

5° Le liquide de kyste hydatique de l'homme et le liquide de kyste hydatique du mouton se prêtent aux mêmes réactions et peuvent, expérimentalement, se substituer l'un à l'autre;

6° En présence de toute tumeur viscérale, dont le diagnostic est malaisé à obtenir par les procédés usuels d'exploration clinique ou de laboratoire, la réaction de fixation est tout indiquée et s'impose.

M. Delbet fait observer que cette réaction de fixation du complément est appelée à rendre les plus grands services. Il rappelle les différents cas dans lesquels elle a été employée, en particulier pour les kystes hydatiques, avec le plus grand succès. M. Lejars a donc eu raison de faire connaître les nouveaux faits qu'il vient de communiquer.

M. Tuffier ne peut que confirmer ce que viennent de dire MM. Lejars et Delbet. Weinberg a mis cette méthode en pratique, dans son service, deux fois, et dans ces deux cas l'opération a confirmé ultérieurement le diagnostic que la réaction positive avait fait porter.

M. Routier a vu expérimenter la méthode sur six de ses malades. Cinq fois la réaction a été négative. Les malades avaient d'autres affections que des kystes hydatiques. Elle a été positive chez un individu qui avait eu autrefois un kyste hydatique. Il est probable qu'il en existe un nouveau qui ne s'est pas encore révélé.

M. Faure cite le fait d'une malade qu'il croyait atteinte d'un kyste hydatique. La réaction a été négative. L'opération a démontré qu'il s'agissait d'une grosse vésicule biliaire.

Dans un autre cas, la réaction a été positive chez une femme qui a été opérée cinq fois de kystes hydatiques, mais qui ne présente aucun signe actuel de kyste hydatique.

M. Thiéry, sans vouloir discuter la valeur de la méthode, ne la croit pas très facilement applicable, puisqu'il faut un lapin, un mouton atteint de kystes hydatiques, des cobayes, etc. D'un autre côté, il serait utile de faire porter les expériences sur de nombreux malades comme moyen de contrôle.

M. Lejars dit que cela a été fait. Il reconnaît avec M. Thiéry que la méthode, quelle que soit sa valeur diagnostique, manque de simplicité.

(Séance du 31 mars 1909)

La réaction de fixation du complément pour le diagnostic des kystes hydatiques. — La discussion soulevée dans la dernière séance par la communication de M. Lejars se poursuit et chacun apporte de nouveaux faits en faveur de la méthode. MM. Legueu et Guinard communiquent des observations qui prouvent que la réaction reste longtemps positive après que les kystes ont été enlevés. M. Guinard cite un cas dans lequel la réaction a été très faible. Il s'agissait d'un kyste à hydatides mortes.

MM. Lejars, Launay, Tuffier et Demoulin communiquent, à leur tour, des faits où la réaction a été positive et où l'opération a confirmé le diagnostic.

M. Reclus cite l'exemple d'un malade de son service chez lequel avait été diagnostiqué un kyste hydatique du foie. Cependant la réaction a été négative. Il faut observer qu'au moment où elle a été pratiquée, le malade était atteint d'un double phlegmatia alba dolens. Quoiqu'il n'ait pas encore été opéré, M. Reclus reste convaincu qu'il s'agit bien d'un kyste hydatique. Ce serait, jusqu'ici, le seul cas où la réaction n'aurait pas réussi.

Les plaies du poumon. — Nous revenons à la discussion sur les plaies du poumon. M. Rochard a relevé, dans son service, en 1906, 36 cas de plaies pénétrantes de poitrine, 19 en 1907, 16 en 1908, 7 en 1909.

Un seul cas d'intervention pour une hémorragie qui ne s'arrêtait pas, intervention pratiquée par M. Lenormand. Il s'agissait d'un alcoolique; il est mort de delirium tremens dix jours après l'opération. Les 73 autres cas se rapportaient à des blessés qui n'étaient pas dans un état alarmant.

M. Rochard croit que MM. Routier et Demoulin ont eu affaire surtout à des blessés en état de schock très grave. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit, dans ces cas, d'assassinés ou de suicidés et que, lorsque ces blessés sont amenés à l'hôpital, ils se trouvent dans un état nerveux particulier. Mais il ne faut pas confondre cet état de schock avec les troubles résultant d'une hémorragie grave et persistante. C'est dans ces cas seuls que M. Rochard croit, avec M. Delorme, que les chirurgiens doivent intervenir. Il pense que peu à peu les chirurgiens se rallieront tous à cette notion, et que lorsque la guérison des plaies pénétrantes de poitrine sera portée de nouveau devant la Société, il se trouvera alors plus d'interventionnistes qu'aujourd'hui.

M. Sieur apporte au débat une analyse très intéressante des cas de plaies pénétrantes de poitrine par coups de fusil qui ont été relevés dans les dernières guerres. M. Sieur nous donne des détails très instructifs sur ces plaies en ligne droite, avec orifices d'entrée et de sortie très petits, avec très peu de lésions vasculaires, très rarement avec la présence de débris vestimentaires. Sur 178 plaies pénétrantes de poitrine avec atteintes du poumon et de la plèvre, on compte 153 guérisons, sans intervention; 9 blessés ont succombé à l'abondance et à la persistance de l'hémorragie. Les complications graves ont été les hémorragies, la pneumonie traumatique et le pneumothorax.

Parmi les blessés qui ont succombé, il en est qui auraient pu être sauvés par l'opération recommandée, avec raison, par M. Delorme.

Toutefois, au point de vue de cette intervention, que de difficultés dans la chirurgie de guerre? Le transport des blessés, souvent à grande distance, ne permet pas, le plus souvent, de pratiquer à temps cette intervention.

Nous regrettons de ne pouvoir nous étendre davantage sur les documents très instructifs qui nous ont été fournis par M. Sieur.

M. Thiéry nous apporte une statistique personnelle de quinze cas de plaies pénétrantes de poitrine qui ont toutes guéri sans intervention. Il croit que ces blessés doivent être divisés en trois catégories. Quand il n'y a pas de signes graves d'hémorragie, ce qui est le cas le plus fréquent, il faut s'abstenir. Il ne faut intervenir que dans les cas très graves où l'on est convaincu de la persistance de l'hémorragie.

M. Tuffier fait observer que la grosse difficulté est de reconnaître ces cas très graves qui commandent l'intervention.

Il rapporte le cas d'un jeune homme de vingt-deux ans qui, il y a dix jours, se tira deux balles de revolver au-dessous du mamelon gauche.

M. Tuffier fut appelé auprès de lui à quatre heures et demie, la tentative de suicide ayant eu lieu à deux heures. Le blessé était dans un état très grave; beaucoup de sang sortait par la plaie; il n'y avait pas d'hémoptysies ; pas d'orifice de sortie; le pouls à 140, très faible; l'auscultation révélait un certain épanchement. M. Tuffier conseille à son interne d'opérer; on trouve six plaies pulmonaires qu'on suture. Le blessé succombe. A l'autopsie, on trouva deux plaies du poumon qui avaient échappé. Il y avait donc huit plaies pulmonaires.

M. Delorme a vu les blessés de Casablanca, et du Sud-Oranais; il fait observer que les conditions dans lesquelles on observe des plaies pénétrantes de poitrine sont, dans ces cas, toutes différentes de celles qu'on observe dans la pratique hospitalière.

ANALYSES

MÉDECINE

Communication sur quelques cas de maladie causés par le bacille de la septicémie des souris. (Fleischanderl. *Münch. med. Wochens.*, 23 fév. 1909, n° 8, p. 392.) — Au mois d'avril 1908, Fleischanderl observa dans sa clientèle 6 cas d'une maladie débutant par des douleurs abdominales et de la diarrhée; puis survenait de la fièvre et une fatigue générale. Pendant les deux ou trois jours suivants les symptômes s'exagéraient; la fièvre se maintenait entre 39 et 40 degrés, la diarrhée, les douleurs abdominales persistaient, on notait de plus des vertiges pendant la station debout et de la prostration. Puis les symptômes aigus disparaissaient rapidement et il ne persistait que de la fatigue pendant quelques jours.

L'enquête menée par l'auteur sur l'origine de cette petite épidémie lui donna les résultats suivants : trois des malades avaient pendant la journée précédant l'apparition des premiers symptômes distribué dans les champs des morceaux de pain imbibés d'une émulsion de bacilles de la septicémie des souris, employés pour la destruction de ces animaux. Puis ils avaient mangé sans prendre la peine de laver leurs mains souillées de culture microbienne.

Les trois autres malades appartenaient à la famille d'un instituteur et n'avaient pas manié de microbes pathogènes. Mais ces trois personnes avaient bu, sans le faire bouillir, du lait provenant de la ferme où habitaient les trois premiers malades.

Des cas d'infection due au bacille de la septicémie des souris ont été déjà rapportés par Trommsdorf, Meyer et Shibayama. Fleischanderl, pour se convaincre de l'action pathogène de ce microbe, a absorbé un peu d'émulsion de bacille de la septicémie des souris; au bout de vingt-quatre heures se sont montrés chez lui les mêmes symptômes que chez ses malades : douleurs abdominales, diarrhée, fièvre, fatigue générale, qui ont persisté pendant deux jours.

L'examen des selles de plusieurs malades a permis à l'auteur de déceler un bacille de la septicémie des souris de Lœffler absolument authentique.

A. Lemierre.

Etude de neuro-pathologie sur les radiculites. (Paul Camus. Th. de Paris, 1908; J.-B. Baillière, édit.) — L'étude des radiculites constitue un chapitre nouveau de la neuro-pathologie; à côté des maladies de la moelle et de celles des nerfs périphériques, il existe un groupe d'affections autonomes, liées à l'altération primitive des racines et de leurs enveloppes; ce sont les rhizopathies (de ῥιζα, racine) dont la radiculite est une des variétés les plus importantes. La thèse de M. Paul Camus est le premier travail d'ensemble sur ce sujet; elle a été préfacée comme elle le méritait, c'est-à-dire très élogieusement, par le professeur Déjerine.

Les radiculites sont souvent précédées ou accompagnées de phénomènes méningitiques frustes, puis elles se caractérisent par un ensemble de symptômes communs répartis dans le domaine des racines intéressées. Ce sont des troubles sensitifs qui consistent en douleurs, hyperesthésie, paresthésie, anesthésie, puis des troubles moteurs, de l'atrophie musculaire, et parfois des troubles trophiques, vaso-moteurs ou oculo-pupillaires. Les douleurs sont continues ou plus souvent reviennent par accès d'une très grande acuité; la crise douloureuse survient spontanément ou est provoquée par les mouvements ou les efforts; ces paroxysmes subits sont motivés brusquement par une secousse violente, une quinte de toux, un éternuement. Cette exacerbation a été décrite sous le nom de signe de l'éternuement par Déjerine, Leenhardt et Norero. L'hyperesthésie, les paresthésies sont fréquentes au début pendant la phase d'irritation radiculaire ; puis à cette phase peut succéder une phase d'anesthésie. Ces troubles sensitifs ont une topographie spéciale : la topographie radiculaire. Quand la radiculite postérieure se complique de radiculite antérieure, ce qui est la règle, on constate des troubles moteurs et trophiques; c'est une parésie ou une paralysie atteignant un groupe de muscles strictement définis ; les réactions électriques sont modifiées, les réflexes tendineux affaiblis ou abolis. Si la destruction des fibres radiculaires est profonde, rapidement les muscles paralysés s'atrophient; on peut voir survenir des troubles trophiques et vaso-moteurs. Dans les lésions radiculaires des dernières viscérales et de la première dorsale, les troubles oculo-pupillaires prennent une signification et une importance qui ont été signalées par Mme Déjerine-Klumpke.

On peut décrire aux radiculites des formes cliniques d'après leur modalité, c'est-à-dire leur prédominance sensitive ou motrice, et d'après leur topographie régionale. Ce sont les formes sensitives, sensitivo-motrices, les formes à prédominance motrice; ce sont, parmi les formes régionales, les radiculites cervicales, cervico-dorsales, lombaires, lombo-sacrées, sacro-coccygiennes, les radiculites craniennes. La plus fréquente est la radiculite lombo-sacrée ou sciatique radiculaire. A côté des formes limitées, on doit admettre des formes disséminées et généralisées, dont le diagnostic est souvent des plus délicats avec le tabes.

En dehors du tabes, le diagnostic des radiculites peut aussi présenter des difficultés avec les névrites périphériques ou tronculaires, avec les tumeurs rachidiennes et surtout avec les myélopathies dont quelques-unes, comme la poliomyélite et la syringomyélie dans leurs formes limitées, présentent des syndromes radiculaires très nets.

La conception des radiculites n'est pas purement clinique; elle repose sur des constatations anatomo-pathologiques; dans les lésions observées, il faut distinguer des lésions primitives par atteinte inflammatoire de la racine et de ses enveloppes, puis des lésions accessoires par dégénérescence secondaire des fibres radiculaires. La méningite localisée est aussi très fréquente dans les radiculites infectieuses; elle est révélée par la lymphocytose céphalo-rachidienne lors de la ponction lombaire.

L'étiologie des radiculites est assez complexe; elle survient parfois à la suite de lésions traumatiques ou de compressions, souvent après des maladies infectieuses ou des intoxications; il s'agit quelquefois de pachyméningite tuberculeuse, mais c'est surtout la syphilis qui est de beaucoup la cause la plus fréquente des radiculites. Cette notion étiologique domine, dans une très grande mesure, le pronostic et le traitement. Dans un très grand nombre de cas, le traitement mercuriel agit puissamment sur les radiculites; il les guérit complètement quand il est institué assez près du début de l'affection. Dans les cas plus anciens, le traitement mercuriel est au moins suivi d'une très grande amélioration.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Crâniotomie pour tumeur du nerf acoustique (*New-York surg. Society*, 25 mars 1908). — Une femme de vingt-trois ans entre à l'hôpital avec une démarche cérébelleuse, des vertiges, et une cécité presque complète; vomissements et céphalée, de plus, surdité croissante du côté gauche, avec paralysie faciale du même côté et perte du réflexe cornéen. Diagnostic : tumeur du nerf acoustique, et de l'angle ponto-cérébelleux.

Opération en position de Trendelenbourg inversée, la malade reposant sur le ventre sur la table d'opérations. Anesthésie à l'aide de deux longs tubes introduits dans les narines. Incision en fer à cheval remontant à deux travers de doigt au-dessus de la protubérance occipitale externe; on divise le lambeau en deux parties égales; la trépanation de l'os donne une hémorragie forte que l'on arrête avec la cire de Hosley. Mise à nu des deux sinus latéraux, incision de la dure-mère, section du sinus longitudinal supérieur entre deux ligatures. En relevant très doucement avec un écarteur la tente du cervelet, on déchire une artère et une veine dure-mériennes qui donnent une forte hémorragie. Puis l'on trouve, près du méat auditif interne, une tumeur bleuâtre qui s'énuclée assez facilement en trois fragments. Suture autant que l'œdème aigu du cervelet veut bien le permettre. Guérison opératoire, amélioration fonctionnelle progressive. Diagnostic histologique, fibro-sarcome.

Woolsey a opéré trois fois pour neuro-fibrome du nerf acoustique; chaque fois avec un résultat fatal. Il faut pour opérer ces tumeurs un champ large; au besoin l'on peut réséquer une bonne partie du lobe latéral du cervelet. Il vaut mieux opérer en une fois qu'en deux séances.

Elsberg a opéré deux cas de tumeurs du nerf acoustique; l'un mourut le troisième jour d'anurie; l'autre, d'une autre tumeur cérébrale (récidive) située dans un endroit inaccessible. Il ne croit pas qu'une si large intervention soit nécessaire, parce qu'un neurologiste peut très bien localiser ces tumeurs. Dans ces deux cas, il a très bien trouvé la tumeur là ou elle avait été localisée.

F. GARDNER.

PHYSIOLOGIE

Etude sur la greffe des ovaires. (Hugh Playfair. *The Practitioner*, août 1908, n° 482, vol. LXXXI, n° 2, p. 273.) — L'auteur passe en revue les travaux qui ont été faits sur cette question. On a d'abord expérimenté sur le lapin, transplantant l'ovaire d'un animal en un autre point du même animal (transplantation homoplastique) [Knauer, Grigorieff]. Marshall et Jolly tentèrent ensuite la transplantation d'un animal à un autre (hétéroplastique). Scott Carmichael, qui a repris récemment ces expériences, arrive aux conclusions suivantes : 1° chez le lapin, l'ovaire entier peut être transplanté avec succès; 2° dans la majorité des cas (environ 80 p. 100), il y a une dégénérescence partielle de l'ovaire; 3° cet ovaire peut subir une dégénérescence fibreuse ou cystique; 4° les follicules de Graaf et les ovules persistent et arrivent à maturité plusieurs mois après la greffe, mais en dernière analyse tendent à devenir cystiques; 5° l'épithélium germinatif persiste dans un faible pourcentage des cas.

Chez la femme, la transplantation de l'ovaire a été tentée, et semble-t-il, avec succès; Hugh Playfair en connaît quatre observations.

Il s'agit dans trois cas de sujets jeunes présentant les troubles d'une ménopause prématurée. Chez la malade de Glass, il s'agit d'une ovariotomisée.

Dans les quatre cas, l'occasion s'étant présentée de faire une laparotomie chez des sujets présentant des ovaires sains, une greffe de chaque ovaire, une tranche superficielle de l'organe fut prélevée, mise dans du sérum chaud et le plus rapidement possible la greffe fut placée sur le ligament large de la première malade au moyen de points de suture.

Dans le cas de Cramer, la malade chez laquelle les ovaires furent enlevés pour prélever la greffe était une ostéomalacique, et cette intervention amena la guérison de l'affection.

Dans les quatre cas (Cramer, Glass, Dudley, T. Morris) la disparition des troubles fut obtenue par la greffe, les règles s'établirent lentement, d'abord irrégulièrement, puis normales. Enfin, dans deux cas, on observa une grossesse. La malade de Cramer avorta, mais celle de Morris mena sa grossesse à terme. Malheureusement l'observation est muette si l'enfant présentait quelque ressemblance avec sa mère, ou avec la femme ayant fourni la greffe ovarienne; la remarque était pourtant intéressante. Il semble résulter de ces faits que chez la femme :

1° La greffe d'une portion d'ovaire, surtout superficielle, est possible;

2° Que cette greffe vit au moins temporairement et est susceptible pendant un certain temps de se développer et de remplir ses fonctions.

M. LANCE.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

La dose suffisante de bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie a été bien définie autrefois par Gilles de la Tourette qui préconisait, comme Charcot, la méthode par *périodes d'administration de trois semaines* à doses croissantes, puis décroissantes, à raison de 1 gramme par semaine. « Toutefois, disait-il, le passage d'une période de trois semaines à une autre, de la troisième à la quatrième semaine, par exemple, doit en réalité se juger par la suppression de *deux* grammes de bromure et non d'*un*.

Je suppose, ajoutait-il, que l'on donne pendant la première semaine 3, la deuxième 4, la troisième 5 grammes de bromure, la quatrième semaine on supprimera *deux* grammes et on arrivera à 3, 4 et 5 comme la première semaine. On donnera 3, 4, 5; 3, 4, 5 et ainsi de suite, sans interruption d'un seul jour même pendant les règles. »

Ces prescriptions sont très faciles à réaliser avec le sirop de Henry Mure, si exactement dosé à 2 grammes par cuillerée à soupe et dans lequel le sirop d'écorces d'oranges masque parfaitement la saveur désagréable salée du bromure. On se rendra parfaitement compte que la dose est suffisante lorsque le patient, la semaine où il prend la plus forte dose, accuse une certaine lassitude, une certaine somnolence, et qu'il présente enfin le signe de la pupille, c'est-à-dire que ses pupilles ne

réagissent plus ni à la lumière, ni à l'accommodation et qu'elles sont en outre à leur maximum de dilatation.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 6, 11 fév. 1909.) HERTURG : En souvenir de Ch. Darwin. — KRAUS : Les méthodes de fixation de la pression sanguine et leur signification pratique. — PLESCH : Fixation du volume du battement du cœur. — STRUBELL : Sur la méthode de traitement par vaccination de Wright. — NOTTHAFT : Contribution à la connaissance de l'action de l'atoxyl dans la syphilis, particulièrement dans l'application exclusivement locale. — AMREIN : Périostite et adiposite multiple tuberculeuse toxique, traitée par le sérum de Marmorek. — DOLD et HARRIS : Cinq cas de mort dus à l'intoxication par l'hydrogène phosphoré, suspects de choléra, et chez lesquels des vibrions analogues à ceux du choléra ont été trouvés. — HARNACK : Encore le café sans caféine.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. — (N° 22, 21 fév. 1909.) Flavio MARCANTONI : L'action du monoiodobeenate de calcium. — Emidio MORGANTI : La rachicocaïnisation. — (N° 25, 28 fév.) A. PACCANARO : Etudes sur le charbon. — (N° 28, 7 mars.) Giulio SPELTA : A propos d'un cas de lipome intraglandulaire de la parotide.

Medizinische Blætter. — (N° 5, 30 janv. 1909.) HIRSCH : L'importance des bains d'air dans les sanatoria. — (N° 6, 6 fév.) KLEIN : Communications de la pratique. — (N° 7, 13 fév.) HIRSCH : L'importance des bains d'air dans les sanatoria.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 6, 9 fév. 1909.) PANKOW : L'influence de la castration et de l'hystérectomie sur l'état ultérieur des femmes opérées. — WITZEL : Sur le travail de protection de la cavité abdominale et sur le traitement fonctionnel des laparotomisés. — MAYER : Sur le lever précoce des accouchées. — DANIELSEN : Ponction cérébrale. — BRAUENING : Le déplissement de l'estomac. — KAESFLE, RIEDEL et ROSENTHAL : Sur le röntgenogramme cinématographique. — KÖNIGER : Sur le diagnostic différentiel de la hernie diaphragmatique et de la situation élevée du diaphragme (à la suite d'atrophie diaphragmatique). — FLESCH : Sur la plasticité de la substance hépatique. — GAETHGENS : Sur l'infection fœtale typhique. — HAMMER : Court rapport sur les recherches odontologiques dans l'école de la mission baloise de Bonaberi (Cameroun). — KURZ : La malignité des kystes de l'ovaire. — EVERSBUCH ; L'évolution de l'ophtalmologie à l'Université de Landshut-Münich. — (N° 7, 16 fév.) MORITZ : Qu'obtenons-nous par nos mesures cliniques de la pression sanguine chez l'homme ? — STÄUBLI : Sur le mode de dissémination des trichines. — BAETZNER : L'importance de la séro-réaction de Wassermann pour le diagnostic différentiel de la syphilis chirurgicale. — BADE : Démonstration de cas de luxation congénitale de la hanche difficilement amenés à guérison. — ASCH : Les maladies de la musculature de la vessie. — SCHENCK, TECKLENBURG et PAPPERS : Sur l'étude de la motilité gastrique de Shauss-Lewaschew au moyen du repas de graisse et biscuits. — SITTLER : Hernie ombilicale congénitale. Guérison spontanée. — SIEGEL : Un cas de gangrène traumatique de la vésicule. — KAUPE : Un perfectionnement de la pompe à lait. — KÜHN : Sur la théorie et la pratique de l'exploration de la différence de pression. — KAUFMANN : Sur un électroscope spécial pour l'urétroscopie et la cystoscopie directe. — EWERSBUCH : L'évolution de l'ophtalmologie à l'Université de Landshut-Münich.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 5, 30 janv. 1909.) POLYA : Sur l'occlusion radicale des orifices herniaires épigastriques. — BLUMENFELD : La valeur diagnostique et thérapeutique de la tuberculine. — (N° 6, 7 fév.) SINGER : Deux nouveaux instruments. — DERI : Rupture complète de l'utérus. L'œuf dans la cavité abdominale. Laparotomie. Guérison. — (N° 7, 14 fév.) REMETE : Mon expérience dans le traitement opératoire de l'hypertrophie prostatique. — DERI : Rupture complète de l'utérus. L'œuf dans la cavité abdominale. Laparotomie. Guérison.

Riforma medica. — (N° 8, 22 fév. 1909.) Gaetano RUMMO : Les tumeurs de la base de l'encéphale. — G. ZAGARI : Le diagnostic fonctionnel du rein. — Giovanni IMPALLOMENI : Valeur diagnostique de la cuti-réaction à la tuberculine dans la tuberculose osseuse et articulaire. — (N° 9, 1er mars.) Prof. Gaetano RUMMO : Les tumeurs de la base de l'encéphale (*suite*). — G. POLLIO : La réaction de Wassermann effectuée avec les urines a-t-elle une valeur pratique ? — Giovanni IMPALLOMENI : Valeur diagnostique de la cuti-réaction à la tuberculine dans la tuberculose osseuse et articulaire (*suite*). — (N° 10, 8 mars.) Prof. Gaetano RUMMO : Les tumeurs de la base de l'encéphale (*suite*). — Ferruccio SCHUPFER : A propos d'un cas de fracture de la dixième vertèbre dorsale, avec hématomyélie. — Giuseppe CALLIGARIS : La polarisation de l'anesthésie hystérique.

Semaine gynécologique. — (N° 9, 2 mars 1909.) PICHEVIN : Annexite et fibrome d'ancienne date.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 4, 28 janv. 1909.) BARTEL : Sur la question des voies d'infection de la tuberculose ; — Sur les recherches d'immunisation contre la tuberculose. — ASTOLFONI : Sur l'influence de la neralteine sur le pouls et la pression sanguine. — GOBIET : Sur un cas de grossesse ectopique compliquée de cancer de l'utérus, des deux ovaires et de l'appendice comme métastases d'un cancer gastrique. — DEUTSCH : Sur la syphilis tardive de la mammelle de l'homme et de la femme. — KLUGER : Cas particulier de purpura hémorragique fulminans chez un adulte. — FLESCH : Tumeur de la base du crâne d'origine exocranienne. — (N° 5, 4 fév.) SCHLESINGER : Sur l'innervation sensitive de l'utérus. — SCHÜTZ : Sur le contenu gastrique dans le catarrhe gastrique aigu. — REUSS : Sur la présence de glycocolle dans l'urine de l'enfant. — ARZT : Le diagnostic de la morve aiguë. — STIEFLER : Tabes familial et juvénile avec infantilisme consécutif à une syphilis acquise. — KESSLER : Une nouvelle instrumentation pour tamponnement. — (N° 6, 11 fév.) FEDERN : Sur quelques méthodes de mesure de la pression sanguine et leurs résultats. — HERCZEL : Sur le carcinome du gros intestin opéré par voie sacrée. — EITNER et SCHRAMEK : Contribution à la question du pemphigus. — RODELLA : Sur la signification et la détermination systématique du bacille de Boas-Oppler. — FISCHER : Sur la fracture de luxation typique intracarpale. — BARTEL : Coup d'œil sur le VIe Congrès international de la tuberculose à Washington.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CAS ETTE

N° 40. — MARDI 6 AVRIL 1909. 82e ANNÉE. MARDI 6 AVRIL 1909. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — — *Oral.* — Séance du 2 avril : Question donnée : « Trajet inguinal (sans le contenu). — Causes, signes et diagnostic différentiel de l'insuffisance tricuspide. »

MM. Huber, 12 + 19 = 31 ; Pignot, 14 + 20 = 34; Ecalle, 13 + 20 = 33; Vincent, 9 + 17 = 26; Mlle de Pfeffel, 11 + 19 = 30 ; MM. Alexandre, 8 + 17 = 25; Caillé, 14 + 22 = 36; Logre, 13 + 24 = 37; Ducamp, 11 + 20 = 31; Paris, 12 + 18 = 30; Donzelet, 6 + 17 = 23.

La prochaine séance aura lieu le mardi 6 avril, à huit heures et demie du soir.

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES. — *Lecture.* — Séance du 2 avril : MM. Ferry, 25; Dufour, 27; Pernet, 24; Bougeaut, 22; Lévy, 24; Vignes, 27.

Séance du 4 avril : MM. Ghys, 26; Dutheil, 27; Finot, 24; Guelfucci, 22; Ferté, 25.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — La chaire de chirurgie gynécologique est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à dater du 3 avril est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN et ROUEN. — Les professeurs, chargés de cours ou suppléants des écoles préparatoires de médecine de Caen et de Rouen, sont convoqués le lundi 19 avril à l'effet d'élire un délégué au conseil académique de Caen en remplacement de M. Barette, décédé.

— LIMOGES. — Le concours, qui devait s'ouvrir le 8 novembre 1909 devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite école, est avancé au 25 octobre 1909.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — Sont institués agrégés près l'Ecole de pharmacie de l'Université de Paris pour une période de dix ans (section de physique, chimie et toxicologie) MM. Valeur et Bougault.

ASILE DE CADILLAC. — M. le docteur Sigallas, ancien sénateur, est nommé directeur de l'asile des aliénés de Cadillac.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin inspecteur Darricarrère est nommé commandeur de la Légion d'honneur.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Aubineau (de Brest), Decaux (de Lisieux), Laloy et Pellegrin (de Paris), Sizaret (de Rennes).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bouet, médecin-major des troupes coloniales; Bourdin (de Bezançon), Dyé (de Paris), Hardouin et Lefeuvre (de Rennes), Mourron, professeur à l'Ecole de médecine navale de Toulon; Papillault (de Paris).

Officier du Mérite agricole. — M. le docteur Queirel (de Marseille).

Chevalier du Mérite agricole. — MM. les docteurs Demouch (de Bourges) et Laplaigne (de Paris).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée à M. le docteur V. Collin, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Des médailles d'argent pour services rendus à l'Assistance publique ont été décernées à MM. les docteurs Lemaire (du Tréport) et Hallade (de Colombes).

CONTRE LE NÉO-MALTHUSIANISME. — On sait que les néo-malthusianistes ont organisé dans diverses villes de France et notamment en Normandie des conférences publiques qui ont vivement ému tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de notre pays.

Les municipalités ont essayé en différents endroits d'interdire ces réunions. Le maire de Bourges, M. Henri Ducrot, a notamment pris un arrêt d'interdiction ainsi motivé :

« Considérant que cette réunion est de nature à constituer une atteinte à la morale publique, qu'il est naturellement impossible aux organisateurs de cette réunion de lui conserver le caractère strictement privé qu'elle devait avoir (des prospectus ayant été distribués sur la voie publique) ;

Qu'il appartient à l'autorité municipale de prendre, dans l'intérêt de la morale publique, toutes les mesures nécessaires... »

La Société normande d'hygiène pratique, sur l'initiative de MM. Brunon, Cerné et Née, vient d'émettre un vœu reprenant les considérants du maire de Bourges :

Approuvant les considérants et l'arrêté de M. le maire de Bourges, la Société normande d'hygiène pratique,

Emet le vœu :

Que les municipalités interdisent les conférences publiques des néo-malthusianistes ;

Que si ces conférences ont lieu, le parquet exerce des poursuites contre les conférenciers.

LE CENTRE DU RÉVEIL

INTERPRÉTATION ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE DE L'HYPNOTISME

Par le docteur BÉRILLON,
Professeur à l'Ecole de psychologie.

L'existence dans l'encéphale d'un centre préposé à la fonction du sommeil, comme il en existe pour le langage, l'écriture, pour les mouvements des membres, a été admise par divers auteurs. Dans un article paru en 1901, dans la *Nature*, M. le docteur Cartaz a signalé les faits qui militent en faveur de l'hypothèse d'un centre du sommeil.

A mon avis, l'observation des phénomènes, qui se rattachent à la production et à la cessation du sommeil, tendrait plutôt à démontrer l'existence d'un *centre du réveil*. Le premier fait qui autorise la supposition que nous disposons dans notre cerveau d'un centre dont la fonction spéciale est de nous maintenir éveillés, c'est que par la seule intervention de la volonté, nous pouvons lutter contre l'envahissement du sommeil et en retarder l'apparition. Il est vrai que cette résistance au sommeil ne peut être que temporaire, et à la condition que le besoin du repos mental ne soit pas très grand.

Une seconde preuve réside dans l'aptitude qu'ont certaines personnes de se réveiller volontairement la nuit, à l'heure qu'elles se sont fixées à l'avance.

Ainsi on a souvent signalé le fait qu'une personne ayant besoin d'être debout à une heure déterminée, dorme profondément jusqu'à ce moment, mais se réveille alors spontanément. L'habitude du réveil matinal à heure fixe rentre dans la même catégorie de faits. Ils ne peuvent s'expliquer que par l'intervention d'un centre cortical intervenant pour les éveiller comme le ferait un appareil d'horlogerie remonté à cet effet.

Il est certain que certains hommes ont le don singulier d'exercer une action personnelle sur la fonction du sommeil. Napoléon en était doué et dans le *Mémorial de Sainte-Hélène* il a raconté qu'il pouvait s'endormir quand il en avait le désir.

Le physiologiste Muller, dans son *Manuel de physiologie*, a écrit qu'il pouvait à sa volonté, s'endormir très promptement (1).

C'est encore un fait intéressant que l'on puisse, avec la plus grande facilité, interrompre le sommeil de l'homme et des animaux.

Les excitations périphériques qui permettent d'arriver à ce résultat s'effectuent principalement par trois sens : la vue, l'ouïe et le toucher.

Le moindre rayon de lumière venant frapper les yeux, suffit pour réveiller un animal profondément endormi. Lorsque le jour commence à poindre, presque tous les oiseaux se réveillent. Dans les appartements, il n'est pas rare, quand la lumière artificielle est suffisante pour leur donner l'illusion de la clarté du jour, que les oiseaux enfermés dans les cages, se mettent à chanter. Il est vrai qu'on les endort très facilement en les plongeant dans l'obscurité; le même fait s'observe lorsque survient une éclipse. Généralement, l'homme endormi se réveille en sursaut, lorsqu'une lueur soudaine vient éclairer son visage. Il se comporte exactement comme le font les animaux à ce sujet. Les bruits exercent la même action. Un bruit, même médiocre, auquel on n'est pas accoutumé, non seulement empêchera la réalisation du sommeil, mais il tire également un dormeur d'un sommeil profond. C'est un fait bien connu que lorsqu'on est incommodé par le ronflement nocturne d'un dormeur, un léger sifflement peut momentanément interrompre son *ronchus*.

Un coup de canon tiré au lever du soleil, sur un navire de guerre, éveillera brusquement un passager nouvellement embarqué, mais l'effet produit sur lui par ce bruit étourdissant diminue de jour en jour, et bientôt ne troublera plus son sommeil, tandis que pour les hommes de l'équipage appelés ainsi au travail, il conservera toute son efficacité. Il est certain qu'une véritable éducation préside au fonctionnement du sommeil, et intervient pour réaliser son interruption. Ainsi, il sera plus facile de provoquer le réveil d'un homme si on l'appelle par son nom. Carpenter, dans son remarquable article sur le sommeil, cite l'exemple d'une personne qui se réveillait facilement lorsque son nom était prononcé à proximité de son oreille (1).

Dans les casernes, le clairon sonnant le réveil arrive plus facilement à ce résultat que toute autre sonnerie destinée à un objet différent. Ces divers exemples confirment l'opinion que l'homme plongé dans le sommeil est moins indifférent aux influences psychiques que son aspect extérieur pourrait le faire supposer.

Les excitations venues du contact avec la périphérie du corps ont une influence moins active. Pour rappeler à lui un dormeur profondément endormi, il est souvent nécessaire de le secouer assez fortement.

Par contre le moindre courant d'air venant frapper le visage réveillera très facilement le dormeur plongé dans le sommeil le plus torpide. Il en est de même des affusions d'eau froide faites sur le front et sur les yeux. Cette action de l'eau fraîche est si marquée que beaucoup de personnes ne se sentent pas complètement réveillées tant qu'elles n'ont pas procédé à la toilette du matin.

Il est encore d'autres excitations qui ont une influence marquée sur la production du réveil. Telles sont les sensations viscérales de la faim, de la soif, ainsi que les sensations révélatrices des divers besoins naturels (mictions, besoin de défécation).

En résumé, un certain nombre d'excitations périphériques ou viscérales ont pour effet d'interrompre le cours du sommeil par un mécanisme identique à celui par lequel les appels du clairon, le tintement d'une cloche, la sonnerie du réveil matin, ou l'appel verbal d'une personne préposée à cet effet invitent le dormeur à mettre un terme à son somme.

---

(1) Muller. *Manuel de physiologie*, t. II, p. 549.

(1) Carpenter. Art. Sleep, *Cyclopedia of Anatomy and Physiology*, t. IV, p. 683 et suiv.

On peut admettre que ces diverses excitations viennent directement intéresser le centre cérébral dont la fonction serait de provoquer le réveil du sujet et ensuite de le maintenir éveillé.

*
* *

Comme nous l'avons dit plus haut, les nerfs qui transmettent le plus sûrement et le plus rapidement l'ordre du réveil étant les nerfs optiques, les nerfs auditifs, ainsi que les nerfs de la face, on peut a priori supposer que la localisation du sens du réveil occupera, dans le cerveau, une situation voisine des centres de la vision, de l'audition, de la mimique faciale, puisqu'il est en connexité directe avec eux.

Il ne devra pas non plus se trouver éloigné des centres de la sensibilité tactile. Cela revient à dire qu'il serait logique d'en rechercher la localisation à la base du cerveau dans la partie médiane. Les expériences de Raphaël Dubois sur les marmottes et les animaux hivernants ont démontré que c'est par l'intoxication carbonique que s'effectue l'inhibition du centre préposé à la fonction du réveil. Ce centre se trouverait chez la marmotte vers la partie antérieure de l'aqueduc de Sylvius, et près du plancher du troisième ventricule.

Il est légitime d'admettre que le sommeil par les anesthésiques s'effectue par un mécanisme identique. Le sommeil anesthésique apparaît quand le centre du réveil inhibé par l'intoxication des gaz anesthésiques se trouve en quelque sorte paralysé et mis dans l'impossibilité de remplir sa fonction *qui est de nous maintenir éveillés.*

Il n'est pas téméraire de supposer que, dans la maladie du sommeil, l'accumulation des trypanosomes dans les vaisseaux sanguins de la base du cerveau constitue un obstacle mécanique par lequel se trouve interrompue la fonction du centre du réveil.

L'*état de veille*, encore plus que l'état de sommeil, dépend donc de l'intégrité de ce centre. Quand par l'influence d'une cause quelconque, inhibition psychique, inhibition toxique, altération organique, compression par une tumeur, etc., le centre du réveil se trouve dans l'incapacité de fonctionner, le réveil est encore possible, mais l'état de veille ne peut plus être maintenu.

Le centre du réveil serait un centre moteur présidant à la mise en jeu d'un ensemble d'activités motrices d'où résulterait non seulement le réveil, mais aussi le maintien de l'état de veille. L'homme, dont le centre du réveil serait altéré, serait autant dans l'impossibilité de se maintenir éveillé, que l'homme frappé dans le pied de sa troisième circonvolution frontale gauche l'est de parler.

Si l'on se range à l'opinion de ceux qui admettent qu'un rapport constant existe entre le siège des lésions cérébrales et la distribution des phénomènes paralytiques qui en sont les conséquences, on devrait s'attendre à ce que dans les cas où un sujet présente pour principal symptôme un sommeil irrésistible et prolongé, la lésion devrait intéresser le centre du réveil.

Bien que les faits recueillis à ce sujet par les anatomo-pathologistes soient peu nombreux, on doit reconnaître que jusqu'à ce jour ils tendent à confirmer notre hypothèse.

Dans une leçon des plus remarquables sur le sommeil dans les tumeurs cérébrales, M. le professeur Raymond a exposé plusieurs faits qui tendraient à démontrer la possibilité d'un centre cérébral dont les lésions ont pour principal symptôme de s'accompagner d'un sommeil irrésistible.

En effet des tumeurs, gliomes ou sarcomes, siégeant le plus souvent dans le voisinage des régions que Raphaël Dubois a indiquées comme le siège de l'auto-intoxication carbonique chez les marmottes, ont provoqué chez les malades des états de sommeil, dans lesquels ils restaient plongés jusqu'à leur mort.

A ce point de vue, le cas recueilli par le docteur Soca paraît des plus probants. Il s'agissait d'un malade, demeuré longtemps dans un véritable sommeil, qui pouvait être réveillé assez facilement, mais ne pouvait se maintenir éveillé. A l'autopsie on constata l'existence d'un sarcome qui comprimait les pédoncules et le plancher du troisième ventricule.

Les enseignements du professeur Raymond auront certainement pour effet d'appeler l'attention des observateurs sur les causes anatomiques dans les cas de sommeil irrésistible et contribueront, dans un délai assez rapproché, à la solution définitive de la question.

*
* *

Un point sur lequel je tiens à insister aujourd'hui, c'est que de toutes les excitations périphériques qui agissent sur la production ou la cessation du sommeil, ce sont les excitations psychiques qui paraissent douées de l'influence la plus active. Le fait avait déjà frappé Lasègue, et dans une leçon, faite en 1881 et rédigée par M. Marfan, il en témoigne son étonnement dans les termes suivants :

« Dès le début, dit-il, nous constatons qu'il y a deux espèces bien différentes de sommeil, le naturel et l'artificiel. Ce dernier n'est pas un léger étonnement pour le médecin. Aucune fonction en effet ne nous apparaît comme pouvant être reproduite par l'expérience, et dans l'étude d'une fonction, notre rôle se réduit à celui d'un chimiste qui fait une analyse : la synthèse nous est toujours interdite. Par une singulière exception, le sommeil constitue une fonction qui peut être reproduite ; en réunissant un certain nombre de conditions que l'analyse nous fait connaître, nous pouvons provoquer le sommeil, tandis que nous ne pouvons provoquer ni la circulation, ni la respiration, malgré la connaissance assez parfaite des lois de la circulation, de la respiration. *Nous pouvons provoquer le sommeil : c'est là un fait unique* ; mais le sommeil ainsi obtenu n'est qu'un sommeil artificiel. »

Provoquer le sommeil; cela n'implique-t-il pas l'intervention d'une action extérieure sur l'organe spécial préposé à la fonction de maintenir le sujet dans l'état de veille. Dans ce cas, cette action ne

pourrait s'exercer qu'en suspendant la fonction de cet organe spécial et il en résulterait que, l'excitation d'où résulte la veille étant supprimée, le sujet devrait nécessairement tomber dans le sommeil.

L'hypnotisme ne serait donc pas autre chose que l'inhibition du centre du réveil, que cette inhibition soit le résultat d'une influence psychique ou d'une action physique. Le réveil ou la terminaison de l'état d'hypnose résulterait d'un processus analogue, mais exercé dans le but contraire.

Chose très curieuse, si la facilité, avec laquelle on peut hypnotiser certains sujets, avait vivement frappé le génial observateur qu'était Lasègue, il avait encore été plus impressionné par la facilité avec laquelle on provoque le réveil. Dans son article sur le *Braidisme*, paru en 1881, dans la *Revue des Deux Mondes* et dont la publication fit alors sensation, il a éloquemment exprimé cette impression. Il suffira d'en reproduire les termes pour qu'on se rende compte de l'importance attachée par Lasègue à la constatation d'un fait qui domine en réalité toute la science de l'hypnotisme.

« Lorsque le patient est dominé par le grand hypnotisme, que sa vue est annulée, ses yeux convulsés, ses sens inertes, ses membres raidis, comment le soustraire à cette dépression qui ne tarderait pas à devenir inquiétante, si on n'en prévoyait l'issue? La découverte la plus curieuse peut-être dont on soit redevable à Braid renverse les plus ingénieuses combinaisons. Rien ne vit plus, et il faut trouver un agent assez énergique pour revivifier le patient, chez lequel toutes les fonctions auxquelles nous empruntons nos excitations familières sont éteintes.

Les bruits les plus aigus, les douleurs vives, les sollicitations de la douleur le laissent insouciant; un souffle sur les yeux rompt le charme; le sujet se frotte les yeux et passe sans transition d'un sommeil léthargique au libre réveil. C'est une résurrection instantanée.

Ce *Lebens-Erreger* est unique, insensé, et vrai, sans réserves. Je me rappelle, qu'un jour un de mes élèves, qui a rédigé une bonne thèse sur l'hypnotisme, endormit une malade et oublia de la réveiller. C'était jour de visite à l'hôpital. Les parents arrivent, entourent la malade muette et immobile qu'ils essaient inutilement par les stimulants accoutumés de rappeler à elle-même. L'étonnement, la terreur les envahit et, les propos aidant, on croit à un sortilège. Le directeur de l'hôpital, mandé et moins défiant, interroge la sœur qui le renseigne, mais comment sortir de cet impasse? Il envoie chercher l'élève, qui résout instantanément le problème. L'endormissement durait depuis quatre heures sans trêve; le réveil s'accomplit sans commotion.

Voilà le fait brut, il est considérable, parce que, au lieu de répondre à un hasard, il est absolu. *La possibilité de couper ainsi court à l'hypnotisme a été une véritable révélation*. Qui que ce soit peut souffler sur les yeux du patient, avec la bouche, un soufflet, un éventail, l'effet si décisif est toujours le même. »

Le procédé qui consiste à réveiller le sujet hypnotisé par un souffle frais projeté sur le visage, est aussi le meilleur pour tirer un dormeur du sommeil naturel, si profond qu'il soit. On dirait que cette excitation périphérique soit directement transmise par les filets nerveux, au centre cérébral, dont le retour à l'activité semble marquer le retour à l'état de veille.

Cette disposition à être hypnotisé et à sortir ensuite de l'état d'hypnotisme sous l'influence d'excitations périphériques déterminées, résulte évidemment d'aptitudes acquises héréditairement. Les nécessités de l'existence et l'éducation ont déterminé progressivement, chez l'homme, l'évolution du centre du réveil vers un fonctionnement de plus en plus perfectionné. Les expériences d'hypnotisme sont la démonstration la plus éclatante du perfectionnement mécanique auquel est arrivé ce centre, puisqu'il suffit de quelques excitations périphériques d'ordre psychique ou physique pour en ralentir, en activer, en suspendre ou en mettre en jeu le mécanisme.

Des expériences personnelles, que je me propose d'exposer dans un prochain travail, me permettront de démontrer que l'éducation du centre du réveil, centre susceptible d'être influencé par des impressions venues des centres supérieurs de l'écorce cérébrale, est possible par l'emploi de divers procédés assez pratiques. Pour le moment je me bornerai à considérer que l'interprétation anatomo-physiologique de l'hypnotisme basée sur l'existence d'un centre du réveil est des plus plausibles. Elle est de nature à donner satisfaction aux esprits, non prévenus, qui sont disposés à ne voir, dans l'hypnotisme et dans les états qui s'y rapportent, que des phénomènes très simples, explicables par les données de la physiologie.

MÉDECINE PRATIQUE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE (1).

La méningite cérébro-spinale a fait son apparition depuis quelque temps à Paris, dans sa banlieue et dans un certain nombre de villes de province (2). Cette épidémie, qui semble devoir s'étendre, est caractérisée par la brusquerie des accidents qui dans quelques cas sont presque foudroyants. Néanmoins les formes de la méningite cérébro-spinale sont assez variées pour que le diagnostic clinique soit souvent difficile, *tout au moins en ce qui concerne les premiers cas d'une épidémie*. Si parfois le malade a toutes les apparences d'un méningitique, comment pouvoir affirmer qu'il s'agit d'une méningite à méningocoque plutôt que d'une méningite aiguë à pneumocoques? Dans d'autres cas, les symptômes d'infection générale l'emportent sur le syndrome méningé, et alors on pensera plutôt à une fièvre typhoïde, à une grippe avec réaction méningée. Parfois encore, la méningite cérébro-spinale a une marche suraiguë; on discutera le diagnostic des comas sans même faire l'hypothèse de méningite; parfois au contraire, l'affection se présente avec une symptomatologie tellement atténuée qu'on en a décrit une forme ambulatoire, dans laquelle le malade peut pendant quelques jours vaquer

(1) Cf. DOPTER. Méningite cérébro-spinale épidémique, épidémiologie, prophylaxie. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 58. — Marcel FERRAND. Le diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1906, n°s 29 et 32.

(2) On a noté à Paris, depuis le 9 janvier 1909, 51 cas, dont 15 décès.

à ses occupations, se plaignant seulement de fatigue générale et de céphalée.

La certitude ne peut donc être acquise — nous supposons toujours être en présence des premiers cas d'une crise épidémique — que si l'on pratique une ponction lombaire pour faire l'examen du liquide céphalo-rachidien. On remarque tout d'abord que le liquide ainsi retiré est louche ou purulent; cette première constatation limite aussitôt le champ des hypothèses et permet d'éliminer tout diagnostic autre que celui de méningite aiguë. Après avoir centrifugé le liquide, on en fait l'examen cytologique pour déterminer la formule leucocytaire; le liquide céphalo-rachidien du malade atteint de méningite cérébro-spinale épidémique renferme de nombreux polynucléaires; mais cette polynucléose n'a rien de pathognomonique, puisqu'on l'observe dans les autres méningites aiguës suppurées, et, d'autre part, Netter a relaté des cas de méningite cérébro-spinale dans lesquels le liquide céphalo-rachidien contenait des lymphocytes plus nombreux que les polynucléaires. Il faut donc aller plus avant et pratiquer une étude bactériologique très méthodique de ce liquide céphalo-rachidien, pour rechercher par quels germes il a été infecté.

On admet aujourd'hui que la méningite cérébro-spinale est fonction du méningocoque décrit par Weichselbaum sous le nom de *diplococcus intra-cellularis meningitidis*; ce microbe est un coccus groupé en diplocoque ou fréquemment disposé en tétrades; il a l'aspect d'un grain de café, et les deux grains formant diplocoques se regardent par leur face plane; les méningocoques ont donc une ressemblance très grande avec les gonocoques. La plupart de ces cocci sont inclus dans les leucocytes de l'exsudat méningé; ils se colorent bien par les couleurs basiques d'aniline, en particulier par le bleu phéniqué; ils ne prennent pas le gram. Le méningocoque pousse mal dans la plupart des milieux de culture habituels; Flexner conseille de l'ensemencer dans une gélose glucosée à 2 p. 100 avec 1/10 ou 1/20 de sérum de mouton. On peut aussi utiliser la gélose-ascite, sur ce milieu l'ensemencement donne d'abord des petites colonies isolées, arrondies, saillantes et grisâtres; après plusieurs passages les colonies se réunissent et forment un enduit abondant, grisâtre, à bords onduleux; la vitalité de ces cultures n'est pas grande. Pour conserver les méningocoques, il faut les réensemencer largement tous les deux ou trois jours; cependant après de nombreux repiquages, les cultures peuvent être trouvées encore vivantes au bout de trois mois (1). Le méningocoque est pathogène pour plusieurs animaux; mais l'étude expérimentale de ce germe ne pouvant encore donner des résultats pour confirmer un diagnostic clinique, il est inutile d'y insister; rappelons seulement que Flexner, en faisant à des singes des injections intra-rachidiennes de cultures de méningocoques, a reproduit des symptômes et des lésions de méningite aiguë. Ce qui complique le diagnostic bactériologique de la méningite cérébro-spinale épidémique, c'est qu'il existe des germes assez analogues au méningocoque et qui peuvent aussi déterminer des méningites aiguës, c'est par exemple le pseudo-méningocoque de Jaeger, qui rappelle le diplococcus de Weichselbaum, mais qui reste coloré par la méthode de gram; ce sont encore le *micrococcus catarrhalis*, le *diplococcus sicus*, le *diplococcus pharyngis flavus*, etc.

On conçoit que, dans ces conditions, il soit nécessaire de pousser très loin l'analyse bactériologique d'un germe pour affirmer qu'il s'agit bien d'un méningocoque de Weichselbaum. Voici comment, d'après Dopter (2), il faut conduire toute cette série de recherches. Le liquide céphalo-rachidien ayant été centrifugé, on pratique l'examen microscopique direct d'une parcelle du culot ainsi obtenu; si on constate par cet examen un coccus en grain de café ne prenant pas le gram, on doit le considérer comme suspect et en poursuivre l'identification; si on trouve un autre germe, ou si l'on n'aperçoit aucun microbe, on se souviendra que le méningocoque peut cependant avoir été en cause, puis avoir disparu; le résultat négatif dans la recherche du méningocoque par l'examen direct ne suffit pas à éliminer le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Dans l'une ou l'autre hypothèse, il faut donc ensemencer le liquide céphalo-rachidien sur gélose-ascite, mettre à l'étuve à 37 degrés et observer au bout de vingt-quatre heures; si des colonies ont poussé, on les examine, puis on fait l'épreuve de l'agglutination et celle des réactions fermentatives. Par la première de ces épreuves, on recherche si les germes qui ont poussé et qu'on suppose être des méningocoques sont agglutinés par un immun-sérum présentant un taux agglutinatif élevé; on sait en effet que le sérum antiméningococcique agglutine les méningocoques. Pour l'épreuve des réactions fermentatives, on repique la culture sur milieux sucrés (lévulose, dextrose, maltose); on constate alors des différences selon qu'il s'agit des méningocoques ou de germes similaires. Vincent et Bellot (1) ont proposé récemment une méthode très simple pour le diagnostic de la méningite à méningocoque, c'est la *précipito-réaction*, qui consiste à rechercher si le liquide céphalo-rachidien du malade suspect est précipité ou coagulé par un sérum antiméningococcique agglutinant; on mélange une goutte de ce sérum avec cinquante gouttes de liquide céphalo-rachidien centrifugé, on met à l'étuve à 50 degrés; si le liquide céphalo-rachidien renferme des méningocoques on constate, après huit ou dix heures, un trouble uniforme du mélange. En même temps qu'on poursuit toutes ces recherches sur le liquide céphalo-rachidien, il est utile de faire au malade une prise de sang, on pourra ainsi rechercher le pouvoir agglutinant du sérum des malades vis-à-vis d'un méningocoque type, c'est-à-dire pratiquer le séro-diagnostic; on pourra aussi faire une hémo-culture, qui donnera parfois des résultats positifs, car Follet et Sacquépée (2) ont montré qu'il existait une septicémie à méningocoques; celle-ci peut accompagner la lésion méningée, quelquefois elle la précède ou lui survit; dans certains cas, elle constitue toute l'infection méningococcique.

Le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique a fait récemment des progrès considérables et la dernière acquisition thérapeutique, le sérum antiméningococcique, paraît avoir une valeur indiscutable. Déjà, par l'emploi des bains chauds et des ponctions lombaires répétées (Netter), on avait signalé (3) quelques résultats heureux dans des cas qui se présentaient cependant avec un caractère de haute gravité; puis on pratiqua des injections intra-rachidiennes de collargol ou d'électrargol; Netter, Barth et Mauban, Papillon et Eschbach, Widal et Ramond, Dopter relatèrent des observations très démonstratives de la curabilité de quelques méningites cérébro-spinales par cette méthode de traitement. En Allemagne, Radmann a eu l'idée de faire au malade une injection sous-cutanée de 8 à 10 centimètres cubes du liquide céphalo-rachidien qu'on venait de lui retirer par la ponction lombaire. Le tissu cellulaire sous-cutané est défavorable au développement du méningocoque, mais la présence du germe sous la peau permet cependant la défense de l'organisme en aidant à

(1) Besson. *Technique microbiologique et sérothérapie*, 1904, 3e édit.

(2) Dopter. Le diagnostic bactériologique de la méningite cérébro-spinale à méningocoques, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 11 décembre 1908, p. 785.

(1) Vincent et Bellot. Diagnostic de la méningite à méningocoques par la précipito-réaction, *Acad. de méd.*, 16 mars 1909.

(2) Follet et Sacquépée. Sur les septicémies en général et les septicémies méningococciques en particulier, *Presse méd.*, 20 janvier 1906.

(3) Blavot. *Traitement des méningites cérébro-spinales. Bains chauds et ponction lombaire*, Th. de Paris, fév. 1902.

provoquer la réaction d'immunité (1). Actuellement, toutes ces méthodes de thérapeutique paraissent devoir être abandonnées ou du moins n'être conservées que comme adjuvantes ; il existe en effet un sérum antiméningococcique dont l'efficacité semble assez grande. C'est surtout Flexner qui a introduit, dans la pratique médicale, la sérothérapie antiméningococcique ; les résultats obtenus en Amérique et en Angleterre ont été consignés dans un mémoire récent de Grysez (2). En France, le sérum antiméningococcique est préparé par Dopter à l'Institut Pasteur ; Netter (3), Vaillard (4), Netter et Debré (5) l'ont utilisé avec succès et en ont réglé le mode d'emploi. Ce sérum doit être toujours injecté dans la cavité cérébro-spinale ; il agit surtout comme un agent bactériolytique, il faut donc le mettre d'emblée en contact avec le foyer microbien (Netter). On peut se demander cependant si dans les cas où la méningite s'accompagne de méningococcémie, il n'y aurait pas lieu de l'introduire en même temps par la voie veineuse ; ce sont des faits à observer et à étudier (Dopter). L'efficacité de la sérothérapie étant d'autant plus grande que le traitement est plus tôt commencé, on devra faire une injection intra-rachidienne de sérum lorsque, dans un cas suspect, la ponction lombaire aura donné issue à un liquide louche ou purulent ; ce serait perdre un temps précieux que d'attendre les résultats des recherches bactériologiques pratiquées sur ce liquide, mais celles-ci restent toutefois indispensables, car il serait inutile de continuer la sérothérapie si la méningite ne dépendait pas du méningocoque ; on s'exposerait ainsi à des insuccès dont le sérum antiméningococcique pourrait à tort être rendu responsable.

Avant de faire l'injection intra-rachidienne de sérum, il faut évacuer une quantité de liquide céphalo-rachidien au moins égale à la quantité de sérum qui sera ensuite injectée, c'est-à-dire 20 à 40 centimètres cubes. Netter conseille même de retirer du liquide céphalo-rachidien le plus possible, c'est-à-dire jusqu'à 100, 110 et même 140 centimètres cubes. On pratique ensuite une injection de 20 ou 30 centimètres cubes de sérum réchauffé à 37 degrés ; puis le malade est couché la tête basse et les reins soulevés pour faciliter la diffusion de ce sérum ; le lendemain, on répète l'injection à la même dose. Quelquefois l'action bienfaisante du sérum se manifeste très promptement ; presque aussitôt après la première ou la deuxième injection, la température s'abaisse et la méningite peut être ainsi réellement jugulée (Netter). Dans d'autres cas, plusieurs injections sont nécessaires ; on les pratique alors, à vingt-quatre heures d'intervalle, pendant plusieurs jours ; on peut même, dans les cas extrêmement graves, en faire deux par jour ; quelques malades ont ainsi reçu des quantités considérables de sérum, par exemple un malade de Fulton, qui reçut 650 centimètres cubes de sérum en vingt-deux injections, et c'était un enfant de huit ans ; il finit par guérir après deux rechutes.

Le sérum antiméningococcique abaisse beaucoup le taux de la mortalité de la méningite cérébro-spinale épidémique ; Grysez a réuni quelques statistiques anglaises et américaines ; dans les cas non traités par le sérum, la mortalité atteignait 70 à 95 p. 100 ; dans les cas traités par le sérum, elle n'est plus que de 20 à 43 p. 100. Tout récemment, à Evreux, les cinq premiers cas de l'épidémie ne furent pas traités par le sérum et tous se terminèrent par la mort ; 18 autres cas furent traités par le sérum et 2 malades seulement succombèrent (Vaillard). Le sérum antiméningococcique modifie aussi fort heureusement la marche de la maladie, abrège sa durée, rend les complications et les rechutes plus rares. On peut donc dire aujourd'hui que, depuis la découverte du sérum antiméningococcique, la sérothérapie vient de remporter encore une nouvelle victoire (1).

M. BRELET.

(1) Voir GAUTHIER. *Guérison et curabilité des méningites aiguës*, Th. de Lyon, juillet 1908.

(2) GRYSEZ. La méningite cérébro-spinale et son traitement par le sérum antiméningococcique de Simon Flexner, *Revue d'hygiène*, mars 1909, p. 214.

(3) NETTER. *Soc. méd. des hôpit.*, 11 déc. 1908.

(4) VAILLARD. *Acad. de méd.*, 9 mars 1909.

(5) NETTER et DEBRÉ. *Soc. méd. des hôpit.*, 5 mars 1909.

(1) Le docteur Blanc, médecin-major à la Roche-sur-Yon, rapporte dans le *Caducée* (29 mars 1909) un cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques identifiés expérimentalement, qu'il traita par des injections de sérum antidiphtérique. Seize heures après l'injection, le malade avait une amélioration « aussi surprenante qu'inattendue » ; huit jours après, il était en pleine convalescence.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 MARS 1909)

Sur l'activité thérapeutique de la d'Arsonvalisation. — M. E. DOUMER. Les expériences de M. Doumer lui ont montré que l'activité thérapeutique des champs magnétiques oscillants dépend de leur pouvoir électro-moteur, et que des champs magnétiques oscillants, équivalents au point de vue électro-moteur, sont aussi équivalents au point de vue thérapeutique.

Constatation du *treponema pallidum* dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis acquise des centres nerveux. — MM. E. GAUCHER et Pierre MERLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1909)

A propos des injections intra-veineuses de strophantine. — M. HIRTZ n'a pas observé les heureux résultats que M. Vaquez dit avoir obtenus dans les cardiopathies chroniques à la suite des injections intra-veineuses de strophantine, il a même observé un cas de mort une demi-heure après l'injection.

M. CHAUFFARD rapporte aussi l'observation d'un petit malade qui a succombé deux heures après l'injection intra-musculaire d'un demi-milligramme de strophantine. Il estime que c'est une médication parfois dangereuse.

Maladie de Recklinghausen. — M. OULMONT présente un malade atteint de cette affection caractérisée par la pigmentation et la grosseur des nodules. C'est un tuberculeux au deuxième degré, d'intelligence assez obtuse, avec frigidité absolue et malformation cranienne. La biopsie n'a rien donné de particulier.

M. PONCET. Ce malade est un tuberculeux avéré et il faut rattacher la neuro-fibromatose à l'infection tuberculeuse, ainsi que cela a été démontré dans une thèse de Lyon (1907).

Le sous-nitrate de bismuth dans les affections de l'estomac. — M. G. LYON. Les faits d'intoxication par le sous-nitrate de bismuth signalés dans ces dernières années concernent presque tous des malades qui avaient absorbé le médicament à doses très élevées pour permettre de pratiquer l'examen radioscopique. Dans deux cas seulement les accidents ont paru suivre l'ingestion du sous-nitrate administrée à des doses et dans un but thérapeutique. L'un d'eux, rapporté trop succinctement par Klunfend, est discutable, l'autre, dû à MM. Bensaude et Agasse-Lafont, a trait à une femme qui était atteinte de sténose intestinale, lésions qui constituent la plus sérieuse sinon l'unique contre-indication à l'emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose, à l'intérieur. On peut donc dire qu'il n'existe pas de cas absolument probant d'intoxica-

tion par le sous-nitrate administré dans un but thérapeutique en tenant compte des contre-indications aux doses ordinairement utilisées chez les dyspeptiques.

Il y a lieu cependant d'être mis en garde contre le danger certainement plus grand que crée l'introduction dans le commerce de sous-nitrate de bismuth préparé selon la formule du nouveau Codex 1908. On sait que les phénomènes toxiques doivent être rapportés à l'action des nitrites produit dans l'intestin aux dépens de l'acide azotique qui entre dans la constitution du médicament. Or le sous-nitrate de bismuth (formule du Codex 1908) est notablement plus riche en acide azotique, que le sous-nitrate de bismuth (formule du Codex de 1884). Il en contient près de 21 p. 100, au lieu de 17.

Tandis que le second de ces médicaments est inaltérable à l'air et à la lumière, le premier exposé à l'air perd de l'eau et devient grenu, exposé à la lumière il dégage des vapeurs nitreuses et ne peut être conservé qu'en flacons colorés placés dans l'obscurité.

Les deux médicaments mis au contact de l'eau ne se dissolvent pas, mais lui communiquent une réaction acide. Cette réaction est plus de deux fois plus forte avec le nouveau sous-nitrate.

Si on fait agir *in vitro* les deux produits sur le même suc gastrique acide, tout le chlore est précipité sous forme d'oxychlorure insoluble et il ne reste plus qu'une solution d'acide azotique. Celle-ci est notablement plus concentrée avec le sous-nitrate du Codex de 1908.

Pour obvier à ces inconvénients, il faut substituer au sous-nitrate, le sous-nitrate-bibasique ou *sous-azotate neutre de bismuth*. Il s'obtient en faisant subir au sous-nitrate des lavages répétés à l'eau bouillante jusqu'à ce que l'eau de lavage ne donne plus de précipités par le carbonate de soude.

Le sous-azotate neutre de bismuth ne contient pas plus de 4 grammes 284 p. 100 d'acide. Il est insoluble dans l'eau et ne lui communique aucune acidité. Mis en présence d'un suc gastrique acide, il fait tomber considérablement l'acidité et précipite une partie de l'Hcl, mais son action sur les produits chlorés est lente à se produire et n'est pas d'emblée totale comme celle du sous-nitrate.

Les premiers essais semblent démontrer que sa valeur thérapeutique se rapproche de celle du sous-nitrate.

Plusieurs cas de traitement de l'épithélioma de l'œsophage par les applications directes de radium. — MM. Guisez et Barcat. On sait les bons résultats obtenus par les applications de radium dans les épithéliomas de la peau, or le cancer de l'œsophage est un cancer épithélial.

Chez cinq malades atteints de rétrécissements cancéreux de l'œsophage diagnostiqués par l'œsophagoscopie et par l'examen biopsique d'un fragment de la tumeur, ayant bien repéré le pertuis resté libre, les auteurs y ont introduit une sonde garnie de bromure de radium qu'ils ont laissée plusieurs séances de quatre à cinq heures.

Dans ces différents cas, ils ont utilisé le rayonnement ultra-pénétrant de Dominici, obtenu à travers les 5/10 de millimètre d'argent constituant la paroi des tubes et un millimètre de gomme (paroi de la sonde), donnant un rayonnement U. P. variant de 4300 à 6500.

Les auteurs ont observé invariablement et successivement les phénomènes suivants : disparition complète des sécrétions putrides et sanguinolentes, augmentation du calibre de l'œsophage qui chez deux de ces malades a repris des dimensions presque normales. Ils ont constaté à l'œsophagoscope un affaissement et une disparition complète du bourgeonnement. Sans vouloir prononcer le mot de guérison, les cas étant encore trop récents, il y a là une amélioration notoire dans une affection jusque-là incurable.

M. Queyrat présente un malade atteint de gangrène de la verge.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 1er avril 1909)

Action du radium sur les tissus du névraxe. — MM. Alquier et Faure-Beaulieu, frappés de la mortalité considérable indiquée par les auteurs qui ont fait des applications expérimentales du radium sur le névraxe d'animaux, ont repris ces expériences, sur trois lapins, en se rapprochant autant que possible des conditions réalisées en clinique, où les nombreuses applications faites sur le crâne, pour des tumeurs cutanées, par exemple, n'ont jusqu'ici donné lieu à aucun trouble nerveux. Les trois lapins n'ont présenté aucun symptôme morbide, mais l'examen histologique a révélé l'existence, dans les parties irradiées, de petites hémorragies, minimes il est vrai, avec intégrité, à peu près complète, des tissus nerveux. Ces hémorragies ressemblent beaucoup à celles constatées dans l'épilepsie, par Alquier et Anfimow : les lapins irradiés n'ayant pas eu de convulsions, il semble bien que, dans l'épilepsie, les hémorragies sont, comme l'avaient pensé les auteurs, plutôt l'effet, que la cause des crises.

Une autopsie de névrite ascendante. — MM. Déjerine et Thomas. Il s'agit de la malade présentée, il y a deux ans, par M. Aynaud (V. *Gaz. des Hôpit.*, 1907, p. 813); la névrite, cliniquement typique, avait immédiatement succédé à un traumatisme du pouce, et suivi la marche ascendante, dans les branches du médian, que l'autopsie montra atteintes de dégénérescence parenchymateuse, sans lésions interstitielles; ces altérations s'étendent, en diminuant progressivement, jusqu'aux sixième et surtout septième racines cervicales. Dans les ganglions correspondants, les cellules nerveuses ont presque complètement disparu, les racines postérieures et les champs radiculaires correspondants du cordon postérieur sont en pleine dégénération. Mais, comme ces lésions sont bilatérales au niveau du septième segment, et que la malade est, en même temps atteinte de tabes incipiens, leur pathogénie ne saurait être précisée.

Le signe d'Argyll-Robertson dans les lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral. — MM. G. Guillain, Rochon-Duvigneaud et Troisier présentent une femme de cinquante-neuf ans, non syphilitique, sans lymphocytose céphalo-rachidienne, qui, à la suite d'un ictus, fut atteinte d'un syndrome de Weber typique, avec signe d'Argyll; à droite, les réactions pupillaires se font bien, à gauche, la pupille, irrégulièrement circulaire se contracte incomplètement à la lumière, et réagit comme l'autre à la convergence, sans qu'il y ait un défaut d'acuité visuelle suffisant pour expliquer l'insuffisance du réflexe lumineux. Ce fait, à rapprocher de celui publié par M. Guillain, dans la dernière séance, est des plus importants pour la localisation possible du signe d'Argyll.

Torticolis traité par la section de la branche externe du spinal. — M. Sicard. Le résultat est très bon. M. Brissaud l'attribue à la suggestion. M. Babinski a vu un cas où l'opération a été très utile.

Paralysie alterne. — M. Français présente un cas remarquable par l'existence de troubles du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue, avec intégrité du trijumeau, et par l'hyperexcitabilité électrique du trijumeau.

Méralgie paresthésique gravidique. — MM. Dufour et Cottenot présentent une femme atteinte de ce syndrome, avec plaque symétrique d'anesthésie, dans le domaine du fémoro-cutané, et d'une branche du crural. Les accidents ont apparu au cinquième mois de la grossesse, et ne semblent pas dus à la compression, en raison de l'absence de varices.

Nœvus vasculaire dans le domaine du trijumeau. — MM. Achard et Ramond montrent un cas occupant assez exactement les deux branches supérieures du trijumeau.

Modifications du profil des ongles dans le saturnisme. — MM. Achard et Ramond montrent un homme atteint d'une amyotrophie saturnine localisée, les ongles sont modifiés aux quatre membres.

Sur la sclérose en plaques infantile. — M. Sicard présente un garçon de onze ans chez lequel le diagnostic de sclérose en plaques fut fait par plusieurs neurologistes. L'examen ophtalmoscopique montra une atrophie papillaire, avec stase. Une ponction lombaire révéla l'existence de lymphocytose, et procura une amélioration. La marche est actuellement progressive, et le malade presque impotent, il ne s'agit donc pas de sclérose en plaques.

Méningite syphilitique héréditaire probable. — M. Touchard relate l'histoire d'une fillette qui, bien portante jusqu'à deux ans, présenta alors quelques convulsions, des troubles intellectuels légers, et un peu de strabisme. Elle a une kératite interstitielle, une chorio-rétinite, avec atrophie papillaire, de la lymphocytose céphalo-rachidienne, enfin, l'abolition de tous les réflexes tendineux. La mère a eu des fausses couches. L'auteur discute la possibilité d'un tabes juvénile, qui est repoussée par MM. Ballet, Marie, Claude.

Absence d'hystérie chez les survivants du tremblement de terre de Messine. — M. Néri, sur deux mille personnes examinées, a vu des troubles mentaux transitoires, des phénomènes neurasténiformes, mais aucun signe d'hystérie.

Rétraction scrotale dans un cas de contracture hystérique. — MM. Klippel et P. Weil. Les deux phénomènes sont parallèles l'un à l'autre, chez ce malade, qui, au dire de plusieurs membres de la Société, paraît atteint d'une spasmodicité infantile. Le redressement des quatre derniers orteils provoque chez lui l'extension du pouce; les auteurs ont observé le contraire dans les hémiplégies organiques.

Myokimie physiologique. — M. Cruchet comprend sous ce nom les contractions fibrillaires localisées, très courtes, que présentent certains sujets normaux, il existe des sensations du même ordre.

Heureuse influence du traitement thyroïdien sur les névralgies. — M. L. Lévi.

— M. Brissaud présente un malade qu'il ne sait comment classer. Depuis quatre ans, il a un air hébété, avec conservation suffisante de l'intelligence, quelques bizarreries, de l'indifférence, une lymphocytose légère, des réflexes un peu vifs; il a eu du tremblement intentionnel. Enfin, sa parole est lente comme celle d'un pseudo-bulbaire.

— Vu le nombre toujours croissant des communications, la Société décide de consacrer quelques séances supplémentaires à l'anatomie pathologique. La première aura lieu le 13 mai à neuf heures et demie dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 3 avril 1909)

Lésions des glandes parathyroïdes dans le tétanos. — MM. Babonneix et Harvier. L'état des glandes parathyroïdes dans le tétanos est encore mal connu. Aussi leur a-t-il paru intéressant de rapporter à la Société les résultats obtenus par l'examen histologique de ces glandes dans trois cas de tétanos suraigu. Dans le premier cas, il existait simplement des lésions congestives et hémorragiques. Le second se caractérisait, en plus de ces lésions, par des altérations cellulaires multiples : réaction acidophile du protoplasma, présence des substances colloïdes acidophiles en dehors des cellules, dans des espaces vésiculaires, et aussi dans les vaisseaux. Enfin, dans le troisième cas, on retrouvait les mêmes altérations, mais, de plus, certaines cellules contenaient des boules de la même substance colloïde. Les lésions parathyroïdiennes dans le tétanos sont donc de deux ordres : vasculaire et parenchymateux, ces dernières consistant en l'apparition d'une sécrétion colloïde acidophile dans les cellules, dans certaines vésicules extra-cellulaires et dans les vaisseaux.

Note sur l'égalisation du taux urinaire quotidien (isurie) dans la cirrhose alcoolique. — MM. A. Gilbert et A. Lippmann rapportent à la Société un symptôme urinaire fréquemment observé à la phase terminale des cirrhoses alcooliques avec ascite, associé à l'oligurie et caractérisé par une égalisation remarquable du débit quotidien. Cette uniformité du taux journalier de la diurèse est parfois si parfaite que la courbe d'élimination évolue en ligne droite horizontale, en plateau. Ils proposent de donner à ce phénomène le nom d' « isurie », et l'opposent ainsi à un autre trouble de la diurèse qu'ils ont décrit précédemment sous le nom d'anisurie, qu'on a également l'occasion fréquente de retrouver dans les cirrhoses. En terminant, les auteurs insistent sur le contraste frappant qu'offre ainsi, et parfois chez un même hépatique, la courbe des urines, pour peu qu'on envisage celle-ci à des périodes différentes de l'affection.

Recherches cliniques sur la présence d'anticorps spécifiques dans les sérums des malades atteints de streptococcies diverses. — M. Mariano R. Castex (de Buenos-Ayres) a recherché si les sérums des malades atteints de différentes formes de streptococcies (érysipèle, abcès, pleurésies, etc.) contenaient des ambocepteurs spécifiques, pensant que la présence de telles substances pourrait permettre d'appuyer un diagnostic dans certains cas douteux et d'établir un point de repère pour soutenir l'unicisme ou le pluralisme du streptocoque. Il a suivi, dans ses recherches, la technique de la réaction de fixation de Bordet Gengou : comme antigène, il a employé une émulsion de streptocoque dans la solution physiologique; comme complément, du sérum frais de cobaye; le sérum hémolytique provenait de lapin vacciné contre les hématies de mouton. La réaction de fixation avec les streptocoques morts a été aussi nette qu'avec les vivants. La présence d'une sensibilisatrice spécifique a été constatée dans le sérum des malades suivants : 4 érysipèles, 1 abcès streptococcique de la crête iliaque, 1 fièvre puerpérale, 1 pleurésie et 1 arthrite streptococciques. Parmi les cinq sérums de scarlatineux examinés, il y a eu trois résultats négatifs (avec différents échantillons de streptocoque) dans des formes bénignes de la maladie qui ont guéri parfaitement et deux résultats positifs, dans des scarlatines malignes, qui ont abouti toutes deux à la mort des sujets. La réaction de fixation a été négative chez tous les témoins (10 cas : cancer et ulcère gastrique, fièvre typhoïde, hémiplégie, pneumonie, etc.)

Les résultats viennent à l'appui de l'unicisme du streptocoque d'une part, et d'autre part ils plaident contre l'origine streptococcique de la scarlatine, dans laquelle le streptocoque ne jouerait que le rôle d'un microbe d'association.

Recherches sur le pouvoir phagocytaire des polynucléaires éosinophiles. — MM. Nattan-Larrier et Parvu ont étudié le pouvoir phagocytaire des éosinophiles provenant des malades infectés par filaria soa.

La technique qu'ils ont employée s'inspirait directement de la méthode de Wright pour la recherche de l'indice opsonique.

Ils ont pu ainsi constater que les polynucléaires éosinophiles étaient tout aussi bien que les neutrophiles, aptes à exercer la phagocytose et jouaient, lorsque leur nombre était accru, un rôle considérable dans la défense de l'organisme contre les infections : l'aptitude phagocytaire des éosinophiles

resterait toutefois toujours moins considérable que celle des neutrophiles. L'étude de la phagocytose expérimentale montre que, *in vitro*, les éosinophiles sont aptes à absorber les microorganismes aussi bien en présence du sérum d'un sujet normal que de celui du malade.

Evolution du mégaloblaste dans la leucémie myéloïde. — M. H. Béclère signale la présence constante des hématies nucléées dans le sang des malades atteints de leucémie myéloïde, d'après l'observation de trente cas. Dans un cas particulier où le chiffre des globules rouges nucléés atteignait 9 p. 100, alors qu'en général il est de 1 à 3 p. 100, il a pu observer l'évolution complète du mégaloblaste. Celui-ci, au moment de se diviser par karyokinèse, subit une modification complète de son protoplasma qui devient finement granuleux. De cette première division naissent des cellules filles qui sont les normoblastes d'Ehrlich.

Ces cellules, par une nouvelle karyokinèse typique, donnent les normoblastes en pycnose décrits par I. Jolly, ou pycnoblastes qui, par rejet du noyau, donnent l'hématie définitive. L'état particulier de ces différents éléments est caractéristique.

MM. Etienne, Rémy, Boulangié étudient l'**action de la tuberculine sur les mononucléaires chez les tuberculeux âgés.**

La réaction, soit immédiate, soit à distance, se traduit par une diminution de leur nombre portant surtout sur le groupe des gros mononucléaires, alors que les lymphocytes augmentent au contraire de nombre. Quant aux mononucléaires, leur nombre oscille en plus ou en moins.

MM. Lucien et Parisot ont constaté sur le lapin, sous l'influence d'**injections intra-veineuses répétées d'extrait hypophysaire**, une augmentation du poids absolu et relatif de la thyroïde. Les vésicules thyroïdiennes sont volumineuses, remplies d'un colloïde homogène, dont la présence n'est pas l'indice d'une suractivité glandulaire.

Communication faite à la séance du 27 mars :

Lésions encéphaliques expérimentales par irritation méningée. — MM. H. Claude et P. Lejonne, en créant des irritations méningées locales chez le chien, par injection sous la dure-mère cranienne d'une solution très diluée de chlorure de zinc, ont obtenu, presque constamment, des réactions encéphaliques intenses (hémorragies, thromboses, ramollissement, œdème, foyers inflammatoires), non seulement au niveau de la corticalité, mais en pleine substance blanche. C'est la vérification expérimentale de cette constatation anatomo-clinique que dans beaucoup d'inflammations, en apparence uniquement méningées, il existe des phénomènes concomitants d'encéphalite.

Chez l'animal en expérience, parfois des lésions encéphaliques encore en pleine évolution au bout de deux mois ne se traduisaient plus par aucun symptôme : ce fait peut éclairer la pathogénie des affections nerveuses succédant, sans cause provocatrice et dans un temps plus ou moins éloigné, à un état méningé.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ARTÉRIO-SCLÉROSE AVEC NÉPHRO-SCLÉROSE ET BRUIT DE GALOP

Une granule à 1/10 de milligramme Nativelle ou v gouttes de la solution au millième, pendant 10 jours. Suspendre 5 à 10 jours et reprendre ensuite pendant une dizaine de jours pour continuer ainsi pendant des mois. Associer la digitaline à la théobromine. Allonger les périodes de suspension digitalique si le malade va mieux.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 26 AVRIL AU 1er MAI 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 26 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Gautier, Pierre Marie et André Jousset; — (2e série) : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Macaigne et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Kirmisson, Delbet et Rieffel; — (3e série) : MM. Roger, Retterer et Branca; — (4e série) : MM. Nicolas, Hartmann et Mulon; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Monod et Gosset; — (2e série) : MM. Segond, Walther et Proust; — M. Ombrédanne, suppléant.

Mardi 27 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Quénu, Thiéry et Morestin.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Fernand Bezançon et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Ricard et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Chauffard, Gouget et Jeanselme; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 28 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Gautier, André Jousset et Lœper; — (2e série) : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Nicolas et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Kirmisson, Hartmann et Retterer; — (3e série) : MM. Roger, Rieffel et Macaigne; — (4e série) : MM. Delbet, Branca et Mulon; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 29 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Nicloux et Brumpt.

1er (oral) : MM. Quénu, Thiéry et Auvray.

2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. de Lapersonne, Demelin et Morestin; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Fernand Bezançon; — (2e série) : MM. Hutinel, Jeanselme et Nobécourt; — (3e série) : MM. Chauffard, Gouget et Castaigne.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 30 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper; — (2e série) : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Macaigne et Pierre Duval. — (2e série) : MM. Kirmisson, Delbet et Rieffel; — (3e série) : MM. Roger, Retterer et Branca; — (4e série) : MM. Nicolas, Hartmann et Mulon.

3e (2e partie) : MM. Pierre Marie, Marcel Labbé et Sicard.

4e : MM. Pouchet, Déjerine et Langlois; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Monod et Lejars; — (2e série) : MM. Walther, Legueu et Ombrédanne; — M. Gosset, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Proust, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 41. — JEUDI 8 AVRIL 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 8 AVRIL 1909. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour la nomination a trois places de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Œttinger, Brault, Thibierge Petit, Launois, Faisans, Robineau, qui acceptent, et de MM. Gilbert et Siredey, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 6 avril : Question donnée : « Artère humérale (trajet, rapports, branches). — Symptômes et formes cliniques de l'arthrite blennorragique. »

MM. Bougot, 12 + 17 = 29 ; Nicaud, 16 + 20 = 36 ; Garsaux, 15 + 21 = 36 ; Jacquemin, 12 + 17 = 29 ; Turquety, 13 + 17 = 30 ; Camboulives, 8 + 18 = 26 ; Bonnet, 13 + 17 = 30 ; Loubeyre, 13 + 23 = 36 ; Vilbort, 11 + 16 = 27 ; de Vaugiraud, 15 + 20 = 35.

— Concours de l'internat de Brévannes. — *Oral.* — Séance du 5 avril : MM. Pernet et Dutheil, 14 ; Vignes, 12 ; Ghys, 15 ; Finot et Ferté, 12.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 9 avril, à huit heures et demie du soir, à la salle des Saints-Pères.

LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE. — Le Préfet de police adresse aux médecins exerçant dans le département de la Seine la circulaire suivante :

« Un certain nombre de cas de méningite cérébro-spinale épidémique ayant été constatés tant à Paris que dans divers départements, M. le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, me prie d'attirer l'attention des médecins sur la nécessité qui s'impose à eux avec un caractère d'extrême urgence de faire, aux autorités chargées de la recevoir, la déclaration immédiate des cas qu'ils viendraient à constater.

Le Comité permanent des épidémies, que je viens de réunir exceptionnellement, insiste sur la rapidité avec laquelle évolue cette affection, et sur la nécessité pour le médecin d'établir un diagnostic aussi prompt que possible.

Le Comité des épidémies pense qu'il est inutile de vous rappeler les symptômes de cette affection, qui sont bien connus de vous, mais il insiste sur ce point que souvent le diagnostic est tellement difficile qu'il ne saurait être assuré que par l'examen bactériologique des liquides céphalo-rachidiens.

Le laboratoire des services techniques d'hygiène de la Ville de Paris, situé 1 *bis*, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, est à la disposition du corps médical pour assurer gratuitement toute analyse bactériologique.

Les échantillons devront lui être adressés dans un flacon de verre de 5 à 10 centimètres cubes, stérilisé si possible, ou tout au moins neuf et propre, simplement bouché avec un bouchon de liège neuf.

Ce laboratoire est ouvert tous les jours de huit heures du matin à huit heures du soir, y compris les dimanches et jours fériés.

D'autre part, le Comité rappelle d'après les communications faites au Conseil supérieur d'hygiène publique de France et à l'Académie de médecine, que d'excellents résultats ont été obtenus, tant à l'étranger qu'en France, avec le sérum antiméningococcique : ce sérum, qui est délivré en France par l'Institut Pasteur, rue Dutot, 22, à Paris, donne des résultats d'autant plus heureux qu'il est appliqué plus près du début. Vous trouverez dans la notice qui accompagne chaque envoi la méthode d'application de ce sérum.

Vous savez également combien il importe pour la santé publique que les mesures de prophylaxie — isolement et désinfection — soient prises rapidement tant au domicile du malade que dans les milieux qu'il a pu contaminer.

L'isolement du malade doit être complet et rigoureux et on ne doit laisser en contact avec lui que les personnes strictement nécessaires pour lui donner des soins.

Si ces conditions ne peuvent être remplies, si le malade ne peut recevoir chez lui les soins appropriés, il y a intérêt à le faire transporter le plus vite possible à l'hôpital.

Dans ce cas, je ne puis que vous conseiller de faire appel pour le transport, autant que possible, au service des ambulances municipales, afin d'éviter la contamination des voitures affectées au public.

Je vous serais obligé de m'adresser de toute urgence vo déclarations et de me fournir tous les renseignements que vous aurez pu recueillir et qui seraient de nature à me permettre, soit de retrouver le point de départ de la contagion, soit d'en restreindre le foyer. »

(*Voir la suite des* **Nouvelles**, *p.* 500.)

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

COMMENT ON DOIT PRENDRE UNE OBSERVATION DERMATOLOGIQUE

Par le professeur DUBREUILH (de Bordeaux).

Messieurs,

Dans une leçon précédente, je vous ai parlé de la manière d'examiner un malade dermatologique en me plaçant au point de vue du praticien qui a pour objectif de faire un diagnostic et de prescrire un traitement. Je veux aujourd'hui, en me plaçant au point de vue de l'étudiant et aussi du praticien, vous parler de la manière de prendre une observation dermatologique.

Un mot d'abord sur l'utilité de prendre des observations.

Beaucoup d'entre vous croient que les observations qu'ils prennent n'ont pas d'autre utilité que de fournir des matériaux pour la thèse qu'ils sont en train de confectionner ou pour les mémoires que publie leur chef de service. C'est là une profonde erreur. Les observations ne sont pas utiles seulement en raison de l'emploi qu'on en fera plus tard, elles sont utiles en elles-mêmes et pour celui qui les prend.

On n'a bien examiné un malade que lorsqu'on a rédigé son observation. Cela est vrai pour toutes les branches de la médecine, mais plus particulièrement pour la dermatologie. En rédigeant une observation on s'aperçoit de lacunes dans l'examen, et ce qui est particulièrement probant, on est quelquefois amené à modifier son diagnostic au cours de la rédaction. L'obligation de formuler sa pensée, de l'exprimer en mots écrits, de décrire les objets qu'on a sous les yeux, vous force à mettre de la précision dans la pensée, à voir et à noter des détails qui vous auraient échappé. Cet effort que vous faites pour être complet et précis vous empêche de vous endormir sur le mol oreiller du vague.

Cela est encore vrai pour moi après vingt ans de pratique et d'enseignement dermatologique et je prends encore pour mon instruction personnelle des observations qui ne seront sûrement jamais publiées. Cela est encore plus vrai pour vous qui n'avez pas encore l'habitude de voir. Prenez des observations de gale, d'eczéma ou de psoriasis, des choses les plus banales qui soient, relisez-les trois mois plus tard et vous n'aurez pas perdu votre temps. Vous connaîtrez ces maladies mieux que vous n'auriez pu le faire par des lectures et vous aurez appris à mieux profiter de vos lectures, à mieux comprendre les descriptions didactiques de vos livres. Les descriptions des livres ne représentent quelque chose à l'esprit que si l'on s'est exercé à faire soi-même des descriptions de choses analogues.

Avant de commencer à écrire il faut avoir examiné son malade complètement et si vous êtes arrivé à un diagnostic, ce diagnostic vous servira de guide. Ce n'est cependant pas un guide qu'on doive suivre servilement, car le défaut habituel des jeunes gens inexpérimentés, c'est que leur observation est le reflet de leurs lectures et non la représentation de ce qu'ils ont sous les yeux. C'est ce que j'appelle des observations livresques.

Il est classique de commencer une observation par les antécédents héréditaires, puis les antécédents personnels, ensuite vient l'histoire de la maladie en grand détail, enfin la description de l'état actuel.

C'est dans cet ordre que sont rangés les chapitres des traités de pathologie. Eh bien! pour la dermatologie tout au moins, je n'hésite pas à dire que c'est une mauvaise méthode. Elle peut être applicable à quelques cas particuliers, mais il est déplorable de s'y astreindre. Il arrive en effet ceci, c'est qu'après avoir passé une heure à débrouiller des antécédents confus et souvent inutiles, on est interrompu et obligé de remettre la suite au lendemain; le lendemain on est empêché de continuer et de même les jours suivants et l'observation en reste là, inutilisable. Ou bien, le lendemain l'éruption a évolué, elle s'est améliorée ou aggravée, en tout cas elle a totalement changé d'aspect, elle est passée d'une phase dans une autre, vous avez laissé passer l'occasion, votre observation a perdu la moitié de sa valeur.

Le gros morceau, le plus important et aussi le plus difficile, c'est la description de l'état actuel, et c'est par lui qu'il faut commencer après un très court historique de la maladie elle-même se réduisant à noter la date du début, son évolution progressive ou interrompue ou son état stationnaire. Si vous avez quelque chose à remettre au lendemain, il vaut mieux que ce soit l'histoire détaillée des antécédents héréditaires ou personnels que le malade pourra vous dire tout aussi bien un ou deux jours après.

Le principe général qui ne doit jamais être perdu de vue dans une observation dermatologique, c'est qu'il faut décrire de façon que le lecteur voie l'éruption qu'on lui décrit, et pour cela il faut être précis et pittoresque.

Il faut être précis, c'est-à-dire employer des termes adéquats à leur objet, ne pas appeler noir ce qui est gris, ou rouge ce qui est rose, ne pas qualifier une érosion d'ulcère ou une papule de tumeur, il faut employer pour chaque chose le terme propre, dire ce qu'on veut dire, ni plus ni moins, sans exagération ni atténuation.

Soyez descriptifs et pittoresques et pour cela tous les moyens sont bons, pourvu qu'ils atteignent le but qui est de faire voir ce que vous voyez. Ne craignez ni les expressions imagées ni les comparaisons audacieuses qui sont souvent le meilleur moyen de vous faire comprendre.

On ne trouve pas toujours le mot désignant un objet ou caractérisant une qualité d'une façon exacte et complète. On peut y suppléer par l'accumulation des qualificatifs qui se complètent les uns les autres et dont l'ensemble donne une idée exacte et complète de l'objet. C'est un procédé commode et qui permet de condenser une description très complexe en une phrase assez courte et de structure simple.

A chaque instant d'une description il faut se mettre dans la peau de son lecteur et se demander comment il se représentera ce que vous décrivez. La lecture des observations des autres, surtout si vous avez vu le malade, celle des vôtres même, après un certain temps écoulé, vous montrera les difficultés et les écueils d'une bonne description.

On est souvent embarrassé pour commencer la description d'une éruption un peu complexe. Vous avez à faire un tableau, procédez comme le ferait un peintre paysagiste. Par de grands traits de fusain ou de larges touches de couleur il indique d'abord les grandes masses, puis il les délimite et il met en place les objets de second plan ou de moindre importance; graduellement il accuse et précise ses traits, mais ce n'est qu'après avoir esquissé l'ensemble qu'il dessine les détails.

Vous de même, en présence d'une éruption complexe et étendue, commencez par indiquer l'impression d'ensemble. C'est une nappe étendue ou un semis, c'est une ou plusieurs lésions circonscrites. La maladie est rouge, ou squameuse ou croûteuse: elle est constituée par un placard, une tumeur ou un ulcère. Ce n'est qu'une dénomination, un mot peut-être, mais cela suffit pour orienter les idées de votre lecteur.

Vous accusez alors les caractères de second ordre, toujours procédant du général au particulier en indiquant d'abord les traits les plus frappants. La marche à suivre diffère un peu suivant qu'il s'agit d'une éruption générale ou au moins diffuse ou bien d'une lésion circonscrite.

Dans le premier cas on commence par préciser l'impression d'ensemble et par indiquer la distribution. L'éruption est tout à fait généralisée ou bien elle est localisée ou prédominante en certaines régions; elle est homogène ou polymorphe. Le polymorphisme est dû à des lésions différentes ou à des stades évolutifs différents d'une même lésion élémentaire.

Enfin on aborde la description du ou des éléments éruptifs caractéristiques, qui suivant les cas sont des éléments jeunes ou complètement développés. Vous racontez ce que vous y voyez à l'œil nu ou à la loupe; ce que vous sentez en les touchant; vous racontez l'évolution et les transformations de cet élément éruptif. Enfin vous notez les sensations subjectives et vous décrivez l'évolution de la dermatose dans son ensemble.

Une dermatose peut être constituée par une lésion circonscrite unique ou en petit nombre, qui peut être une tumeur, un ulcère, un placard, etc. Il importe de le dénommer exactement pour ne pas créer de confusion. Vous indiquez son siège, ses dimensions, sa forme approximative. En ce qui concerne le siège, son indication doit être plus ou moins précise suivant les régions et doit être donnée surtout par rapport aux organes voisins. Pour une lésion siégeant dans le dos ou sur le flanc, une approximation très large est parfaitement suffisante. Il n'en est pas de même pour une lésion siégeant à la face. La multiplicité et l'importance des organes de la face font qu'il est nécessaire de noter les rapports exacts d'une tumeur ou d'un ulcère avec les orifices muqueux et il n'est quelquefois pas indifférent de savoir que la lésion atteint le point lacrymal ou en reste distant de deux millimètres.

Vous voyez très souvent indiquer le volume ou l'étendue d'une tumeur ou d'une lésion quelconque par comparaison avec un objet usuel, une tête d'épingle, un grain de mil ou de chènevis, une lentille, un pois, une noisette, une noix, une pièce de monnaie. Cette habitude manque de précision, mais elle est commode pour l'auteur et pour le lecteur; cette manière d'indiquer les dimensions d'une lésion est plus pittoresque et représente mieux l'objet à l'imagination qu'une indication exacte en millimètres ou centimètres. C'est pour cela que l'usage s'en est établi spontanément et dans tous les pays.

La description de la lésion elle-même suit une marche un peu différente suivant sa nature. S'il s'agit d'une tumeur on décrira sa forme, sa couleur et son relief, puis en la palpant on notera sa consistance, sa profondeur et éventuellement ses connexions avec les parties sous-jacentes, enfin on décrira les menues particularités de la surface unie, mamelonnée ou ulcérée, pâle, rouge ou striée de vaisseaux sanguins; détails qui tous peuvent être importants pour le diagnostic.

Un ulcère, outre son siège, sa grandeur et sa forme, présente à considérer deux parties principales, le fond et les bords, qu'on doit décrire successivement et minutieusement. S'il y a une croûte, il faut avoir soin de l'enlever après l'avoir décrite pour mettre à nu le fond. Le fond peut être creux, déprimé par rapport aux parties voisines, de niveau avec elles ou enfin en relief; il est lisse ou inégal, saignant, suppurant ou couvert d'un enduit. Il repose sur une base souple, infiltrée ou indurée, et cette infiltration est plus ou moins profonde. Les bords laissent généralement distinguer un contour, un versant intérieur et un versant extérieur. Le contour peut être régulier comme dans le chancre dur ou déchiqueté comme dans le chancre mou. Le versant intérieur n'existe que si l'ulcère est creux. Il est alors taillé à pic ou en talus, ou surplombant et décollé. Si l'ulcère est de niveau avec les parties voisines ou en saillie, le bord se réduit à un simple contour.

Le versant extérieur n'existe à proprement parler que si le bord est saillant. Il est toujours en talus plus ou moins incliné, mais peut présenter diverses particularités de couleur et de forme. Tout autour de la lésion, il peut y avoir une auréole érythémateuse. D'autres fois l'ulcère est taillé dans la peau saine et le bord n'est constitué que par le versant intérieur. La palpation des bords et de la base fournit des renseignements de la plus haute importance diagnostique, mais qui sont difficiles à définir, car il y a des modalités de consistance, d'élasticité, de limitation plus ou moins nette qui sont assez délicates à apprécier, plus délicates encore à exprimer.

Un placard éruptif est une lésion circonscrite qui n'est ni creuse, ni saillante, ni indurée, ou qui, du moins, ne l'est que dans une très faible mesure. Sa description doit se faire suivant le même schéma que

pour l'ulcère, et ici aussi il faut distinguer l'aire et le bord. Le bord se réduit à un simple contour si le placard est homogène, il offre une certaine largeur et une structure plus complexe si le placard est marginé. Il peut même y avoir lieu de distinguer plusieurs zones concentriques.

Après la description objective de la lésion quelle qu'elle soit, il faut noter les sensations subjectives spontanées ou provoquées et narrer l'évolution de la lésion individuelle, narration qui pourra être illustrée d'une description objective si les lésions sont multiples et d'âge différent.

Vous en avez fini avec la partie purement dermatologique de votre observation, mais il en reste la partie médicale qui comporte l'état général du malade et l'examen des viscères dont l'importance est très variable suivant les cas, mais qui mérite toujours une mention.

L'état actuel du malade est noté, la photographie est prise, vous pouvez respirer. Vous pouvez à loisir débrouiller et noter l'histoire générale de la maladie, ses variations et ses rechutes avec les circonstances qui les ont provoquées ou au moins accompagnées, l'histoire pathologique de votre malade, de ses ascendants et collatéraux pour établir l'étiologie de sa dermatose et caractériser le terrain sur lequel elle évolue.

Tout cela est quelquefois très important, quelquefois fort peu, mais en tout cas c'est moins pressé, c'est pourquoi je vous conseille de le mettre à la fin.

Lorsqu'il s'agit d'un diagnostic difficile, il est très utile, surtout quand on prend l'observation pour soi-même, de la faire suivre d'un paragraphe d'épicrise ou de discussion du diagnostic. C'est une revision générale de l'observation faite à un point de vue particulier et sous un angle différent. Cela est utile pour l'auteur et pour le lecteur. Il n'est pas rare qu'en rédigeant cette épicrise on découvre des lacunes dans la description, on s'aperçoive de l'importance de tel ou tel caractère qui avait été un peu trop laissé dans l'ombre. L'énoncé et la discussion des diagnostics qu'on élimine met en relief des ressemblances et des analogies qui pouvaient ne pas ressortir nettement de la description, et ces comparaisons contribuent à préciser et à faire mieux saisir la physionomie d'une éruption.

Se faire bien comprendre, tel doit être le but de celui qui prend une observation ; ce qui doit dominer dans votre esprit, c'est la préoccupation du lecteur. Il vous faut à chaque instant vous extérioriser et vous demander si celui qui lira votre observation, n'ayant pas le malade sous les yeux, se représentera ce que vous voyez. Il faut qu'un lecteur attentif quelconque puisse en lisant votre observation confirmer votre diagnostic, le discuter ou même le contester.

ŒDÈME AIGU DU POUMON

ET GLANDES SURRÉNALES

Par A. SÉZARY,

Interne des hôpitaux de Paris.

La pathogénie de l'œdème aigu du poumon a soulevé les plus vives controverses. La plupart des cas s'observent chez des brightiques ou des urémiques, présentant ou non des lésions aortiques (Dieulafoy, Brouardel). Cependant Debove, Landouzy, Renaut (de Lyon), etc., l'ont vu survenir chez des sujets qui n'avaient que de l'aortite et pas de néphrite ; Huchard l'attribue à l'aortite elle-même.

En présence de ces faits contradictoires, une conclusion semble s'imposer : c'est, dit Josué, « que si l'association des lésions des reins et de l'aorte constitue une excellente condition pour faire de l'œdème aigu du poumon, cette condition n'est pas indispensable : des aortiques sans lésion rénale, des rénaux sans lésion aortique peuvent être parfaitement atteints ».

Avec Vaquez, on peut voir dans l'hypertension artérielle un facteur commun à tous les cas.

Les expériences de Bouchard et Claude (1) introduisirent, en 1902, un élément nouveau dans le problème. Ces auteurs montrèrent que si l'on injecte dans les veines de lapins, des quantités relativement considérables d'adrénaline, les animaux sont pris d'accès typiques d'œdème aigu du poumon, dont ils meurent souvent.

Josué (2) appliqua ces données expérimentales à la clinique. On sait aujourd'hui que les athéromateux et les brightiques possèdent habituellement des surrénales en hyperfonction. L'hyperépinéphrie peut donc être considérée comme le facteur, sinon constant (car l'œdème aigu consécutif à une ponction de pleurésie ne saurait en relever), du moins fréquent de l'accident pulmonaire. Cette hypothèse a le grand mérite de concilier les deux théories classiques, jusqu'ici irréductibles, en une conception plus compréhensive et rendant compte, si l'on admet les idées de Vaquez, de l'hypertension coexistante.

On pouvait objecter que l'hyperépinéphrie, au point de vue histologique, s'observe surtout dans la substance corticale de la surrénale et qu'elle n'explique pas l'hypersécrétion de l'adrénaline qui ne provient que de la médullaire.

Mais, récemment, Josué et Bloch (3) ont montré que l'injection intra-veineuse d'extrait de la seule couche corticale pouvait être suivie, non seulement d'hypertension artérielle, mais encore d'œdème aigu du poumon. Ces nouvelles expériences rendaient

(1) BOUCHARD et CLAUDE. Recherches sur l'adrénaline, *Acad. des sciences*, 1er déc. 1908, p. 928.

(2) JOSUÉ. Pathogénie de certains cas d'œdème aigu du poumon, *Presse méd.*, 1905, n° 6, p. 41.

(3) JOSUÉ et BLOCH. Œdème aigu du poumon expérimental par injection intra-veineuse d'extrait de couche corticale de capsules surrénales, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1908, n° 25, p. 55 (2e semestre).

donc très plausible la théorie proposée, puisqu'elles faisaient intervenir un élément histologique de constatation facile et en rapport, comme l'ont montré L. Bernard et Bigart, avec l'état physio-pathologique de l'organe.

Une observation de Lœderich (1) a été le premier fait clinique apporté dans le débat. C'est l'histoire d'une femme de trente-cinq ans, atteinte d'une néphrite aiguë érysipélateuse au cours de laquelle elle succomba dans une crise d'œdème aigu du poumon. A l'autopsie, on reconnut, outre les lésions rénales, de l'hyperépinéphrie corticale. Mais la médullaire des surrénales était détruite par une hémorragie. Ce fait n'est cependant pas incompatible avec la théorie de Josué, puisque cet auteur a montré qu'en l'espèce la substance corticale a les mêmes propriétés que la médullaire. D'ailleurs, l'hémorragie peut avoir été postérieure à la complication pulmonaire.

Plus récemment, Sicard et Descomps (2) ont publié l'observation d'un homme mort d'œdème aigu du poumon au cours d'une néphrite subaiguë, greffée elle-même sur une néphrite chronique légère. Dans ce cas, « les capsules surrénales sont normales, il n'y a notamment aucun nodule hyperplasique, pas d'adénome ». Les auteurs pensent qu'elles sont restées étrangères au déterminisme de l'œdème aigu. Cependant, l'examen microscopique révèle que « les cellules sont claires, avec de nombreux spongiocytes » et qu' « il n'y a pas de réaction anormale du tissu conjonctif ». Or, l'abondance des spongiocytes, quelle que soit leur disposition ou leur topographie, est le signe principal de l'hyperépinéphrie. C'est surtout dans l'hyperépinéphrie chronique qu'on observe leur groupement en nodules ou en adénomes Dans l'observation de Sicard et Descomps, l'insuffisance rénale, qui est de date récente, n'a pas eu le temps de réaliser les déformations accentuées des travées corticales. C'est pourquoi nous pensons que ce cas n'est pas contraire à l'hypothèse de Josué.

Enfin, Aubertin (3) a rapporté deux faits expérimentaux des plus intéressants. Deux cobayes intoxiqués par le plomb moururent d'éclampsie. L'un d'eux présentait de l'œdème aigu du poumon : ses surrénales étaient en hyperfonction. Chez l'autre, au contraire, qui n'eut aucun accident pulmonaire, l'hypo-épinéphrie était manifeste.

***

L'importance doctrinale de la question nous engage à relater un cas nouveau que nous avons étudié à la Salpêtrière, dans le service de notre maître, le professeur Raymond.

Il s'agit d'une femme qui fut hospitalisée en 1903, à l'âge de vingt-sept ans, pour une syringomyélie (1). L'albuminurie avait été reconnue chez elle à vingt ans, à l'occasion de sa première grossesse qui fut compliquée d'éclampsie. En suivant un régime sévère, elle put mener à terme trois autres grossesses, sans gros incident. En octobre 1904, les symptômes urémiques s'accentuèrent : la malade souffrait de céphalée, elle vomissait, ses urines devenaient rares. Le 25 novembre, elle fut prise brusquement dans la matinée d'un accès typique d'œdème aigu du poumon. Une saignée de 300 grammes la soulagea momentanément et fit disparaître aussitôt les râles fins qui avaient envahi les poumons de la base au sommet. La mort survint le lendemain matin.

Les reins présentaient des lésions marquées de néphrite chronique scléreuse banale.

Quant aux surrénales, elles étaient en hyperfonction marquée. Leur aspect bosselé, la coloration blanc rougeâtre et l'épaississement de leur corticale laissaient déjà reconnaître leur état fonctionnel. Au microscope, la corticale était formée exclusivement de spongiocytes bourrés de graisse labile et affectant la disposition nodulaire dans plusieurs points des préparations. Nombre de cellules corticales avaient émigré en dehors de la capsule fibreuse ou pénétré dans la substance médullaire : ces deux processus prouvent, comme nous l'avons montré (2), l'intensité actuelle ou antérieure de l'hyperépinéphrie. Enfin, la médullaire avait un aspect sensiblement normal ; on sait que dans cette zone les états fonctionnels ne s'expriment pas avec la même netteté que dans la corticale.

En somme, dans notre cas, l'œdème aigu du poumon coexiste avec une hyperépinéphrie des plus nettes. On pourrait donc, si la théorie de Josué se confirme, l'attribuer à une décharge adrénalinique dont la réalité semble prouvée par les recherches de Schür et Wiesel. Cette décharge adrénalinique influerait en particulier sur le système nerveux dont l'intervention, prépondérante en dernière analyse, est cependant préparée par la rétention chlorurée ou certaines autres conditions d'ordre osmotique : toute hyperépinéphrie, comme toute néphrite, ne s'accompagne pas en effet d'œdème aigu du poumon.

Il serait cependant prématuré de tirer une conclusion de quelques observations encore très isolées. Il appartiendra à de nouveaux faits anatomo-cliniques de montrer la valeur de cette hypothèse si séduisante et si logique. C'est pourquoi nous avons cru devoir rapporter celui-ci.

(1) Lœderich. Hémorragies surrénales et œdème aigu du poumon au cours d'une néphrite aiguë érysipélateuse, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1908, n° 24, p. 37 (2e semestre).

(2) Sicard et Paul Descomps. Œdème aigu du poumon d'origine rénale sans lésions aortiques, *Progrès méd.*, 1908, n° 42, p. 505.

(3) Aubertin. Encéphalopathie convulsive, œdème aigu du poumon, hémorragies surrénales dans le saturnisme expérimental, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1908, n° 25, p. 57 (deuxième semestre).

(1) Son affection nerveuse fut, à la Salpêtrière, bien plus étudiée que sa néphrite : ce qui explique les lacunes et la brièveté de notre observation, dont cependant l'intérêt n'est pas amoindri, puisqu'il s'agit surtout de faits anatomo-pathologiques. Notons, d'autre part, que l'œdème aigu du poumon n'est pas une complication de la syringomyélie et qu'il n'y est conditionné que par ses facteurs habituels.

(2) A. Sézary. Processus mécaniques de l'hyperépinéphrie, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1908, 17 octobre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 AVRIL 1909)

Rétrécissement de la trachée par compression du thymus. — M. MARFAN communique l'observation d'un garçon de douze ans qui était atteint d'angine pseudo-membraneuse avec adénopathie cervicale, et qui présentait un tirage considérable sus et sous-sternal. On avait diagnostiqué une angine diphtéritique. Mais, malgré plusieurs injections de sérum antidiphtéritique, l'enfant succomba subitement le lendemain de son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva le thymus très hypertrophié, qui avait comprimé la trachée et l'avait rétrécie au point de l'obstruer presque complètement.

La séance a été levée à trois heures vingt.

ANALYSES

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

La production expérimentale du déciduome, et les relations entre l'évolution de l'ovaire et la formation de la caduque. (LEO LŒB. *Procedings of the pathol. Soc. of Philadelphia*, juin-juillet 1908, *New series*, vol. XI, nos 6-7, p. 140 à 154.) — On peut produire expérimentalement le déciduome en pratiquant chez le cobaye, au début de la grossesse, de larges incisions longitudinales ou transversales intéressant toute l'épaisseur de l'utérus. Au niveau de chaque incision on voit apparaître non pas du tissu de cicatrice, mais de véritables noyaux de déciduome.

Leur structure diffère de la prolifération du tissu conjonctif ordinaire : 1° par la production en grande quantité de cellules par mitose ; 2° par la présence de cellules très volumineuses présentant les caractères des cellules déciduales; 3° au lieu de combler l'incision ce tissu proliféré vers la muqueuse la détruit et apparaît dans l'utérus; 4° au bout d'un certain temps de développement la tumeur devient spontanément nécrotique et disparaît.

En effet, la tumeur commence à paraître vers le cinquième jour après l'incision, atteint son complet développement de dix à onze jours après elle, et d'ordinaire dès le quinzième jour devient entièrement nécrotique et commence à s'éliminer. Même la coexistence de la grossesse, quand elle est possible, n'empêche pas cette nécrose du déciduome.

C'est tout à fait au début de la grossesse que cette production est possible : le maximum est entre le cinquième et le huitième jour après la copulation, c'est l'époque où l'utérus répond à l'excitation de l'ovule par la formation de la caduque.

De plus, la production de ces déciduomes est possible chez l'animal sans précédente copulation dans les jours qui suivent l'époque du rut. Le maximum de chances de production est au quatrième et cinquième jour; après le treizième ou seizième jour, les chances de formation deviennent nulles. Si l'on examine les ovaires des cobayes opérés dans ces conditions, on observe que chez ceux où le déciduome s'est développé, il existe un corps jaune; il n'en existe pas chez les autres.

Chez les animaux en état de grossesse on peut prouver que le contact de l'ovule n'est pas nécessaire au développement du déciduome. En effet, un ou deux jours après la copulation, avant que l'ovule soit passé dans la partie inférieure de l'utérus, on met une ligature dessus. Plus tard on opère comme précédemment et le déciduome se développe.

Par des expériences variées (ablation des ovaires, destruction des corps jaunes par des pointes de feu, etc.), Lœb arrive à démontrer que c'est le corps jaune de l'ovaire qui est nécessaire à la production du déciduome, et cela à distance, au moyen d'une sécrétion interne.

Ce qui vient contrôler cette assertion, c'est que la nécrose spontanée et la disparition des déciduomes correspond avec la disparition des corps jaunes.

De ces expériences on doit conclure, puisque c'est la sécrétion interne des ovaires représentée par le corps jaune qui est la cause de la formation des déciduomes, c'est que c'est cette même sécrétion qui, normalement, dans la grossesse, préside à la formation de la caduque. L'extirpation des ovaires, ou la destruction des corps jaunes au début de la grossesse, en entraîne l'arrêt par non-formation de caduque.

L'auteur termine par des considérations sur les tumeurs en général. Il montre qu'il n'y a pas de ligne de démarcation nette entre les tissus de cicatrices et les tumeurs.

Constatant que le déciduome, tumeur transitoire, a son développement préparé par une sécrétion interne, il se demande s'il n'en est pas ainsi de toutes les tumeurs. Il fait à ce propos d'intéressantes réflexions sur les tumeurs greffables et celles qui ne le sont pas, montrant que les premières ne sont jamais très malignes à l'encontre des secondes.

M. LANCE.

CHIRURGIE

La fracture de Bennett du premier métacarpien. Diagnostic et traitement. (S. ROBINSON. *Boston med. and. surg. Journ.*, 27 fév. 1908.) — La fracture de Bennett est une fracture oblique de la base du premier métacarpien. Le trait de fracture passe obliquement à travers la base de l'os, détachant la plus grande partie de la facette articulaire, et la projection osseuse palmaire qui la porte. Le fragment qui se déplace n'est pas le petit fragment, c'est le plus gros; en effet, le corps du métacarpien se subluxe en arrière. Le point capital de l'histoire de cette fracture, c'est que ladite subluxation ne peut être corrigée avant que les deux fragments ne se soient ressoudés. L'étiologie se résume à une violence directe, ou à un trauma indirect par hyperextension ou hyperabduction du pouce. Beaucoup de ces fractures sont confondues avec des luxations ou des foulures. On peut les soupçonner; mais il faut une radiographie. Sur 92 fractures du premier métacarpien, 28 étaient du type Bennett (30,4 p. 100), 64 (69,5 p. 100) étaient du type directement transversal, moins rebelle. Le traitement, décrit ici avec détail, est essentiellement de l'immobilisation avec extension.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Contribution à l'étude du traitement électrique et chirurgical des paralysies périphériques du nerf facial. (FUMAROLA. *Rivist. d. patol. nerv. e ment.*, 1907, p. 289-300.) — Ce travail est basé sur 40 cas de paralysie faciale, traités électriquement par l'auteur (courants galvaniques de 2-4 ampères, applications de dix minutes, trois fois par semaine). Ce traitement amène la guérison en trois mois, en moyenne, pour les cas de moyenne intensité. Il faut interrompre la galvanisation dès les premiers signes de contracture, et ne la reprendre qu'après leur complète disparition, suivant le conseil de Zimmern. Chez une malade, que le traitement électrique n'améliorait pas, l'anastomose spino-faciale fut pratiquée : au bout d'un an, l'examen électrique montrait que la continuité nerveuse était établie, mais le seul avantage était une certaine tonicité des muscles de la face; en revanche, on trouvait la synergie, inévitable, du trapèze et du sterno-mastoïdien, avec les mouvements faciaux et, chose plus grave, un certain degré d'atrophie de ces muscles, évidente sur les figures jointes à ce travail.

L. ALQUIER.

FORMULAIRE

PRURIGO VULVAIRE

Bains alcalins avec 300 grammes de carbonate de soude, matin et soir. Onctions avec la pommade :

Thigénol	10 grammes.
Oxyde de zinc	10 —
Vaseline	30 —

Injections chaudes matin et soir, contenant une cuillerée à soupe de bicarbonate de soude.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

HOPITAUX DE PROVINCE. — VERSAILLES. — Le 6 mai 1909, à neuf heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de trois internes en médecine.

Les candidats au concours devront se faire inscrire au secrétariat, à l'hôpital civil. Le registre d'inscription sera clos le samedi 1er mai 1909.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Calmette, directeur du service de santé du 15e corps d'armée, a été nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, en remplacement de M. le médecin inspecteur Heuyer, précédemment placé dans la section de réserve. Il est, en outre, nommé membre des comités techniques de l'intendance et de santé, également en remplacement de M. le médecin inspecteur Heuyer.

M. le médecin inspecteur Trifaud, disponible, a été nommé directeur du service de santé du 15e corps d'armée à Marseille, en remplacement de M. le médecin inspecteur Calmette.

PRIX DE MÉDECINE NAVALE. — Le prix de médecine navale est décerné pour l'année 1908 au médecin principal Chastang (mémoire sur l'oreille et la détonation, étude clinique et thérapeutique).

D'autre part, il a été accordé à cette occasion :

1° Une mention très honorable avec témoignage de satisfaction au médecin de première classe Oudard (rapport d'inspection générale 1908, croiseur *Alger*).

2° Un témoignage de satisfaction à MM. Barthélemy, médecin principal (rapport d'inspection générale 1908, cuirassé *Bouvet*); — Etourneau, médecin de première classe (rapport d'inspection générale, division navale de Tunisie); — Geffroy, médecin de deuxième classe (rapport d'inspection générale, *Kersaint*); — Gorron, médecin en chef de deuxième classe (rapport d'inspection générale, *Marseillaise*); — Gueguen, pharmacien principal de la marine (étude sur le voghourd, son emploi à bord et dans les hôpitaux de la marine); — Nollet, médecin principal de la marine (rapport d'inspection générale, *République*); — Ouéré, médecin de deuxième classe (rapport d'inspection générale, *Zélée*); — Saint-Sermin, pharmacien de première classe et Goere, médecin de deuxième classe (considérations d'hygiène sur le séjour en Cochinchine du personnel de la marine).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Nigoul (de Paris) est nommé officier de l'Instruction publique.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'argent est décernée à MM. les docteurs Lenail (de Largentière), Daunic (de Toulouse), Carton (de Brévannes).

La médaille de bronze est décernée à MM. Boucherot, ancien interne à l'hospice de Saint-Quentin; — Forgues et Hodé, externes des hôpitaux de Toulouse; — Parturier, Schreiber et Vaucher, internes en médecine des hôpitaux de Paris; Coulon, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris; Pellot, Baudouin, Buizard et Pimpaneau, externes des hôpitaux de Paris; Aureille, étudiant en médecine à Paris.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu demain jeudi 8 avril, à cinq heures et demie du soir, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de Chirurgie.

Cette séance sera consacrée aux intérêts professionnels.

L'Art pratique de formuler, par le docteur LEMANSKI. Troisième édition complètement refondue et mise d'accord avec le nouveau Codex. In-16 de 304 pages. — Prix, cartonné : 3 francs. — Paris, G. Steinheil.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 26 AVRIL AU 1er MAI 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Samedi 1er mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert Ballet, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Quénu, Marion et Morestin.

3e (oral, 1re partie) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Brindeau; ; — (2e partie) : MM. Chauffard, Widal et Jeanselme.

4e : MM. Gilbert, Langlois et Balthazard ; — M. Carnot, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Gouget et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin ; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 28 avril 1909, à une heure. — M. VICQ. Etude sur les traitements des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né. (MM. Pinard, président; Gaucher, Segond et Marcel Labbé.) — M. RONSIN. Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de la fistule maligne. (MM. Gaucher, président; Pinard, Segond et Marcel Labbé.) — M. GUICHOU. Considérations sur divers procédés de fermeture de la paroi abdominale sans fils perdus. (MM. Segond, président; Pinard, Gaucher et Marcel Labbé.)

Jeudi 29 avril, à une heure. — M. IGLESIAS. Les anomalies des artères du rein. Etude anatomique, pathologique et chirurgicale. (MM. Pozzi, président; Albert Robin, Marion et Carnot.) — M. GY. Le tabagisme. Etude expérimentale et clinique. (MM. Albert Robin, président; Pozzi, Marion et Carnot.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLX, n° 5, 4 fév. 1909.) James R. TORBERT : Sur les hémorragies internes cachées. — Daniel Rollins BROWN : La nourriture de l'enfant en bonne santé (1 tableau). — Charles T. RYDER : Sur la présence de nids de tissu névroglique congénital dans les méninges de la moelle. Description d'un cas associé avec d'autres malformations congénitales (avec 5 fig.). — H. H. GERMAIN : Les injections d'acide osmique comme traitement de la névralgie du trijumeau. — Robert L. DE NORMANDIE : L'ophtalmie des nouveau-nés. — (N° 6, 11 fév.) Frederick P. GAY et J. G. FITZGERALD : Le séro-diagnostic

de la syphilis (avec 4 tableaux). — Francis P. DENNY : L'emploi du lait humain dans le traitement d'infections diverses. — A. C. EASTMAN : La psychothérapie appliquée à l'enfance. — Harry S. BERNSTEIN : Brève revue sur la médecine dans la bible. — (N° 7, 18 fév.) Charles Dean YOUNG : La vogue de la méthode « Emmanuel » (guérison par la suggestion). — Hon. Herbert PARKER : Sur les rapports entre les experts médicaux et les magistrats instructeurs. — Hon. George S. TAFT : Sur l'avortement criminel. — Arthur Willard FAIRBANKS : La phtisie fibreuse chez l'enfant, avec une observation (1 radiographie). — William F. WHITNEY : La réaction de l'aloïne et du gaïac pour la recherche du sang dépend seulement de la présence du fer contenu dans l'hémoglobine. — (N° 8, 25 fév.) Ernest Boyen YOUNG et John T. WILLIAMS : Le cancer de l'utérus. Revue de 254 cas du service de gynécologie du Boston city Hospital (2 graphiques). — Nathaniel ALLISON : La métatarsalgie antérieure : ses causes et son traitement (5 figures, 1 radiographie). — Louis W. FLANDERS : Le surmenage oculaire des écoliers. — Arthur M. DODYE : Le chlorure d'éthyle et l'anesthésie générale. — Silas D. PRESBREY : Un cas d'homicide volontaire médical justifié. — A. H. PIERCE : Description de deux cas d'intoxication par l'alcool de bois. — Fred E. JONES : Un cas de mort par courant électrique, résultat du fait d'allumer une lampe électrique. — J. C. FRASER : Quelles sont les responsabilités légales de l'employeur en cas de mort par accident de l'employé ?

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 7, 18 fév. 1909.) WERER : Le traitement de l'alcoolisme. — RÖMER : Organothérapie spécifique de la cataracte sénile au début. — SCHLOSSMANN : Sur l'emploi thérapeutique de la tuberculine dans la tuberculose du nourrisson et de l'enfant. — ROSENSTERN : Sur le besoin d'énergie dans le développement des nourrissons retardataires. — LOTSCH : Le tubage de Kuhn avec considération du procédé de surpression. — SCHŒMAKER : Rapport sur 3000 cas de narcose à la scopolamine-chloroforme-éther. — POTOTSKY : Bains partiels d'acide carbonique. — SCHIMMELPFENNIG : Un enveloppement chaud commode. — HERZOG : Progrès dans le domaine de l'ophtalmologie.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 8, 21 fév. 1909.) J. PÉRY : Tuberculose péritonéale chez une femme enceinte. — Et. GINESTOUS : Blépharospasme tonique hystéro-traumatique. — (N° 9, 28 fév.) BRUNETIÈRE : Notes sur l'iritis diabétique. — SABRAZÈS : Applications hématologiques, cytologiques et bactériologiques de la coloration au bleu de méthylène à 1/500. — (N° 10, 7 mars.) E. MICHELEAU : Sur un cas de cancer du foie pris pour un abcès. Essai de diagnostic.

Journal des praticiens. — (N° 8, 20 fév. 1909.) SOUBEYRAN : Comment traiter les fractures de la clavicule ? — VIRES : Traitement des grands symptômes gastriques.

Medizinische Blætter. — (N° 8, 20 fév. 1909.) SCHERCK : Sur les échanges minéraux.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 8, 23 fév. 1909.) CURSCHMANN : L'influenza à pneumocoques. — RAUTENBERG : Sur la synergie et l'allergie de l'oreillette du cœur humain. — BAERMANN et SCHÜFFNER : Sur la pseudodysenterie. — GEISSLER : Contribution au traitement de l'eczéma constitutionnel des enfants. — MESSERSCHMIDT : Sur la recherche clinique du sang dans les fèces. — WEISSWANGE : Sur la grossesse extra-utérine. — FLEISCHANDERL : Communication sur quelques cas de maladie causés par le bacille de la septicémie des souris. — HÜFFEL : Sur un cas d'ictère grave. — JACOB : Un cas de laryngo-trachéite croupale sans bacille de Lœffler. — LECHLENTHNER : Un cas de côtes cervicales vraies. — GROS : Rapport sur l'action du médecin scolaire dans le district de Schwabmünchen en 1908. — SCHLOSSMANN : La tuberculose, maladie infantile. — FRÆNKEL : Souvenirs de voyages médicaux au Japon et en Chine.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 8, 21 fév. 1909.) REMETE : Mes expériences dans le domaine du traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate. — SCHULPOF : Nouvelles tentatives pour le traitement de la sciatique.

Policlinico. — *Section chirurgicale.* (Fév. 1909, fasc. 2.) Alessandro PENNISSI : Les décollements épiphysaires d'origine traumatique. — Luigi FIORI : Les tumeurs parapharyngiennes ou rétro-pharyngiennes de Busch. — *Section médicale.* (Mars, fasc. 3.) A. NAZARI et P. CHIARINI : Ophtalmoplégie externe chronique, familiale. — S. VENITEO : A propos d'un cas d'infection rhumatismale par le diplocoque de Talamon-Fränkel. — G. BRECCIA : Lésions hépatiques expérimentales d'origine splénique. — Brunetto BAECCHI : A propos d'un cas d'échinocoque du cœur. — Prof. S. SALAGHI : Un sphygmodynamomètre.

Presse médicale. — (N° 18, 3 mars 1909.) TUFFIER : Anévrisme de l'artère hépatique. — DEHELLY et LAGANE : Contusions de l'abdomen. Signes cliniques. Discussion des indications opératoires d'urgence. — (N° 19, 6 mars.) Pierre FREDET : Le traitement du cancer par la fulguration. — René SIKORA : Le drainage du canal hépatique. Technique et indications opératoires. — (N° 20, 10 mars.) QUÉNU : Leçon d'inauguration. — (N° 21, 13 mars.) HARTMANN : Leçon d'inauguration. — LAFITTE, DUPONT et MOLINIER : Réaction diagnostique de la tuberculine sur la muqueuse nasale. La rhino-réaction. — SIMONIN et TANTON : Les suites médicales lointaines des contusions du rein. — DESFOSSES : A propos de la scoliose consécutive à la paralysie infantile.

Semaine gynécologique. — (N° 10, 9 mars 1909.) PICHEVIN : Ablation totale de l'utérus et des annexes dans les cas de tumeurs mixtes ou malignes de la matrice, d'un ovaire ou d'une trompe. L'hémostase en gynécologie et en obstétrique. — (N° 11, 16 mars.) A. MOUCHET et J. NICOLAIDI : Cellulite gommeuse pelvienne, simulant une tumeur maligne et récidivée sur un sujet hérédo-syphilitique de quarante ans ; guérison par le traitement mercuriel.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 7, 18 fév. 1909.) RABL : Charles Darwin. Son centième anniversaire. — ESCHERICH : Que nommons-nous scrofulose ? — JOANNOWICZ : Sur l'hépatotoxine. — LANDSTEINER et FÜRTH : Sur la réactivation du sérum hémolytique par les solutions d'hémotoxines et les sérums des animaux à sang froid. — PREINDLSBERGER : Hernie du récessus iléo-cæcal étranglée. — SCHILLER : Sur les hernies inguinales intra-musculaires.

NOTES POUR L'INTERNAT

TORTICOLIS

DÉFINITION. — On désigne ainsi toute inclinaison permanente et involontaire de la tête et du cou.

ÉTIOLOGIE. — Elle est très complexe, on distingue surtout, à ce point de vue, les torticolis congénitaux et les torticolis acquis.

I. Torticolis congénital. — On l'attribue à un vice de position du fœtus ou à une lésion musculaire ou nerveuse intra-utérine. Sa fréquence et son existence même sont très discutées. Pour beaucoup d'auteurs, ce serait presque toujours un *torticolis obstétrical.* Celui-ci survient après un accouchement par le siège, il est dû à une déchirure du sterno-cléido-mas-

toïdien produite par les manœuvres d'extraction de la tête dernière : il se produit un hématome encore constatable chez le nourrisson, puis progressivement une dégénérescence fibreuse avec rétraction du muscle.

II. **Torticolis acquis.** — 1° ORIGINE CUTANÉE. — Cicatrices vicieuses (brûlures, phlegmons).

2° ORIGINE MUSCULAIRE. — 1. Lésions des muscles du cou : ruptures traumatiques, gommes syphilitiques.

2. Inflammations de voisinage : adéno-phlegmons, amygdalites, affections auriculaires, mastoïdite de Bézold.

Le torticolis a pour cause une contracture réflexe ou une myosite qui, secondairement, amène une rétraction permanente.

3. Maladies infectieuses.

4. Tumeurs du cou, adénites bacillaires, etc.

5. Maladies oculaires : diplopie, astigmatisme (torticolis oculaire de Cuignet).

6. Attitude vicieuse fixée par l'habitude : torticolis des petits maîtres.

3° ORIGINE OSTÉO-ARTICULAIRE. — 1. *Torticolis aigu.* — C'est un des plus fréquents; on l'attribue généralement au froid; il semble bien qu'il s'agisse le plus souvent d'une arthrite rhumatismale aiguë des articulations de la colonne cervicale. On peut l'observer dans les maladies infectieuses aiguës.

2. *Torticolis chronique.* — *a.* le plus souvent c'est un mal de Pott sous-occipital; *b.* le rhumatisme chronique, les ostéites syphilitiques et le rachitisme sont des causes plus rares.

4° ORIGINE NERVEUSE. — 1. Dans certaines maladies nerveuses centrales (méningites, hémorragie cérébrale), avec d'autres contractures; ou périphériques (névrites).

2. *Torticolis mental* de Brissaud.

3. *Torticolis paralytique* : il est exceptionnel.

FORMES CLINIQUES. — I. **Torticolis aigus.** — Leur début est brusque, souvent après une exposition prolongée à un courant d'air froid.

Tout de suite les symptômes s'installent : l'attitude vicieuse et la douleur. L'*attitude* dépend du muscle contracturé. C'est généralement le sterno-cléido-mastoïdien et la tête est fléchie, inclinée d'un côté, la figure tournée du côté opposé. Parfois c'est le trapèze avec extension, inclinaison et rotation du côté opposé. Parfois un seul faisceau est pris. Souvent des contractures combinées donnent des attitudes mixtes. Quelquefois l'attitude varie pendant l'évolution. La *douleur* est souvent spontanée, sourde avec des paroxysmes. Elle est exagérée par les essais de mobilisation active et passive et devient alors aiguë; elle siège dans les articulations cervicales et irradie dans le muscle contracturé. On la provoque par pression sur les quatre dernières cervicales. Le cou est *immobilisé* dans cette position par la contracture douloureuse; on ne peut ni exagérer ni corriger la déviation; quelques mouvements restreints sont possibles dans les cas légers.

L'*évolution* se fait généralement en quelques jours par résolution progressive des accidents; plus rarement le torticolis devient chronique.

Le *diagnostic* est à faire avec des accidents plus rares : entorses ou luxations de la colonne cervicale. Il faudra surtout rechercher la cause et songer aux infections générales et de voisinage, examiner les oreilles et le système nerveux avant de conclure à un torticolis rhumatismal.

II. **Torticolis chroniques.** — 1° TORTICOLIS MUSCULAIRE PAR RÉTRACTION. — C'est le torticolis dit congénital ou le torticolis obstétrical.

Son *début* est insidieux, exceptionnellement à la naissance, généralement dans les premières années, précédé alors d'un petit hématome dur dans la gaine du sterno qui passe souvent inaperçu. L'enfant est né par le siège.

Signes physiques. — L'*attitude* frappe tout d'abord, c'est le plus souvent celle qui correspond au sterno. On voit et on sent la corde dure, saillante, tendue, formée par le muscle dont souvent toute la moitié inférieure est devenue fibreuse. Il n'y a pas de contracture, l'autre sterno est simplement tendu du fait de la déviation. On observe de plus des *déviations secondaires.* La face est parfois asymétrique, hémi-atrophiée; les yeux sont en escalier (Cuignet); le tronc est incliné du côté du torticolis avec ascension du bassin, d'où scoliose dorso-lombaire.

Signes fonctionnels. — Aucune douleur spontanée ou provoquée. Seul le redressement de la tête est impossible. On peut exagérer la déviation, et après cette manœuvre tous les autres mouvements qui étaient déjà possibles deviennent très faciles. La contractilité électrique du muscle rétracté est très diminuée. On peut enfin observer des troubles oculaires et une diminution de la capacité pulmonaire qui entraîne parfois un mauvais état général.

L'*évolution* se fait lentement par la rétraction progressive augmentant la déviation. On peut observer, outre la forme commune, celle des deux sterno ou du chef profond, celles du trapèze, du splenius, de l'angulaire, des scalènes et même du peaucier.

Le *diagnostic* est généralement facile. Il faudra différencier le torticolis banal (congénital ou obstétrical) des torticolis musculaires chroniques plus rares et en rechercher les causes (tumeurs, affections oculaires, etc.); les déviations secondaires y sont généralement moindres. On devra surtout le distinguer du torticolis articulaire chronique.

2° TORTICOLIS ARTICULAIRE CHRONIQUE. — *Symptômes.* — Le début est insidieux. L'attitude est généralement l'extension avec une légère rotation (début de mal de Pott sous-occipital). Les muscles contracturés sont indolores et la contracture cesse sous chloroforme. On détermine de la douleur à la pression de la colonne cervicale (apophyses épineuses, lames, apophyses articulaires). Enfin, la tête est presque complètement immobilisée, tous les mouvements sont difficiles et douloureux.

Le *diagnostic* est parfois délicat entre ce torticolis généralement pottique et le torticolis musculaire chronique. Il faudra rechercher la douleur à la pression, l'empâtement de la fosse sous-occipitale et parfois de la région rétro-pharyngienne, les signes de déplacement de l'atlas et de l'axis (palpation et toucher pharyngien), les signes de compression radiculaire et de pachyméningite. On s'appuiera surtout sur ce que dans le torticolis musculaire *on peut exagérer* la déviation tandis qu'il y a impossibilité de tous les mouvements dans le mal de Pott. On pourra parfois avoir affaire à un mal de Pott guéri.

Enfin, avant de conclure au mal de Pott il faudra éliminer les autres causes plus rares de torticolis articulaire chronique : rhumatisme chronique, syphilis, rachitisme, et songer à la possibilité d'une luxation cervicale ancienne et méconnue.

3° TORTICOLIS MENTAL. — Il est caractérisé par une contracture intermittente ou permanente d'origine purement psychique. Elle disparaît pendant le sommeil généralement. Elle s'atténue ou disparaît momentanément par un effort de volonté. Elle disparaît enfin par un simple geste exécuté par le malade et déterminé pour chacun, par exemple l'application sans pression d'un doigt sur la joue.

4° TORTICOLIS PARALYTIQUE. — Aucune contracture; la correction passive de la déviation est très facile; il y a abolition de la contractilité électrique.

TRAITEMENT. — Il varie essentiellement avec la forme.

Dans le *torticolis aigu*, on emploie les calmants locaux et généraux : salicylate de soude, quinine, antipyrine.

Dans le *torticolis par rétraction musculaire*, une intervention est nécessaire : *ténotomie* à ciel ouvert de la corde musculaire; il est indispensable de sectionner complètement la gaine aponévrotique rétractée elle aussi. On fait ensuite de la contention par extension continue au lit ou par un appareil de Sayre pendant deux ou trois mois. Dans la suite on soumettra le cou à des massages et des mobilisations quotidiennes.

Dans le *torticolis articulaire chronique*, on peut tenter le redressement sous chloroforme suivi de l'application d'une minerve, mais il est dangereux au cas de mal de Pott.

Dans le *torticolis mental*, on a essayé la résection ou l'élongation du spinal, mais cette affection est avant tout justiciable de la psychothérapie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 42. — SAMEDI 10 AVRIL 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 10 AVRIL 1909. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des Fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

Paris, le 9 avril 1909.

La Fédération des membres du corps enseignant des facultés de médecine s'est réunie à Paris à la fin de la semaine dernière.

Quelques questions ont été résolues, d'autres ont été laissées en suspens.

C'est ainsi que l'assemblée ne s'est pas encore prononcée sur le « règlement du futur concours d'agrégation » ni sur « le roulement des membres du corps enseignant ».

Mais divers vœux ont été adoptés à l'unanimité.

On se rappelle le bruit que l'on a fait autour de la suppression de l'agrégation et son remplacement par le « privat-docentisme ». Nous nous demandions, nous autres praticiens, ce que pouvait bien faire ce changement d'étiquettes et, sauf satisfaire certaines ambitions secrètement cachées, nous ne voyions pas le côté réellement pratique de cette réforme. Supprimer le concours et le remplacer par le simple bon plaisir d'un professeur, titulaire de la chaire d'où dépendrait le futur « docent », n'était pas un de ces progrès capables de bouleverser le monde des praticiens. Mieux éclairés aujourd'hui, ils se désintéressent de cette soi-disant réforme.

Le corps des professeurs et agrégés a rejeté à la très grande majorité ce mode de recrutement et a maintenu le principe du concours.

A l'unanimité, l'assemblée a voté la pérennité de l'agrégation sans en déterminer minutieusement les conditions. L'agrégé resterait en fonctions jusqu'à soixante ans et non pas seulement pendant neuf ans.

Le jury du concours composé exclusivement de professeurs et d'agrégés serait tiré au sort parmi les membres de la section compétente et non pas choisi arbitrairement par le ministre ou le professeur qui possède ses faveurs.

Dans ces jurys, aucune ville de faculté n'aurait la majorité, et les professeurs titulaires garderaient la prépondérance.

Les épreuves comporteraient des notes, délibérées à la fin de chaque séance et affichées publiquement. Ce dernier vœu n'a été adopté qu'à la majorité et à la suite d'une vive discussion.

Les protestations n'ont donc pas été vaines. Le dernier concours d'agrégation a été annulé et les conditions du prochain concours s'annoncent comme devant être plus rationnelles et plus équitables.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour la nomination a trois places de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Œttinger, Brault, Thibierge, Gilbert, Siredey, Petit, Launois, Faisans et Robineau.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 7 avril : Question donnée : « Anatomie du nerf hypoglosse. — Pneumothorax tuberculeux. »

MM. Montet, 16 + 20 = 36; Philippon, 14 + 19 = 33; Routier et Chauvet, 15 + 19 = 34; Nadal et Pizon, 13 + 18 = 31; Miégeville et Hugues de Beaufond, 13 + 17 = 30; Gouguet de Girac, 11 + 18 = 29; Buc, 14 + 17 = 31.

Séance du 8 avril (matin) : Question donnée : « Les muscles long et court supinateur avec leurs nerfs (anatomie sans physiologie). Paralysie radiale. »

MM. Chevalier, 13 + 22 = 35; Trotain, 8 + 18 = 26; Amaudrut, 14 + 17 = 31; Rose, 10 + 19 = 29; Monod, 12 + 20 = 32; François (Paul), 15 + 16 = 31; Latil, 14 + 18 = 33; Villechaise, 11 + 17 = 28.

Séance du 8 avril (soir) : Question donnée : « Anatomie de l'artère iliaque externe (trajet, rapports et branches). — Symptômes et diagnostic différentiel de l'ostéomyélite aiguë des adolescents. »

MM. Colombe, 11 + 18 = 29; Delivet, 8 + 18 = 26; Dufour, 9 + 16 = 25; Renaud-Badet, 13 + 18 = 31; Ferry, 17 + 17 = 34; Clarac, 15 + 22 = 37; Sédillot, 12 + 17 = 29; Carnot, 11 + 19 = 30; Vignes, 10 + 19 = 29.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Sont désignés pour être détachés pendant les stations thermales de 1909 aux hôpitaux d'eaux minérales ci-après :

Hôpital de Bourbonne-les-Bains (du 15 mai au 15 septembre). — M. Lévy, médecin principal de deuxième classe, hôpital militaire de Belfort, médecin chef; — M. Vallois, médecin-major de première classe, hospice mixte de Reims; — M. Dieu, médecin-major de première classe, hospice mixte d'Epinal; — M. Langlois, médecin aide-major de deuxième classe, 31e d'artillerie; — M. Guerrier, médecin aide-major de deuxième classe, hôpital militaire Saint-Martin à Paris.

Hôpital de Vichy (du 14 mai au 13 septembre). — M. Col-

linet, médecin principal de deuxième classe, hospice mixte de Clermont-Ferrand, médecin chef; — M. Pitois, médecin-major de première classe, hospice mixte d'Avignon; — Frilet, médecin-major de première classe, hospice mixte de Nîmes; — M. Loubet, médecin-major de deuxième classe, 9e d'infanterie; — M. Debombourg, médecin aide-major de deuxième classe, hôpital militaire Villemanzy à Lyon.

Hôpital de Bourbon-l'Archambault (du 15 mai au 15 septembre). — M. Vack, médecin principal de deuxième classe, hospice mixte d'Angoulême, médecin chef; — M. Scherrer, médecin aide-major de deuxième classe, hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé.

Hôpital de Barèges (du 12 juin au 15 septembre). — M. Sanglé-Ferrière, médecin principal de deuxième classe, hôpital militaire de Bayonne, médecin chef; — M. Puissan, médecin-major de première classe, hospice mixte de Tarbes; — M. Rebierre, médecin aide-major de première classe, 49e d'infanterie.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés médecins aides-major de première classe dans les corps de sapeurs-pompiers du département de la Seine :

MM. les docteurs Tariel (à Issy-les-Moulineaux), Dercheu (à Vanves), Lemardeley (à Levallois-Perret) et Izard (à Vincennes).

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (BUDAPEST, 29 AOUT-4 SEPTEMBRE 1909). — Le Comité français pour le Congrès de Budapest s'est réuni le 20 mars à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le doyen Landouzy. Les présidents de chacune des 21 sections ont rendu compte de l'état des travaux dans leurs groupes respectifs. Un nombre important de communications ont été annoncées. Nous rappelons que la limite fixée pour l'annonce de ces communications au secrétaire général du Comité français et au secrétaire général du Comité hongrois (professeur von Grosz, Esterhazy Utcza, Budapest) est le 30 avril.

Sur la proposition de M. Gilbert Ballet, les comités des sections de neuro-pathologie et de psychiatrie, qu'un vote du Congrès international de Paris en 1900 avait décidé de maintenir réunies à l'avenir, ont adopté le principe de la fusion en un comité unique.

Le secrétaire général a fait connaître que, d'accord avec le Comité de Budapest, les inscriptions pour la France ainsi que les souscriptions (adhérents 26 fr. 30; dames de la famille de l'adhérent, 13 fr. 15) seront reçues au *Bureau des renseignements*, à la Sorbonne, 37, rue des Ecoles (ouvert de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures) qui délivrera un reçu provisoire. La carte de congressiste sera envoyée ultérieurement de Budapest.

Les instructions relatives aux réductions de frais de voyage, aux excursions et aux logements seront communiquées à partir du 15 avril.

Le secrétaire général annonce, que pendant la durée du Congrès, une permanence sera installée à Budapest à l'usage des congressistes français, avec un personnel parlant le français et prêt à fournir tous les renseignements désirables. Le Consul général de France en Hongrie, M. le vicomte de Fontenay, a bien voulu assurer le Comité de son entier concours. Les congressistes inscrits seront invités, vers la fin de juillet, à une réunion générale à la Faculté, où leur seront donnés des renseignements sur la Hongrie, sur le séjour à Budapest, et sur l'organisation générale du Congrès, afin de resserrer les liens de la participation française et de lui permettre de retirer le meilleur parti possible de son voyage.

Si un nombre suffisant de congressistes français se fait inscrire avant un délai qui sera fixé ultérieurement, un train spécial avec wagons-lits et wagons-restaurants, doublant l'Orient express et allant directement de Paris à Budapest, leur sera réservé à la veille du Congrès.

Pour ceux qui n'emploient pas la route directe, une série de 17 itinéraires d'excursions, les unes avant le Congrès, les autres après, permettant la visite de l'Allemagne du sud, de l'Autriche-Hongrie, de la Haute-Italie, des pays Balkaniques, de Constantinople, d'Athènes, de l'Asie Mineure et de l'Egypte ont été préparés à des prix spéciaux et seront mis à la disposition des congressistes au bureau des renseignements à la Sorbonne.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la treizième semaine, 1011 décès, au lieu de 1056 pendant la semaine précédente et de 1064, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente et à la moyenne. Le nombre des cas nouveaux signalés est de 38 au lieu de 74 pendant la semaine précédente (moyenne 51).

La rougeole a causé 22 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 16). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 231, au lieu de 277 pendant la semaine précédente (moyenne 352).

La scarlatine n'a causé aucun décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 174; il s'élevait à 258 la semaine précédente (moyenne 142).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 176 décès, au lieu de 206 pendant la semaine précédente (moyenne 194).

La phtisie pulmonaire a causé 220 décès (moyenne 229).

BANQUET ANNUEL DE L'INTERNAT EN MÉDECINE (1909). — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu au restaurant Marguery, boulevard de Bonne-Nouvelle, le samedi 1er mai, à sept heures et demie, sous la présidence de M. le professeur Arnozan (de Bordeaux).

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs pour les anciens internes et à 12 francs pour les internes en exercice.

Les adhésions doivent être adressées à M. le docteur Verchère, commissaire du banquet, 101, rue du Bac, Paris.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — Le nouveau conseil d'administration s'est réuni le 5 avril et a nommé son bureau qui sera ainsi institué pour l'exercice 1909 :

Président : docteur Descoust; secrétaire général : docteur E. de Pradel; vice-présidents : docteurs Birabeau et Dalché; trésorier : docteur de Spéville ; secrétaires des séances : docteurs Berruyer et Régis; rédacteur en chef du Bulletin : docteur Léon Archambault; avocat conseil : Me de Fallois.

En outre, six grandes commissions ont été organisées dont les secrétaires seront MM. les docteurs Chapon, Chassevant, Acheray, H. Barbier, de Spéville et Bordet.

RENSEIGNEMENTS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement des maladies cutanées et vénériennes, par les docteurs Ch. AUDRY, J. NICOLAS et M. DURAND, professeurs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques aux Universités de Toulouse et de Lyon. In-8 de 691 pages avec 143 figures (bibliothèque de thérapeutique Gilbert-Carnot). — Prix : cart., 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Pratique de la chirurgie antiseptique. Leçons professées à l'Hôtel-Dieu, par le docteur J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. In-8 carré de 464 pages, avec un portrait hors texte de lord Lister. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Steinheil.

Cours de philosophie positive, par Auguste COMTE. Tome V : « Partie historique de la philosophie sociale. » In-8 de 412 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE TROPHŒDÈME CHRONIQUE

Par MM. L. NOVÉ-JOSSERAND et Ch. LAURENT,
Internes des hôpitaux de Lyon.

Dans une étude sur le trophœdème chronique, il faut abandonner, car il n'existe entre eux aucun point de rapprochement, tous les œdèmes aigus, subaigus ou chroniques liés à une affection cardiaque, rénale ou inflammatoire vraie. Tous ces œdèmes, même lorsque la phase inflammatoire aiguë a disparu, tel l'œdème longtemps persistant après les phlébites cliniquement guéries, n'ont aucun rapport avec les œdèmes de cause trophique ou trophœdèmes.

Les trophœdèmes ont été étudiés récemment par MM. H. Meige, Vigouroux, Laignel-Lavastine, Lannois, Hertoghe, et tous ces auteurs admettent leur origine nerveuse, bien qu'aucun d'eux ne puisse préciser à quelles lésions nerveuses ils sont dus. Leur histoire clinique, appuyée sur de nombreuses observations, permet de les classer, avec H. Meige, en trophœdèmes aigus et trophœdèmes chroniques.

L'étude des trophœdèmes aigus n'entre pas dans notre cadre, elle se confond avec celle de la maladie de Quincke, et cette étude a été faite ici même par MM. Sarvonnat et Armand. La maladie de Quincke n'a du reste aucun rapport clinique, sinon anatomique, avec les trophœdèmes chroniques.

Nous nous limiterons donc à l'étude des œdèmes congénitaux ou acquis, indolores, durs, limités à un membre ou à un segment de membre. Tous ces œdèmes, que l'on appelle trophœdèmes chroniques, ont été étudiés par M. H. Meige et l'on peut, avec lui, faire entrer parmi ceux-ci les cas d'œdème rhumatismal chronique de Desnos, de pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique de Mathieu et Thibierge, d'œdème segmentaire de Debove, d'éléphantiasis congénital de Collet et Beutter. Toutes ces observations et celles publiées par Vigouroux, Lannois, Nové-Josserand et Prothon, Laignel-Lavastine, Bérard et Laurent permettent de diviser ces trophœdèmes, d'en discuter ensuite l'étiologie et d'en établir les symptômes.

I

Division. — Le trophœdème peut être congénital ou acquis, familial ou individuel.

Le trophœdème chronique congénital s'observe dès la naissance sans que l'accouchement ait rien eu de particulier comme durée, et sans qu'il se soit accompagné d'accident mécanique tel que compression d'un membre procident entre le bassin et la tête fœtale. S'il est acquis, il débute ordinairement à la puberté; l'ensemble symptomatique reste le même.

Acquis ou congénital, le trophœdème chronique peut avoir un caractère familial ou individuel. H. Meige a recueilli huit cas dans la même famille, deux cas dans une autre; les observations de trophœdème individuel sont plus nombreuses (Laignel-Lavastine, Vigouroux, Sicard, Hertoghe, Weill, Péhu, Lannois, Bérard et Laurent) et le seraient encore davantage si l'on comptait parmi celles-ci les observations publiées sous des titres différents et qui ne sont en somme autre chose que des trophœdèmes chroniques.

En résumé, les trophœdèmes chroniques peuvent être classés en congénitaux, acquis, familiaux et individuels, ces différents termes pouvant évidemment se combiner entre eux.

II

Etiologie. — Au point de vue des causes des trophœdèmes il faut encore diviser et adopter ici la classification qui semble n'être basée que sur des symptômes. En réalité, l'étiologie n'est elle-même, dans le trophœdème chronique, qu'un paragraphe précédant la symptomatologie, car elle ne peut s'appuyer sur aucune idée directrice précise.

a. Trophœdème congénital sans hérédité. — Les trophœdèmes congénitaux où manque la notion d'hérédité sont rares; ils existent pourtant, mais leur petit nombre rend difficile la tâche d'établir leurs conditions étiologiques.

Guinon a présenté à la Société de pédiatrie un enfant de deux mois porteur d'un œdème lisse, symétrique des pieds et des jambes et *congénital*; mais ces œdèmes disparurent après quelques semaines et Guinon n'ose affirmer le diagnostic d'éléphantiasis congénital.

Senlecq relate un cas de trophœdème chronique chez un nouveau-né sans hérédité familiale; il ne donne pas d'autre détail.

Collet et Beutter ont vu chez un enfant de onze ans un œdème trophique congénital du bras sans aucune hérédité.

En 1907, Courtellemont a montré à la Société de neurologie un enfant de sept ans porteur dès sa naissance d'un œdème des membres inférieurs. Il était seul frappé dans sa famille.

Enfin, Hertoghe cite un cas de trophœdème congénital siégeant à la joue, mais ces œdèmes qui ne respectent pas la face ne sont pas admis par la plupart des auteurs et en particulier par Meige. Si on les admettait comme trophœdèmes, les dix-huit cas d'hémihypertrophie de la face de Sabrazès et Cabanes enrichiraient bien vite la littérature des trophœdèmes congénitaux simples sans caractère familial.

En résumé, les cas de trophœdèmes congénitaux non familiaux sont trop peu nombreux pour permettre de dégager une seule donnée étiologique précise.

B. Trophœdèmes chroniques héréditaires et familiaux. — L'*hérédité* est la condition étiologique la plus précise. Elle se retrouve d'une manière constante dans les cas de cette catégorie. Les deux tableaux généalogiques dressés, l'un par Meige, l'autre

(1) Reproduction interdite.

par Milroy sont suffisamment instructifs à cet égard; nous les reproduisons ici :

PREMIÈRE GÉNÉRATION.	DEUXIÈME GÉNÉRATION.	TROISIÈME GÉNÉRATION.	QUATRIÈME GÉNÉRATION.
Arrière grand-père maternel : œdème des deux jambes et des deux pieds.	Une fille : trophœdème des deux jambes.	Une fille : œdème des deux jambes. Un fils : œdème de tt un membre inférieur. Un fils : œdème des jambes.	Une fille : 21 ans. Une fille : 17 ans. Un garçon : 13 as. Tous atteints de trophœdème chronique. (H. Meige.)

Voici le tableau de Milroy :

Première génération. — Mme W..., indemne. Sa sœur a de l'œdème d'une jambe.

Deuxième génération. — Joseph W..., fils de Mme W..., œdème des deux jambes.

Troisième génération. — Sur les neuf enfants de Joseph W..., trois seulement sont indemnes.

Des enfants atteints voici la descendance :

A. *Enfants de Lydia* : trois ont de l'œdème des jambes, trois sont indemnes.

B. *Enfants de Sarah* : cinq morts jeunes, un a de l'œdème du pied, un est indemne.

C. *Enfants d'Olive* : quatre sont indemnes, un a de l'œdème du pied.

D. *Enfants de Charité* : trois sont indemnes, un a de l'œdème de la jambe.

E. *Enfants de Sally* : deux sont indemnes, un a de l'œdème du pied.

F. *Enfants de Julia* : trois sont indemnes, un a de l'œdème des deux jambes,

Cinquième génération. — Sur quarante-huit membres cinq sont atteints (un œdème des deux jambes, quatre œdèmes du pied).

Sixième génération. — Nombreux enfants, un œdème du pied, un a de l'œdème des deux jambes.

L'hérédité semble donc manifeste. A côté d'elle, l'influence du *sexe* paraît considérable. Les malades de Lannois étaient toutes du sexe féminin; sur les huit malades de Meige il n'y a qu'un garçon. D'ailleurs, c'est là un fait connu depuis longtemps, puisque Desnos exprimait déjà en 1891 l'opinion, toujours confirmée depuis, que l'hérédité de la maladie était l'apanage de la ligne maternelle et se transmettait chez les sujets du sexe féminin. Toutefois le sexe masculin n'est pas toujours exempt.

L'*âge* auquel se manifeste l'affection paraît dans le plus grand nombre des cas se placer aux environs de la puberté, entre treize et dix-huit ans. Les cas observés chez les adultes ont habituellement débuté à l'âge de la puberté.

Parmi les trophœdèmes *héréditaires* il en est de *congénitaux*. Milroy cite plusieurs cas de cette catégorie. Lortat-Jacob a observé deux sœurs qui, respectivement âgées de cinq et dix ans, furent, à leur naissance, porteurs de trophœdèmes des membres inférieurs; leur aïeule maternelle, une autre sœur et une cousine germaine avaient présenté semblables affections. Quatre observations de Tobiesen (de Copenhague) échelonnées sur trois générations de la même famille sont quatre cas d'œdèmes trophiques congénitaux. Nonne a recueilli également sept cas de trophœdèmes congénitaux à caractère héréditaire. Ces trophœdèmes congénitaux mais héréditaires sont donc assez nombreux.

Les causes qui entourent leur apparition sont complètement inconnues. Les maladies infectieuses de la mère ou de l'enfant n'ont pas paru se trouver d'une manière constante à l'origine de ces œdèmes trophiques, bien que Lannois incrimine la scarlatine dans un cas observé par lui.

C. Trophœdème chronique acquis non familial. — Les cas de trophœdèmes acquis individuels sont nombreux. Mabille, Hertoghe, Vigouroux, Laignel-Lavastine et Sicard, Etienne, Parhon et Florian, Parhon et Cazacou, Rapin (de Genève) et à Lyon Nové-Josserand et Prothon, Lannois, Weil et Péhu, Bérard et Laurent ont publié des observations d'où l'on peut dégager quelques conditions étiologiques.

Il s'agit d'enfants ou d'adultes; la puberté semble l'âge de prédilection. Dans la plupart des cas on signale dans les antécédents une maladie infectieuse telle que rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, rhumatisme. Un malade de Parhon et Cazacou avait eu le paludisme à six ans, la fièvre typhoïde à dix ans, la rougeole à douze, la varicelle à quatorze. Quelle était la maladie causale? Probablement aucune, car plusieurs malades n'ont eu dans leurs antécédents aucune maladie infectieuse et les autres, comme tous les enfants, n'ont pas échappé à celles qui sont habituelles à cet âge de la vie.

Le *traumatisme*, tel qu'une entorse, le choc répété d'un outil dans la paume de la main, sont autant de causes invoquées par Sicard, Laignel-Lavastine et surtout Etienne; elle ne semble pas en tout cas devoir prendre une place prépondérante dans l'étiologie.

Le *terrain névropathique* semble au contraire une cause ou plutôt un symptôme concomitant très habituel. Sans doute il n'y a pas hérédité similaire, mais il existe le plus souvent chez les parents une tare nerveuse. Ces trophœdèmes se trouvent, du reste, quelquefois associés à d'autres tares nerveuses, hystérie, troubles vaso-moteurs, épilepsie, et il semble juste d'admettre l'opinion de Lannois qui donne à ces trophœdèmes acquis la même valeur qu'aux trophœdèmes familiaux : il les considère comme une tare nerveuse procédant d'une tare nerveuse semblable ou dissemblable chez les ascendants.

III

Anatomie pathologique. — La plupart des observations relatives aux trophœdèmes sont muettes sur ce point. Les plus nombreux documents sont réunis dans la thèse de Follet. Cet auteur décrit dans son ouvrage des lésions inflammatoires des vaisseaux lymphatiques pouvant aboutir à la formation de varices sur ces vaisseaux. Tout autour le tissu adipeux et le tissu conjonctif subissent une vive réaction inflammatoire. Mais les données anatomiques ne correspondent pas aux données cliniques des trophœdèmes tels qu'ils sont compris par Meige, et Follet avoue lui-même que les autopsies d'éléphantiasis nerveux font défaut. Les examens histologiques pratiqués par Jardan dans deux cas intitulés

trophœdèmes, lui ont révélé des néoformations conjonctives péri-vasculaire et péri-nerveuse, avec prolifération intense du tissu conjonctif de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des vaisseaux et des nerfs.

Long, en 1907, eut l'occasion de faire l'examen histologique des téguments et des troncs nerveux dans un cas de trophœdème congénital du membre supérieur. La malade examinée par Rapin, et dont l'observation a été publiée en 1901 dans la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, avait été amputée à l'occasion d'une tumeur maligne ayant ulcéré le dos de la main droite. Nous résumons cet examen :

L'épiderme paraît normal ; une couche de tissu fibreux, dense, représente le derme épaissi sans altération des glandes ni des follicules fibreux, ni des vaisseaux ; une couche de tissu adipeux très épais est l'élément essentiel de la lésion. L'aponévrose est épaissie ; les muscles sont normaux comme tissu, mais infiltrés de tissu adipeux.

Le nerf cubital est sain. Le médian présente une hypertrophie à laquelle sont étrangers les tubes nerveux qui sont normaux comme leur tissu intrafasciculaire ; seules les gaines lamelleuses et le tissu conjonctif interfasciculaire ont subi un développement excessif. Les vasa-vasorum ne sont pas modifiés.

En résumé, il s'agit d'une augmentation numérique d'une hypergenèse des éléments du tissu conjonctif.

L'anatomie pathologique des trophœdèmes est basée sur des observations trop peu nombreuses, trop discordantes pour que l'on puisse donner à ces affections une base anatomique certaine.

IV

Pathogénie. — Elle doit tendre à expliquer la cause de la maladie elle-même, et certaines particularités cliniques, par exemple la disposition segmentaire et la consistance œdémateuse.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la pathogénie du trophœdème disent avec quelles réserves, avec quelle prudence on doit aborder cette question, à propos de laquelle ils reconnaissent qu'il n'a été fait encore que des hypothèses. Toutes les théories proposées reposent sur des bases qui ne sont pas absolument démontrées, se défendent par des arguments qui ne sont pas indiscutés ou attendent de nouveaux faits pour se confirmer.

Ainsi en est-il surtout de l'hypothèse émise par Long d'après laquelle le trophœdème serait une anomalie de développement des tissus du feuillet moyen ; pour lui, il n'est nul besoin d'invoquer un trouble trophique d'origine myélopathique. Le trophœdème chronique rentrerait dans le groupe dit « des maladies d'évolution », dans lequel Long a déjà fait rentrer un cas d'atrophie musculaire type Aran-Duchenne.

Nous n'insisterons pas ; de l'aveu même de l'auteur, il n'y a là qu'une indication, non une théorie, qui demanderait des examens histologiques plus nombreux.

Restent deux opinions en présence pour expliquer le trophœdème chronique : l'une dans laquelle il serait d'origine médullaire ; l'autre le considère comme lié à un trouble de fonctionnement du corps thyroïde.

Origine thyroïdienne. — Hertoghe conçut l'idée de cette pathogénie à l'occasion de ses trois observations qui établissent, dit-il, une parenté entre l'insuffisance thyroïdienne et le trophœdème. A l'appui, il apporte simplement des analogies cliniques entre le trophœdème chronique et le myxœdème.

Cette théorie est passible de plusieurs objections. On peut faire valoir l'insuccès de la médication thyroïdienne. Il est vrai, fait remarquer Hertoghe, qu'on ne connaît pas encore parfaitement ce que l'on peut attendre de l'opothérapie thyroïdienne lorsqu'on connaîtra mieux les sécrétions de la glande thyroïde.

On ne s'explique pas du tout la disposition segmentaire de l'œdème, s'il est sous la dépendance unique d'un trouble de sécrétion glandulaire. Parhon et Cazacou, Parhon et Florian insistent sur ce point faible de l'opinion d'Hertoghe.

En l'état actuel, il est possible d'accorder aux idées de cet auteur que le terrain d'hypothyroïdie peut réaliser un élément favorisant le développement de la maladie. Mais c'est tout.

Origine médullaire. — Elle n'est pas comprise par tous les auteurs de la même manière.

1° Meige développe longuement dans ses différents articles l'hypothèse d'une malformation congénitale des centres trophiques du tissu conjonctif. Les divers arguments qu'il fait valoir sont tirés des analogies que présente le trophœdème chronique héréditaire et familial avec la myopathie primitive. « Il n'y a pas de raisons opposées, dit-il, à ce que le système vasculo-conjonctif puisse être frappé de dystrophie comme peuvent l'être le système osseux ou musculaire. Cliniquement, les cas de trophœdème qui débutent à la puberté sont à rapprocher des myopathies juvéniles ; ces deux maladies ont une évolution progressive qu'aucun traitement ne peut enrayer ; l'une et l'autre se distribuent d'une manière segmentaire ; toutes deux sont familiales et se transmettent par hérédité. Le trophœdème chronique pourrait être considéré peut-être comme une anomalie de développement du tissu conjonctif sous la dépendance d'une malformation tératologique des centres trophiques présidant à ce tissu.

Dans le trophœdème congénital l'anomalie des centres trophiques conjonctifs serait congénitale sans qu'il soit possible de remonter à la cause de l'anomalie elle-même.

Dans le trophœdème acquis, il faudrait admettre une fragilité congénitale de ces centres qui les rende plus facilement altérables sous l'influence des causes extérieures.

Les centres siégeraient dans la moelle au voisinage des centres trophiques des muscles. »

Depuis Meige, la majorité des auteurs ont paru accepter cette manière de voir. Parhon et Cazacou,

Parhon et Florian la citent sans la critiquer. Lannois semble s'y rattacher également; il fait même, dans un travail en collaboration avec Paviot, un rapprochement avec la chorée héréditaire qui, selon eux, est une véritable malformation tératologique, transmissible de génération en génération, de la névroglie cérébrale.

Sans chercher à enlever à cette théorie la part de vérité qu'elle peut contenir, il faut bien dire cependant qu'aucune preuve histologique ou anatomopathologique n'établit l'existence soit de centres trophiques pour le tissu conjonctif, soit de la malformation incriminée. Cela, actuellement. La trouvera-t-on? Rien ne le fait prévoir.

2° C'est encore sur des analogies cliniques seules que Rapin établit l'hypothèse dans laquelle la lésion médullaire, cause du trophœdème, serait inflammatoire. Il eut l'occasion d'observer une enfant de vingt mois qui, au milieu d'une parfaite santé, après une période fébrile d'une dizaine de jours, devint porteur d'un œdème du membre inférieur gauche, sans fièvre ni douleurs, qui atteignit en quinze mois un volume énorme. Il fut frappé des ressemblances présentées par la maladie avec la paralysie spinale infantile.

Il suppose qu'on serait en présence de troubles trophiques consécutifs à des lésions des centres chargés de diriger la nutrition du tissu cellulo-adipeux. Ces lésions seraient analogues à celles de la polyomyélite antérieure.

Il répond longuement à l'objection qui consiste à dire : comment une lésion qui, ordinairement, entraîne la paralysie musculaire et l'atrophie du membre peut-elle aussi causer une hypertrophie sans paralysie? Pour lui, une même lésion inflammatoire, suivant la profondeur de son action ou sa localisation dans les centres, peut entraîner des effets très différents.

Ici encore, la vérification anatomique manque et il est difficile de se prononcer.

De plus, les observations qui prêtent à cette interprétation ne se sont pas multipliées. Celle de Mabille présente bien une certaine analogie avec la précédente : il s'agit de la coexistence sur le même malade d'une chorée chronique survenue dans l'enfance sans hérédité similaire, d'une hémiplégie gauche et d'un trophœdème chronique. On connaît la tendance actuelle à voir dans la chorée chronique l'expression d'une lésion inflammatoire du cerveau; peut-être s'agit-il aussi simultanément d'une lésion de même nature dans la moelle.

Enfin, si on considère que bien des cas de trophœdème chronique se sont installés à l'occasion d'une maladie infectieuse, peut-être serait-ce là un argument, très secondaire il est vrai, en faveur de la théorie ainsi comprise.

Cependant, le même doute subsiste, ici encore, sur l'existence des centres trophiques conjonctifs.

3° L'existence du trophœdème d'origine traumatique, lorsque Sicard et Laignel-Lavastine, puis Etienne eurent isolé cette forme clinique, a inspiré à ces auteurs une interprétation fort curieuse : « On peut admettre que le traumatisme crée une névrite sensitive ascendante, c'est-à-dire une lésion de la branche périphérique du protoneurone centripète qui retentirait sur la cellule centrale du protoneurone siégeant dans le ganglion de la racine postérieure. Or, il est certain que les relations de l'appareil sympathique et des éléments ganglionnaires rachidiens sont embryologiquement et anatomiquement très étroits. Aussi le fonctionnement défectueux de la cellule du protoneurone centripète peut, par action d'un influx nerveux vicié par le traumatisme, agir sur une série d'éléments sympathiques du même métamère et des métamères voisins. Dans la zone segmentaire correspondante du corps, les altérations du sympathique amènent une exsudation exagérée de la lymphe dans les tissus sous-cutanés. »

Etienne étend même cette pathogénie aux trophœdèmes congénitaux et familiaux : « Tous les trophœdèmes chroniques ont à leur base une réaction vicieuse du sympathique sur la formation de la lymphe des tissus, réaction vicieuse due tantôt à une malformation congénitale ou héréditaire du système sympathique, tantôt due à un influx nerveux modifié par une névrite sensitive, traumatique ou autre. »

On le voit, l'accord est loin d'être fait sur les causes ou la cause du trophœdème chronique. Il ne faut pas s'attendre, par suite, à ce qu'il soit possible de donner un mécanisme, expliquant, avec la certitude d'être dans le vrai, la disposition segmentaire et l'hypertrophie œdémateuse.

Toutes les théories médullaires expliquent la disposition segmentaire par la notion de la métamerie spinale de Brissaud : chaque étage médullaire correspond à un segment de l'individu ; la lésion d'un métamère spinal doit retentir sur le segment périphérique correspondant. Mais de sérieuses objections sont faites par Déjerine à cette conception.

Quant au mécanisme de l'hypertrophie œdémateuse, l'existence de nerfs trophiques pour le tissu conjonctif n'étant pas suffisamment démontrée, il a bien fallu se rabattre sur des troubles de la sécrétion de la lymphe, mais on ne sait exactement en quoi ils consistent. Etienne et Laignel-Lavastine pensent qu'il s'agit d'une transsudation exagérée de la lymphe dans les mailles du tissu conjonctif, soit qu'il s'agisse d'une simple excitation de la pression sanguine intra-vasculaire locale (Ludwig) ou d'une hypersécrétion de la lymphe par les cellules endothéliales des capillaires (Heidenhain et Hamburger, Valobra), soit qu'il s'agisse d'une vaso-dilatation active, tous ces effets étant d'origine sympathique.

A la longue, cet œdème lymphatique prolongé ou à répétition réagit sur le tissu conjonctif; des lésions secondaires des lymphatiques s'établissent, aboutissant à la formation de grands espaces dépourvus de paroi propre, un vrai tissu caverneux développé sous le derme considérablement hypertrophié.

Ce mécanisme convient peut-être à certains cas d'éléphantiasis; mais il ne paraît pas conforme aux quelques données anatomo-pathologiques publiées et qui n'ont pas révélé, dans les cas de trophœdème chronique vrai, ce tissu caverneux. Peut-être, il est vrai, n'existe-t-il qu'à une période de début de l'affection et disparaît-il ensuite, comme la lymphe

d'ailleurs, car des piqûres dans les membres œdématiés n'ont jamais fourni de sérosité en abondance (Lannois).

Parhon et Cazacou se rattachent eux aussi à l'hypothèse de la stase ou transsudation lymphatique favorisée par une lésion de certains centres d'innervation lymphatique, hypothétiques d'ailleurs (infériorité fonctionnelle ou hyperexcitabilité). Mais, frappés de la parenté qui semble exister entre l'urticaire, la maladie de Quincke et le trophœdème, et des rapports qui existent entre les deux premières maladies et les troubles du métabolisme calcique, ils auraient tendance à attribuer aussi le principal rôle, dans la formation de l'œdème chronique, à des troubles dans l'assimilation du calcium, et à une altération de la coagulabilité du sang.

Comme Parhon et Papinian ont montré le rôle du corps thyroïde dans le métabolisme calcique, cette manière de voir contribuerait indirectement à étayer la théorie d'Hertoghe, bien que les mêmes objections subsistent contre elle.

Ce qui domine l'exposé de ce que nous savons sur la pathogénie du trophœdème chronique, c'est l'incertitude de nos connaissances.

Il faut attendre que des examens histo-pathologiques plus nombreux nous permettent de fonder sur l'anatomie pathologique des théories pathogéniques vraiment précises.

En résumé, l'obscurité reste presque complète sur l'étiologie, l'anatomie pathologique et la pathogénie des trophœdèmes; la symptomatologie seule en est bien connue, et elle est assez précise, parce qu'elle repose sur de nombreux cas cliniques, pour permettre de distinguer nettement les trophœdèmes chroniques des autres maladies qui peuvent leur ressembler.

V

Symptomatologie. — Au point de vue des symptômes, les trophœdèmes doivent être divisés en plusieurs catégories et nous devons étudier tour à tour le trophœdème congénital, le trophœdème acquis, familial ou individuel.

Le trophœdème congénital est rarement individuel, il s'observe à la naissance de l'enfant sans que l'accouchement n'ait présenté aucune particularité pouvant expliquer l'œdème telle que compression d'un membre entre la tête fœtale et le bassin maternel. Du reste, ce trophœdème le plus souvent familial n'étonne pas outre mesure, car plusieurs personnes en sont souvent atteintes dans la famille et nous rappelons encore les huit cas de trophœdèmes congénitaux ou acquis recueillis dans la même famille par H. Meige, et les deux cas d'Hertoghe. Néanmoins rappelons que quelques observations de trophœdème congénital individuel ont été recueillis notamment par Collet et Beutter, Courtellemont, Hertoghe, mais ces observations sont fort peu nombreuses.

Les trophœdèmes chroniques acquis individuels ou familiaux sont bien mieux connus, leur début et surtout leur évolution ont pu être précisés par les observations recueillies sous le nom de trophœdèmes ou sous une appellation analogue (éléphantiasis nerveux, œdème segmentaire, œdème pseudo-rhumatismal) par Meige, Lannois, Laignel-Lavastine, Hertoghe, Vigouroux, Nové-Josserand et Prothon, Mabille, Bérard et Laurent.

Dans le trophœdème acquis le *début* véritable passe souvent inaperçu, la plupart du temps c'est au réveil que le malade voit, étonné, l'œdème installé sur son bras ou sa jambe. L'*âge* où débute la maladie est peu variable, c'est en général l'âge de la puberté, treize ans dans le cas de Bérard, quinze dans un cas de Lannois, quatorze dans un cas de Vigouroux. L'œdème apparaît d'emblée sans aucun phénomène fébrile, sans symptômes inflammatoires, sauf dans un cas de Sicard où il succédait à une sorte de phlegmon mal défini, du reste, par le malade. Son *siège* est le plus souvent la jambe, la cuisse, l'avant-bras, le bras ou le membre tout entier, mais en tous cas l'œdème a toujours une disposition segmentaire, il englobe circulairement le membre atteint et cesse brusquement, sans transition, par un sillon le séparant de la région saine. Il est rarement bilatéral. Deux caractères assez importants : le pied est toujours respecté, la face est toujours indemne.

Cet œdème est dur, le godet est très difficilement obtenu et si l'on fait une scarification (M. Lannois) il ne s'écoule aucune sérosité. La *peau* conserve sa coloration habituelle et, si aucun agent extérieur ne l'irrite, rien ne la différencie des téguments voisins; la *température* locale n'est ordinairement pas modifiée à son niveau, on a pourtant noté des différences de 1 ou 2 degrés avec le côté sain (Mabille). La *sensibilité* thermique, la sensibilité à la piqûre restent ordinairement intactes. Les réflexes sont normaux, quelquefois cependant ils sont diminués du côté malade (Hertoghe).

Le volume de ces œdèmes est parfois considérable; il n'est pas rare de trouver des différences de 7, 8 et même 10 centimètres entre le côté sain et le côté malade, et cet œdème est si dur, qu'à première vue on peut croire à une hypertrophie concomitante du squelette. En réalité, les mensurations montrent qu'il n'y a aucun allongement réel du squelette osseux; la radiographie montre qu'il n'est nullement déformé.

A côté de ces symptômes locaux on ne trouve aucun autre symptôme, la marche ou le mouvement sont gênés mais non pas impossibles, la lourdeur est le seul signe fonctionnel. L'examen des différents appareils est complètement négatif, sauf dans le cas de Delore où existait une ancienne fracture de la colonne; les vertèbres sont normales; les *stigmates de l'hystérie* peuvent complètement manquer; les organes génitaux sont bien développés; le corps thyroïde est normal, quelques auteurs ont pourtant noté son atrophie. Les signes de dégénérescence thyroïdienne manquent toujours, il n'y a pas d'œdème de la face, et l'intelligence est normale, les enfants ont le plus souvent des connaissances très suffisantes et l'esprit très suffisamment éveillé. L'allure chronique de ces trophœdèmes dispense presque de noter l'absence complète de troubles cardiaques

et de troubles urinaires. Les urines sont toujours de quantité très normale et ne contiennent ni sucre ni albumine.

IV

Evolution. — Les trophœdèmes chroniques n'ont pour ainsi dire pas d'évolution, ils naissent d'emblée à la période d'état et y demeurent. On vit avec un trophœdème, on meurt avec lui, un seul incident assez souvent observé (cas de Vigouroux, cas de Bérard et Laurent), ce sont les poussées inflammatoires au niveau de ces trophœdèmes. Il semble que ces œdèmes permanents soient une véritable voie d'appel pour l'infection et il n'est pas rare d'observer brusquement à leur niveau une rougeur subite avec sensation de tension; quelques pansements humides, le repos font vite disparaître ces phénomènes. Quelquefois même l'infection va jusqu'à l'érysipèle, mais dans ce cas la maladie sort du cadre des trophœdèmes pour entrer dans celui des éléphantiasis véritables.

Notons enfin que ces trophœdèmes chroniques semblent être quelquefois analogues aux œdèmes observés au cours des hémiplégies, des syringomyélies, du tabes et peuvent compliquer l'hystérie et surtout l'épilepsie vraie (Th. de Roué).

En résumé, au point de vue clinique, ces trophœdèmes chroniques nettement différenciés des œdèmes de cause cardiaque ou rénale correspondent probablement à des œdèmes de cause nerveuse essentiellement chronique, comme le démontrent leur disposition segmentaire et leur évolution ne subissant aucune variation.

VII

Diagnostic. — A la naissance le trophœdème chronique ne saurait être confondu avec les œdèmes dus à une compression d'un membre au cours de l'accouchement; dans ce cas l'œdème essentiellement passager est asphyxique et n'a jamais une disposition segmentaire.

Qu'il soit congénital ou acquis, le trophœdème chronique ne saurait être confondu avec les œdèmes nerveux aigus étudiés sous le nom d'œdèmes angioneurotiques (Sarvonnat et Armand) ou mieux de maladie de Quincke. Ces œdèmes, comme la peliose rhumatismale, procèdent par poussées et rétrocèdent complètement pour revenir ensuite; ils siègent par plaques multiples sur tout le corps, ne rappellent en rien le trophœdème chronique.

Nous ne saurions insister sur les œdèmes aigus qui surviennent au cours du tabes (Mathieu et Weil, Merklen et Heitz), de la syringomyélie, de la migraine (Etienne); ils n'ont que rarement une disposition segmentaire et procèdent toujours par poussées aiguës.

Chez l'adulte, l'*hystérie* peut simuler le trophœdème; les œdèmes de la névrose peuvent persister longtemps, ils respectent la face comme les trophœdèmes, sauf dans un cas de Fabre, mais ils s'accompagnent de troubles de la sensibilité et de stigmates souvent très intenses au niveau de l'œdème. Du reste, s'ils présentent tous les caractères du trophœdème, il n'y a pas de raison qui empêche d'admettre un trophœdème hystérique (Gilles de la Tourette, Higier).

Les filaires peuvent dans les pays chauds réaliser un œdème chronique rappelant le trophœdème; la recherche du parasite dans le sang sera le seul moyen d'affirmer l'éléphantiasis. Dans nos pays il existe une maladie éléphantiasique pouvant simuler le trophœdème; elle se développe à la suite d'infections streptococciennes répétées, et de plus, l'éléphantiasis nostras ne respecte jamais ou le pied ou la main quand la partie moyenne du membre est œdématiée. Notons encore ici les traits de rapprochement entre l'éléphantiasis nostras et les trophœdèmes, traits cliniques si nets que Mathieu et Thibierge ont dénommé celui-ci pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique.

Doit-on essayer d'établir un diagnostic différentiel entre les trophœdèmes chroniques et les divers œdèmes chroniques décrits par Tcheikof sous le nom d'œdème vaso-moteur, par Lassar et Riehl sous le nom d'œdème stable, par Dide sous le nom de pseudo-œdème catatonique? Nous ne le croyons pas, ces divers œdèmes chroniques d'origine probablement nerveuse n'ont probablement de différence avec les trophœdèmes chroniques que leurs dénominations.

Reste le myxœdème : typique, il ne ressemble en rien aux trophœdèmes chroniques; fruste, il peut les simuler. Le myxœdème s'accompagne presque toujours d'œdème du visage, de troubles de l'intelligence qui, malgré son caractère familial, malgré sa disposition segmentaire, permettent de le différencier des trophœdèmes. Le traitement opothérapique (thyroïodine, corps thyroïde frais), inefficace dans les trophœdèmes, établit une différence bien nette entre les deux maladies. Les maladies du squelette osseux, ostéo-sarcome, hypertrophies de Trélat et Monod ne peuvent être confondues longtemps avec les trophœdèmes, si l'on possède un cliché radiographique et des mensurations précises.

Le diagnostic de trophœdème chronique peut donc être établi; on peut encore dire s'il est congénital, acquis, familial ou individuel; il n'est pas possible à l'heure actuelle de préciser davantage, le diagnostic étiologique ne pouvant pas encore reposer sur les données précises de l'anatomie pathologique.

VIII

Traitement. — Le traitement des œdèmes trophiques dont nous ignorons les causes précises peut être symptomatique ou au contraire essayer d'être étiologique, dans un cas comme dans l'autre il est totalement ou presque inefficace.

Comme traitement symptomatique, on a naturellement essayé le repos dans la station couchée, la mise en position élevée du membre œdématié, la compression élastique, le port de bas à varices, le crêpe Velpeau, le massage, l'électrisation, les saignées locales. Aucun moyen ne réussit complètement; c'est à peine si quelquefois on observe une

diminution passagère de l'œdème qui ne tarde pas à augmenter de nouveau, dès que le traitement a cessé.

Le traitement étiologique n'a reposé que sur des idées théoriques, sans doute fausses, car le traitement leur a ôté toute leur valeur.

Les trophœdèmes ont été tout d'abord traités par les diurétiques habituels (toniques cardiaques ou diurétiques vrais), le moyen a été complètement inefficace.

En partant de l'idée de syphilis médullaire accompagnée de troubles localisés, l'iodure et le mercure ont été préconisés sans aucun résultat.

De tous les remèdes, le plus fréquemment usité a été l'opothérapie thyroïdienne; le trophœdème était assimilé au myxœdème, les préparations en tablettes desséchées, les corps thyroïdes frais, même au risque des troubles habituels, ont toujours été sans efficacité.

Le traitement, en réalité, est donc nul parce qu'il ne saurait reposer à l'heure actuelle sur une cause étiologique précise; quand les causes seront mieux connues, le traitement sortira peut-être de son imprécision.

BIBLIOGRAPHIE

Bérard et Laurent. *Lyon méd.*, 1908. — Besta. *Riforma med.*, 27 oct. 1906, an. XXII, n° 43. — Courtellemont. *Revue de neurol.*, 1907; *Presse méd.*, déc. 1907. — Collet et Beutter. *Lyon méd.*, 1903. — Desnos. Œdème rhumatismal chronique, *Soc. méd. des hôpit.*, 13 fév. 1891. — Debove. Œdème segmentaire des membres inférieurs, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 oct. 1897. — Henry Meige. Le trophœdème chronique héréditaire, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1899, p. 453, et 1901, n° 6. — Parhon et Florian. Un cas d'œdème trophique chronique, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1907, n° 2. — Rapin. Sur une forme d'hypertrophie des membres, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1901, n° 5, p. 473. — Sicard et Laignel-Lavastine. Trophœdème acquis et progressif chronique, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1903, p. 30. — Etienne. Trophœdème chronique traumatique, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1907, n° 2. — Hertoghe. Contribution à l'étude du trophœdème chronique, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1901, n° 6, p. 496. — Lannois. Trophœdème chez une épileptique, *Lyon méd.*, 1904, et trophœdème chronique, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1900. — Roué. *Trophœdème dans l'épilepsie et l'hystérie*, Th. de Lyon, 1904. — Mabille. *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1901, p. 503. — Lannois et Paviot. Chorée chronique, *Revue de méd.*, 1897. — Long. *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1907, n° 2. — Valobra. Pathogénie des œdèmes d'origine nerveuse, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 2 mars 1905. — Parhon et Papinian. *Romania medicala*, 1904, nos 11 et 12. — Léopold-Lévi et Rothschild. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1907, n° 13. — Netter. Importance biologique du calcium, *Soc. méd. des hôpit.*, 1905 et 1907. — Milroy. *New-York med. Journ.*, 1892. — Nonne. *Arch. f. path. Anat.*, Berlin, 1891. — Lortat-Jacob. Trophœdème héréditaire, *Revue neurol.*, 1902, p. 279. — Tobiesen. *Jahrb. f. Kind.*, 1900-1901, n° 49. — Ouvry. *Œdèmes familiaux*, Th. de Paris, 1905. — Vigouroux. *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1899. — Guinon. *Soc. de pédiat.*, 28 déc. 1901. — Follet. Th. de Paris, 1893-1896. — Weill et Péhu. *Lyon méd.*, 1904. — Nové-Josserand et Prothon. *Lyon méd.*, 1897. — Senlecq. *Presse méd.*, 15 déc. 1906, p. 812. — Parhon et Cazacou. *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1908, p. 448.

ANALYSES

CHIRURGIE

Une opération bénigne et efficace contre le prolapsus total des vieilles femmes. Colpectomie par le procédé de Müller (Vignard. *Gaz. méd. de Nantes*, 20 juin 1908, p. 481.) — L'opération de Müller est une colpectomie totale, c'est-à-dire une ablation de toute la muqueuse du vagin, sauf une bandelette étroite au ras de la vulve. L'utérus est conservé, mais refoulé en haut; les parois orientées sous-jacentes du canal vaginal sont accolées par des sutures à étages, de façon à constituer dans l'avenir une colonne pleine, cicatricielle, entre la vulve et l'utérus; toute communication entre la cavité utérine et l'extérieur est ainsi abolie; le vagin est réduit à un cul-de-sac de quelques centimètres. La technique de cette opération, très simple a été bien décrite par Mlle Krükova :

Avec une pince à traction, on abaisse fortement l'utérus en dehors des parties génitales externes; les culs-de-sac vaginaux s'effacent et il ne reste qu'un petit sillon qui fait le tour du prolapsus; on fait une incision circulaire partant du tubercule uréthral ou d'un point situé à peu près à un centimètre au-dessous et longeant le sillon à une distance d'à peu près un centimètre et demi. On détache ensuite soit avec le bistouri, soit par de simples tractions, la muqueuse vaginale qui recouvre l'utérus prolabé de tous les côtés et on la retourne comme un doigt de gant; on continue cette dissection jusqu'à l'insertion de la muqueuse vaginale sur le col et là on la détache du pourtour du col; toute la muqueuse est ainsi enlevée, sauf les bandelettes qu'on a laissées près de l'orifice du vagin et le vagin ne présente plus qu'une plaie dépourvue de son revêtement muqueux; on réunit cette plaie par une suture en étage, ce qui accole les deux parois latérales du vagin dans toute leur étendue; à mesure que l'on referme la plaie par un surjet en catgut, l'utérus est refoulé dans la cavité abdominale, la réduction se faisant d'elle-même; on fait ainsi, selon le degré du prolapsus, deux à quatre étages de sutures; puis on réunit les bords de la collerette vaginale par quelques points à la soie ou au crin de Florence.

M. Vignard, qui a pratiqué cinq fois l'opération de Müller, lui reconnaît plusieurs avantages : le procédé est simple, on ne peut s'égarer dans la paroi vésicale ou rectale; la déchirure du péritoine au niveau du Douglas est facile à éviter si l'on s'attache à suivre de près la muqueuse; on ne blesse aucun vaisseau digne de ligature et les sutures à étage font l'hémostase.

Cette opération peut être faite avec l'anesthésie locale; cependant il est préférable d'avoir recours à l'anesthésie chloroformique. Le traumatisme étant insignifiant, les malades peuvent se lever dès le quatrième jour, avantage très grand, quand il s'agit de malades âgées, chez lesquelles le décubitus prolongé peut être la cause de complications. Les résultats éloignés de l'opération sont excellents; les chirurgiens encore peu nombreux qui ont adopté le procédé de Müller sont tous d'accord sur ce point. Deux objections ont toutefois été faites à l'opération de Müller : l'utérus est enfoui au-dessus d'une colonne de tissu cicatriciel, on pourra donc craindre une accumulation de sérosité ou de pus dans l'utérus; après cette opération, le coït devient presque impossible. Ces objections sont à prendre en considération; mais elles ne peuvent que s'opposer à la généralisation du procédé de Müller. On opérera par ce procédé le prolapsus complet des vieilles femmes ayant dépassé la ménopause, n'ayant plus de sécrétion utérine, et chez lesquelles le vagin n'a plus de rôle physiologique.

M. BRELET.

MÉDECINE

La sténose hypertrophique du pylore chez le nouveau-né (Fredet. *Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutrit.*, juillet 1908, p. 393.) — La sténose hypertrophique du pylore chez le nouveau-né est une affection peu connue en France; cependant dès 1901, MM. Weill et Péhu publiaient sur ce sujet une très intéressante revue générale (*Gaz. des hôpit.*, nos 112 et 115), mais beaucoup de pédiatres adoptaient l'opinion de Pfaundler qui attribue le syndrome de la sténose hypertrophique à un spasme du pylore (1). Actuellement, un très grand nombre d'interventions chirurgicales et d'autopsies ont montré que la sténose pylorique des nouveau-nés est bien caractérisée anatomiquement et cliniquement.

Le rétrécissement pylorique provient d'une hypertrophie considérable de la couche musculaire et d'une disposition particulière de la muqueuse. L'hypertrophie porte presque exclusivement sur la couche musculaire moyenne, c'est-à-dire sur la circulaire, le pylore devient une tumeur sphérique ou olivaire, régulière, d'une consistance très dure, cartilagineuse; la tumeur finit brusquement du côté du duodénum tandis que ses limites sont ordinairement vagues du côté de l'estomac; la couche musculaire du pylore est doublée ou triplée d'épaisseur. La muqueuse, histologiquement normale, forme des plis longitudinaux exubérants qui sont tassés les uns contre les autres, et obstruent la lumière pylorique, ces franges ont un rôle important dans l'oblitération du pylore. Le pylore sténosé n'est jamais complètement imperméable.

Au point de vue clinique, l'enfant, normal à la naissance, se développe bien pendant quelques jours ou quelques semaines. Puis surviennent des vomissements, constitués par le lait, la salive déglutie et les sécrétions gastriques; ils se produisent d'une façon brusque (vomissements explosifs); au début de la maladie, ils sont fréquents et peu abondants, survenant après chaque tétée. Puis les vomissements deviennent plus rares et plus abondants; l'estomac se dilate et ne se vide plus que deux ou trois fois par jour. A cette période, on constate que l'estomac est dilaté; on sent des mouvements péristaltiques. Si on administre à l'enfant des poudres inertes colorées (carmin, charbon), elles sont rejetées par la bouche et on ne les voit pas apparaître dans les selles. Les selles sont d'ailleurs très rares et les urines très diminuées de quantité. L'enfant est en hypothermie; le poids diminue de jour en jour; la maigreur devient extrême. Ce n'est qu'à une période tardive qu'on peut percevoir le pylore hypertrophié sous forme de tumeur; la perception de tumeur pylorique est un signe inconstant, tardif et trompeur; il ne faut pas l'attendre pour faire le diagnostic.

Tels sont les symptômes des cas types; mais quelquefois la sténose est précédée d'une phase de gastro-entérite et alors le tableau clinique est beaucoup moins net. Dans les cas types, on distinguera la sténose pylorique du spasme du pylore en se basant sur l'absence de bile dans les vomissements et la rétention des poudres colorées qui indiquent un obstacle considérable et permanent; on tiendra aussi grand compte de l'insuccès du traitement médical tandis que ce traitement est très efficace contre le pylorospasme.

La sténose hypertrophique du pylore est une affection grave; sans doute, dans quelques cas, la lésion peut être compensée par une hypertrophie de la musculature de l'estomac et l'enfant guérit. Mais, en règle générale, cette maladie entraîne la mort, lorsqu'elle n'est pas traitée de façon convenable. On commencera par le traitement médical; mais celui-ci ne donnant aucun résultat, ce qui démontre qu'il s'agit d'une hypertrophie pylorique et non d'un spasme, il faudra, sans attendre que l'enfant soit réduit à l'état de véritable squelette, avoir recours à une intervention chirurgicale; on a pratiqué des divulsions du pylore selon le procédé de Loreta, des pyloroplasties et des gastro-entérostomies. La pyloroplastie paraît à M. Fredet l'opération de choix quand elle est possible; il a fait deux fois la pyloroplastie sous-muqueuse et ces deux interventions ont été suivies de succès.

L. BABONNEIX.

(1) Voir Sarvonat. Le rétrécissement congénital hypertrophique du pylore, *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 150, p. 1791.

Sténose pylorique congénitale. (Robert Hutchinson. *Clinical Journ.*, 9 sept. 1908, p. 343.) — L'auteur étudie ce sujet dans une excellente étude clinique et thérapeutique.

Le sujet est d'ordinaire un garçon; sa mère le montre au médecin peu de semaines après sa naissance parce qu'elle ne parvient pas à l'alimenter; n'importe quel aliment est vomi. Fait curieux, l'essai d'un nouvel aliment amène souvent un arrêt des vomissements pendant vingt-quatre heures; mais ceux-ci recommencent aussitôt pour cesser de nouveau si on vient encore à changer d'alimentation; un interrogatoire attentif de la mère révèle habituellement que l'enfant, à sa naissance, était beau et bien portant. Nourri d'abord au sein il a bien été pendant dix, douze, quinze jours : puis les vomissements sont apparus et on a changé le mode d'alimentation pour donner le biberon. Les vomissements ne tarissant pas on remplace le biberon par un autre régime et ainsi de suite.

Des vomissements abondants et soudains, une perte de poids progressive et une constipation rebelle sont des symptômes constants. La dilatation de l'estomac avec péristaltisme apparent, une tuméfaction pylorique perçue à droite de l'ombilic sont des signes pathognomoniques.

L'autopsie montre un épaississement du pylore très accentué et dû presque exclusivement à l'hypertrophie de l'anneau sphinctérien. Toute la paroi de l'estomac est plus ou moins épaissie; la muqueuse présente du catarrhe chronique.

S'agit-il d'une hypertrophie congénitale des fibres musculaires du sphincter ou, au contraire, l'hypertrophie est-elle secondaire à un spasme intense et prolongé du pylore. L'auteur admet cette dernière pathogénie en raison de ce fait que les symptômes n'apparaissent pas immédiatement après la naissance. De plus l'affection peut guérir par un traitement purement médical. Quant à la cause du spasme, aucune des explications qui ont été données n'est satisfaisante.

L'efficacité du traitement réside principalement dans sa précocité. Si le diagnostic n'est pas fait à temps l'enfant dépérit avant que le traitement puisse agir. Il faut d'abord laver chaque jour l'estomac une ou même deux fois si c'est nécessaire; une eau tiède alcaline est préférable. L'alimentation idéale est le lait maternel; sevrer l'enfant en pareil cas est une faute. Si l'enfant est au biberon, il convient de lui donner immédiatement une nourrice. Ils doivent prendre des quantités de lait très petites, mais fréquemment répétées. Les médicaments sont inutiles. L'opium (en teinture), à doses infinitésimales, a paru rendre des services probablement en supprimant le spasme pylorique. Dans aucun cas une intervention chirurgicale n'est justifiée.

Quel est le pronostic? L'auteur a observé quatorze cas de cette affection dans sa clientèle et n'a perdu qu'un malade. Ce résultat est un argument de plus en faveur de la théorie pathogénique du spasme. Les cas hospitaliers sont moins favorables.

A. HOUSQUAINS.

Recherches expérimentales sur les rapports physio-pathologiques entre les reins et les capsules surrénales. — (*Riforma med.*, 8 fév. 1909.) — Le docteur A. Baduel a pratiqué plusieurs séries d'expériences, dans le but de déterminer la façon dont se comportent les tissus des reins et des capsules surrénales, quand l'un ou l'autre des deux groupes d'organes est lésé. Voici les conclusions :

Les phénomènes anatomiques tendant à démontrer l'hyper-

activité fonctionnelle des capsules surrénales dans les néphrites chroniques de l'homme, peuvent être obtenues expérimentalement et précéder la lésion rénale, lui être contemporains ou encore postérieurs et consécutifs à elle.

Il est possible, en effet, d'obtenir une néphrite expérimentale en lésant les capsules surrénales, de façon à créer un noyau d'irritation sur le tissu glandulaire. Ces néphrites sont semblables à celles obtenues par la cantharidine, et en partie à celles provoquées par le phosphore (néphrites toxiques aiguës).

En provoquant expérimentalement une néphrite, il est possible d'obtenir des modifications et des lésions des capsules surrénales, semblables à celles que l'on observe dans ces organes à sécrétion interne, chez des individus atteints de néphrite chronique.

Dans tous les cas, on note des phénomènes d'hyperplasie et d'hypertrophie cellulaire aux dépens de la substance corticale des glandes surrénales.

On ne peut nier expressément que l'hyperplasie surrénale puisse dans certains cas représenter une réaction contre l'intoxication produite par la néphrite.

Parmi les rapports anatomiques existant entre les deux groupes d'organes, les rapports nerveux auraient une importance considérable, d'après les données expérimentales de l'auteur. Il s'en dégage, toujours plus évidente, l'importance primordiale de la relation entre l'organe glandulaire et l'état de l'innervation vasculaire. A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

La Maternité de Paris (1), par le docteur Paul DELAUNAY, membre de la Société française d'histoire de la médecine, avec une préface de M. le docteur PORAK, membre de l'Académie de médecine.

A une époque où les mémoires et les souvenirs sont particulièrement à la mode, on lira avec grand intérêt le livre de M. Delaunay sur la Maternité de Paris.

L'ancien couvent de Port-Royal, qui abrite aujourd'hui la Maternité, évoque en effet dans notre imagination les événements du passé : au point de vue de l'histoire nationale, les luttes du jansénisme et les heures de la Révolution, au point de vue des annales obstétricales, les origines de la Maternité, l'office des accouchées de l'Hôtel-Dieu. Ce beau volume abonde en documents, faits et anecdotes qui en rendent la lecture des plus attrayantes, et fait le plus grand honneur à son auteur, M. Delaunay, qui nous a déjà donné un tableau si vivant du monde médical parisien au XVIII[e] siècle. M. DELESTRE.

Précis d'obstétrique [Collect. Testut] (2), par Ch. MAYGRIER et A. SCHWAB.

Les étudiants n'ont vraiment que l'embarras du choix lorsqu'il s'agit de se munir d'un Manuel ou d'un Précis d'obstétrique. Un nouveau Précis, signé de MM. Maygrier et Schwab vient de paraître chez Doin dans la nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine publiée sous la direction de M. Testut.

La notoriété des deux auteurs est un sûr garant du succès de ce Précis, écrit pour des étudiants, rédigé avec une grande clarté, et orné de nombreuses figures. M. DELESTRE.

Précis des maladies mentales (3), par A. RÉMOND (de Metz).

Dans cette deuxième édition, revue et augmentée, du *Précis* de 1904, le mode général d'exposition si clair et attrayant, les études et les chapitres principaux et surtout les idées directrices sont restés les mêmes. Le principe sur lequel repose toute la conception psychiatrique c'est que les maladies mentales ne peuvent être que des maladies cérébrales. « Pour qu'une maladie mentale existe, il est nécessaire que le cerveau soit lésé anatomiquement ou chimiquement. La philosophie n'est en somme qu'un chapitre de la physique, de même que la psychiatrie n'est qu'un chapitre de la neuropathologie. » C'est sur une base anatomo-pathologique que l'auteur cherche à édifier une conception d'ensemble des psychoses et qu'il veut particulièrement établir une classification précise. Mais tant de lacunes existent encore dans nos connaissances que bon nombre de notions ne peuvent être admises qu'hypothétiquement et par analogie.

Au point de vue de la pathologie et de la physiologie générales, le cerveau, dit-il, est comparable à la moelle. Aussi peut-on, comme dans les affections de celle-ci, décrire des états liés, les uns à des lésions uniquement cellulaires (polioencéphalites), les autres à des altérations complexes et diffuses (encéphalites totales). Dans celles-ci domine la notion d'incurabilité et de destruction progressive, ce sont les différentes sortes de démences. Dans celles-là il n'y aurait qu'insuffisance cellulaire passagère, périodique, partielle ou définitive : ce sont les états psychopathiques transitoires, curables ou dégénératifs.

Indépendamment de l'intérêt et de l'originalité de ce plan d'étude, toutes critiques mises à part, le médecin et l'étudiant trouveront dans ce manuel une exposition claire et facile des éléments indispensables de la psychiatrie. Chacune des principales descriptions nosologiques est suivie et illustrée d'une observation qui aidera puissamment à concréter et à fixer dans la mémoire le type clinique envisagé.

Enfin, des chapitres généraux consacrés à la thérapeutique, à la législation, à l'assistance et à la médecine légale des aliénés complètent très utilement ce *Précis*.

PAUL CAMUS.

(1) In-8 raisin de 460 pages, avec 4 figures et 8 planches hors texte. — Prix : 20 francs. — Paris, J. Rousset.
(2) Gr. in-18 de 1325 pages, avec 326 figures en noir et en couleur dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.
(3) In-8, 350 pages, cart. — Prix : 5 francs. — Paris, de Rudeval.

Un Nouveau Régime des mœurs. Abolition de la police des mœurs. Le régime de la loi (1), par Louis FIAUX, ancien membre du Conseil municipal de Paris.

C'est une œuvre de combat que vient de publier M. Fiaux, qui d'ailleurs est médecin en même temps que sociologue, ce qui donne à sa discussion une singulière autorité. M. Fiaux est un abolitionniste convaincu, et l'ouvrage que nous présentons ici vient, avec beaucoup d'autres du même auteur, faire l'assaut du système actuel et réclamer l'abolition de la police des mœurs. L'auteur a pris pour épigraphe cette pensée du chancelier Michel de l'Hospital : « Il faut que les édits s'accommodent aux temps et aux personnes et non les personnes et les temps aux édits. »

Les temps sont-ils venus d'effectuer la réforme que réclame M. Fiaux? Ce n'est pas nous qui trancherons cette question si complexe. Mais quelque opinion que l'on professe sur l'abolitionnisme, on ne peut que s'incliner devant la conviction de l'auteur et reconnaître que son livre est plein de documents, de statistiques et de faits qui peuvent aider singulièrement à éclairer la question.

C'est une œuvre à lire et à méditer.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 de 512 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 27 fév. 1909.) KEIFFER : De l'élongation des nerfs utérins chez la femme. — A. MAHAIM : Un cas de lésion lenticulaire sans aphasie. — LAUWERS : Observation de hernie étranglée en W. — LIÉNAUX : Remarque au sujet de la nature de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante. Un cas de coexistence de cette maladie et de la tuberculose chez le cheval.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 3, mars 1909.) L. BROCQ : Contribution à l'étude clinique de la pathologie générale des dermatoses : les fluxions et les alternances morbides. — DIND : L'emploi du goudron de houille (coaltar) dans les affections cutanées. — Ch. AUDRY et TOMEY : Lymphangiome profond de la lèvre supérieure avec lésions de la muqueuse et de la peau. — A. JAMBON et L. RIMAUD : Un cas de mycosis fongoïde. — C. LEVADITI : Les nouveeux moyens de diagnostic microbiologique et sérologique de la syphilis.

Annales médico-psychologiques. — (N° 2, mars-avril 1909.) Lucien LAGRIFFE : Guy de Maupassant. Etude de psychologie pathologique (*fin*). — C. ROUGÉ : Psychoses grippales et psychoses catarrhales (Ier article). — R. BENON : Les ictus amnésiques dans les « démences » organiques. — A. GIRAUD : La simulation de la folie, d'après un livre du professeur Mairet. — LEVET : L'assistance des aliénés algériens dans un asile métropolitain (*fin*).

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 258, 25 mars 1909.) E. BORDET : Les altérations des muscles chez les malades atteints de varices des membres inférieurs et leur traitement électrique.

Archives de médecine des enfants. — (N° 4, avril 1909.) Grégoire JACOBSON : De l'alimentation des nourrissons avec le babeurre. — Marie NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH : Cyphose à crête épineuse. — G. NOVÉ-JOSSERAND et PÉHU : Un cas de sténose pylorique par hypertrophie musculaire chez un nourrisson de trois mois. — J. COMBY : Les dangers des bandes infantiles.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 3, mars 1909.) ENRIQUEZ et BINET : Le pouvoir amylolytique des urines chez les diabétiques. — Maurice PATEL : Sur un cas de jéjunostomie dans une fistule gastro-cutanée d'origine cancéreuse. — R. S. KOLBÉ : L'examen fonctionnel de l'intestin dans la pratique journalière.

Archives générales de chirurgie. — (N° 2, 25 fév. 1909.) Ch. VILLANDRE : Anévrismes de l'artère hépatique (*fin*). — BERTHAUX et BURNIER : Les tumeurs du cervelet chez l'enfant (*fin*). — André REUBSAET : Exostoses ostéogéniques multiples (fig.).

Archives générales de médecine. — (N° 3, mars 1909.) MASSALONGO : Les maladies nerveuses familiales. — V. BELLELI : Les récentes acquisitions sur la pathogénie et l'étiologie de la peste. — A. VEILLON et M. BRELET : Un cas de croup chez l'adulte. Trachéotomie, guérison.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 3, 15 mars 1909.) Léon POULIOT : La rétention d'urine pendant la grossesse (*fin*). — Guillaume LOUIS : Les tumeurs solides de l'ovaire.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 mars 1909.) A. ROBIN : Le terrain de la phtisie pulmonaire. Ses éléments, son diagnostic, les principes de son amendement (*suite*). — (23 mars.) H. BOUQUET : Prophylaxie des maladies contagieuses dans les crèches. — (30 mars.) A. ROBIN : Le terrain de la phtisie pulmonaire. Ses éléments, son diagnostic, les principes de son amendement (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 21, 17 mars 1909.) HUTINEL : Syndrome d'insuffisance surrénale au cours de la scarlatine. — (N° 22, 20 mars.) MAROTTE : Un cas d'infection mixte à tétragène et bacille tuberculeux. — (N° 23, 24 mars.) A. JOUSSET : La réaction de « fixation du complément » (méthode de Bordet et Gengou, ses applications à la clinique). — NOEL : La commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie militaires. — (N° 24, 27 mars.) JANICOT : A propos de l'impôt sur le revenu dans la profession médicale. — G. KUSS : Considérations pratiques sur la tuberculinothérapie. — (N° 25, 31 mars.) RAYMOND : L'apraxie. — (N° 26, 3 avril.) G. LION : Le sous-nitrate de bismuth dans les affections de l'estomac. Dangers de la formule de préparation du nouveau Codex. — Louis RÉNON : Les indications de la tuberculine dans la phtisiothérapie. — Louis MARTIN et Georges LOISEAU : Tuberculose de l'amygdale avec envahissement du pharynx.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 8, 25 fév. 1909.) FRITSCH : Sur la prophylaxie antiseptique obstétricale. — NEUHAUSER : Sur l'évolution des capsules surrénales jeunes implantées dans les reins. — RICHTER : Examen du poumon dans la tuberculose des sommets avec remarques spéciales sur les idées de König. — PUST : Drainage et traitement par aspiration de l'empyème pleural. — ENGELHARDT : Contribution à la pathogénie de la méningite circonscrite otogène. — LEVY : Un cas d'abcès du lobe temporal. — HERZOG : Progrès dans le domaine de l'ophtalmologie.

Medizinische Blætter. — (N° 9, 27 fév. 1909.) SIEBELT : Quelques points de vue pour juger des bains carbo-gazeux artificiels et naturels.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 2 mars 1909.) MENDEL : La diète hypochlorurée comme méthode thérapeutique. — HARNACK : Sur les processus de dégénération cellulaire, d'inflammation et de néoformation dans les différentes sortes d'intoxications phosphorées. — LICHTENBERG : Les poumons et le cœur après les interventions abdominales. — WEISS : La teneur en bacille de Koch des ganglions caséo-calcaires. — ŒHME : Follicules lymphatiques dans la moelle osseuse de l'enfant. — HAMBURGER et MONTI : La fréquence de la tuberculose pendant l'enfance. — KLAUBER : L'étiologie de l'appendicite. — WANNER : L'examen fonctionnel de Bezold et l'examen des sourds-muets. — VOLKER : Contribution à l'héliostéotomie. — TIEHLER : Eléphantiasis acquis. — KRETSCHMANN : Résection orale ou nasale de la cloison nasale.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 9, 28 fév. 1909.) JAUKURA : L'hémorragie cérébrale. — MORICZ : Cas d'intoxication par l'ergot de seigle.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 8, 25 fév. 1909.) POSSELT : Sur la pathogénie et le diagnostic clinique de la sténose pulmonaire avec absence de septum. — HECHT : Etudes sur les propriétés hémolytiques, auto-empêchantes et complémentaires du sérum humain. — SIDING : Tabes dorsal avec hématémèse, herpès zoster atypique et sécrétion lactée chez une femme de soixante-deux ans. — SILBERSTERN : Remarques sur la conservation de la vie des ensevelis. — PRELESTNER : Appareil orthopédique pour empêcher l'albuminurie par lordose.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Sont nommés chefs de service les médecins et chirurgiens dont les noms suivent : Andral, M. Claude; Bastion 29, MM. Marie et Auclair; Cochin, M. Michon; Trousseau, M. Savariaud; Hérold, M. Ombrédane; Ivry, M. Robineau.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 9 avril : Question donnée : « Configuration extérieure et rapports du pancréas. — Signes et diagnostic différentiel de la colique néphrétique. »

MM. Lévy (A.), 10 + 17 = 27; Mallet (Ch.), 13 + 17 = 30; Rousseau (F.), 13 + 17 = 30; Bloch (J.), 16 + 17 = 33; Roullier, 10 + 16 = 26; Sébillotte, 10 + 17 = 27.

Séance supplémentaire : Question donnée : « Trompe d'Eustache (anatomie). — Coma diabétique. »

MM. Fabre, 20; Mondor, 19.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Fabre, Mondor, Miginiac, Mlle Neveux, MM. Baufle, Bloch (Marcel), Cain, Philbert, Séjournet, Chatelin,

11. Lévy (Pierre), Fouchet, Brodin, Passot, Maillet, Rolland, Clarac, Lorin, Saint-Girons, Pellot,

21. Lechevallier, Prélat, Liébault, Métivet, May, Logre, Gendron, Brocq, Bith, Pakowski,

31. Caudrelier, Bachy, Nicaud, Séguinot, Loubeyre, Pont, Caillé, Samson, Garsaux, Carrié,

41. Leveuf, Montet, Brac, Toulant, Aine, Ségard, Thibaut (David), Baron, Ferry (Maurice), Mutel,

51. Chevallier (Paul), de Vaugiraud, Giron, Fontorbe.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Morancé, P. Pruvost, Dufourmentel, Legrand, Chauvet, Bloch (André), Jumon, Pignot, Routier, Bloch (Jacques),

11. Baumgartner, Viel (Emile), Philippon, Croissant, François (René), Desbouis, Ecalle, Weissembach, Corpechot, Dournay,

21. Latil, Monod (Robert), Petit (Henri), Mignot, Renaud-Badet, de Cumont, Bernard, Huber, Amaudrut, Nadal,

21. Aubry, Mlle de Jong, MM. Rousseau (Emile), Ducamp, Gautier (Claude), Buc, Madier, Durand, Desplas, Pizon,

41. Zislin, Gauchery, Bruslé, Renault (Ch.), Weber, Miégeville, Carnot, Tissier, Bonnet (Emile), Huyghues de Beaufond,

51. De Berne-Lagarde, Paris, Mlle de Pfeffel, MM. Bergeret, Malet (Ch.), Turquety, Rousseau (Fernand), Virenque, Bollach, Gouguet de Girac,

61. Vignes, Sédillot, Colombe, Mairesse, Ramadier, Boivin, Malarte, Jacquemin, Bougot, Rose,

71. Villechaise, Gillard.

— Concours de l'internat de Brévannes. — *Oral.* — Séance du 9 avril : MM. Ferry, 15; Dufour, 17.

— Concours de l'internat de Hendaye. — *Oral.* — Séance du 9 avril : MM. Bougeant, 12 ; Finot, 16.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Molin.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Lille. — Un concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale infantile s'ouvrira, à la Faculté, le lundi 26 juillet 1909, à huit heures et demie du matin.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 9 avril 1909 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Schneider, est nommé directeur du service de santé du 20e corps d'armée; Cahier, médecin chef de l'hôpital de Versailles.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Bischoff, passe à l'état-major du gouvernement militaire et place de Paris, médecin chef; Uffoltz, à l'hôpit milit. de Nancy.

Médecins-majors de première classe. — MM. Watrin, passe aux salles milit. de l'hosp. mixte de Langres; Renaud, à l'hôpit. de Marseille; Galzin, aux salles milit. de l'hosp. d'Epinal, médecin chef; Legrand, rappelé aux hôpit. de la division d'Alger.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Louët, passe au 13e d'art.; Parant, au 8e d'art.; Lhomer, aux hôpit. de la division de Tunisie; Castaing, au 21e d'inf.; Monéger, au 163e d'inf.; Dusserre, au 1er bat. d'inf. légère d'Afrique; Escher, maintenu au 33e d'art.; Epaulard, rappelé aux hôpit. de la division d'Alger; Feldmuller, passe au 4e d'inf.; Demanneville, au 1er spahis; Barthélemy, au 6e d'art.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Bouclier, passe au 117e d'inf.; Dabat, au 1er chass. d'Afrique; Roussel, aux hôpit. de la division d'Oran.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Garnier, passe au 3e génie; Riss, au 42e d'inf.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — En raison des vacances de Pâques la prochaine séance, qui devait avoir lieu le jeudi 15, est reportée au jeudi 22 avril (asile Sainte-Anne, service de la clinique, neuf heures et demie).

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p.* 528.)

LES TROUBLES OCULAIRES DANS LA CHORÉE

Par MM. L. BABONNEIX et L. BERNARD.

Les manifestations oculaires de la chorée ont été, pour la première fois, signalées par G. Sée qui, dès 1850, mentionne les mouvements incoordonnés des globes oculaires, et rapporte un cas de paralysie de la rétine, qu'il attribue d'ailleurs à l'hystérie. Depuis cette époque, elles ont été retrouvées par beaucoup d'auteurs : Rosenthal, en 1878, relate un cas de chorée avec mydriase bilatérale très marquée, qu'il rattache à l'irritation du centre cilio-spinal; Haasse et Ziemmsen font des constatations analogues; pour Bouchut (*Traité pratique des maladies des nouveau-nés*), dans les chorées sévères, l'examen ophtalmoscopique décèle de l'hyperémie du nerf optique ou même une véritable névrite optique; d'autres fois, on constate de la mydriase ou de l'affaiblissement de la vue; Fitzgerald [cité par Raymond (*Dictionnaire Dechambre*, art. DANSE DE SAINT-GUY)] publie un cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine; Cadet de Gassicourt (1882) et Ollivier, des cas de chorée de l'iris; Forster, un cas d'iritis rhumatismale; Gowers, de la névrite optique; Cruchet et Philip insistent sur l'hippus; Longmead, enfin, étudie avec soin les phénomènes pupillaires de la chorée.

Nous avons eu l'idée de relire les nombreuses observations de chorée que nous possédons et de comparer les résultats fournis par l'examen des fonctions oculaires (1) à ceux trouvés par nos prédécesseurs. Voici à quelles conclusions nous a conduits cette étude (2).

L'*iritis* est exceptionnelle. Nous ne l'avons, pour notre part, jamais observée. Voici le seul cas que nous ayons pu en relever dans la littérature :

Cas de fièvre rhumatismale compliquée de chorée, d'iritis et d'endocardite. FÖRSTER (*Brit. med. Journ.*, 7 mars 1903) [résumée].

Une fillette de douze ans et demi est atteinte, dans l'été de 1901, d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé. Au bout de quinze jours, la fièvre tombe, les arthropathies disparaissent et la chorée se montre. Elle dure quatre semaines. Au moment même où elle commence à décroître, l'enfant se plaint d'une douleur qu'elle compare à un coup d'aiguille qu'elle aurait reçu dans l'œil droit, et déclare ne plus y voir clair. Il s'agissait d'iritis aiguë qui rappelait l'iritis rhumatismale par l'intensité des phénomènes congestifs, de la douleur et de la photophobie. Ultérieurement, se développa une insuffisance mitrale. L'enfant finit par guérir.

Ce fait permet d'attribuer à l'iritis de la chorée sa véritable valeur. Précédée de douleurs articulaires et suivie de cardiopathie, caractérisée par l'intensité et la brièveté des accidents congestifs qui l'accompagnent, elle doit être considérée comme une manifestation du rhumatisme. Si elle n'est pas plus fréquente dans la chorée, c'est que, chez l'enfant, l'iritis est en général assez rare.

L'*anesthésie conjonctivale* que l'on observe au cours de la chorée est rattachée par la plupart des auteurs à l'hystérie. On sait, depuis les recherches de M. Babinski, qu'elle est due à une suggestion involontaire, inconsciente, exercée par le médecin sur ses malades. Quoi qu'il en soit, elle s'observe assez fréquemment, puisque nous l'avons notée 15 fois sur 20 cas personnels, en même temps que l'anesthésie pharyngée, qui reconnaît d'ailleurs la même pathogénie.

Les *troubles pupillaires* ne sont pas exceptionnels. Un cas célèbre de *chorée de l'iris* a été rapporté par Cadet de Gassicourt dans son *Traité des maladies de l'enfance*. Il s'agit, dans ce cas, d'un jeune garçon de onze ans qui, au cours d'une récidive de chorée, présenta les symptômes suivants :

Lorsque nous lui présentions un livre, il lisait en bredouillant un peu sans doute, mais sans trop de difficulté. Puis, tout à coup, il s'arrêtait en disant : « Je ne vois plus ». Quelques secondes s'écoulaient : « Je vois », disait-il, et il reprenait sa lecture pour l'interrompre de nouveau quelques instants plus tard. Or, si pendant cette expérience on examinait la pupille, on reconnaissait facilement que l'obscurcissement de la vision correspondait à une *dilatation de la pupille*, et que la vision redevenait distincte dès que cette dilatation avait cessé.

Longmead a, tout récemment, repris l'étude de la chorée de l'iris. Il admet que les mouvements étendus et rapides de l'iris, aussi bien que les secousses choréiques des muscles extrinsèques, entraînent des changements continuels dans l'éclairage de la rétine et nécessitent ainsi une accommodation toujours nouvelle. Les deux pupilles réagissent souvent d'une façon différente à l'accommodation, surtout en cas d'inégalité pupillaire, et c'est alors la plus large dont le mouvement est le plus lent. Fréquemment la contraction pupillaire est fugace, ou encore l'une des pupilles se dilate tandis que l'autre reste resserrée. Lorsqu'il y a inégalité pupillaire, c'est généralement la même pupille qui, d'un bout à l'autre de la maladie, reste plus large que l'autre. Dans nombre de cas, les pupilles sont excentriques (corectopie). Ces troubles ne paraissent affecter aucune prédilection pour le côté où les mouvements choréiques sont les plus intenses.

Enfin, M. le docteur Cruchet (de Bordeaux) a, à diverses reprises, attiré l'attention sur les alternatives de mydriase et de myosis (hippus), que l'on observerait assez fréquemment, d'après lui, dans la chorée. Un cas de ce genre a été signalé, il y a quelque temps, par R. W. Philip.

Dans nos observations, nous n'avons jamais trouvé mentionné l'existence de troubles des réflexes pupillaires; quant aux autres troubles pupillaires, nous les croyons aussi exceptionnels. Sur 27 cas, nous ne relevons que 2 fois la mydriase, 2 fois l'inégalité pupillaire et 3 fois l'hippus. En ce qui concerne ce dernier symptôme, l'un de nous a déjà eu l'occasion de dire (1), que, contrairement à l'opinion exprimée

(1) Nous adressons nos meilleurs remerciements à M. F. Terrier, ophtalmologiste des Enfants-Malades, qui a bien voulu se charger de ce soin.

(2) Les observations confirmatives paraîtront dans la thèse prochaine de l'un de nous (Bernard).

(1) L. BABONNEIX. Les réflexes dans la chorée, *Arch. de méd. des enf.*, n° 12, 1908.

par notre ami, M. Cruchet, son inconstance même empêche de lui accorder la moindre importance pour le diagnostic différentiel entre la chorée et les tics.

La *névrite optique* a été signalée par divers auteurs, et surtout par Bouchut, qui la rattache à l'hyperémie cérébro-spinale. Nous ne l'avons jamais observée. Sur 7 cas où l'examen du fond de l'œil a été fait par M. Terrier lui-même, nous notons que, 5 fois, cet examen fut complètement négatif. Dans un cas, on a trouvé un croissant de Fuchs, avec coude des vaisseaux de la papille; dans un autre, la papille était simplement un peu grise, sans plus; peut-être la névrite optique ne se voit-elle que dans ces formes de chorée vraie occasionnées par une méningite aiguë, comme dans le cas récent de MM. Lesné et Gaudeau.

Rappelons encore que Stevens avait attribué la chorée aux *troubles de la réfraction* et, particulièrement à l'hypermétropie : pour la guérir, *il* suffisait de faire porter aux malades des lunettes appropriées. Cette théorie a, depuis longtemps, été rejoindre celle de Sydenham, attribuant la maladie qui porte son nom à l'irruption, dans les nerfs, de quelque *matière peccante.*

Notons enfin que les *paralysies*, parfois observées au cours de la chorée, épargnent constamment les muscles de l'œil, et que, ni dans la littérature, ni dans nos souvenirs personnels, nous n'avons connaissance d'un cas de paralysie oculaire survenue au cours ou à la suite de la chorée.

L'ÉLECTROSE HUMAINE

Par Ed.-H. BLANC,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans le désir bien légitime de ne pas ajouter un terme nouveau au vocabulaire médical, j'aurais intitulé cette étude « électrolyse humaine », si ce dernier terme n'était trop précis pour faire la part des différences existant entre l'action des courants continus sur des corps inertes et celle qu'ils exercent sur un organisme vivant, et si, en outre, l'usage n'appliquait le terme d'électrolyse qu'à la destruction des poils, nævi, etc. L'expression « électrose » me paraît par contre avoir le mérite de rappeler, sans trop préciser, le mode d'action de ces courants sur le corps humain, action trop longtemps considérée comme mystérieuse et qui paraît aujourd'hui analogue, sinon identique, à l'électrolyse ordinaire. En résumé, le mot *électrose* rappelle une parenté étroite tout en écartant une similitude absolue avec l'électrolyse.

De nos jours encore les médecins ne songent guère à demander à leurs batteries électriques que des effets excito-moteurs sur des muscles paralysés, comme on le faisait déjà il y a cinquante ans. Ce n'est point là une action négligeable et ces contractions électriques ont souvent hâté des guérisons.

En dehors de ces cas de paralysie où le courant n'agit, en provoquant des contractions, qu'à l'instant même où on l'applique ou au moment précis où on le supprime, je crois traduire la pensée intime de l'immense majorité de mes confrères en disant qu'ils n'ont qu'une piètre confiance dans le courant électrique. La plupart d'entre eux ne l'emploient pas sous sa vraie forme de courant continu, et encore à des doses insignifiantes, et après avoir épuisé tous les autres moyens thérapeutiques. D'ailleurs ce recours ultime à l'électricité manque généralement de conviction, comme si l'on redoutait de saturer l'organisme d'un fluide inconnu dont il convient de se méfier.

Même appliqués dans ces conditions de défiance, sans méthode et sans dosage, les courants continus ont cependant procuré des guérisons incontestées. Je voudrais maintenant démontrer que, pour un certain nombre d'états morbides, l'électricité appliquée sous la forme de courants continus, c'est-à-dire sous une forme que la plupart des médecins ont les moyens matériels d'appliquer eux-mêmes, constitue un de nos plus puissants moyens thérapeutiques. Il suffit simplement d'employer ce vieux moyen avec des idées d'aujourd'hui et suivant une méthode nouvelle, qui exige généralement des courants de longue durée et de forte intensité.

Pour obtenir des résultats satisfaisants avec les courants continus, il faut d'abord renoncer résolument à y voir une force mystérieuse pouvant agir sur l'organisme à des doses ridiculement insuffisantes. Bornons-nous à constater que l'on peut considérer au point de vue physique l'ensemble du corps humain comme un milieu cloisonné, semi-liquide, où nos organes baignent dans une solution saline complexe dont leurs plus infimes particules sont elles-mêmes imprégnées. Sauf les téguments, qui opposent une certaine résistance au courant électrique, l'intérieur du corps humain et la plupart de nos viscères sont au contraire très perméables à ce courant, qui les pénètre facilement jusque dans leurs profondeurs. C'est dans ces conditions que celui-ci peut aisément effectuer dans l'intimité de ces mêmes organes des opérations d'électrolyse analogues à celles qui apparaissent sous nos yeux dans une cuve de laboratoire.

J'ai dit *analogues* et non point *identiques*. La séparation d'un élément chimique de ses combinaisons exige, on le sait, plus de 96 000 coulombs par équivalent. Or dans un traitement intensif complet, espacé sur dix à douze séances, le malade n'absorbe jamais plus de 1000 à 1200 coulombs et souvent 500 à 600 suffisent à produire un effet thérapeutique important.

Dans l'action des courants continus sur notre organisme, l'électrolyse est puissamment aidée, d'abord par la cataphorèse, dont nous allons parler, et probablement aussi par des courants autochtones, propres à tout organisme vivant et qui viendraient parachever une électrolyse ébauchée seulement et en quelque sorte mise en train par l'électricité d'origine extérieure.

Ces réserves indispensables posées, il suffit seulement de retenir ce fait que le courant, pénétrant les recoins les plus inexplorés de notre corps, y produit des décompositions chimiques. Sous l'influence de ces dissociations les résidus nocifs, générateurs de la goutte, de douleurs rhumatismales et de vieillesse prématurée, sont rendus plus solubles et conséquemment plus éliminables. C'est ce qu'on observe chez les sujets électrolysés.

Il faut en outre faire remarquer qu'à côté de son action électrolytique, le courant continu possède une action, dite de cataphorèse, qui tend à entraîner les molécules non décomposées par le courant vers

le pôle négatif. Cette propriété du courant paraît même plus importante que l'électrolyse elle-même. Pendant une séance prolongée d'électricité, ce déplacement moléculaire peut atteindre quelques millimètres. Est-il déraisonnable de supposer que cette cataphorèse peut venir chasser les déchets perdus dans les angles morts, les coins perdus de nos organes ou de nos jointures, hors de portée des dernières ramifications capillaires et les pousser pendant leur court voyage, sous l'influence du courant, dans le territoire drainé par quelque capillaire veineux ou lymphatique qui saura les diriger vers les émonctoires naturels?

En résumé, le courant exercerait sur les éléments histologiques et les liquides qui les imprègnent deux actions simultanées et parallèles très nettes : 1° l'une, action d'électrolyse, décomposant certaines substances en *ions*, lesquels se dirigent suivant leur polarité individuelle vers les régions du corps où sont appliquées les électrodes positive ou négative; 2° l'autre action, dite de cataphorèse, laquelle pousse en masse des molécules non décomposées dans la direction du pôle négatif. Voici ce que la physique nous enseigne et ce que la clinique nous confirme. Il n'est pas possible en effet pour un médecin ayant observé l'action des courants continus à dose suffisante de ne pas être frappé de l'analogie de cette action avec l'action qu'on pourrait obtenir par une sorte de massage histologique ou, si l'on veut me permettre une métaphore hasardeuse, un massage effectué par des myriades de vibrions microscopiques capables de faire individuellement la toilette et le nettoyage de nos cellules. Dans les cas bien choisis, ce résultat est constant et tout individu, pour qui le traitement est indiqué, se trouve en quelque sorte *dérouillé* après huit à dix séances espacées de deux en deux jours : les raideurs et les douleurs articulaires ou musculaires ont diminué ou disparu complètement, l'obésité de l'âge mûr s'est atténuée, la démarche est plus élastique; bref, il semble que ce massage interne a rajeuni le patient de plusieurs années. Faut-il ajouter que ces résultats peuvent être facilement contrôlés par tout médecin pourvu d'une bonne batterie, lui permettant de donner plusieurs séances de trente minutes au moins, avec une intensité minimum de 25 à 30 Ma (1).

En plus de leur action électrolytique, qui leur permet d'accomplir un véritable massage interne, les courants continus exercent-ils une action spéciale sur le système nerveux? J'ai déjà dit que les effets considérables observés sur la nutrition générale par le passage à travers l'organisme de 500 à 1000 coulombs seulement ne peuvent s'expliquer par l'électrolyse *non aidée* par quelque autre force adjuvante et c'est même pourquoi j'ai cru devoir créer le terme nouveau d'électrose. Il est donc bien probable, sans que nous puissions encore le prouver, que le système nerveux joue un rôle prépondérant dans la production des courants autochtones, lesquels achèvent des électrolyses que les courants d'origine externe n'ont pu qu'amorcer. Il est indéniable en tous cas, que bien souvent un courant, dirigé des pieds vers les mains, a pour effet de faciliter le sommeil, alors pourtant que le cerveau est, en pareil cas, assez éloigné du chemin parcouru par l'électricité. D'autre part, ces mêmes courants continus, dès qu'on change leur caractère en en faisant des courants interrompus environ 100 fois par seconde (courants de Leduc), ont une action des plus marquées sur les centres nerveux et provoquent rapidement un sommeil semblable à la narcose chloroformique, à laquelle ils se substitueront probablement en pratique, avant longtemps. Je ne fais que signaler ces circonstances exceptionnelles, parce que j'ai remarqué un amaigrissement extraordinaire et des plus rapides chez deux lapins endormis deux ou trois fois chacun pendant quelques minutes par l'application des courants Leduc. Il y eut donc un effet profond sur la nutrition, toujours dans le sens de l'amaigrissement, et en rapport avec l'action exercée sur le système nerveux. Je ne vois à ces faits qu'une explication, savoir : que le système nerveux joue un rôle auxiliaire considérable et répond merveilleusement, en véritable multiplicateur, à toute électrolyse provoquée par un courant d'origine extérieure.

Outre les effets de massage interne que tout médecin réalisera facilement, le praticien pourra obtenir également des effets constants et sûrs dans la régularisation des courants artériels et veineux avec une simple batterie et un galvanomètre lui permettant de doser son électricité, comme tout autre médicament d'ailleurs, conformément aux indications thérapeutiques.

Il est à peine croyable qu'on n'ait pas insisté depuis longtemps sur ce fait que la circulation est influencée si nettement par le courant continu, lequel, agissant par cataphorèse, refoule en masse les fluides de l'organisme vers le pôle négatif. On peut facilement s'assurer de la réalité de ce déplacement en une seule séance. Soit un double bain de pieds dans deux récipients différents : le pied négatif après trente minutes de courant de 30 à 40 Ma rentrera moins facilement dans sa bottine que celui correspondant au pôle positif. Nulle part cette action du courant n'est plus facile à apprécier que pour la région ano-rectale. On pourrait même dire que pour un homme en bonne santé, mais dont la circulation n'a pas conservé l'élasticité de la prime jeunesse, rien n'est plus facile que de se donner des hémorroïdes en deux ou trois séances d'électricité, courant descendant, à la dose de 30 à 40 Ma, pendant vingt à trente minutes. Je livre cette recette à ceux de mes confrères qui voisinent la quarantaine et désirent expérimenter sur eux-mêmes l'action des courants sur la circulation. Ceux qui en douteraient risquent d'être trop complètement convaincus, après expérience.

Des considérations qui précèdent, il ressort que les médecins praticiens pourvus de la batterie de 24 à 32 éléments, dont la plupart ont fait l'achat dès leur installation, sont à même non seulement de vérifier les faits énoncés ci-dessus, mais encore de rendre à leurs malades, qui leur en sauront gré, des services signalés en songeant à l'électricité, lorsqu'ils se trouvent en face des états morbides suivants :

1° Encrassement général de l'organisme, si commun dès l'âge moyen chez les personnes sédentaires et trop bien nourries, état se traduisant par une bouffissure générale, des douleurs musculaires ou articulaires, de l'essoufflement facile, etc.

2° Troubles circulatoires et, principalement chez les jeunes filles, des hémoptysies cataméniales ou bien femmes souffrant de poussées congestives au

(1) L'abréviation Ma signifie milli-ampère ou millième d'ampère, unité d'intensité adoptée par les médecins électriciens.

moment de la ménopause. On est toujours surpris de la rapidité avec laquelle les courants continus bien dirigés, c'est-à-dire de haut en bas, ont raison de ces perversions de la circulation sanguine. L'action sur les varices est moindre et en tout cas très lente ou même nulle lorsque l'infirmité dure depuis longtemps et que la paroi des veines est complètement modifiée; en pareil cas les courants ascendants sont seuls indiqués.

3° Les ankyloses, de la main surtout, suite d'écrasement ou d'un phlegmon des gaines tendineuses. Dans ces conditions, comme l'écrit le professeur Leduc (de Nantes), « l'action résolutive du courant n'est pas aléatoire, elle est régulière et sûre ». Seulement, en pareil cas, il est indispensable que la région ankylosée soit mise en rapport avec le pôle négatif et baignée, ou tout au moins humectée, d'une solution à 2 ou 3 p. 100 de NaCl. Cette action résolutive, si parfaite pour les articulations facilement accessibles au courant, est malheureusement presque nulle pour les jointures profondes telles que celle de la hanche et même celle de l'épaule; elle triomphe au coude, au poignet et à la main. L'effet est rapide; le plus souvent il suffit de moins de six séances de vingt minutes, avec 15 à 25 Ma.

Voilà déjà bien des choses utiles que le médecin-praticien peut, sans être spécialiste, demander à sa batterie électrique: nous avons déjà mentionné le massage interne, qui combat la rouille de l'organisme, l'action souvent décisive sur les troubles circulatoires, le traitement vraiment souverain des ankyloses. Nous pourrions ajouter à cette liste la constipation habituelle avec colite muco-membraneuse, nombre de névralgies où l'électricité triomphe après l'échec de toute autre thérapeutique. N'y a-t-il pas déjà de quoi décider un médecin à remettre en état une batterie négligée depuis trop longtemps. Je glisse rapidement sur les névrites, les paralysies, les atrophies musculaires ; ce sont là des états morbides fort difficiles à soigner, embarrassant souvent les spécialistes les plus avisés et les mieux outillés et c'est pour avoir généralement réservé les courants électriques à ce genre d'affections que la majorité des médecins s'est dégoûtée trop rapidement de l'électricité.

D'autre part, les électrolyses locales offrent un vaste champ d'action. Point n'est besoin d'être spécialiste pour électrolyser un urètre avec des sondes Béniqué reliées au pôle négatif d'une pile ou pour faire disparaître à l'aide d'une aiguille de platine des nævi ou des comédons pileux qui défigurent tant de visages.

Dans ces derniers cas il y a électrolyse véritable et non pas cette action complexe que j'appelle électrose où l'électrolyse est si puissamment aidée par la réaction de l'organisme.

Quand on se bornerait à s'occuper des cas énumérés plus haut, laissant les difficultés aux spécialistes bien outillés, ne vaut-il vraiment pas la peine de tenter un nouvel essai des courants continus ?

Je suppose que la plupart de mes confrères possèdent depuis longtemps une batterie électrique oubliée dans quelque coin; ceux-ci ne pourraient mieux faire qu'utiliser, après nettoyage, l'instrumentation qui se trouve déjà entre leurs mains.

Pour les médecins n'ayant point encore acquis le matériel indispensable et qui seraient tentés de faire un essai sérieux de l'électricité sous la forme de courants continus, je conseillerais volontiers les acquisitions suivantes :

1° Une batterie médicale au sulfate de mercure de 32 éléments, pouvant fournir de 43 à 45 volts. Cette batterie devrait être pourvue d'un galvanomètre dit apériodique, lequel pourrait à volonté être séparé de sa batterie, pour être utilisé d'une manière indépendante. Enfin, le modèle choisi aurait des éléments aussi volumineux que possible, car on leur demandera beaucoup de travail. Il faut toutefois que la batterie demeure transportable.

2° Un porte-aiguille avec aiguille en platine pour agir sur les nævi et autres petites tumeurs.

Naturellement, le fabricant fournira, avec la batterie, des cordons conducteurs et une paire de tampons garnis de peau de chamois. On peut utiliser ces tampons vieux modèle ; mais, d'une manière générale, les médecins feraient mieux aujourd'hui de fabriquer eux-mêmes leurs électrodes, soit avec un tissu spécial en coton hydrophile, soit avec du simple coton hydrophile réuni en gâteau de façon à former une surface bien plane pressant également partout. A la rigueur, on peut tailler de bonnes électrodes dans de la tarlatane préalablement dépouillée de son amidon par le lavage. L'électrode sera toujours fort épaisse et aussi large que possible, c'est le seul moyen d'éviter des escarres lorsqu'on emploie des courants suffisamment intenses.

Enfin, quand on veut administrer des courants de quelque importance, l'eau dans un seau ou une cuvette est encore l'électrode la plus sûre et la plus commode. C'est de cette façon que je fais passer le courant dans la plupart des cas. Le malade, préalablement déchaussé, place un ou deux pieds dans un ou deux récipients remplis d'eau chaude ordinaire, de même pour les mains : on fait ensuite passer le courant lequel peut être ascendant, descendant ou transversal, mais qui n'occasionne jamais de brûlures, bien que j'emploie couramment des intensités de 50 à 60 milliampères et même davantage.

D'ailleurs, l'instrumentation est facile à improviser. Même dans la plus pauvre chaumière, le médecin est sûr de trouver au moins deux baquets ou cuvettes, de quoi tremper deux extrémités : les deux mains, les deux pieds, ou encore une main et un pied. Il ne reste plus qu'à faire plonger un pôle dans une cuvette, le pôle opposé dans l'autre, suivant les indications, et à établir le courant qui agira aussi bien que si l'on disposait du matériel le plus moderne. Un bon galvanomètre est indispensable, car il est nécessaire de doser la quantité d'électricité employée à chaque séance, sous peine de faire du mauvais empirisme.

En somme, il s'agit de prendre quelques précautions, très élémentaires d'ailleurs, pour ne pas produire d'escarres, accident qu'un médecin pratiquant un peu l'électricité n'a plus le droit d'enregistrer de nos jours.

Ensuite nous faisons passer le courant. Que sera ce courant comme durée et intensité ?

Quand il s'agit de faire du massage interne et qu'on veut lutter contre les douleurs qui limitent les mouvements, l'obésité naissante qui alourdit la marche, d'autres symptômes enfin de torpeur des organes préparant une vieillesse prématurée, l'électricité agit à coup sûr; mais il en faut une dose suffisante et assez considérable pour fatiguer les vieilles batteries destinées à ne fournir que des secousses ou de courtes séances, avec faible intensité. Cette quantité d'électricité nécessaire pour rétablir le fonctionnement normal d'organes en-

crassés n'a jamais été, d'après mes observations, inférieure à 450 coulombs et a quelquefois atteint 900 et même 1 100 de ces unités électriques.

C'est justement cette question de dose qui proclame la proche parenté de l'électrose et de l'électrolyse. Quand les courants continus sont employés à faire de l'électrose, leur action est sans doute multipliée par celle du système nerveux. Cet effet, si mulplié soit-il, reste toutefois proportionnel aux doses d'électricité introduites et ces doses ne peuvent être négligeables si l'on veut obtenir un résultat. Par contre, sous forme de courants interrompus, on peut observer des effets considérables avec des doses d'électricité insignifiantes.

En général, je fais passer en pareil cas des deux pieds vers les deux mains un courant ascendant que j'élève progressivement à 50 milliampères. L'unité électrique appelée coulomb étant égale au débit d'un ampère par seconde, en faisant agir $\frac{50}{1000}$ soit 1/20 d'ampère, je ne fais traverser le corps du malade que par un coulomb pour chaque vingt secondes, soit finalement 3 coulombs par minute. Continuant la séance pendant trente minutes, je suis assuré que le malade a absorbé finalement 90 coulombs. Il revient tous les deux jours et je recommence. Souvent, après la quatrième ou cinquième séance, il y a un peu de fatigue, et un court réveil de douleurs comparable à ce qu'on observe dans les crises thermales. On continue cependant et l'amélioration commence à se dessiner nettement après la sixième séance, soit au bout de douze jours. Dans certains cas l'amélioration de la santé ne devient évidente que cinq à six jours après la cessation du traitement.

Avec des batteries médicales portatives au sulfate de mercure, même à 32 éléments, il serait bien difficile d'obtenir dans les conditions esquissées ci-dessus, une intensité dépassant 30 à 35 Ma. En pareil cas, on ne pourrait guère administrer plus de 2 coulombs à la minute, soit 60 coulombs seulement en une demi-heure. On peut alors, à son gré, pallier cet inconvénient soit en prolongeant la séance, soit en faisant des séances quotidiennes et en changeant alors chaque jour la main et le pied baignés dans les baquets par où entre et sort le courant traversant l'organisme, afin que les téguments ne s'irritent pas. Sauf rares contre-indications, le courant sera ascendant : pied positif, main négative. A la rigueur, on ferait quelques séances supplémentaires, si la batterie dont on dispose ne fournissait pas une intensité suffisante.

La seule condition qui importe réellement et que je réclame des confrères curieux d'expérimenter le massage interne, c'est d'administrer à leurs malades, en moins de trois semaines, une dose de courant allant de 500 à 900 coulombs, avant de juger ce nouveau procédé thérapeutique. Le calcul est facile : il suffit de noter à chaque séance et d'additionner ensuite suivant la méthode indiquée ci-dessus la quantité d'électricité qui a traversé le corps du patient à chaque séance. Agissant ainsi, il ne me paraît pas croyable qu'un médecin tarde à apprécier la valeur incomparable des courants continus appliqués à haute dose et avec une persévérance systématique, bien que les courants nécessaires imposent un travail extraordinaire aux piles médicales usuelles, dont les zincs s'useraient bien vite au régime que je veux leur imposer.

Peu importe d'ailleurs la fatigue et l'usure rapide des batteries ! Les guérisons amènent le succès. Il est donc légitime de supposer que les confrères ayant réussi ne seront point embarrassés pour renouveler leur matériel et donner bientôt à domicile des séances qui fatigueront moins leur appareil, soit parce qu'ils pourront utiliser le courant servant à l'éclairage de la ville, soit parce qu'ils installeront chez eux de grosses piles non portatives (type Leclanché ou de préférence Lalande) leur fournissant sans fatigue et presque sans surveillance de grosses quantités d'électricité à bon marché, pendant de longs mois.

Le traitement des troubles circulatoires est des plus simples : il consiste à appliquer le pôle négatif auprès de la région qu'on veut congestionner. Quand il s'agit de faire reprendre aux règles leur voie normale, chez une jeune fille sujette à des hémoptysies cataméniales, il est prudent, par exemple, de placer l'électrode négative sur la région sacrée, mais pas trop bas toutefois par crainte de faire apparaître des hémorrhoïdes en même temps que le flux sanguin désiré. Chez des femmes en crise de ménopause, souffrant de poussées sanguines vers les poumons ou le cerveau, on pourra agir de même, ou bien faire d'un tampon de coton appliqué contre le col utérin l'électrode négative. Dans les cas de ce genre, un courant de 20 à 30 Ma suffit généralement et cela après très peu de séances. L'action des courants continus sur la circulation est une action rapide.

Pour ne pas donner à cet article des proportions excessives, je ne puis insister davantage sur des détails d'application décrits en détail dans la plupart des *Traités d'électricité médicale*, et je croirai avoir atteint mon but, si j'ai réussi à convaincre quelques confrères de l'utilité du massage interne par le moyen des courants continus et de sa puissante action si généralement ignorée, pour rajeunir en quelque sorte nombre de personnes d'âge mûr. L'action rapide des courants continus sur la circulation générale est également un fait mal connu en France ; enfin, il ne me paraît pas superflu de contribuer à faire connaître, après M. Leduc, l'action résolutive rapide du pôle négatif dans les ankyloses.

J'espère qu'un certain nombre de médecins auront la curiosité de vérifier ces affirmations. Ils pourront le faire d'autant plus facilement que la plupart d'entre eux possèdent déjà l'instrumentation nécessaire et que cette vérification n'entraînera pour eux aucune dépense. D'autre part, je puis les assurer que, s'ils prennent des précautions élémentaires pour éviter des escarres, leurs clients ne seront point incommodés le moins du monde par les fortes doses de courant continu préconisées dans cette étude, sauf quelquefois un peu de fatigue et de douleurs articulaires après la cinquième ou sixième séance, phénomènes qui disparaissent rapidement et d'une manière spontanée sans qu'il ait jamais été nécessaire de suspendre le traitement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1909)

Séance aussi courte que la dernière. A peine une dizaine de membres dans la salle. La tribune des journalistes vide ou à peu près, celle du public inoccupée. Un rapport officiel sur les eaux minérales et un rapport de M. PERIER sur une

communication de M. Sieur et sur un travail de MM. Guisez et Delherm. Si l'habitude du travail se perd à l'Académie, celle des vacances s'accroît chaque année. Fidèle à notre poste, voici ce que nous avons entendu du rapport de M. Perier :

Sténose du larynx. — M. Sieur a communiqué deux cas de sténose du larynx qu'il a traités avec succès par la laryngotomie et la dilatation caoutchoutée. Il s'agit de deux jeunes militaires dont l'un avait eu une fracture du larynx par morsure de cheval et l'autre une phlegmasie infectieuse grave du larynx au cours d'une fièvre typhoïde. Chez ces deux malades une trachéotomie d'urgence a dû être pratiquée. Dans le premier cas, celui de la fracture du larynx, les suites ont été très simples. Il n'en fut pas de même chez le second malade qui fut, pendant dix-huit mois, l'objet des soins les plus assidus.

Des diverses méthodes de traitement qui ont été proposées pour ces cas, M. Sieur a choisi l'intervention par voie externe avec ou sans dilatation consécutive. Ce traitement consiste à pratiquer, après la trachéotomie qui a dû être faite d'urgence, une laryngotomie permettant de placer la canule en bas et de procéder ensuite à la dilatation progressive du larynx par des drains en caoutchouc rouge. Il faut agir très lentement dans cette dilatation. M. Sieur a obtenu un très bon résultat chez les deux jeunes militaires dont il rapporte les observations.

Traitement curatif des spasmes graves de l'œsophage. — Dans son second rapport, M. Perier analyse un travail de MM. Guisez et Delherm ayant pour titre : Traitement curatif des spasmes graves de l'œsophage, utilité de l'œsophagoscopie dans la cure de ces spasmes graves de l'œsophage. On connaît les fâcheuses conséquences de ces spasmes graves œsophagiens : rétro-dilatation, résistance au passage des aliments, dysphagie, régurgitation, vomissements, évacuation de la poche œsophagienne, inanition, cachexie. Il importe de déterminer la cause de ces spasmes. Pour cela, le cathétérisme et la radioscopie sont insuffisants. L'œsophagoscopie permet de fixer le diagnostic. Il permet de constater tout d'abord si le siège du rétrécissement spasmodique siège en haut du côté du pharynx ou en bas du côté du cardia. Sur 220 examens pratiqués par M. Guisez, sur des malades chez lesquels on avait diagnostiqué un cancer, 18 fois l'œsophagoscopie a montré que ce diagnostic était erroné; une fois qu'on est bien fixé sur le siège du rétrécissement, on procède à la dilatation progressive de la partie rétrécie. Quand le rétrécissement siège au niveau des deux orifices, le supérieur et l'inférieur, on commence par dilater le supérieur.

En résumé, on peut commencer l'exploration de la région par la radioscopie, puis l'œsophagostomie intervient pour préciser la nature du rétrécissement et assurer le début de la dilatation.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LE MASSAGE GYNÉCOLOGIQUE

Par M. Parmain.

Le massage gynécologique est né en Suède comme d'ailleurs presque tous les principes de la gymnastique médicale. Mais depuis Thure-Brandt, qui le premier eut l'idée d'associer à la gymnastique le massage abdominal et utérin pour traiter les déviations métritiques, beaucoup de médecins (en particulier Stapfer) ont précisé les indications, les procédés opératoires et aujourd'hui, la kinésithérapie est utilisée par tous les gynécologues.

L'action physiologique du massage est surtout vasculaire. Il met en jeu un puissant réflexe cardio-vasculaire ayant son point de départ électif dans les plexus abdominaux ou abdomino-pelviens. Par ce moyen, il favorise la circulation, régularise le cours du sang et diminue la congestion chronique des organes génitaux.

En second lieu, la kinésithérapie gynécologique conserve et rend aux ligaments suspenseurs leur indispensable souplesse élastique. Elle modifie les sécrétions et favorise la résorption des produits morbides, l'atténuation de la douleur.

Enfin, elle dissipe les infiltrations, les œdèmes et permet de rompre les adhérences pathologiques, les néo-membranes qui maintiennent en position vicieuse les trompes et l'utérus.

Mais il faut bien savoir qu'en dépit des affirmations de certains auteurs, le massage gynécologique peut devenir dangereux. C'est une arme à double tranchant qu'il faut bien savoir manier. L'application de ce procédé thérapeutique doit toujours être *prudente* et *réservée*, car bien souvent le massage n'a eu d'autres résultats que de réveiller une inflammation éteinte ou de donner un coup de fouet à une congestion profonde d'appréciation difficile.

Il existe un bon moyen pratique de se prémunir contre ces accidents, c'est d'instituer, au préalable, un traitement décongestif, résolutif. Pendant huit ou quinze jours, il est utile de porter sur le col utérin un tampon quotidien fortement imprégné de glycérine thigénolée dans la proportion de 40 p. 60, ou bien de faire placer chaque soir, au coucher, par les malades un ovule Roche à 30 p. 100 de thigénol.

Sous l'influence de ce remède, on constatera l'apparition d'écoulements séreux abondants qui amèneront, en huit à quinze jours, une décongestion énergique des organes pelviens. Les symptômes douloureux disparaîtront aussi, et le massage abdomino-utérin pourra dès lors intervenir sans dangers.

Lors même que le médecin n'aura à redouter aucun inconvénient en utilisant d'emblée la kinésithérapie, il se trouvera toujours bien de lui associer l'action résolutive et analgésique du thigénol.

Il remarquera, en effet, que le poids de l'utérus, son volume diminueront et qu'ainsi le redressement de l'organe deviendra plus facile. Il remarquera surtout, que la réduction utérine se maintiendra plus aisément et que les œdèmes pelviens s'effaceront d'une manière plus rapide.

En somme, nous ne pensons pas que l'on doive utiliser le massage gynécologique isolément et nous prétendons que, *dans tous les cas*, il doit être précédé et accompagné de pansements résolutifs qui le rendent plus efficaces et sans dangers.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — Programme du cours d'instruction sur le service de santé en campagne créé en exécution de l'instruction ministérielle du 10 février 1909 pour les officiers du cadre auxiliaire du service de santé, affectés en cas de mobilisation a des formations sanitaires de campagne. — Le cours comprendra deux séries :

a. Du 1er au 22 mai, pour les officiers de réserve;

b. Du 14 au 22 mai, pour les officiers de l'armée territoriale.

1er mai : *Matin*, Val-de-Grâce, neuf heures. Séance d'ouverture. Exposé du programme. Répartition du personnel entre les formations. A l'issue de la conférence, réunion des chefs de formations et des officiers d'administration gestionnaires. — Tous les officiers convoqués et les officiers volontaires se présentent au directeur technique.

Soir, Val-de-Grâce, deux à quatre heures. A la disposition des chefs de formation. — Tous les officiers convoqués.

Val-de-Grâce, quatre à cinq heures. Etat major et services. Conférence spéciale n° 1. — Médecins du cadre actif.

2 mai : dimanche, repos.

3 mai : *Matin*, Val-de-Grâce, huit heures à neuf heures et demie. Conférence sur la mobilisation. — Tous les officiers convoqués.

Val-de-Grâce, dix à onze heures. Expertise rapide des denrées alimentaires en campagne. — Tous les officiers convoqués.

Soir, Val-de-Grâce, deux heures. Lecture des cartes. — Tous les officiers convoqués.

Val-de-Grâce, quatre à cinq heures. Le théâtre des opérations. Conférence spéciale n° 2. — Médecins du cadre actif.

4 mai : *Matin*, huit heures à midi, le lieu de réunion sera indiqué la veille. Etude de la carte d'après le terrain. — Tous les officiers convoqués.

Soir, Val-de-Grâce, deux heures et demie. Alimentation en campagne. Réquisition. — Tous les officiers convoqués.

Val-de-Grâce, quatre à cinq heures. Service de santé pendant la période préparatoire au combat. Conférence spéciale n° 3. — Médecins du cadre actif.

5 MAI : *Matin*, Val-de-Grâce, huit heures. Constitution générale d'une armée. Les ordres. — Tous les officiers convoqués.

Soir, Val-de-Grâce, deux heures et demie. Notions sur le combat. — Tous les officiers convoqués.

Val-de-Grâce, quatre à cinq heures. Personnel de direction du service de santé en campagne. Conférence spéciale n° 4. — Médecins du cadre actif.

6 MAI : *Matin*, Val-de-Grâce, huit heures. Fonctionnement général du service de santé en campagne. — Tous les officiers convoqués.

Soir, Val-de-Grâce, deux heures et demie. Décès. Formalités administratives. Assainissement du champ de bataille. — Tous les officiers convoqués.

Val-de-Grâce, quatre à cinq heures. Relations du service de santé avec le commandement. Conférence spéciale n° 5. — Médecins du cadre actif.

7 MAI : *Matin*, Docks du service de santé, de huit à dix heures. Composition de l'ambulance divisionnaire. Composition de l'ambulance de corps. Composition de l'hôpital de campagne. Composition de l'hôpital d'évacuation. — Officiers attachés à chacune des formations.

Soir, Docks du service de santé, deux à quatre heures. Comme le matin. — Officiers attachés à chacune des formations.

Val-de-Grâce, cinq à six heures. Service de santé de l'avant pendant le combat. — Médecins du cadre actif.

8 MAI : *Matin*, comme le 7 matin.

Soir, comme le 7 soir.

Val-de-Grâce, cinq à six heures. Le feu, les pertes. Ressources du service de santé de l'avant. — Médecins du cadre actif.

9 MAI : dimanche, repos.

10 MAI : Docks du service de santé, neuf à trois heures. Exercice de mobilisation pour toutes les formations. — Tout le personnel des formations.

Docks du service de santé, trois heures. Exposé et critique. — Tout le personnel des formations.

Val-de-Grâce, cinq à six heures. Le service de santé de l'arrière. — Médecins du cadre actif.

11 MAI : Vanves, de neuf à trois heures. Exercice de cantonnement pour toutes les formations. — Tous les officiers convoqués.

Mairie de Vanves, trois heures. Exposé et critique des opérations. — Tous les officiers convoqués.

Val-de-Grâce, cinq à six heures. Service de santé après le combat. — Médecins du cadre actif.

12 MAI : *Matin*, Val-de-Grâce, huit à dix heures. Fonctionnement de l'ambulance divisionnaire et de corps. Fonctionnement de l'hôpital de campagne. Fonctionnement de l'hôpital d'évacuation. — Officiers de ces formations.

Soir, Val-de-Grâce, deux à quatre heures. Comme le matin. — Officiers de ces formations.

Val-de-Grâce, cinq à sept heures. Exercice sur la carte. — Médecins du cadre actif.

13 MAI : *Matin*, Val-de-Grâce, huit à dix heures. Relèvement de l'ambulance divisionnaire et de corps. Libération de l'hôpital de campagne. Libération de l'hôpital d'évacuation. — Officiers de ces formations.

Soir, Docks du service de santé, deux à quatre heures. Manœuvre du brancard et des appareils. — Tous les officiers convoqués.

Val-de-Grâce, cinq à sept heures. Exercice sur la carte. — Médecins du cadre actif.

14 MAI : *Matin*, Docks du service de santé, huit à dix heures. Chargement des voitures. Montage des tentes Tortoise (ambulances divisionnaire et de corps). — Officiers de ces formations.

Val-de-Grâce, huit à dix heures. Pièces à établir par l'hôpital de campagne (première série). — Officiers de ces formations.

Val-de-Grâce, huit heures. Exposé du programme. Conférence sur la mobilisation. — Officiers de la deuxième série.

Soir, Docks du service de santé, deux à quatre heures. Aménagement des moyens de transport (ambulances divisionnaire et de corps). — Officiers de ces formations.

Val-de-Grâce, deux à quatre heures. Pièces à établir par l'hôpital de campagne (première série). — Officiers de ces formations.

Val-de-Grâce, deux heures. Fonctionnement général du service de santé en campagne (deuxième série). — Officiers de la deuxième série.

Val-de-Grâce, cinq à sept heures. Exercice sur la carte. — Médecins du cadre actif.

15 MAI : *Matin*, Val-de-Grâce, huit à dix heures. Pièces diverses à établir par les ambulances divisionnaire et de corps. — Officiers de ces formations.

Docks du service de santé, huit à dix heures. Composition de l'hôpital de campagne (première et deuxième séries). Composition de l'hôpital d'évacuation (deuxième série). — Officiers de ces formations.

Soir, Val-de-Grâce, deux à quatre heures. Pièces à établir par les ambulances. — Officiers des formations.

Docks du service de santé, une à trois heures. Opérations de mobilisation d'un hôpital de campagne (première et deuxième séries). — Officiers des formations.

Val-de-Grâce, deux heures. Conférence sur les évacuations. — Officiers de l'hôpital d'évacuation.

Val-de-Grâce, quatre heures. Alimentation en campagne. Réquisition. — Officiers de la deuxième série.

Val-de-Grâce, cinq à sept heures. Exercice sur la carte. — Médecins du cadre actif.

16 MAI : *Matin*, huit à onze heures. Le point de réunion sera fixé la veille. Lecture de la carte d'après le terrain. — Officiers de la deuxième série.

Soir, repos.

17 MAI : *Matin*, mairie de Choisy-le-Roi, huit heures quarante-cinq. Exercice de cadres de neuf à trois heures. Voir le programme général des exercices d'application. — Tous les officiers.

Soir, mairie de Choisy, trois heures. Exposé et critique des opérations, retour à Paris. — Tous les officiers.

18 MAI : *Matin*, Belle-Epine, neuf heures. Exercice comme la veille soir. — Tous les officiers.

Soir, mairie de Chevilly, trois heures. Exposé et critique des opérations, retour à Paris. — Tous les officiers.

19 MAI : Opérations préparatoires à la manœuvre de garnison. *Matin*, Docks du service de santé à Vanves, huit à onze heures. Chargement complet des formations. Ambulances divisionnaire et de corps. Hôpital de campagne. — Officiers des formations.

Soir, Docks du service de santé, midi et demi. Rassemblement des formations et inspection du directeur technique. — Officiers des ambulances et de l'hôpital de campagne.

Docks du service de santé, une heure. Départ pour Thiais.

Docks du service de santé, deux heures trente. Chargement de l'hôpital d'évacuation. — Officiers de l'hôpital d'évacuation.

20 MAI : *Matin*, Docks du service de santé, six heures. Départ de l'hôpital d'évacuation pour Choisy-le-Roi. — Officiers de l'hôpital d'évacuation.

Soir, Valenton et Choisy. Opérations de l'hôpital d'évacuation à son arrivée. — Officiers de l'hôpital d'évacuation.

Manœuvre de garnison. Fonctionnement du service régimentaire, des ambulances et de l'hôpital de campagne (voir le programme général des exercices d'application).

Réunion de tous les officiers convoqués ne faisant pas partie des formations et des officiers volontaires, place de la Mairie, Choisy-le-Roi, à huit heures trente.

21 MAI : Manœuvre de garnison. Fonctionnement de l'hôpital d'évacuation. Fonctionnement de l'hôpital de campagne immobilisé. Fonctionnement des ambulances.

Réunion de tous les officiers convoqués ne faisant pas partie des formations et des officiers volontaires, à la Belle-Epine ferme, sept heures.

22 MAI : *Matin*, reploiement du matériel. Retour aux Docks. Dislocation.

Soir, Val-de Grâce, quatre heures. Séance de clôture. — Tous les officiers.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIE INFANTILE
(ÉTIOLOGIE, SYMPTOMES & DIAGNOSTIC)

I. ÉTIOLOGIE. — 1° CAUSES OCCASIONNELLES. — L'éruption dentaire, le froid, le traumatisme précèdent souvent, mais non toujours, la paralysie infantile.

2° CAUSES PRÉDISPOSANTES. — *Age* : elle s'observe surtout dans les deuxième et troisième années, rarement avant, quelquefois après. — *Sexe* : l'influence du sexe est peu importante, bien que pour certains auteurs, la maladie soit plus fréquente chez les garçons. — *Hérédité* : la prédisposition héréditaire joue un rôle incontestable (Déjerine), la dégénérescence nerveuse étant confirmée par l'existence, chez les parents, de maladies nerveuses ou mentales.

3° CAUSE DÉTERMINANTE. — De nombreux arguments établissent l'origine *infectieuse* de la paralysie infantile (Pierre Marie) : *a.* l'apparition fréquente dans le cours ou à la suite d'une maladie infectieuse (scarlatine, rougeole, variole, fièvre typhoïde, angine, coqueluche); *b.* l'allure clinique du début, qui s'accompagne de fièvre et de symptômes généraux; *c.* le caractère *épidémique* observé par de nombreux auteurs; *d.* l'association à des symptômes de méningite cérébro-spinale et la constatation dans le liquide céphalo-rachidien d'un méningocoque (Schultze, Rendu); *e.* l'origine probablement vasculaire des lésions (P. Marie).

II. SYMPTOMES. — Il est classique de diviser en quatre phases l'évolution de la maladie :

1° PÉRIODE D'INVASION. — Le début est ordinairement brusque; la fièvre s'élève à 39-40 degrés et s'accompagne de symptômes généraux, les uns d'ordre nerveux : rachialgie, somnolence, agitation, convulsions; les autres d'ordre digestif : inappétence, vomissements, diarrhée.

Cette période dure vingt-quatre à quarante-huit heures, la fièvre tombe, la paralysie apparaît. La fièvre peut faire défaut, l'enfant est trouvé paralysé au réveil, c'est la paralysie *du matin* de West.

2° PÉRIODE DE PARALYSIE. — La paralysie atteint d'emblée son maximum d'extension et d'intensité, et elle frappe avant tout les membres : quadraplégie, paraplégie, plus rarement hémiplégie (qui peut être alterne), ou monoplégie. Les muscles du tronc et du cou sont rarement envahis : on observe alors l'impossibilité de rester assis et de tenir la tête, la gêne respiratoire.

Les membres atteints sont incapables d'aucun mouvement; les muscles sont mous, relâchés; les *réflexes* tendineux sont abolis et les réflexes cutanés diminués ou absents. La paralysie est essentiellement flasque.

La *sensibilité* objective reste normale sous tous ses modes; par contre, il existe souvent des douleurs intenses (forme douloureuse, pseudo-rhumatismale). Les *sphincters* sont intacts. Déjà on peut constater sur certains muscles une diminution des contractilités *faradique* et *galvanique*.

La mort peut survenir à ce moment, mais le plus souvent les symptômes généraux s'effacent, et peu à peu, la paralysie va rétrocéder, pour se cantonner sur une partie du corps. Il est possible que la paralysie disparaisse sans laisser de traces (paralysies *temporaires* de Kennedy).

3° PÉRIODE DE RÉGRESSION. — Au bout de quelques jours, la paralysie abandonne progressivement les régions d'abord atteintes et elle persiste au contraire sur certains muscles, localisation que permet dans une certaine mesure de préciser l'examen électrique : les muscles dont la contractilité s'altère sont voués à la paralysie définitive, laquelle s'installe de préférence sur certains groupes musculaires.

Au *membre supérieur* ce sont, par ordre de fréquence, le deltoïde, sa portion claviculaire, le triceps, l'extenseur commun, l'extenseur propre du pouce, les muscles de l'éminence thénar et hypothénar. Au *tronc*, les muscles des gouttières vertébrales, le grand dentelé, en totalité ou en partie, le trapèze (sauf le faisceau innervé par le spinal). A la *face*, la paralysie est très rare; le facial, la sixième paire, l'hypoglosse, le X peuvent être atteints; au *membre inférieur*, le long péronier latéral, l'extenseur propre du gros orteil, le jambier antérieur, l'extenseur commun des orteils.

On voit que les muscles de l'extrémité du membre sont plus souvent pris que ceux de la racine. Au membre supérieur on peut voir alors réalisé le *type scapulo-huméral* (groupe Duchenne-Erb) simulant une paralysie *radiculaire* (cinquième et sixième cervicales).

La symptomatologie reste avant tout *motrice*; la paralysie demeure *flaccide*, et, signe capital, s'accompagne de la RÉACTION DE DÉGÉNÉRESCENCE.

4° PÉRIODE D'ATROPHIE AVEC DÉFORMATION DES MEMBRES. — Cette période est caractérisée :

a. Par l'*atrophie* des muscles définitivement paralysés et les déviations résultant de cette atrophie. L'atrophie, qui commence vers le deuxième mois, réduit le muscle à une simple lame fibreuse. Les muscles antagonistes deviennent prédominants, d'où certaines déformations : *pied-bot paralytique* en équin pur ou varus-équin, luxation congénitale de la hanche (pour certains auteurs), scoliose, lordose, cyphose, main-bote.

b. Par l'*arrêt de développement* du ou des membres, ou segments de membres atteints; il est naturellement d'autant plus frappant que le sujet a été atteint plus jeune. Il existe des troubles trophiques profonds portant sur tous les tissus : la *peau* est lisse, amincie, cyanosée; elle est le siège fréquent d'éruptions, de purpura, d'escarres; les poils sont très développés; l'*adipose* sous-cutanée est fréquente (d'où aspect hypertrophique de la paralysie); les *ligaments* articulaires sont relâchés (membres de polichinelle); les *os* sont atrophiés dans leur longueur et dans leur épaisseur (examen radiographique); ils sont fragiles (fractures spontanées).

Ces déformations sont plus ou moins accusées suivant les cas; dans les formes graves, l'usage d'un membre peut être totalement supprimé, la marche impossible (cul-de-jatte), ou très difficile (pied-bot).

III. DIAGNOSTIC. — 1° A LA PÉRIODE DE DÉBUT, le diagnostic est très difficile, les symptômes étant ceux de la plupart des infections à la phase d'invasion. La méningite cérébro-spinale et le rhumatisme peuvent prêter à confusion.

2° A la PÉRIODE DE PARALYSIE GÉNÉRALISÉE, le diagnostic est à faire avec : la *polynévrite aiguë*, ici la paralysie est ordinairement symétrique, il existe des troubles de la sensibilité objective; la *myélite aiguë* diffuse, il y a des troubles de la sensibilité et des sphincters; la *paralysie hystérique*, accompagnée de son anesthésie spéciale, les réflexes sont respectés.

3° A la PÉRIODE DE PARALYSIE LOCALISÉE, le diagnostic est plus aisé. La *pseudo-paralysie syphilitique* de Parrot se reconnaîtra par les douleurs très vives siégeant au niveau des cartilages de conjugaison. La *paralysie douloureuse* des jeunes enfants relève d'un traumatisme. La *paralysie obstétricale du plexus brachial*, qui peut revêtir les types radiculaires supérieur ou inférieur, relève de son étiologie spéciale et s'accompagne de troubles sensitifs radiculaires. L'*hémiplégie cérébrale infantile*, la maladie de Little se distinguent par l'existence de la contracture. Une *névrite*, toxique ou infectieuse, se reconnaîtra grâce à la distribution périphérique des signes moteurs et sensitifs, à l'évolution favorable. Signalons encore le *pied-bot congénital*, facilement reconnaissable. Le diagnostic avec les diverses *amyotrophies* est parfois délicat. Dans la *myopathie primitive* (types Landouzy-Déjerine, Erb ou Möbius) le début se fait par la racine des membres ou la face, l'évolution est progressive, les réactions électriques conservées. Dans la forme de Werdnig-Hoffmann, elles sont atteintes, mais le caractère familial fera faire le diagnostic. Enfin il faut ajouter que *chez l'adulte* qui a été atteint autrefois de paralysie infantile, par une sorte de reprise des lésions, on peut voir se développer une atrophie musculaire, revêtant le plus souvent le type Aran-Duchenne.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


RIGOUREUSEMENT EXEMPT DE TOUS GERMES NOCIFS
SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN
MUSCULOSINE
BYLA
LE FLACON 500 cmc 8 FRANCS
LE ½ FLACON 250 cmc 4 FR 50
PLASMA MUSCULAIRE AU MAXIMUM DE PURETÉ E D'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE CONTRÔLÉES
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE
GENTILLY (SEINE)
AUTORISÉS PAR LE GOUVERNEMENT POUR LA PRÉPARATION DES PRODUITS ORGANIQUES

N° 44. — SAMEDI 17 AVRIL 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 17 AVRIL 1909. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1909-1910. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1909-1910, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1909) : internes et internes provisoires, le mardi 27 avril, à une heure et demie;

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 mai 1909) : ceux de septième année (militaires), de sixième, de cinquième et de quatrième année (externes ayant concouru en 1902, 1903, 1904, 1905), le samedi 1er mai, à une heure et demie; — ceux de troisième année (externes ayant concouru en 1906), le lundi 3 mai, à une heure et demie; — ceux de deuxième année (externes ayant concouru en 1907), le mercredi 5 mai, à une heure et demie; — ceux de première année (externes ayant concouru en 1908), le vendredi 7 mai, à une heure et demie.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Un concours s'ouvrira le 25 octobre 1909 devant l'Ecole préparatoire de médecine d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 15 avril publie un décret modifiant le décret du 25 novembre 1889, relatif au service médical dans les garnisons.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Roux.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Clairon, Guitton, Vincent et Sisco.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Duchâteau, Cristol, Goéré, Bourges.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le concours ouvert le 29 mars au ministère de l'Intérieur pour une place d'inspecteur départemental d'hygiène dans la Loire s'est terminé par la nomination de M. le docteur Emeric (de Lyon).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Berne, Doury, Jay, Lambert, Mortier, Quennec, Valude, Vieubled (de Paris), Borello (de Saint-Paul-de-Fenouillet), Caze (de Plélan-le-Grand), Debrigode (de Taverny), Estourneau de Tersannes (de Saint-Méen).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Belgodère, Bernheim, Blanche, Bouchard, Dethan, Grillat, Guillon, Lièvre, Mazeran, Morin, Pascal, Quesnot, Roulin, Rousseau, Schwarzschild, Vidaillet (de Paris), Barret, médecin-major de la marine; Bréal (de Jauzé), Dambrin (de Toulouse), Hasle (de Savenay), Malafosse, médecin-major de l'armée; Nicole (d'Antrain).

— Le *Journal officiel* publie un erratum au sujet de la dernière promotion d'officiers d'académie : M. le docteur Geoffroy Saint-Hilaire (de Paris), porté sur cette liste, est nommé officier de l'Instruction publique.

COMMISSION DES PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE POUR 1909. — *Prix de l'Académie.* — MM. Duguet, Landouzy, Letulle.

Prix Alvarenga. — MM. Bucquoy, Kermorgant, Bar.

Prix Apostoli. — MM. d'Arsonval, Grehant, Béclère.

Prix Audiffred. — MM. Duguet, Railliet, Troisier, Malassez, Reclus, Chantemesse.

Prix Barbier. — MM. Chantemesse, Troisier, Balzer.

Prix Bourceret. — MM. Huchard, Farabeuf, Dastre.

Prix Buignet. — MM. Gautier, Guignard, Chauffard, Weiss, Henneguy, Meillère.

Prix Chevallier. — MM. Lanceraux, Kaufmann, Widal.

Prix Civrieux. — MM. Hayem, Troisier, Déjerine.

Prix Clarens. — MM. Vallin, Fernet, Vincent.

Prix Daudet. — MM. Vaillard, Cadiot, Quénu.

Prix Desportes. — Section de thérapeutique.

Prix Godard. — MM. Lucas-Championnière, Richelot, Peyrot.

Prix Guzman. — MM. Malassez, Huchard, Henneguy.

Prix Herpin (de Genève). — MM. Dieulafoy, Magnan, Raymond.

Prix Itard. — MM. Debove, Bourquelot, Chauffard.

Prix Laborie. — Section de chirurgie.

Prix Larrey. — MM. Besnier, Laveran, Vincent.

Prix Laval. — MM. Pinard, Magnan, Landouzy.

Prix Lorquet. — MM. Bouchard, Magnan, Richer.

Prix Meynot. — MM. Delorme, Benjamin, Weiss.

Prix Monbinne. — MM. Lannelongue, Ed. Perrier, Kermorgant.

Prix Portal. — MM. Malassez, Gley, Letulle.

Prix Ricord. — MM. Fournier, Netter, Balzer.
Prix Tarnier. — MM. Porak, Champetier de Ribes, Doléris.
Prix Vernois. — MM. Roux, Chantemesse, Thoinot.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — Ordre du jour de la séance du 22 avril :

I. Communications : 1° M. G. Rosenthal : Bronchopneumonie gangréneuse (recherches sur le cycle bactérien); — 2° M. Maurice Faure : Sur l'emploi des injections fortes de mercure ; — 3° M. Maurice Faure : Sur l'évolution contemporaine des stations thermales et des stations de cure.

II. A cinq heures et demie, conférence par M. le docteur Guisez : De l'œsophagoscopie, ses indications et résultats.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La Société clinique de médecine mentale se réunira à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, amphithéâtre du service de l'admission, le lundi 19 avril 1909, à trois heures et demie précises.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — Le banquet de la Société aura lieu le jeudi 29 avril à sept heures et demie du soir sous la présidence de M. Edm. Perrier, membre de l'Institut.

A l'issue du banquet on décernera les récompenses accordées à la suite du concours de 1908 sur les habitations des marins-pêcheurs. Les lauréats sont : MM. les docteurs Houzel (de Paris) ; Mevel (de Douarnenez) ; Thésée (de Brest) ; l'abbé Cremon, aumônier des œuvres de mer.

AMERICAN PROCTOLOGIC SOCIETY. — Le XI[e] Congrès annuel de la Société aura lieu les 7 et 8 juin 1909, à Atlantic City N. J., sous la présidence du docteur Georges B. Evans (de Dayton-Ohio).

ÉCOLE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE. — Les cours de la série d'été, à l'usage des médecins praticiens et des étudiants, s'ouvriront le 1[er] mai prochain, à quatre heures, 18, rue du Luxembourg.

Ces cours, au nombre de vingt, seront essentiellement pratiques et se feront pendant mai et juin, avec présentation de malades et application de traitement par les élèves. Ils comprendront les principales spécialités : chirurgie pratique et traumatique, maladies des voies urinaires, accouchements, chirurgie infantile et orthopédie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie dentaire, clinique thérapeutique et hygiène alimentaire, médecine infantile, puériculture, diphtérie, maladies du système nerveux, maladies de la peau, électrothérapie, radiothérapie, massage, déontologie médicale.

Droit d'inscription : 40 francs pour l'ensemble des cours.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Rondeau, 18, rue du Luxembourg.

Le programme détaillé est envoyé sur demande.

LE MONUMENT DE MICHEL SERVET. — APPEL AU CORPS MÉDICAL. — Sous la présidence d'honneur du regretté savant Marcellin Berthelot et de M. Antonin Dubost, président du Sénat; et sous le haut patronage de MM. les doyens des sept facultés de médecine de France et de MM. les professeurs docteurs César Lombroso (de Turin); W. Osler (d'Oxford); A. Kossel (d'Heidelberg); Hemmeter (de Baltimore); Brouardel (ancien doyen), Brissaud, Déjerine, Charles Richet (de Paris), un comité s'est constitué, en 1906, à Vienne (Isère) dans le but d'élever un monument à la mémoire d'un savant qui a honoré la science médicale et que celle-ci, en la personne de ses représentants, a le devoir d'honorer à son tour.

L'hommage tardif, mais mérité, que va rendre la Ville de Vienne à Michel Servet, s'adresse au précurseur du grand Harvey, au médecin célèbre qui, pendant douze années consécutives, prodigua ses soins aux Viennois du XVI[e] siècle — qui le chérissaient pour son zèle inlassable et son incomparable dévouement — en même temps qu'il rendait, par ses remarquables travaux, de précieux services à l'humanité tout entière.

Sans s'arrêter aux polémiques religieuses auxquelles le douloureux supplice de Michel Servet a donné lieu, le corps médical, se plaçant en dehors et au-dessus de toute préoccupation confessionnelle ou politique, se fera un devoir de s'associer à l'œuvre de justice entreprise par le Comité de Vienne.

L'appel de ce Comité s'adresse à tous les hommes de bonne volonté, sans aucune distinction, à tous ceux qui veulent honorer la science et le dévouement, glorifier la tolérance, cette vertu des temps modernes, et manifester en faveur de la liberté de conscience, que les siècles passés n'ont pas connue.

Quel est le médecin qui refuserait de souscrire à un tel programme ?

L'inauguration du monument grandiose est fixée au samedi 14 août 1909; la cérémonie réunira des personnalités éminentes du monde entier.

Pour le comité, le secrétaire : Albert Monod. — Pour le corps médical de la région viennoise : docteur de Wezyk, doyen des médecins de Vienne. — Pour le comité de patronage : docteur professeur Lortet, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine; docteur professeur Mairet, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; docteur professeur Charles Richet, membre de l'Académie de médecine, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris.

Le siège du comité du monument Michel Servet est à l'Hôtel de Ville de Vienne (Isère). Prière d'adresser adhésions et souscriptions à M. le trésorier.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Ducosté (de Brionne).

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA RÉFORME DE L'AGRÉGATION

M. le professeur Grasset nous adresse la lettre suivante :

« Montpellier, 13 avril 1909.

Monsieur le rédacteur en chef et cher confrère,

Dans l'article que la *Gazette des hôpitaux* consacre (10 avril 1909) à la première assemblée générale de l'association des professeurs et agrégés des facultés de médecine, vous dites que « l'assemblée ne s'est pas encore prononcée sur le règlement du futur concours d'agrégation ». Je vous demande la permission de donner à vos lecteurs quelques renseignements sur cette partie de l'ordre du jour.

L'assemblée a d'abord discuté la question de savoir si les épreuves d'admissibilité seraient *réunies* aux épreuves d'admission (comme dans l'ancien concours) ou si les deux séries d'épreuves seraient complètement *séparées*. Par 198 voix l'assemblée a adopté cette dernière solution contre 84 voix pour l'ancien concours.

Ce premier point réglé, la discussion s'est ouverte sur la question de savoir si les épreuves d'admissibilité seraient un *examen* ou un *concours*. La seconde solution (concours) a été votée par 156 voix contre 52 données au projet Pachon qui voulait un examen ou plutôt des examens donnant des *certificats* (comme pour la licence dans les facultés des sciences).

En somme, on a voté, à une forte majorité, les conclusions de mon rapport que vous avez bien voulu publier dans votre numéro du 25 mars, c'est-à-dire les dispositions de l'arrêté du 28 juillet 1908 avec cette double disposition nouvelle (qui, à mon sens, l'améliore singulièrement) :

1° Que l'admissibilité, loin d'être un grade et un titre définitif, n'est qu'un droit *temporaire* à concourir, *limité* aux trois concours suivants d'admission dans la même section ;

2° Que l'admissibilité ne confère à ceux qui l'ont obtenue aucun autre droit que celui de se présenter au concours d'admission à l'agrégation et ne permet pas de les nommer, sans concours, aux places de chef de clinique, professeur suppléant, etc., dans les facultés et écoles de médecine.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur en chef et cher confrère, l'affectueux hommage de mon entier dévouement.

D[r] GRASSET. »

REVUE GÉNÉRALE (1)

FORMES CLINIQUES
DE LA
SPOROTRICHOSE DE DE BEURMANN

Par H. GOUGEROT,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

Sous le nom de Sporotrichose de de Beurmann il faut, avec de nombreux auteurs, comprendre l'ensemble des lésions dues à un champignon filamenteux, le *Sporotrichum Beurmanni* (Matruchot et Ramond), parasite voisin mais distinct du sporotrichum Schenkii (2) et du sporotrichum Dori (3).

Le premier cas de cette maladie fut découvert par de Beurmann et Ramond en 1903. Cette observation passa injustement inaperçue, les sporotrichoses restèrent méconnues jusqu'en 1906 et « c'est de *notre premier mémoire* paru dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* que datent la notion de leur fréquence et l'essor que prend leur étude (4)... » Dans ce mémoire nous faisions avec M. de Beurmann l'étude clinique d'une des formes de cette mycose : la sporotrichose gommeuse disséminée, et nous donnions ses principaux signes diagnostiques. Nous résumions l'étude botanique et nous complétions l'étude bactériologique du sporotrichum Beurmanni, nous réglions la technique si simple de la culture à froid, procédé diagnostique aujourd'hui classique et partout adopté; nous inventions la technique des lames sèches qui rend les identifications si faciles et si rapides. Nous dégagions la formule histologique du sporotrichome et nous démontrions que le parasite revêt dans le pus et dans les tissus une forme courte oblongue. Nous obtenions la reproduction de la lésion humaine, la gomme métastatique. Nous posions la plupart des points du problème étiologique et nous résolvions plusieurs d'entre eux : nous prouvions l'étiologie végétale, le saprophytisme du parasite dans la nature et l'inoculabilité par la voie cutanée, nous suspections déjà l'infection par la voie alimentaire que nous avons démontrée en 1907. Enfin nous montrions les excellents effets du traitement iodo-ioduré général et local, et nous insistions sur la grande importance pronostique et thérapeutique du diagnostic de sporotrichose qui délivre les malades de la suspicion et de la menace de deux maladies aussi graves que sont la syphilis et la tuberculose. « Ce mémoire séparait, du groupe des gommes et des abcès sous-cutanés multiples une des principales formes des sporotrichoses et rien ne manquait à cette individualisation, même pas la reproduction expérimentale. » Nos premiers travaux de 1906 comprenaient donc l'étude botanique et bactériologique, clinique et diagnostique, anatomique et histologique, expérimentale et pathogénique de la sporotrichose de de Beurmann. Le 3 janvier 1907, nous développions devant la Société de dermatologie le résultat de nos recherches en présentant les documents, les cultures, les pièces humaines et expérimentales qui avaient servi à l'édification de notre premier mémoire. Ce travail d'ensemble était aussitôt complété par une étude diagnostique et par une étude comparative des mycoses sous-cutanées.

Dans les semaines qui suivirent, nous ajoutions des formes nouvelles. Le 3 janvier, nous décrivions avec MM. Danlos et Deroye les gros abcès et les lymphangites sporotrichosiques secondaires, avec M. de Beurmann, les sporotrichosides dermiques. Le 7 mars nous présentions avec M. de Beurmann le premier cas de sporotrichose gommeuse ulcérée, simulant les gommes tuberculeuses. « Nous étions encore les seuls à avoir observé la mycose et les quatre premiers cas nous appartenaient... » (de Beurmann et Gougerot).

A partir de cette époque, les observations vont bientôt s'accumuler, « de nombreux auteurs retrouvent le même parasite, confirment nos descriptions premières, ajoutant des formes cliniques nouvelles » : Danlos et Deroye, Lesné et Monier-Vinard, Gaucher, Brocq, Duval et Fage, Vaquez, Laubry et Esmein, Demoulin, Dominici, Ravaut et Civatte, Brissaud et Rathery, Gastou et Brodier, Nattan-Larier et Lœper, Bonnet, Lutz et Splendore, P. Balina et Marco del Ponte, Greco, Blanc, de Massary et Doury, Letulle et Debré, Louste, Balzer et Galupe, Fouquet et Giroux, Caraven, Sicard et Bith, Druelle et Chadzinski, Hudelo, Widal et Weill, Morax et Carlotti, Descomps, Achard, Milian, Spillmann et Gruyer, Abrami et Giroux, Gy, Joltrain, Josset-Moure, Thibierge et Gastinel, etc. Le nombre des observations qui était de quatre en mars 1907, dépasse trente à la fin de 1907, atteint soixante en 1908.

Des travaux d'ensemble en collaboration avec M. de Beurmann, complètent chacun des chapitres de notre premier mémoire de 1906; notre deuxième mémoire (1907) décrit les formes tuberculoïdes et développe l'étude anatomo-pathologique des lésions humaines. Notre troisième mémoire (1907) complété de la découverte du sporotrichum Beurmanni dans la nature, élucide l'étiologie et la pathogénie de la mycose. Notre quatrième mémoire, publié en plusieurs notes à la Société médicale des hôpitaux (1907-1908), au Congrès français de médecine de 1907, à la Société de biologie (1909), en collaboration avec de Beurmann et Vaucher, résume l'étude expérimentale de la maladie. Un récent travail avec Blanchetière précise la biologie du parasite, et s'attache à l'étude chimique et expérimentale de ses toxines.

En juin 1908, Widal et Abrami découvrent les propriétés agglutinatives et la sensibilisatrice spécifique dans le sérum des sporotrichosiques, et savent en tirer une méthode pratique de diagnostic, la sporo-

---

(1) Reproduction interdite.

(2) On ne connaît que deux observations démontrées de la sporotrichose de Schenk, l'une due à Schenk (On refractory subcutaneous abcesses caused by fungus possibily related to the Sporothrica, *John Hopkins hospital medical Bulletins*, 1898, p. 286), l'autre due à Hecktoen et Perkins (Refractory subcutaneous abcesses caused by Sporothrix Schenkii, *Journal of experimental Medicine*, 1900, p. 77).

(3) Il n'existe qu'une observation de sporotrichose de Dor, *Presse médicale*, 14 avril 1906, p. 234.

(4) Les citations sans indications d'auteur sont empruntées à nos travaux en collaboration avec notre Maître M. de Beurmann.

agglutination et la fixation ou *séro-diagnostic de la sporotrichose*.

Grâce à tous ces travaux la sporotrichose est une des maladies microbiennes dont l'étude, quoique toute récente, est des plus avancées.

*
* *

Le polymorphisme des formes cliniques de la Sporotrichose de de Beurmann est très grand. Cette mycose atteint l'hypoderme et le derme, parfois l'épiderme; elle envahit les voies lymphatiques sans respecter les ganglions; elle lèse les muqueuses, les os, les synoviales, les muscles, et sans doute les viscères, bien qu'aucune observation humaine démontrée de sporotrichose viscérale n'ait encore été publiée.

Ses aspects cliniques sont multiples.

Après de Beurmann et Ramond (1903) (1), nous avons individualisé la forme gommeuse disséminée [II, III, (1906)] et nous en avons montré la fréquence. Avec Danlos et Deroye nous avons signalé les gros abcès et la lymphangite secondaire à une forme disséminée (III), avec de Beurmann, nous avons découvert des formes nouvelles : les sporotrichosides dermiques, papuleuses, papulo-vésiculeuses, ulcéreuses, cutanées (III, VI, XII), la sporotrichose gommeuse hypodermique disséminée ulcéreuse tantôt tuberculoïde (IV), tantôt syphiloïde et ecthymatiforme (VI), le chancre sporotrichosique (lésion initiale, porte d'entrée) revêtant la forme d'une sporotrichoside dermique verruqueuse et papillomateuse s'accompagnant de lymphangite gommeuse centripète (XII), la lymphangite primitive sporotrichosique (XIII), le verrucôme sporotrichosique d'inoculation secondaire (XII), les vésico-pustules acnéiformes et les folliculites sporotrichosiques (VI, XII), les épidermites eczématoïdes et pityriasiformes (XII, XIII), les sporotrichosides muqueuses (VI), la sporotrichose mammaire (IV), les abcès chauds sporotrichosiques (XIII). Monier-Vinard a décrit l'épidermite trichophytoïde secondaire à une gomme ulcérée (VII). Brissaud et Rathery ont démontré l'existence de gommes sporotrichosiques intra-musculaires qui n'avaient été que soupçonnées chez notre malade XI et ils ont observé le premier exemple de la forme aiguë fébrile à poussées successives (XVI). De Beurmann, Gastou et Brodier ont signalé le premier cas de laryngite sporotrichosique dont Letulle et Debré feront plus tard l'autopsie, cas confirmé par l'observation VI de de Beurmann et Gougerot. Danlos et Blanc ont cité le premier cas de sporotrichose palpébrale. Sicard, Bith et Gougerot, Brocq et Fage ont présenté les premiers cas d'ostéite sporotrichosique bactériologiquement démontrée; Hudelo, Monier-Vinard, Braun et Merle, le premier cas de synovite. Josset-Moure a rendu incontestable l'adénite sporotrichosique.

Cette longue liste témoigne assez de la variété des manifestations de la sporotrichose.

Un *premier groupe* comprend les sporotrichoses gommeuses hypodermiques disséminées avec leurs diverses variétés et les lésions dermiques et épidermiques qui leur sont associées.

Un *deuxième groupe* réunit les sporotrichoses gommeuses localisées, les lymphangites gommeuses avec ou sans chancre initial.

Un *troisième groupe* comprend toutes les localisations extra-cutanées : muqueuses, musculaires, osseuses, synoviales, etc., de la sporotrichose (1).

Le nodule gommeux, la gomme sporotrichosique, quels que soient son siège, son volume, sa tendance, reste la lésion la plus fréquente et la plus caractérisée de cette mycose.

I

SPOROTRICHOSES GOMMEUSES DISSÉMINÉES (2).

1° Formes gommeuses non ulcérées.
2° Formes ulcéreuses.
3° Formes mixtes avec gros abcès, lymphangites secondaires, lésions dermiques, épidermiques... associées.

Ces formes sont caractérisées par des gommes hypodermiques disséminées partout, sans ordre apparent. Le *Sporotrichum Beurmanni*, pénétrant par la peau ou par la muqueuse digestive, se dissémine dans tout l'organisme par la voie artérielle. Ce fait que nous avons démontré expérimentalement par l'inoculation sous-cutanée et digestive, a été démontré chez l'homme par Widal et Weill qui les premiers ont réussi l'hémo-culture.

Ces sporotrichoses disséminées comprennent des variétés nombreuses entre lesquelles existent *tous les intermédiaires* :

Dans *les formes non ulcérées*, la gomme sous-cutanée est d'abord une nodosité indurée, puis elle se ramollit, s'abcède, mais persiste pendant des mois sans ulcérer la peau. Souvent même elle a si peu de tendance à l'ulcération que, si on incise la collection gommeuse, la plaie se referme et l'abcès persiste au-dessous de la fistule opératoire fermée par une croûte ou cicatrisée.

Dans *les formes ulcéreuses*, la gomme, après avoir suivi la même évolution et passé par les mêmes stades d'induration, de ramollissement et de suppuration, envahit la peau et l'ulcère. L'ulcération spontanée, précoce ou tardive, est la caractéristique de cette forme. Les plaies ulcéreuses revêtent des aspects très divers qui rapprochent la mycose d'autres

(1) Les chiffres romains indiquent le numéro du malade. Les malades sont numérotés par ordre chronologique de publication.

(1) La classification des lésions suivant leur siège date de 1906. « Ce sont MM. de Beurmann et Gougerot (*Ann. de Dermat.* 1906) qui ont ordonné les sporotrichoses par rapport au siège des lésions ». (Peltier, thèse 1907, p. 26.) En 1907 nous avons ajouté pour chacune des variétés topographiques des subdivisions suivant les ressemblances cliniques : sporotrichoses tuberculoïdes, etc. Ces deux modes de classifications topographiques et morphologiques, loin de s'opposer l'un à l'autre, se complètent mutuellement.

(2) Ce sont ces formes que Brodier et Fage voudraient appeler septicémiques. Cette expression soutenable au point de vue pathogénique puisqu'elle met en évidence le mode de dissémination vasculaire sanguine, est mauvaise cliniquement. En effet, on a l'habitude d'appeler septicémiques des infections aiguës à phénomènes généraux graves. Pour éviter toute confusion il faut conserver le terme ancien de « sporotrichose disséminée », terme consacré par l'usage et l'épithète de septicémique ne doit être réservée qu'à d'exceptionnelles formes de sporotrichose aiguë fébrile dont le premier cas est dû à Brissaud et Rathery (1907).

maladies. Elles laissent des cicatrices souvent très spéciales et caractéristiques.

Dans *les formes mixtes*, il y a non seulement mélange de gommes hypodermiques d'âges différents et de tendances différentes, mais il y a encore association de gros abcès, de lymphangites secondaires, de lésions dermiques et épidermiques. L'association de ces différentes lésions sur un même malade donne un tableau particulièrement complexe.

1° Sporotrichoses gommeuses hypodermiques non ulcérées disséminées. (De Beurmann et Ramond, 1903. De Beurmann et Gougerot, 1906.) — La mycose surprend le malade en bonne santé apparente. Si l'on relève souvent une cause débilitante, telle qu'une tuberculose torpide, cette cause prédisposante est généralement méconnue du malade qui affirme qu'il se porte bien et, durant toute l'évolution de la sporotrichose, l'état général reste à peu près indemne.

Le début est insidieux, indolent. C'est presque toujours un hasard qui révèle les premières gommes au malade. Tantôt « leur apparition est brusque et pour ainsi dire simultanee » [de Beurmann et Ramond (p. 679)]. Tantôt et le plus souvent, elles apparaissent successivement, presque une à une en l'espace de une à trois semaines, la première gomme naissant en un point quelconque du tégument. Toutes sont hypodermiques dès le début. Leur nombre est très variable, il oscille entre quatre à trente-cinq (de Beurmann et Ramond) et peut dépasser la centaine (Widal et Weill). Elles sont disséminées sur tout le corps, sans systématisation, ni localisation élective : aucune région n'est épargnée et on peut en trouver partout. Pourtant la tête et les extrémités des membres, les pieds et les mains sont souvent indemnes (1). Le cuir chevelu, au contraire de ce qui a lieu dans la syphilis, est rarement atteint (2).

Chaque élément évolue séparément, mais tous ont la même évolution. La gomme sous-cutanée débute par une nodosité indurée, qui atteint assez rapidement sa grosseur définitive, se ramollit et aboutit à l'abcès en quatre à six semaines.

Premier stade : nodosité indurée. — Les nodosités sous-cutanées d'abord très petites, ne dépassant pas 5 à 6 millimètres de diamètre sont dures, élastiques, mobiles, indolores ; elles ne se révèlent que par une palpation attentive, et font à peine une légère saillie aux points où les téguments ne sont pas trop épais. La peau non adhérente garde sa coloration normale et glisse au-dessus d'elles : on croirait sentir des noyaux de cerise profondément enchâssés dans l'hypoderme.

Puis les nodosités grossissent peu à peu, atteignant de 20 à 30 millimètres de diamètre, elles soulèvent de plus en plus la peau en faisant une saillie hémisphérique et finissent par adhérer au derme. Le signe de la peau d'orange, une très légère teinte rose violacé, ou brunâtre, diffuse à bords mal délimités, sont les témoins de cet envahissement. La nodosité est alors sphérique, profonde, à bords nets, mobile, non adhérente aux plans profonds, elle reste indolore et dure : à peine une certaine rénitence marque-t-elle, sur les plus grosses, le début d'un ramollissement central. On dirait de petites noix incluses sous la peau.

A ce premier stade, c'est-à-dire vers la quatrième semaine, correspond un aspect particulier de la maladie (obs. II) ; les gommes encore peu nombreuses ne dépassent pas la dizaine, elles sont d'âge inégal ; les unes, grosses, tendent à se ramollir, mais ne sont pas encore fluctuantes, les autres petites, dures, sont cachées profondément ; elles sont disséminées partout et plus ou moins saillantes suivant leur grosseur, la peau est rosée et ne commence à adhérer que sur les plus grosses.

Deuxième stade : ramollissement. — Tantôt le nombre des lésions reste stationnaire, tantôt il s'accroît. La gomme évolue rapidement, en quatre à six semaines, vers le ramollissement et aboutit à l'abcès froid caractéristique. Cet abcès contient un liquide visqueux, gommeux, transparent au début et strié de traînées purulentes, puis purulent, opaque et épais. La poche de la gomme vidée n'est pas entourée de l'infiltration diffuse mal délimitable de la gomme syphilitique, mais souvent autour d'elle persiste un anneau induré.

A ce deuxième stade, c'est-à-dire vers la sixième ou huitième semaine, correspond un deuxième aspect de la maladie (obs. I) ; les nodosités sont devenues de petits abcès fluctuants, indolents. C'est à peine si quelques malades accusent un peu de gêne ou de raideur dans certains mouvements. De grosseur à peu près uniforme, ces abcès sont recouverts d'une peau presque indemne, tantôt blanche, tantôt marbrée de rouge violacé. Ils n'ont aucune tendance à s'ouvrir ; ils s'immobilisent sans s'accroître, sans s'ulcérer, sans retentir sur l'état général. Cette immobilisation succédant à un accroissement rapide est tout à fait caractéristique. Cependant d'autres nodosités apparaissent et évoluent comme les premières, se mêlant aux lésions abcédées (1).

Troisième stade : ulcération spontanée ou provoquée par incision des gommes. — Il est exceptionnel que les gommes arrivent à l'ulcération dans cette variété de sporotrichose. Si cette ulcération se produit, c'est d'ordinaire qu'un bistouri mal renseigné ouvre ces abcès qui laissés à eux-mêmes ne se seraient pas ouverts (2). Tantôt les lèvres de l'incision restent inertes (3) ; les bords épais, non décollés, à peine rosés, ne réagissent pas, le fond, peu ou pas bourgeonnant, ne sécrète qu'un peu de sérosité épaisse, purulente ou non. Tantôt la peau se détruit, l'incision s'agrandit et se transforme en une ulcération arrondie syphiloïde

---

(1) La face était prise chez nos troisième et quatrième malades et dans un cas de Gaucher et Monier-Vinard. Sur la malade de Brocq et Fage suivie par Josué et Paillard, on notait une gomme de la fosse temporale.

(2) On connaît pourtant les cas de de Beurmann et Ramond, de de Beurmann, Gastou et Brodier, de Widal et Weill, de Thibierge et Gastinel. Milian a cité un cas de sporotrichose de la barbe.

(1) En dehors du traitement ioduré qui arrête leur évolution, il est tout à fait exceptionnel que les gommes non traitées restent indurées sans se ramollir.

(2) Le cas n° V de Lesné et Monier-Vinard est analogue.

(3) Bonnet a cité un cas analogue.

(gomme fronto-temporale de l'observation III); le fond plus bourgeonnant sécrète du séro-pus et se recouvre d'une croûte épaisse. Il est remarquable que souvent l'abcès se reforme au-dessous de la fistule qui tend à se cicatriser (malade n° III) (1).

A ce troisième stade, dû presque toujours à des incisions malencontreuses, correspond un troisième aspect de la maladie (obs. III), mélange de gommes à leurs différents stades d'évolution, petites et dures, grosses et abcédées, immobilisées, quelques-unes ulcérées, recouvertes d'une croûte et inoculant parfois la peau autour d'elles.

La maladie non traitée tend à la chronicité; les gommes et les abcès se multiplient sans tendance à grossir ni à s'ulcérer. Le traitement ioduré amène au contraire une rapide guérison (vingt et un jours, soixante jours, quinze jours chez nos malades I, II, III).

En résumé, à ses trois stades la maladie est toujours la même: elle se caractérise par la coexistence de lésions d'âge différent, évoluant isolément; par la succession des trois phases, nodosité indurée, gomme ramollie, abcès; par l'accroissement rapide, en quatre à six semaines, et l'immobilisation des abcès sans tendance à grossir ni à *s'ulcérer*; par l'évolution indolore et chronique, l'absence de retentissement sur l'état général, l'absence habituelle mais non constante d'adénopathie, la persistance des abcès au-dessous d'une cicatrice, le contenu visqueux, gommeux, donnant en culture pure le parasite spécifique; enfin par la régression sous l'influence de l'iodure de potassium. La maladie est monomorphe et son polymorphisme apparent est purement évolutif.

2° **Sporotrichoses gommeuses hypodermiques ulcéreuses disséminées** (DE BEURMANN et GOUGEROT 1907). — Les gommes hypodermiques disséminées qui s'ulcèrent ont au début la même évolution que les gommes non ulcérées. Après avoir été indurées, elles se ramollissent, adhèrent à la peau, et l'ulcèrent plus ou moins rapidement. Les ulcérations sporotrichosiques ont des aspects très divers et, dès le début, il faut insister sur leur polymorphisme.

L'aspect le plus fréquent est la forme *tuberculoïde* dont notre quatrième malade fut le premier exemple :

Le début est insidieux; les gommes se succèdent à intervalles irréguliers pendant des semaines et des mois; elles se disséminent partout, et n'épargnent aucune partie du corps. Leur nombre est très variable : quatre à cinq, souvent une douzaine, exceptionnellement trente et plus. Chacune de ces gommes évolue pour son propre compte : à un même instant des lésions d'âge différent se mélangent donc, et donnent à l'éruption un aspect polymorphe.

La gomme commence par une petite nodosité sous-cutanée, indurée et indolore. Au début elle roule sous la peau qui est intacte, peu à peu elle lui adhère et la rosit. Bientôt la nodosité se ramollit, la peau est marbrée de rose violacé et s'amincit. Le plus souvent le ramollissement est très spécial : il n'atteint que la partie centrale et superficielle de la nodosité; le doigt, refoulant la peau amincie, s'enfonce dans une sorte de cupule creusée dans l'induration gommeuse. Rapidement, en une vingtaine de jours d'ordinaire, parfois en moins de temps, le pus est collecté. Les lésions grossissent, forment des saillies hémisphériques de 20 à 40 millimètres de diamètre; leur coloration d'un rouge violacé sombre au centre, diffuse insensiblement dans la peau saine environnante; la peau amincie, distendue et squameuse, est prête à céder. L'ulcération est précoce, et parfois achevée dès le vingtième jour; tantôt elle est tardive, attendant jusqu'au deuxième et au troisième mois. L'ulcération n'est souvent au début qu'une étroite fistulette d'où s'écoule un pus visqueux, inodore, parfois rougeâtre ou une sérosité citrine : la fistule a des bords violacés, décollés et déchiquetés, amincis ou au contraire boursouflés. L'ulcération n'occupe qu'une partie de la peau décollée par le pus et le doigt perçoit encore à travers le derme aminci et violacé une sorte de godet entouré de bords indurés, c'est ce que nous avons appelé le ramollissement cupuliforme. Il est à remarquer que l'ulcération ne siège pas toujours au centre de la zone ramollie, que la zone ramollie n'est pas toujours au centre de l'induration gommeuse et que cette dernière est loin d'être toujours régulièrement arrondie, aussi n'est-il pas rare qu'une ulcération déchiquetée située à la partie inférieure de l'abcès soit entourée d'un anneau induré très irrégulier.

Si l'ulcération reste souvent étroite et si la fistulette n'est parfois qu'un pertuis à peine visible que seul le suintement de sérosité citrine signale, il est des cas où l'ulcération s'agrandit : la gomme est alors entamée par une large perte de substance plus ou moins arrondie, à bords décollés, irréguliers, violacés ou brun violacé, déchiquetés ou rectilignes, mettant à nu un fond rosé bourgeonnant, lisse ou anfractueux, parfois tacheté d'enduit purulent, et saignant au moindre contact. Quelquefois la fonte purulente est totale; plus souvent autour de l'ulcération persiste un anneau induré et souvent au fond de l'ulcération il reste un placard induré, qui parfois même bombe au fond de la perte de substance.

L'ulcération reste à vif *ou* se recouvre d'une croûte brunâtre épaisse; le pus s'accumule au-dessous d'elle et dans les recessus que forme la peau décollée; la persistance d'un petit abcès au-dessous d'une incrustation, alors même souvent que l'ulcération tend à se cicatriser, est spéciale à cette mycose.

Les adénopathies sont rares, mais moins exceptionnelles qu'on ne l'a dit : dans plusieurs cas les ganglions étaient plus ou moins tuméfiés.

La cicatrisation spontanée est lente et inconstante. La sporotrichose ulcéreuse non traitée traîne pendant des mois, alors qu'au contraire le traitement iodo-ioduré général et local guérit les lésions en quelques semaines, la régression est pourtant moins rapide que celle des gommes non ulcérées. On voit le fond se déterger, les bords s'accolent au fond qui bourgeonne et sous une mince croûtelle à bord squameux la cicatrisation est rapide.

Les cicatrices peuvent n'avoir rien de caractéristique. Parfois elles se distinguent mal des cicatrices tuberculeuses dont elles ont le centre épaissi, presque chéloïdien (IV). Parfois elles sont syphiloïdes (III); elles sont « fines, plates, policycliques » ou entourées de points satellites « pigmentés et cicatriciels » (1), l'ensemble ressemblant aux cicatrices

(1) La rupture du pus pendant l'ablation d'une gomme sous-cutanée n'a pas empêché la réunion par première intention chez le malade n° I, mais les sporotrichomes ont repullulé dans l'hypoderme et le derme; la cicatrice de l'avant-bras gauche, réinoculée au cours de l'opération, est irrégulière, bosselée et « cet état ne fit que s'accentuer de jour en jour, si bien qu'un mois plus tard chaque point de suture semblait avoir servi a réinoculer la tumeur ». Pourtant la cicatrice ne s'ulcéra pas.

(1) BALZER et GALUPE (Soc. de dermat., 27 avril 1908) ont observé un fait semblable : « cicatrice remarquable surtout par une auréole de petites cicatrices satellites pigmentées, réunies dans une nappe diffuse de pigmentation », et le comparent au nôtre.

pigmentées des syphilides agminées, mais souvent elles présentent certaines particularités.

Les fistules et les petites ulcérations des larges infiltrats et des gros abcès (malade n° IV) ne laissent que de minimes cicatrices, étroites, irrégulières, linéaires et étoilées, souvent cachées par les bords mal accolés des languettes cutanées déchiquetées de l'ancienne fistule. Ces languettes forment des mamelons de peau souple que la cicatrisation a soudés irrégulièrement; certains même ont été incomplètement accolés et forment des sortes de culs-de-sac ou de brides. Une très large auréole, d'abord brun violacé puis brune, entoure la cicatrice; elle est le reliquat de l'infiltration sous-jacente résorbée. La coloration rose violacé disparaît peu à peu, mais la pigmentation persiste de longs mois.

Les grandes ulcérations (III, IV, VI) donnent de larges cicatrices planes au centre, lisses et brillantes, de teinte brunâtre, pigmentées, avec un fond légèrement violacé; leurs bords sont déchiquetés, brunâtres et sont plus ou moins bien accolés. Sauf en ces points, il n'y a pas de ressaut entre le fond cicatriciel et la peau saine. Au bout de quelques semaines le centre de la cicatrice a blanchi, mais les bords restent longtemps pigmentés.

Toutes ces lésions, nodosités, abcès, ulcérations, sont indolentes. Le malade ne découvre ses gommes que par hasard et la palpation méthodique médicale en révèle presque toujours plusieurs qui lui avaient échappé. A peine note-t on parfois de la raideur ou de la fatigue rapide du membre; les gommes ulcérées ne sont guère plus gênantes que les abcès fermés. Il est rare que la marche ou la station debout deviennent pénibles et il est exceptionnel que la gomme soit le siège de douleurs vives.

L'évolution est lente; elle dure des mois et des années, tant que le traitement iodo-ioduré n'intervient pas. (Notre malade n° IV, par exemple, était atteinte depuis sept mois.) L'état général semble au premier abord peu altéré; pourtant les malades pâlissent et maigrissent; ils sont fatigués et travaillent avec moins d'entrain.

Les gommes apparaissant successivement et chacune d'entre elles évoluant séparément, des lésions d'âges différents s'entremêlent sur un même malade : nodosités arrondies, nettement limitées ou diffuses, roulant sous la peau qui reste blanche ; nodosités indurées adhérentes à la peau marbrée de rose violacé; gommes ramollies, petites ou grosses, abcédées, recouvertes d'une peau rouge violacé, souvent squameuse; fistulettes étroites, suintantes, larges ulcérations suppurantes ou croûteuses; cicatrices plates, étroites ou larges, à bords déchiquetés plus ou moins bien accolés et auréolées de brun. La diversité d'aspect est telle que l'on croirait à des lésions différentes, si sur l'une d'entre elles on ne pouvait suivre l'évolution tout entière depuis l'induration noueuse jusqu'à la cicatrisation.

Une variété qui semble moins fréquente est la forme gommeuse *ulcéreuse ecthymatiforme ou rupioïde* syphiloïde, dont notre malade n° VI a été le premier exemple. L'ulcération ressemble aux lésions d'ecthyma coccien aux syphilides tertiaires ecthymatiformes ou même rupioïdes, parfois aux syphilides ulcéreuses malignes précoces. L'observation de Widal et Joltrain en a été un nouvel et remarquable exemple :

Notre malade n° VI était porteur de cinq gommes irrégulièrement disséminées; les deux premières, siégeant à la cuisse droite, furent découvertes par hasard, le 10 février. Elles étaient arrondies, de la grosseur d'un gros pois, indolentes et mobiles sous la peau qui restait blanche. Deux jours après, le malade notait à la face postéro-interne du coude gauche une troisième nodosité.

Le 12 février, les gommes de la cuisse commençaient à rougir ; le malade crut qu'elles étaient « enfiévrées », car elles séchaient le pansement humide très rapidement. Elles restaient indolentes, un peu sensibles toutefois à la pression. Pendant la marche, jamais il ne ressentait de douleurs pulsatiles ni lancinantes. Le 14, il perça la gomme du coude croyant en hâter l'évolution. Le 18, les gommes de la cuisse s'étalèrent, devinrent violacées. Le 20 février, se développa une quatrième gomme sur le dos de la main gauche, en un point que la veille il avait contusionné contre un pène de porte, sans toutefois qu'il y ait eu la moindre éraillure épidermique : le traumatisme a localisé l'infection qui était en train de se disséminer par voie sanguine comme dans l'expérience classique de Max Schuller. La nodosité, de la grosseur d'un petit pois, s'accrut lentement.

Quelques jours après, vers le 25 février, apparut à la fesse droite, une cinquième et dernière gomme. Cette gomme grossit un peu, mais bientôt s'arrête, grâce au traitement ioduré commencé le 15; elle n'adhère pas à la peau, ne la rougit pas ; elle avorte en trois semaines.

Le 26 février, la gomme supérieure de la cuisse droite « éclate » ; trois jours après, le 1er mars, la gomme inférieure s'ulcère.

Le 27 mars, nous voyons le malade pour la première fois. C'est un homme pâle, un peu fatigué. La gomme fessière a disparu, la gomme de la main est un nodule de la grosseur d'une petite noisette, un peu aplati, mobile sur les plans profonds, elle adhère à la peau qui est rouge. Le nodule du coude est affaissé, presque entièrement résorbé, recouvert d'une croûte aplatie, épaisse, décollée, prête à se détacher. Les deux lésions ecthymatiformes de la cuisse sont à peine saillantes ; la croûte centrale vaguement arrondie, à bords irréguliers, semble enfoncée ; la peau, tout autour légèrement saillante, est rose, violacée sur plus de 2 centimètres d'étendue. La teinte diffuse insensiblement dans la peau saine et le doigt sent au pourtour de la lésion une sorte de bourrelet tuméfié, fluctuant en certains points. Arrachée, la croûte laisse voir un fond plat, moins profond qu'on ne pourrait le croire, rosé et granuleux. Il n'y a pas de tuméfactions ganglionnaires, pas de lésions viscérales.

La guérison est lente, sous l'influence d'un traitement ioduré mal supporté.

Les cicatrices sont larges, plates, souples et fines ; les bords en sont déchiquetés, finement sinueux; parfois une languette est restée mal accolée ; une large auréole pigmentée entourera pendant plusieurs mois la cicatrice.

C'est donc toujours la même évolution; l'aspect seul de l'ulcération est différent et on retrouve les particularités qui donnent aux gommes sporotrichosiques un caractère parfois si spécial. La gomme commence par une nodosité indurée sous-cutanée qui, rapidement, adhère à la peau, la rougit et devient hypodermodermique. Le ramollissement est précoce, mais habituellement il est d'abord partiel, central et superficiel, donc cupuliforme; l'ulcération survient vers le vingtième jour. Elle est large et elle dénude la zone abcédée presque tout entière; toutefois, il persiste quelques recessus sous la peau décollée où le pus reste stagnant. Ses bords sont violacés, ou brun violacé, décollés, d'ordinaire boursouflés, souvent déchiquetés. Le fond est rosé, bourgeonnant, saignant facilement. L'ulcération est débordée par un anneau induré, irrégulier, reste de la gomme non encore suppurée. Une croûte

épaisse la recouvre. La cicatrice a toujours les mêmes particularités (1).

L'ulcération gommeuse sporotrichosique peut revêtir encore d'autres aspects :

Chez notre malade n° III, une gomme fronto-temporale, maladroitement incisée, a donné une ulcération large, arrondie; « les bords taillés à pic et croûteux laissent apercevoir le fond suppurant et simulent de tous points une *gomme syphilitique ulcérée* ». Chez ce même malade, des gommes incisées ont ensemencé les bords de l'ouverture cutanée, donnant une ulcération déchiquetée, mais qui bientôt se referme, se recouvre d'une croûte épaisse et est presque oblitérée par les bourgeons charnus. L'abcès se referme au-dessous sans tendance à se faire jour au dehors.

Chez le malade n° V de Lesné et Monier-Vinard, l'ulcération consécutive à une incision était entourée d'une zone d'œdème rouge foncé.

Chez leur malade, Vaquez, Laubry et Esmein signalent l'aspect furonculeux d'une petite gomme ulcérée, « entourée d'une zone rougeâtre inflammatoire, et un fond vaguement bourbillonneux ».

Sur un malade de Gaucher, une ulcération était « réniforme... limitée par un bord irrégulier, violacé et non induré, peu profonde; son fond plat et rosé est propre et bourgeonnant. » Bonnet, sur un même malade, a eu deux ulcérations : « l'une absolument ronde, l'autre très nettement polycyclique... à bords saillants, taillés à pic, avec seulement ébauche de décollement en deux ou trois points. »

Chez leur malade, Widal et Weill insistent sur les ulcérations étroites des gommes qui, rapidement vidées, se cicatrisèrent presque aussitôt sans donner de fistule suppurante.

Tous ces exemples prouvent le polymorphisme des formes ulcéreuses de la sporotrichose de de Beurmann. Ce polymorphisme est double : évolutif (lésions d'âges différents) et lésionnel (lésions de tendances différentes). Il n'est pas rare de trouver réunis sur un même malade ces divers aspects d'ulcérations : fistulette et large ulcération tuberculoïde à bords décollés ; ouverture cratériforme à bords à pic, ressemblant à l'ulcération de la gomme syphilitique, lésions ecthymateuses ou rupioïdes, furonculeuses, voire même ébauche de polycyclisme. Dès le début, nous avons insisté sur ce mélange de lésions d'aspect divers qui est un des meilleurs signes de diagnostic clinique de sporotrichose; de nombreux auteurs en ont confirmé la valeur : Danlos, Bonnet, Thibierge.

S'il faut insister sur le polymorphisme des ulcérations sporotrichosiques, il faut aussi se souvenir que la plupart présentent des caractères communs qui permettent de les reconnaître :

Début par une nodosité indurée, qui, peu à peu, se ramollit et s'abcède, *ramollissement partiel, cupuliforme*.

Ulcération le plus souvent étroite, s'élargissant secondairement; *bords violacés*, parfois *violacés et brun pigmenté*, amincis ou boursouflés, presque toujours *décollés*, recouvrant des *recessus sous-cutanés* où le pus s'accumule; *ulcération partielle* n'entamant qu'une partie de l'infiltrat gommeux qui déborde plus ou moins irrégulièrement autour d'elle; fréquemment, *contraste entre la petitesse de l'ulcération et l'étendue de l'infiltration gommeuse*, assez souvent siège excentrique de l'ulcération par rapport à cette infiltration; *persistance du signe du ramollissement à la période d'ulcération* (sur une gomme à fistule étroite, le doigt, refoulant la peau amincie et violacée qui recouvre la zone abcédée, sent la cupule creusée dans l'infiltrat gommeux d'autant mieux que le contenu gommeux est vidé par la fistule ; sur une gomme largement ulcérée, on sent, au-dessous de l'ulcération, une induration gommeuse non ramollie et parfois on voit cette induration bomber au fond de l'ulcération).

Après évacuation du pus qui remplissait la cavité ulcérée, la pression de la base de la gomme fait sourdre fréquemment *une sérosité citrine transparente*; quelquefois cette sérosité est le suintement habituel de la gomme; à peine note-t-on, d'une façon inconstante, un flocon purulent.

Facilité des auto-inoculations, soit sous forme de nodule dans une cicatrice, sous sous forme de pustulette péripilaire sur la peau environnante.

Evolution froide et indolente : les gommes douloureuses restent l'exception (de Beurmann et Gougerot, Brocq, Duval et Fage, Massary, Doury et Monier-Vinard, Balzer et Galup).

Parfois *cicatrisation, bien que l'abcès persiste au-dessous de l'ulcération bourgeonnante*.

Cicatrices plates, étroites ou larges, souples, à *bords déchiquetés*, souvent *dentelés de languettes cutanées*, *mal accolées* et auréolées de brun.

Nombre de lésions dépassant presque toujours cinq.

Mélange sur un même malade, à un même moment, de lésions d'âges différents, d'aspect et de tendance différents.

Absence de retentissement marqué sur l'état général, absence habituelle ou faible intensité des adénopathies.

Régression par l'iodure de potassium et *récidive habituelle si le traitement est interrompu* avant la disparition complète de l'infiltrat.

Aucun de ces signes n'est pathognomonique, mais leur association forme un *ensemble très particulier, assez spécial pour qu'il nous ait permis, à nous-mêmes et à plusieurs auteurs, d'affirmer le diagnostic clinique de sporotrichose*.

3° **Formes mixtes** (DE BEURMANN et GOUGEROT 1907) : **Polymorphisme évolutif** (*nodosité indurée, gomme ramollie, abcès, ulcération, cicatrice*); **Polymorphisme lésionnel** (*petites et grosses lésions, ulcérations d'aspect varié : tuberculoïdes, syphiloïdes, ecthymatiformes, furonculeuses, etc.*); **Poly-**

(1) Ces particularités si nettes sur notre malade n° VI ont été retrouvées sur le malade de Brissaud, Gougerot et Gy, où elles permirent un diagnostic clinique rétrospectif; sur le malade n° LI de Widal et Joltrain (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 nov. 1908, p. 648) on retrouve ces divers caractères.

La cicatrice de la première gomme est « plate et de forme irrégulière; le centre est formé de peau fine, lisse, marbrée de blanc et de violet. Les bords montrent, par leurs sinuosités, que l'ulcération était autrefois déchiquetée ; ils semblent discontinus et sont entrecoupés de languettes pigmentées en brun, entre lesquelles le trait cicatriel a la teinte de la peau normale. Cet aspect, d'après MM. de Beurmann et Gougerot, semble particulier à la sporotrichose ».

morphisme d'association (*lésions associées, lymphangitiques, dermiques, épidermiques, muqueuses, osseuses*... — Les formes mixtes de la Sporotrichose de de Beurmann résultent du mélange de ces trois polymorphismes, évolutif, lésionnel, d'association. Au début, la maladie revêt rarement ces formes mixtes, mais elle les prend fréquemment lorsque, faute d'un diagnostic qui aurait permis à l'iodure d'arrêter sa marche, la mycose a évolué pendant des semaines et des mois. On peut même dire qu'une sporotrichose négligée pendant plusieurs mois devient presque toujours une sporotrichose mixte. La recrudescence ou la récidive qui suit une interruption prématurée du traitement prend souvent le même aspect.

Notre malade n° III a été, lors de sa récidive, le premier exemple de ces formes mixtes.

Lorsque, avec Danlos et Deroye, nous l'avons présenté à la Société de dermatologie le 3 janvier 1907, il avait des gommes, de gros abcès et de la lymphangite ascendante ; il réunissait donc les trois grands types connus de sporotrichose et dans chacun de ces types on retrouvait la même lésion élémentaire, la gomme hypodermique disséminée. Petite dans le premier type, la gomme augmente de volume pour former les grands abcès du deuxième type; elle envahit les lymphatiques et s'échelonne le long de leur trajet pour constituer le troisième type.

On comptait dix gommes sous-cutanées en activité « ayant une évolution chronique indolore vers la suppuration froide, sans retentissement sur l'état général », les unes étaient encore indurées, les autres étaient en voie de ramollissement ou déjà abcédées; deux étaient ulcérées, la première « au-dessous de l'insertion deltoïdienne se présentait sous la forme d'une fissure croûteuse à bords amincis et décollés dans l'étendue de 7 à 8 millimètres environ »; la seconde à la plante du pied, presque refermée, était voilée par une croûte, « la pression de la poche fait, disions-nous, sourdre difficilement une gouttelette de pus blanchâtre, visqueux, un stylet pénètre à plus d'un centimètre de profondeur ». L'abcès grossit et persiste audessous de l'ulcération qui, malgré le pus sous-jacent, s'était refermée. Cette allure froide, cette tendance de l'ulcération à se refermer malgré l'abcès qui grossit, cette persistance de l'abcès au-dessous d'une cicatrice, sont très particulières à la sporotrichose.

Une des gommes de la jambe a ensemencé secondairement les lymphatiques et déterminé un cordon de *lymphangite ascendante*, parsemée de trois gommes échelonnées sur le trajet des vaisseaux à la face interne de la cuisse. Cette lymphangite est secondaire; en effet, le sporotrichum disséminé par la voie artérielle a d'abord créé des gommes sous-cutanées dans les points où il s'est arrêté et ce n'est que tardivement, après s'être multiplié dans ces gommes, qu'il a envahi les lymphatiques.

D'autres lésions avaient un aspect tout différent :

Une gomme ancienne siégeant « à la face antéro-externe de l'avant-bras est devenue un *grand abcès froid* d'environ 10 centimètres de longueur » ; la peau qui le recouvre reste blanche et glisse sur les parties profondes; la ponction de cet abcès donne plus de 200 centimètres cubes de sérosité « claire, presque citrine, à peine trouble ».

A toutes ces lésions hypodermiques s'ajoutaient des *lésions dermiques* : papuleuses, papulo-ulcéreuses et ulcéro-crustacées, partout disséminées, mais siégeant surtout aux membres inférieurs. Essaimés autour d'une gomme, ces petits éléments plus ou moins nombreux rappelaient la disposition en coup de plomb de certaines syphilides.

Enfin, çà et là, on notait des cicatrices de lésions anciennes éteintes : une cicatrice temporale « syphiloïde, grande comme une pièce de 1 franc à fond rouge encore et légèrement squameux, sans adhérence au squelette »; une cicatrice crurale « polycyclique et d'aspect syphiloïde »; — « d'autres plus petites à la jambe droite, dont une, remarquable par sa pigmentation et surtout par une auréole de points satellites pigmentés et cicatrisés ».

Ce malade présentait donc, non seulement un polymorphisme évolutif et le polymorphisme lésionnel, mais encore le polymorphisme d'association.

Notre quatrième malade fut un cas non moins caractéristique de sporotrichose à forme mixte :

Outre ses gommes hypodermiques indurées, ramollies, abcédées, fistuleuses ou largement ulcérées, on trouvait des *lésions dermiques* de la face : « Au-dessous de la pommette gauche, on voit une élevure mamelonnée, rouge, violacée, irrégulière et ulcérée, semblant formée de plusieurs petits nodules confluents. Son sommet est ulcéré; les bords de l'ulcération sont déchiquetés, un peu polycycliques ; son fond est pâle et peu profond... » Le sein droit était bosselé de grosses gommes ramollies (premier exemple de *sporotrichose mammaire*).

Notre sixième malade est lui aussi un bel exemple de sporotrichose à lésions complexes :

On trouvait, irrégulièrement disséminées, des nodosités indurées, ramollies, abcédées; quelques-unes étaient largement ulcérées et recouvertes de croûtes épaisses ecthymatiformes, laissant des cicatrices larges, à bords déchiquetés.

Une des gommes de la main avait envahi les lymphatiques du bras, déterminant un cordon de *lymphangite* qui remontait jusque dans l'aisselle, ce cordon était parsemé de nombreuses gommes échelonnées et le *ganglion* sus-épitrochléen était tuméfié. Puis cette gomme de la main s'était ulcérée, avait pris l'aspect cratériforme d'une gomme syphilitique ouverte et, le pus ensemençant l'épiderme autour d'elle, il s'était formé un groupe de *vésico-pustulettes péripilaires*; plusieurs de ces vésicules devinrent des *papules dermiques indurées*, l'une d'elles envahit les plans profonds, se transforma en *gomme hypodermique*. Pendant ce temps-là, la première gomme se cicatrisait, mais la lymphangite persistait entretenue par la deuxième gomme d'origine épidermique. Cette deuxième gomme, au lieu de guérir et de se cicatriser comme la première, ne régressa qu'incomplètement, laissant à sa place un *verucome sporotrichosique* analogue à un tubercule anatomique.

Enfin, ce même malade eut encore des *angines* et une *ulcération de la muqueuse du voile du palais*, et depuis plusieurs mois il a une *laryngite* sporotrichosique.

Plusieurs observations confirmatives de ces formes mixtes ont été publiées :

Le malade n° VIII de Gaucher et Monier-Vinard, tuberculeux pulmonaire et épididymaire dont les crachats contenaient des bacilles de Koch, présentait, disséminées un peu partout, des gommes indurées, ramollies, ulcéro-croûteuses; aux avant-bras, des gommes échelonnées; à la face, des nodules *dermiques*, mous et indolents, ulcérés; au pavillon de l'oreille, un infiltrat dermique à cicatrice rétractile; enfin, autour des ulcérations des poignets, une *épidermite vésiculeuse tricophytoïde*, résultant de l'ensemencement de l'épiderme par le pus des ulcérations gommeuses.

Le malade n° VII des mêmes auteurs avait non seulement des gommes disséminées fistuleuses, mais aussi deux petites papules dermiques squameuses de la face.

Dans l'observation du malade de Brocq, rapportée par R. Duval et Fage, « on retrouve, disions-nous, la même variété d'aspect; les lésions, d'après les auteurs, simulaient, les unes, la syphilis, les autres, la tuberculose... C'est le mélange de lésions d'aspect si différent qui devait faire soupçonner la sporotrichose plutôt que leur nombre, car on ne trouvait que sept éléments, chiffre qu'atteint et dépasse souvent la bacillose ». Dès le début nous avons insisté sur la valeur de cette complexité pour le diagnostic clinique.

L'observation de Laubry et Esmein est un des plus remarquables exemples de ces formes complexes : gommes disséminées, indurées, ramollies, abcédées, fistuleuses ou largement ulcérées, ulcéro-croûteuses, gommes échelonnées à dispositions lymphangitiques, gros abcès froids laissant la peau intacte, persistant au-dessous des incisions et des ulcérations qui se referment.

La malade de de Beurmann, Gastou et Brodier, atteinte de sporotrichose gommeuse, disséminée, ulcéreuse, montrait « sur le cuir chevelu une gomme ulcérée entourée de *folliculites sporotrichosiques* ». Elle fut le premier exemple de *laryngite, pharyngite sporotrichosiques*. L'autopsie faite par Letulle et Debré révéla en outre de la *trachéite*.

La malade de Brissaud et Rathery présentait à la fois des gommes sous-cutanées et des *gommes intra-musculaires*.

La malade de Balzer et Galupe avait, outre ses gommes disséminées, un petit placard d'infiltration dermique ulcérée.

Le malade de Sicard, Bith et Gougerot avait en même temps que ses gommes disséminées, fermées ou ulcérées, ecthymatiformes, une *périostite gommeuse du tibia*.

L'un des malades de Hudelo, Monier-Vinard, Braun et Merle était atteint à la fois de gommes musculaires et d'une synovite sporotrichosique.

Le malade de Gaucher et Fouquet était porteur de gommes disséminées hypodermiques, de papules dermiques syphiloïdes du front et du thorax et, après la guérison d'autres accidents, il conserva au dos de la main un *verrucome sporotrichosique* développé à la place d'une gomme hypodermique et simulant une tuberculose verruqueuse ou un kérion trichophytique.

Les cas de sporotrichose à forme mixte sont donc nombreux.

En résumé la sporotrichose, dans ses formes anciennes plus souvent que dans ses formes récentes, présente donc un tableau complexe et son polymorphisme s'explique par le mélange de lésions d'âge différent (polymorphisme évolutif), de lésions d'aspect et de tendances différents (polymorphisme lésionnel), de lésions associées lymphangitiques, dermiques, épidermiques, muqueuses, musculaires, osseuses, synoviales (polymorphisme d'association).

Suivant leur âge et leur stade évolutif on peut distinguer des nodosités indurées, adhérentes ou non aux téguments, recouvertes d'une peau tantôt blanche, tantôt rose violacé, ou violacé foncé; des nodosités rénitentes, en voie de ramollissement; des nodosités ramollies, partiellement ou complètement abcédées; des ulcérations recouvertes ou non de croûtes; des cicatrices.

Suivant les différences d'aspect et de tendance, on peut distinguer des petites nodosités immobilisées ne se ramollissant pas; des abcès petits ou gros (1) s'immobilisant sans tendance ulcéreuse, recouverts parfois d'une peau intacte; des abcès qui, incisés, tantôt n'ensemencent pas les lèvres de la plaie, tantôt ulcèrent l'ouverture, tantôt laissent se refermer la plaie ou l'ulcération et persistent pleins de pus au-dessous d'une fistulette bourgeonnante croûteuse ou d'une demi-cicatrice; des ulcérations se produisant rapidement ou lentement, restant fistuleuses ou s'élargissant (1), revêtant des aspects multiples, tuberculoïdes, syphiloïdes, ecthymatiformes rupioïdes, furonculeux...

Ce polymorphisme s'accroît encore par l'addition de localisations nouvelles : gros abcès hypodermiques; — lymphangites gommeuses avec ou sans adénopathies, avec ou sans lésions porte d'entrée; — lésions dermiques aux variétés multiples : papules, vésico-pustules, pustules petites et grandes, ulcéro-croûteuses, infiltrats lupiformes ulcérés, placards papillomateux, végétants, suintants ou sporotrichosides verruqueuses et squameuses; — lésions épidermiques, épidermite trichopytoïde entourant une ulcération dont le pus a ensemencé l'épiderme, folliculites et vésicules, placards eczématoïdes ou pityriasiformes; — lésions muqueuses, musculaires, osseuses, synoviales, etc.

Toutes les transitions existent entre ces formes de la sporotrichose. Les unes sont plus proches de la variété ulcéreuse, d'autres de la variété non ulcéreuse, d'autres les combinent en proportions diverses.

Le tableau clinique de la Sporotrichose disséminée de de Beurmann peut donc varier à l'infini; la gomme, quels qu'en soient le siège, la grosseur, la tendance, le stade évolutif, reste la lésion fondamentale, qui fait l'unité entre ces diverses formes cliniques de la mycose.

II

SPOROTRICHOSES LOCALISÉES. CHANCRE SPOROTRICHOSIQUE ET SPOROTRICHOSE LYMPHANGITIQUE. ADÉNITE SPOROTRICHOSIQUE.

Le sporotrichum Beurmanni, dans cette forme clinique, détermine au point d'inoculation cutanée une lésion initiale ou porte d'entrée, véritable chancre sporotrichosique, puis il envahit les lymphatiques, donnant un cordon lymphangitique parsemé de gommes identiques aux gommes de la sporotrichose disséminées (lymphangite gommeuse centripète); parfois, mais inconstamment, il lèse les ganglions régionaux (adénite sporotrichosique). La mycose reste localisée au segment envahi.

Le plus souvent, le chancre et la lymphangite sont associés, mais quelquefois la lésion porte d'entrée passe inaperçue, le chancre manque et la sporotrichose se réduit à une lymphangite gommeuse. Plus

(1) La grosseur des lésions indurées ou abcédées, la largeur des ulcérations ne dépendent pas toujours de l'ancienneté des lésions; il y a des lésions qui s'immobilisent dans un stade.

(1) Le cas de Widal et Weill, par exemple, est une de ces formes de transitions entre les sporotrichoses ulcéreuses et les sporotrichoses non ulcéreuses. Le nombre des nodules atteignait la centaine La plupart restèrent fermés. « Quelques-uns de ces nodules se sont ouverts à leur point culminant. L'ouverture donne issue à un pus épais gommeux, parfois teinté de sang; le pertuis n'a pas tendance à se fistuliser et il se recouvre d'une petite croûtelle », la suppuration se tarit très vite, « aucun élément n'a donné naissance à une fistule » persistante.

rarement, la lésion initiale ne s'accompagne pas de lymphangite appréciable et les ganglions sont seuls tuméfiés. Plus exceptionnellement encore, la lésion initiale d'inoculation est la seule lésion sporotrichosique, les lymphatiques, les ganglions restent ou semblent rester intacts...

On a observé ces formes localisées à la tête et aux membres. Quel que soit le siège, la gomme garde toujours les mêmes caractères, le même polymorphisme évolutif, la même diversité de tendance, les mêmes particularités sur lesquels nous avons déjà tant insisté et qui si souvent permettent le diagnostic clinique.

Sporotrichoses céphaliques localisées. — Le premier exemple a été notre observation n° XII, présentée à la Société médicale des hôpitaux sous le titre de chancre sporotrichosique frontal et sporotrichose lymphangitique centripète primitive et localisée.

Le malade, marchand des quatre-saisons, reçut dans une rixe une blessure profonde au milieu du front. Il n'avait pris aucun soin de la blessure et pour la cacher il rabattait sur son front une casquette qui traînait souvent sur sa voiture et était souillée de débris végétaux. Il dut s'inoculer ainsi le sporotrichum et au bout d'une vingtaine de jours il se développa un chancre papillomateux et verruqueux.

« La lésion du front, disions-nous, ressemble aux tuberculoses verruqueuses et papillomateuses qui marquent si souvent la porte d'entrée cutanée du bacille de Koch, et M. Thibierge l'a justement comparée à certaines tuberculoses ulcéro-papillomateuses. Elle est vaste, irrégulière, assez douloureuse. L'excavation bourgeonnante est profonde de 3 à 8 millimètres, le fond est inégal, anfractueux, rosé, bosselé de gros bourgeons hérissés de petites villosités, plusieurs de ces mamelons sont marqués d'un point ou traînée blanchâtre séro-épidermique ou intra-dermique de pus concret. Le centre tend à se cicatriser, les bords sont roses, violacés, boursouflés, déchiquetés et décollés, frangés à la partie inférieure, ils sont recouverts de petites squames sèches et blanches ou stéatoïdes, un peu jaunâtres, qui cachent un épiderme verruqueux; à la partie inférieure suinte une sérosité louche qui s'accumule entre les bourgeons et sous les bords décollés.

A la joue droite existe une seconde lésion, verruqueuse, produite par inoculation externe et directe du parasite. C'est un placard arrondi, plat et saillant, recouvert d'un épiderme blanchâtre, craquelé, qu'entoure et déborde une large auréole violacée. Lorsqu'on arrache le couvercle épidermique, une excavation papillomateuse apparaît, profonde de 2 à 3 millimètres, l'épiderme rosé semble conservé. La ressemblance est frappante avec la lésion initiale du front; mais le chancre frontal plus ancien est excavé, suintant, le placard jugal a conservé son couvercle épidermique.

L'évolution a été rapide, le début ne remonte pas à plus d'un mois. L'état général est resté bon.

« De cette lésion primaire (chancre frontal) partent deux traînées lymphangitiques divergentes et symétriques; à droite et à gauche, elles suivent très exactement les trajets connus des gros troncs lymphatiques, qui, issus du front et de la racine du nez, passent entre la paupière et le sourcil, parfois au-dessus, et aboutissent aux ganglions pré-auriculaires. La traînée droite est formée de gommes volumineuses ramollies pour la plupart, la traînée gauche toute récente est composée de nodules petits et indurés. Ces traînées simulent la lymphangite tuberculogommeuse de Bazin. »

Tous les points de la face peuvent être atteints. La lésion initiale peut siéger aux paupières. Deux cas de *sporotrichose palpébrale* sont connus : le premier, dû à Danlos et Blanc ne s'accompagnait que de lésions lymphatiques insignifiantes. « La paupière inférieure gauche, dans sa totalité, est rougeâtre et tuméfiée ; la tuméfaction a son maximum à l'angle externe de l'œil et forme en dehors de lui un placard de 15 millimètres environ de diamètre. La rougeur n'a pas l'apparence violacée et livide des tuberculoses cutanées, la tuméfaction molle et fougueuse paraît plus ferme que celle de la tuberculose. En plusieurs points existent des orifices fistuleux par lesquels s'écoule une sérosité purulente, un stylet introduit dans ces parties chemine superficiellement sur une étendue de 10 millimètres environ, glissant sous une mince pellicule. La conjonctive dans la moitié externe participe à la rougeur et à la tuméfaction, elle est largement œdémateuse. Pas de ganglions auriculaires, un tout petit sous-maxillaire. »

Le deuxième cas dû à Morax et Carlotti reproduit la même lymphangite gommeuse centripète que notre cas n° XII : « ulcérations du bord libre de la paupière supérieure avec petits abcès palpébraux intra-dermiques, cordon lymphatique et adénopathie pré-auriculaire et maxillaire, le tout évoluant d'une manière chronique. »

La lésion initiale peut siéger à la joue : *sporotrichose faciale*.

Le malade de Balina et Marco del Pont n'avait qu'une seule lésion localisée à la face « placard boursouflé végétant, verruqueux, plus large que haut, situé à 10 millimètres au-dessous de la paupière inférieure en dedans de la pommette gauche ».

Spillmann et Gruyer ont relaté le cas d'un vétérinaire portant sur la joue gauche trois lésions dermiques, la plus grande « de la dimension d'une pièce de deux francs, lésion surélevée à base fortement indurée, recouverte de croûtes jaunâtres impétigineuses ». Au-dessous de la croûte, on voyait « un bourgeon charnu, saillant, grenu à surface parsemée de petits points blanchâtres, laissant écouler du pus à la pression. « Ce bourgeon est indolore, de consistance très dure, criant sous la pince lors du grattage... Ces lésions dataient, la première de quinze jours, les deux autres de huit jours. Dans la région sous-maxillaire on décélait la présence de deux ganglions du volume d'un œuf de pigeon ». La guérison fut rapide par l'iodure, les ganglions furent les derniers à disparaître. Il y avait donc des lésions initiales avec adénite sans lymphangite.

Lymphangite sporotrichosique ascendante des membres. — Le premier cas de cette variété a été notre malade n° XIII, présenté à la Société médicale sous le nom de sporotrichose lymphangitique gommeuse ascendante, localisée au bras. Il n'y avait pas eu de chancre. Le cordon lymphangitique large et induré commençait sur le bord interne de l'avant-bras et remontait jusqu'à l'épicondyle. A quelques centimètres au-dessous du coude on trouvait la cicatrice du premier abcès et la fistulette qu'il avait laissée, le point de terminaison du cordon lymphangitique était marqué par une deuxième ulcération gommeuse. La troisième ulcération était à 4 centimètres au-dessus

de cette deuxième gomme, sur le bord externe du bras. Il n'y avait pas de traînée lymphangitique appréciable entre la deuxième et la troisième gomme; les ganglions axillaires étaient indemnes. L'évolution fut extrêmement lente, les lésions se succédèrent chronologiquement de bas en haut, de juin 1905 à juillet 1907.

Des observations semblables ne tardèrent pas à être publiées par Demoulin et Duval (n° XIV); par Dominici et Duval (n° XVIII, où la lésion initiale siégeant à l'index était marquée par une ulcération); par Lutz et Splendore; par Balina et Marco del Pont, où le chancre formait à la face dorsale du quatrième doigt un large placard verruqueux; par Greco, où le chancre, vaste surface végétante, siégeait à un pied, et était accompagné d'une lymphangite remontant jusqu'au genou, et d'une légère tuméfaction des ganglions cruraux et inguinaux; par Gaucher, Fouquet et Giroux; par Spillmann et Gruyer; enfin, par Josset-Moure. Ce dernier cas, où les lésions étaient localisées à la jambe et à la cuisse, est particulièrement remarquable par la netteté de l'*adénite inguinale subaiguë*, dont la nature mycosique fut affirmée par l'ensemencement qui donna des cultures pures de sporotrichum et par les inoculations négatives qui rejetaient la bacillose.

Dans toutes ces formes, on retrouve toujours la gomme sporotrichosique avec ses diverses variétés.

Entre ces formes localisées lymphangitiques et les sporotrichoses gommeuses disséminées, il existe des *formes de transition*. Au cours d'une sporotrichose gommeuse disséminée ancienne, il n'est pas rare qu'une des gommes ensemence les lympathiques, et détermine une lymphangite ascendante. Nos malades n° III et n° VI en furent les premiers exemples. Mais il n'existe qu'un cas, celui de Bonnet, où la sporotrichose ait commencé par une lymphangite ascendante d'un bras et se soit disséminée secondairement au reste du corps. Si le sporotrichum Beurmanni dans la forme lymphangitique reste le plus souvent localisé au segment qu'il a envahi, il peut donc, au moins par exception, franchir les ganglions, se déverser dans la circulation veineuse et être disséminée ensuite par la voie artérielle dans tout l'organisme.

(*A suivre.*)

PRATIQUE MÉDICALE

LES COMBINAISONS BROMÉES DANS LES AFFECTIONS NERVEUSES

Par le docteur Marceut.

Pour parer aux inconvénients des bromures, on a essayé d'introduire le brome dans l'organisme au moyen de combinaisons albuminoïdes; et, tout comme on l'a fait pour l'iode, c'est à la peptone que l'on a eu recours.

Mais, ce qui est possible pour l'iode, est irréalisable pour le brome.

En effet, en faisant agir le brome sur les peptones, on obtient bien un liquide bromé, mais la réaction est infiniment plus brutale qu'avec l'iode.

La matière organique se trouve totalement détruite, et avec l'hydrogène qu'elle perd, elle forme, en présence du brome, de grandes quantités d'acide bromhydrique libre. On se trouve donc avoir ajouté aux inconvénients des bromures ceux d'une acidité souvent très forte.

Si, au contraire, on fait agir le brome sur l'albumine de l'œuf, on obtient une combinaison albuminoïde exempte de brome libre et d'acide bromhydrique, que ses auteurs pour manifester qu'elle résulte de la combinaison du brome et de l'albumine de l'œuf (ovalbumine) ont désigné sous le nom de bromovose.

Préparation constante, rigoureusement titrée, entièrement assimilable, nous l'avons dans notre pratique médicale substituée aux bromures, et nous nous en félicitons.

Son activité thérapeutique, trois fois plus grande que celle des bromures, a permis d'obtenir des résultats que nous n'aurions pu espérer avec ces derniers.

Ne produisant jamais de phénomènes de bromisme, elle constitue une arme puissante entre les mains du praticien dans tous les cas relevant de la médication bromurée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de thérapeutique clinique des maladies tropicales, par le docteur A. Guillon, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, professeur-adjoint à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales. In-8 de 400 pages, cartonné toile, avec figures dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

La Maternité et la défense nationale contre la dépopulation, par le docteur Sicard de Plauzoles, professeur au Collège libre des sciences sociales (Encyclopédie internationale d'assistance, d'hygiène sociale et de démographie). In-18, relié toile. — Prix : 4 francs. — Paris, V. Giard et E. Brière.

La Lutte contre la prostitution, par R. Decante, juge au tribunal civil de Châteaudun, membre correspondant de la Société de médecine légale de France. Récompensé par l'Académie des sciences morales et politiques. Préface par H. Turot, conseiller municipal de Paris. Encyclopédie internationale d'assistance, de prévoyance, d'hygiène sociale et de démographie. In-18, relié toile. — Prix : 4 francs. — Paris, V. Giard et E. Brière.

L'Honneur médical, par le docteur Georges Surbled. Broch. de 160 pages. — Paris, Maloine.

Etudes expérimentales sur la génération primitive, par Albert et Alexandre Mary. In-8 avec 3 pl. similigr. hors texte. — Prix : 2 francs. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



Sirop Roche
Sirop Roche au Thiocol
Comprimés de Thiocol Roche

N° 45. — MARDI 20 AVRIL 1909. 82e ANNÉE. MARDI 20 AVRIL 1909. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Internat de Brévannes, Sainte-Périne et Hendaye. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, sont nommés internes à Brévannes et Sainte-Périne : MM. Dufour, Ghys, Dutheil, Ferry, Vignes et Pernet.
A Hendaye : MM. Finot et Bougeant.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Des concours s'ouvriront, à la Faculté, pour un emploi de chef de clinique chirurgicale et pour un emploi de chef de clinique ophtalmologique, le lundi 26 juillet 1909, à huit heures et demie du matin.

HOPITAL CIVIL D'ALGER-MUSTAPHA. — M. le docteur Lemaire, médecin suppléant à l'hôpital de Mustapha est nommé médecin titulaire.

PRIX MAXIME GROULT. — Le concours pour le prix Maxime Groult sera clos le 24 avril 1909. Les mémoires devront être déposés, ou envoyés par poste recommandée, chez M. le docteur Pierre Lande, 34, place Gambetta, à Bordeaux.

Ce prix, de la valeur de 1320 francs, représentant les arrérages d'une rente léguée par la famille Maxime Groult, est destiné à récompenser le meilleur travail sur l'intoxication par le tabac.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie de Paris aura lieu le jeudi 22 avril, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne dans le service de la clinique.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quatorzième semaine, 1 107 décès, au lieu de 1 011 pendant la semaine précédente et de 1055, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La scarlatine a causé 10 décès, au lieu de 0 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 211; il s'élevait à 174 la semaine précédente (moyenne 165).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 197 décès, au lieu de 176 pendant la semaine précédente (moyenne 196).

La phtisie pulmonaire a causé 212 décès (moyenne 237).

On a signalé en outre du 4 au 10 avril, 15 cas de méningite cérébro-spinale à Paris.

Il n'en a point été signalé dans la banlieue.

LA MAISON DU MÉDECIN. — Le groupement d'organisation de la Maison du médecin qui a fait son tour de France avec succès et obtenu l'adhésion de la majorité du corps médical français vient de tenir son assemblée générale annuelle à la Faculté de Paris. Le docteur Courtault a tracé dans ses grandes lignes l'œuvre entreprise, les résultats obtenus et les prochaines réalisations. Après des remerciements aux actives commissions du groupement ainsi qu'au conseil juridique, il a proclamé le dévouement de la presse médicale tout entière qui n'a pas marchandé son appui. Le docteur Nass, secrétaire général de l'œuvre, dans son rapport a exprimé à tous l'espoir précis d'apporter l'année prochaine mieux qu'un programme : déjà sont à l'étude des sources de revenus de la plus haute importance, la commission des voies et moyens est saisie d'une très importante proposition émanant d'un groupement financier qui, à elle seule, peut laisser entrevoir pour bientôt l'acquisition possible d'un immeuble, des représentations à bénéfice sont en préparation, etc... Enfin du rapport du trésorier, le docteur Kolbé, la Maison du médecin a en caisse tous frais payés une dizaine de mille francs recueillis uniquement dans le corps médical.

L'assemblée a procédé à la nomination de son Conseil d'administration qui est ainsi composé :

Président, M. le docteur Courtault; vice-présidents, MM. les docteurs Triboulet et Cunéo; secrétaire général, M. le docteur Lucien Nass; secrétaires, MM. les docteurs Paul Cornet et Wicart; trésorier, M. le docteur Schmitt (de Paris); trésorier-adjoint, M. le docteur Favreau; membres, MM. les docteurs Brindeau, Butte, L. Duchastelet (de Paris), Aimé Gardette, P. Guillon, Lucien Jacquet, Kolbé (de Châtel-Guyon), Laumonier, Paul Reynier et Walther.

Comité juridique : avocats-conseils, Mes Léopold de Leymarie et Bruno Dubron ; notaire, Me Alexandre Josset; avoué, Me Georges Gallard.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — M. le docteur André Jousset, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 23 avril, à cinq heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les lundis et mercredis suivants à la même heure.

Objet du cours : Les microbes pathogènes.

UNE

MÉTHODE NOUVELLE D'ANESTHÉSIE

PAR LE CHLORURE D'ETHYLE

Par le docteur GUISEZ.

Le chlorure d'éthyle est un liquide qui bout à 12 degrés, se volatilise rapidement, se fixe de même dans le sang et s'en élimine de la même façon. S'il est pur, ce gaz est sans danger, dit la physiologie, qui nous a en outre déterminé la dose nécessaire pour obtenir l'anesthésie sans arriver à la dose toxique, soit 3 centimètres cubes.

Dès le début, il fut administré à l'aide de la compresse, il y avait dans ce mode d'administration une trop grande quantité d'air avec une déperdition de gaz dans l'absorption.

Les masques ont été créés ensuite pour utiliser une ampoule qui contient la dose déterminée, 2 ou 3 centimètres cubes pour l'anesthésie de courte durée.

Ils deviennent nombreux, et tous les inventeurs s'ingénient à les perfectionner sans se soucier de la physiologie qui a une loi commune à tous les anesthésiques et que l'on pourrait résumer par la formule suivante : « La narcose doit s'accomplir sans brusquerie, sans surprise, et l'imprégnation anesthésique doit se faire d'une façon essentiellement progressive. »

En effet, le masque se compose d'un bourrelet pneumatique qui épouse la région bucco-nasale, d'un récipient qui reçoit le liquide et d'une vessie qui sert de réservoir d'extension pour les temps de la respiration.

En l'employant, que se passe-t-il?

Parmi les inconvénients nombreux, l'excitation persiste ainsi que l'étouffement. Ceci est dû à une trop rapide volatilisation des liquides anesthésiques, volatilisation provoquée par l'élévation de température causée par le voisinage de la face du patient et le contact des mains de l'opérateur sur l'appareil. Il y a sidération. Quelques auteurs préconisent de chauffer l'appareil en hiver et de le refroidir avec de la glace en été, il devient ainsi très difficile de déterminer une température qui pourrait quelquefois tomber dans les extrêmes, c'est-à-dire amener trop rapidement la volatilisation ou bien la retarder.

J'emprunte ici un passage dû au distingué anesthésiste, le docteur Sauvez qui l'expose dans la *Clinique* (1). En parlant des masques il dit :

« Nous en avons expérimenté beaucoup et nous n'avons pas été satisfait.

Dans un grand nombre, on brise l'ampoule dans le masque au moment où on vient d'appliquer celui-ci sur la figure du patient ; le fracas du bris de l'ampoule et le sifflement qui se produit effraient beaucoup de sujets nerveux et impressionnables qui cherchent immédiatement à se défendre, à lutter avec l'anesthésiste et sont dès lors admirablement préparés pour faire une belle période d'excitation.

Dans beaucoup, le malade inspire du premier coup, sans air et sans qu'il soit possible d'en donner autrement qu'en enlevant le masque, les vapeurs qui se dégagent de l'ampoule brisée et nous avons constaté, pour l'avoir expérimenté maintes fois et sur nous-même, combien est désagréable, terriblement désagréable, le passage de ces vapeurs irritantes qui arrivent d'emblée dans le larynx et la trachée. Cette sensation d'étouffement pénible, de suffocation angoissante, prédispose à la syncope laryngo-réflexe.

Un gros désavantage présenté par la plupart des masques est aussi que, si l'on est amené à opérer dans le décubitus dorsal, le malade est exposé à absorber des débris de verre ou de liquide, ce qui peut occasionner des accidents graves.

Beaucoup de masques ne présentent pas de soupape d'expiration, de sorte que le malade inspire de l'acide carbonique et des gaz divers qu'il a expirés précédemment.

Nous avons constaté, en employant l'appareil Décolland, le peu de phénomènes d'excitation, la rapidité de l'anesthésie, la conservation de la couleur normale de la face, le retour rapide de l'état de réveil absolu, sans nausées et la rareté de l'émission d'urine pendant l'anesthésie. »

Comme vient de le dire le docteur Sauvez, dans ses justes observations, il est un point essentiel qui a été négligé jusqu'ici. Les appareils destinés au chlorure ne possèdent pas de soupape et ils ne peuvent en recevoir à cause de leur rapprochement avec le chlorure d'éthyle qui s'éliminerait par ce passage. S'il a été dit que le chlorure d'éthyle devait s'administrer avec le moins d'air possible à cause de son extrême volatilisation, il ne faudrait pas pour satisfaire une technique, faire de l'anesthésie une loi générale, qui dirait à son tour :

« L'anesthésie par le chlorure d'éthyle doit se faire sans air. »

« Lorsqu'il s'agit en effet de variétés de terrains aussi dissemblables que celles que présente l'organisme humain, où les idiosyncrasies peuvent révéler de l'intolérance malgré le plus minutieux examen, il serait dangereux qu'on fît d'un procédé spécial une généralité. »

D'ailleurs, la clinique nous donne journellement raison : sur un sujet nerveux l'anesthésie débutera par une période d'apnée, il suffit d'un appel d'air pour la dissiper. Chez un émotif, ne vaut-il pas mieux l'acclimater par un mélange? Enfin, chez cet éthylique qu'il est difficile d'imprégner, faut-il le condamner à respirer ses gaz éliminés? La prudence fera à nouveau appel à cet air qui contient de l'oxygène et une partie vitale que nous ne connaissons pas.

C'est ce qui a fait dire au docteur Pinet :

« Ceux qui disent qu'il ne faut pas d'air ont tort; ceux qui disent qu'il en faut ont tort cliniquement. Certains malades ont besoin d'avoir un peu d'air; pour d'autres, il n'en faut pas du tout. La question de terrain prime tout. »

Dans cet article, mon intention n'a pas été de vous exposer une théorie personnelle. Il est évident que cha-

(1) Sauvez. De l'anesthésie de moyenne durée, *La Clinique*, 19 juin 1908.

cun a ses habitudes, et selon sa méthode obtient d'excellents résultats. Toutefois, chacun n'a pas le doigté particulier que nécessite une pareille intervention, *il faut surtout la pratique de l'anesthésie*. C'est pour y suppléer que des appareils ont été construits (Roth, Reynier, Ricard), appareils possédant l'immense avantage de distribuer le chloroforme par doses progressives et réglables à volonté suivant la nature du sujet.

Ce sont ces mêmes fonctions que nous allons retrouver dans un appareil pour le chlorure d'éthyle qui vient supprimer tous les desiderata que nous avons signalés plus haut et qui fait de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle une méthode sûre et sans danger.

C'est un dentiste, M. Décolland, qui vient de le mettre en valeur et, dans la description que j'emprunte d'une de ses communications, nous allons en voir la physiologie et connaître la technique.

Description de l'appareil. — Le principe de cet appareil réside surtout dans l'observation d'un phénomène qui en fait sa particularité. Lorsque l'on brise une ampoule dans un verre ou même sur une simple plaque de verre, on voit le chlorure d'éthyle rester sous la forme liquide, grâce à l'abaissement de température produit par la vaporisation initiale et partielle. L'évaporation du liquide se fait ensuite progressivement et relativement lentement ; de même, lorsque nous brisons une ampoule de chlorure d'éthyle dans notre appareil, le chlorure projeté sur le fond du vase produit par sa première volatilisation une réfrigération qui tient le liquide en suspens.

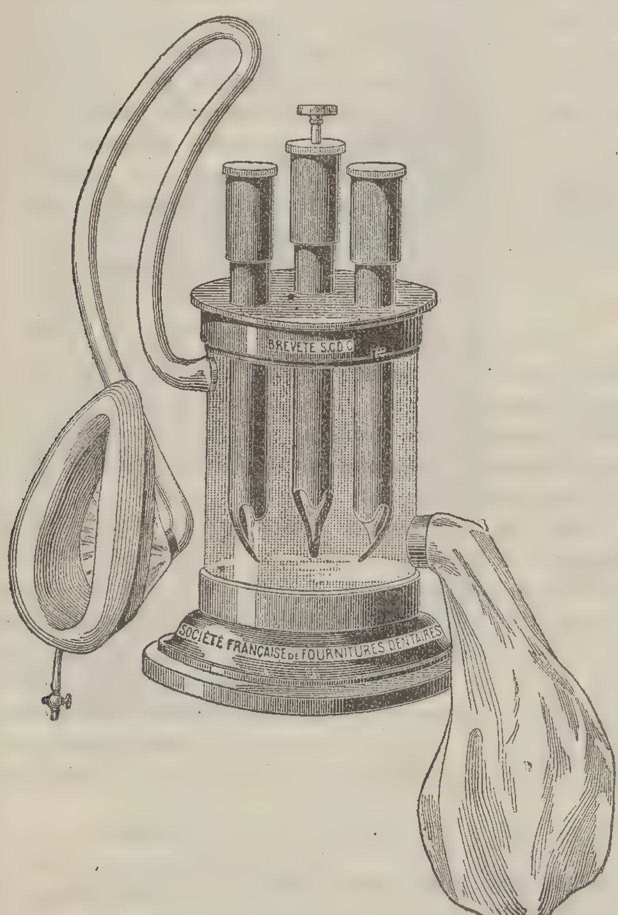


Fig. 1.

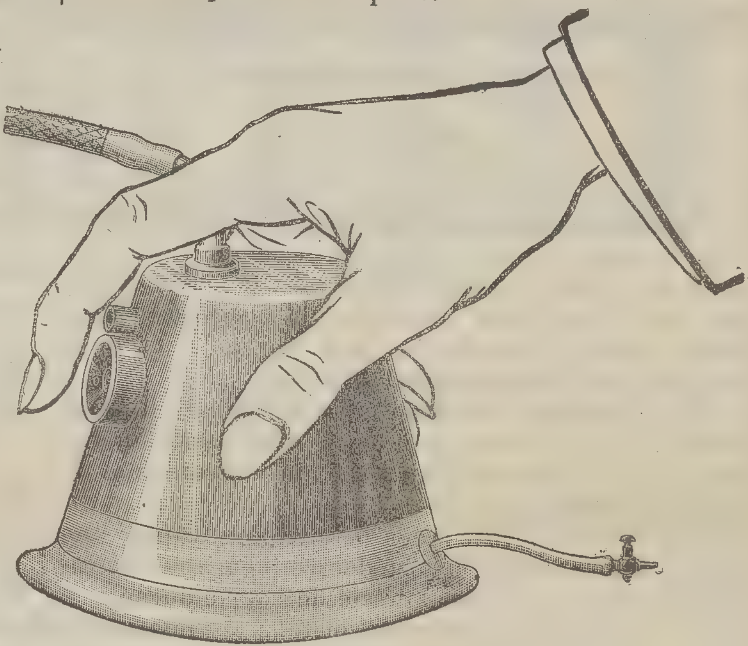


Fig. 2.

Ce n'est que progressivement, la respiration s'effectuant dans une vessie annexée à ce vase, que le malade absorbe l'anesthésique. En effet, le passage de l'air d'expiration, en se rendant dans la vessie, produit une élévation de température et amène par suite, secondairement, la volatilisation progressive du liquide. Les vapeurs anesthésiantes produites lentement sont de cette façon absorbées sans brusquerie.

L'appareil (fig. 1) se compose de deux parties : le récipient et son masque reliés par un tube en caoutchouc du volume de la trachée et d'une longueur de 45 centimètres environ.

Le récipient est en verre et porte deux tubulures, une pour le tube et l'autre pour la vessie destinées à jouer le rôle de réservoir extensible offert au déplacement de l'air, pendant les temps de la respiration. Le récipient est obturé par un couvercle, qui possède un certain nombre de cylindres en métal pour recevoir les ampoules et muni d'un butoir pour pouvoir les briser en appuyant sur leur sommet. Le masque est en métal et possède une soupape d'expiration à laquelle est adaptée une prise d'air pour compenser l'air expiré. L'opérateur l'ayant en main, entre le pouce et l'index, peut à son gré avec ce dernier paralyser sa soupape et sa prise d'air et les rendre libres successivement, au moment où il le juge nécessaire (fig. 2).

L'appareil peut être fixé sur une table à l'aide d'une chaînette. L'opérateur l'aura toujours sous la main pour continuer une anesthésie. Sur l'un des porte-ampoules, un petit ballonnet « doigtier en caoutchouc léger » peut être fixé pour mieux faire percevoir à distance par ses oscillations les temps de la respiration, rôle important qui confirmera la marche normale de la ventilation et de l'anesthésie.

Avant de terminer, je me permets de mentionner deux procédés que nous employons pour l'anesthésie

de moyenne et de longue durée. Au cours d'une intervention buccale jugée, au début, de courte durée, il est nécessaire, avant de procéder à une nouvelle anesthésie, d'attendre le réveil du malade et le forcer à expulser le sang et les débris anatomiques qui peuvent être avalés ou s'écouler vers la trachée, causes de vomissements post-anesthésiques attribués à tort au chlorure d'éthyle.

Il en sera de même pour l'ouvre-bouche, qu'il est utile d'enlever dès l'anesthésie terminée, pour éviter les inconvénients que nous venons de mentionner plus haut et faciliter la respiration qui se trouve altérée par l'ouverture exagérée de la bouche.

Pour l'anesthésie de longue durée au chlorure d'éthyle, on agit comme si l'on exécutait sur le même malade une série d'anesthésies de courtes durées, sans attendre son réveil, en prenant soin d'enlever le masque, pour lui faire respirer de l'air entre chaque période d'inhalation éthylique et obtenir une large ventilation, ce qui évitera l'accumulation du chlorure.

Pour les *narcoses combinées* au chlorure d'éthyle, chloroforme ou éther, nous versons dans l'appareil quelques grammes de chloroforme ou d'éther, et nous brisons une ampoule de chlorure d'éthyle, ce qui a pour avantage d'acclimater les cellules au chloroforme ou à l'éther qu'elles vont recevoir à l'aide soit de la compresse soit d'un appareil.

Au point de vue de notre spécialité oto-rhino-laryngologique, nous employons l'appareil de Décolland depuis bientôt deux ans pour toutes les interventions de courte durée. Dans la gorge, ablation des amygdales; dans le rhino-pharynx, opération de végétations adénoïdes; dans les fosses nasales, ablation de cornets d'éperon; dans l'oreille, paracentèse, ablation de polypes, ablation d'osselets, et nous avons pu apprécier la supériorité de l'anesthésie obtenue de cette façon.

Au lieu de cette brusquerie qui accompagne toujours l'administration du chlorure d'éthyle avec un masque dans lequel on brise l'ampoule, ici elle se fait petit à petit, aucune congestion au début, aussi le malade garde-t-il une impression plutôt agréable de son anesthésie. L'anesthésie complète est obtenue avec une dose minime de chlorure d'éthyle, 2 à 3 centimètres cubes. L'anesthésie est assez longue à cause sans doute de l'imprégnation progressive par le chlorure d'éthyle. L'élimination est rapide. En outre, et c'est là à notre sens le grand avantage que retireront les laryngologistes et les chirurgiens de son emploi, c'est la possibilité d'en rendre lorsque l'intervention du premier coup n'a pu être complète. Il suffit de briser une deuxième ampoule. En tout cas, jamais nous n'avons observé la plus petite alerte, le plus léger incident depuis que nous avons recours à cette nouvelle méthode.

MÉDECINE PRATIQUE

LA QUININE DANS LE TRAITEMENT DU PSEUDO-RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

A diverses reprises, en dehors des autres moyens extérieurs classiques, M. J. Brault s'est servi de la quinine contre les diverses formes du pseudo-rhumatisme blennorragique, et il s'en est bien trouvé, ainsi qu'il le constate dans une note à la Société de dermatologie et de syphiligraphie (4 mars 1909).

Il y a là, à son avis, un moyen thérapeutique qui n'est pas négligeable et qui mériterait peut-être d'être plus souvent essayé.

On délaisse volontiers la quinine pour l'antipyrine, le salol, à la dose moyenne de 3 grammes par jour; quelques-uns même restent partisans du salicylate de soude à fortes doses, mais en solutions étendues.

Il a semblé à M. Brault qu'on pouvait obtenir d'aussi bons effets avec des doses relativement faibles de quinine; 60 centigrammes de chlorhydrate, voire même de sulfate de quinine, *pro die*, suffisent en pareil cas. On donne la dose en deux fois soit 30 centigrammes dans la matinée et 30 centigrammes dans l'après-midi.

Cette médication demande à être continuée quelques jours; presque tout de suite la douleur cesse; dans le cas où il existe un épanchement notable celui-ci diminue. Dès la fin du premier septenaire, l'amélioration se montre très sensible.

M. Brault a fait œuvre utile en remémorant les bons effets de cette médication, certes depuis longtemps connue, mais qui, en raison même de sa banalité, est peut-être un peu trop délaissée, vis-à-vis du pseudo-rhumatisme blennorragique, contre lequel nous ne saurions avoir trop de moyens à notre disposition.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1909)

Calcification des lésions tuberculeuses chez les bovidés; leur richesse en bacilles de Koch. — M. Piettre. Chez les bovidés, la calcification des lésions tuberculeuses n'est pas un signe de guérison, elle n'est peut-être même pas un effort de défense; il n'y a aucune relation entre la virulence et le degré de calcification.

Au point de vue hygiène alimentaire, il est nécessaire de soumettre à un examen minutieux les diverses lésions de tuberculose pour juger de leur danger.

L'âge même très approximatif d'une lésion ne peut être basé sur la présence ou l'absence de calcaires.

Si la présence de sels minéraux n'est pas une réaction de l'organisme, toute méthode thérapeutique basée sur l'introduction de sels calcaires dans l'économie devient illusoire et peut-être dangereuse.

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1909)

L'intradermo-réaction à la tuberculine dans le traitement de la tuberculose : intradermo-tuberculinisation. — M. Ch. Mantoux montre qu'on peut, dans le traitement de la tuberculose par la tuberculine, administrer celle-ci par voie intradermique. On provoque ainsi des réactions locales qui sont fonctions de la sensibilité propre du sujet, de la quantité de

tuberculine injectée et, quand on pratique des injections successives, du degré d'immunisation déjà obtenu.

Ces réactions locales servent de guide pour la conduite du traitement et permettent d'éviter les réactions générales toujours invisibles.

Le traitement de la tuberculose par la tuberculine, lorsqu'il est indiqué, est rendu beaucoup plus sûr par cette *intradermo-tuberculinisation*.

Traitement des troubles génito-urinaires par action directe sur les centres nerveux. — M. Pierre Bonnier. Les centres qui règlent les fonctions urinaires et génitales sont situés à la partie inférieure du bulbe, et l'expérimentation clinique montre qu'on peut les libérer de certains dérèglements par de légères cautérisations des régions antérieures de la muqueuse nasale.

M. Bonnier a ainsi systématiquement traité un grand nombre de cas de dysménorrhée, de douleurs cataméniales, de migraines mensuelles, de crises vertigineuses, de crampes d'estomac et d'intestin. L'acné, l'érythème de la face, le prurit vulvaire, la leucorrhée habituelle ont été heureusement influencés par ce traitement. Les mêmes cautérisations ont encore guéri un certain nombre de cas d'incontinence d'urine ainsi que des crises quotidiennes de pollutions nocturnes.

Autres communications :

Du rôle hypotenseur de la choline dans l'organisme. — M. Jean Gautrelet.

La séro-anaphylaxie du chien. — La séro-anaphylaxie du lapin. — M. Maurice Arthus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 9 avril 1909)

Hypersensibilité d'un tuberculeux pulmonaire à l'exercice physiologique de la respiration. — M. G. Rosenthal présente l'histoire d'un tuberculeux qui, soumis à la suralimentation rationnelle et au cacodylate de soude, restait à un poids stationnaire. Vingt-cinq respirations en quatre séances faites en un mois donnèrent une augmentation en poids de 4 kilogs. A cause de la marche progressive des lésions locales, le traitement a dû être interrompu.

M. Dartigues s'associe aux idées exposées par l'auteur et est heureux de constater que les médecins s'intéressent actuellement à ces méthodes.

Kyste dermoïde de la région sacro-coccygienne. — MM. Dartigues et Mircouche présentent le cas d'un kyste dermoïde suppuré de la région sacro-coccygienne chez un homme de trente-trois ans. Ce kyste contenait une mèche importante de cheveux. Pour être évacué et poursuivi dans ses diverticules nombreux, il fallut faire un grand délabrement et une incision de 30 centimètres. La plaie, formidable, guérit fort bien mais demanda trois mois à se cicatriser. Ce cas est curieux au point de vue de la latence des symptômes : ce kyste d'origine congénitale ne se manifesta qu'à l'âge de trente et un ans ; le diagnostic qui semblait le plus probable était celui d'une tumeur blanche de l'articulation sacro-coccygienne. Les auteurs croient à l'influence de poussées rhumatismales dans l'articulation sacro-coccygienne, dans l'infection de ce kyste; le malade avait, en effet, eu plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu.

Du lever précoce après les laparotomies et l'accouchement. — M. Lance. Depuis une dizaine d'années, en Amérique et en Allemagne, beaucoup de chirurgiens pratiquent le lever précoce des laparotomisés. M. Lance apporte les résultats d'une enquête qu'il a entreprise sur la technique actuelle des chirurgiens à Paris et en province et tâche d'établir les indications et contre-indications de la méthode. Il y a des malades qu'on doit lever tôt, d'autres qui au contraire doivent rester longtemps au lit. Mais pour beaucoup de malades la durée classique du séjour au lit peut, moyennant certaines conditions et des modifications de technique et de pansement, être raccourcie avec profit pour le malade.

M. Theuveny. En ce qui concerne le lever des accouchées, il doit être basé sur l'évolution de l'utérus et l'écoulement lochial. On ne peut donc fixer de règle absolue ; c'est ainsi que les grandes multipares, les gémellaires, les infectées, les fatiguées ayant une subinvolution utérine seront justiciables d'un lever tardif, alors qu'une accouchée dont l'utérus aura disparu derrière le pubis et dont l'écoulement aura cessé dès le neuvième jour pourra se lever sans danger. Le lever trop précoce (deuxième, troisième jour) nous semble très imprudent.

M. Cazin estime qu'il n'y a pas lieu de formuler des lois générales au sujet du lever précoce des laparotomisés. En ce qui concerne les fibromyomes de l'utérus, en particulier, on ne saurait être trop prudent, et il cite à ce propos un cas d'embolie au dixième jour, chez une femme à laquelle il avait simplement fait une myomectomie pour fibrome sous-péritonéal, avec les suites opératoires les plus simples, sans la moindre élévation de température.

M. Dartigues trouve que M. Lance a bien fait d'apporter à cette tribune cette question qui intéresse à la fois médecins, chirurgiens et accoucheurs. Mais il estime qu'il ne faut pas être trop exclusif et qu'il y a un juste milieu à observer. Il considère que l'hystérectomie pour fibrome n'est pas une opération qu'il faille considérer comme bénigne, et l'embolie est là plus particulièrement à craindre. Il fait remarquer que dans les communications au sujet du lever précoce on n'a pas vraiment précisé l'avantage réel de ce lever.

M. Verchère demande quels avantages il peut y avoir à faire lever les malades trop tôt, pour sa part il n'en voit aucun.

Lithiase biliaire fruste. — M. G. Reignier de Surgères a remarqué que les cas de lithiase biliaire fruste sont innombrables.

Au point de vue du diagnostic, il trouve que la douleur vésiculaire à la pression, sans pylorisme, sans exsudation sanguine dans l'intestin (réaction Weber), est d'une importance très grande.

Quant au traitement, il se compose en dehors de l'hygiène alimentaire et de douches appropriées d'un médicament presque unique, merveilleux dans ses résultats : le cacodylate de soude en injections sous-cutanées, il le considère comme un spécifique, et lui associe le salicylate de soude et le boldo.

ANALYSES

MÉDECINE

Des cirrhoses alcooliques avec ictère. (Gilbert et Lereboullet. *Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutrit.*, août 1908, p. 445.) — On lit dans tous les traités classiques que l'absence d'ictère est un caractère important des cirrhoses alcooliques, mais que cependant cette règle n'a rien d'absolu; l'ictère est moins exceptionnel qu'on ne le dit. Ce correctif à la règle de l'absence d'ictère doit être souligné; Fiessinger a relaté récemment quelques cas d'ictère franc avec décoloration des matières au cours des cirrhoses bi-veineuses ; MM. Gilbert et Lereboullet en ont observé un assez grand nombre d'exemples, dont six suivis d'autopsie.

Les cirrhoses alcooliques avec ictère ont la même étiologie que la cirrhose classique des buveurs ; il faut noter cependant la prédominance du sexe féminin. Les symptômes sont ceux d'une cirrhose ascitique commune, mais le plus souvent on trouve le foie légèrement hypertrophié ; l'ictère qui donne à cette forme de cirrhose son aspect particulier est un ictère franchement apparent, avec cholémie, cholurie associée ou non à l'urobilinurie; les selles sont parfois décolorées, parfois de coloration normale ou même surcolorées ; cet ictère peut apparaître avec les premiers symptômes de l'affection ou survenir seulement à la période ascitique. Ces cirrhoses évoluent vite et leur pronostic doit être considéré comme plus grave que celui des cirrhoses communes ; il est exceptionnel qu'elles persistent plus d'un an une fois l'ictère établi.

L'examen anatomique montre des lésions très comparables à celles de la cirrhose commune, mais le foie est le plus souvent gros ; parfois des lésions de péritonite tuberculeuse et de tuberculose pulmonaire sont associées aux lésions hépatiques. Histologiquement, c'est une cirrhose annulaire biveineuse avec quelques caractères un peu spéciaux : diffusion rapide des lésions cirrhotiques à tout l'espace porte ; richesse en éléments embryonnaires; abondance des néo-canalicules biliaires. L'ictère s'explique difficilement, car on ne trouve pas d'angiocholite appréciable.

Ces cirrhoses peuvent présenter quelques difficultés de diagnostic; il faut les distinguer de l'adéno-cancer avec cirrhose, de la cirrhose graisseuse, parfois même des cirrhoses biliaires et des cirrhoses calculeuses. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

La ligature des vaisseaux du rein pour la guérison des fistules rénales persistantes. (M. P. Holdt. The Royal med. and chir. Soc., may 1907, in *The Practitioner*, sept. 1908, n° 483; vol. LXXXI, n° 3, p. 433.) — Dans certains cas de fistules rénales rebelles, la néphrectomie, à moins des contre-indications ordinaires, est légitime. Mais, de l'avis de tous les auteurs, par suite des adhérences intimes du rein avec les organes environnants, il peut être presque impossible parfois, en tout cas extrêmement dangereux, d'enlever tout le rein ; alors la fistule persiste, et le malade est voué à une mort rapide, ou à une infirmité incurable.

Il y a quatre ans, Holdt eut affaire à un de ces malades. Six mois auparavant il avait eu une rupture du rein, suivie d'une suppuration étendue. Pendant deux années, on fit quatre tentatives de néphrectomie, mais les difficultés furent extrêmes, et chaque fois, l'opération fut abandonnée à cause d'une hémorragie énorme ; on abandonna toute nouvelle tentative.

Holdt pensant que la sécrétion de l'urine était le seul obstacle à la cicatrisation de la fistule, songea à lier le pédicule rénal pour tarir cette sécrétion.

L'opération fut pratiquée par voie transpéritonéale, juste deux ans et neuf mois après la chute. Elle fut suivie de succès. Au bout de cinq jours toute urine cessa de s'écouler par la fistule, et au bout de cinquante-sept jours celle-ci était complètement cicatrisée. Depuis deux ans le malade est en parfaite santé. M. LANCE.

Direction du jéjunum dans la gastro-entérostomie. (B. G. A. Moynihan. *Ann. of Surg.*, vol. XLVII, n° 4, avril 1908, p. 481-485.) — Dans ses premières opérations de gastro-entérostomie postérieure, Moynihan attacha le jéjunum à l'estomac suivant une ligne légèrement oblique *en bas et à droite.* Peu à peu, il s'habitua à faire la bouche de plus en plus *verticale*, de telle sorte que maintenant il la fait aussi verticale que possible. Les résultats sont excellents; il suffit de dire que sur les dernières *deux cents* opérations, il n'a pas eu une seule fois de vomissements bilieux.

Cependant d'autres, Mayo et Munro en particulier, n'ont pas eu de si bons résultats avec l'abouchement vertical. Mayo est une autorité en chirurgie gastrique, c'est par plusieurs centaines, sinon par milliers, que se comptent ses gastro-entérostomies. Or, il croit que l'axe longitudinal du jéjunum devrait être dirigé, dans la gastro-entérostomie, *en bas et à gauche.* Il dit que le jéjunum, en quittant l'angle duodéno-jujénal se dirige en arrière et à gauche et qu'une suture faite dans la direction premièrement indiquée par Moynihan ne peut que produire une coudure de l'intestin.

Moynihan employa la technique de Mayo dans trois cas, avec un résultat bien inférieur à celui de l'abouchement vertical. L'un d'eux eut des vomissements bilieux persistants, et l'autopsie, le malade ayant succombé aux progrès de son cancer du pylore, établit, sans doute possible, qu'il y avait eu torsion du jéjunum autour de son axe longitudinal, d'où obstruction partielle.

En réalité, si la position indiquée par Mayo est vraie sur le cadavre, il faut admettre que sur le vivant, les conditions sont telles que l'angle duodéno-jéjunal et la première portion du jéjunum changent leurs rapports suivant la position du corps de telle sorte que la lumière de l'intestin reste toujours parfaitement libre. Autrement, nous aurions de l'obstruction intestinale chaque fois que nous nous couchons sur le côté droit.

Et Moynihan est retourné à la verticale, puisque c'est cette direction qui lui a donné les meilleurs résultats ; en cela, je pense que son opinion concorde avec celle de plusieurs chirurgiens de Paris, dont les statistiques sont peut-être moindres, mais dont l'opinion n'est pas pour cela à dédaigner. F. GARDNER.

PÉDIATRIE

Sur un nouveau cas de conjonctivite diphtérique après la rougeole. (Weill et Mouriquand. *Pédiat. prat.*, 15 oct. 1908, p. 243.) — Un nourrisson de douze mois entre le 17 février 1908 dans le service de M. le professeur Weill pour une coqueluche associée à une varicelle. Le 30 avril, il y contracte la rougeole; celle-ci évolue normalement; cinq jours après le début de l'éruption, les paupières s'œdématisent, deviennent énormes, des fausses membranes se développent rapidement sur la conjonctive palpébrale et bulbaire, la cornée s'infiltre en totalité. La culture des produits conjonctivaux donne du bacille de Lœffler; on fait des injections de sérum antidiphtérique et des instillations dans les yeux toutes les deux heures, une fois avec du sérum, une fois avec de l'argyrol. Mais l'état général est très grave; l'enfant meurt de broncho-pneumonie.

La conjonctivite diphtérique post-rubéolique présente toujours des symptômes d'une intensité particulière ; elle se différencie des autres formes de conjonctivite diphtérique par sa marche progressive presque toujours fatale et par sa résistance absolue à tout traitement. Cependant, au point de vue du pronostic, MM. Weill et Mouriquand font une distinction entre les conjonctivites post-rubéoliques précoces et tardives : quand la conjonctivite diphtérique a un début très précoce, quand elle survient en pleine éruption rubéolique ou au déclin de celle-ci, elle se termine presque toujours par la mort; dans presque tous les cas où il y a eu guérison complète ou relative, le début de la conjonctivite diphtérique avait été tardif.

Ce simple fait clinique montre, après bien d'autres, que la rougeole est un véritable fléau dans les services de médecine infantile; et malheureusement les précautions les plus minutieuses ne pourront empêcher ces contagions hospitalières, tant que tout enfant entrant à l'hôpital ne sera pas isolé pendant un certain nombre de jours, ce qui est d'ailleurs fort difficile et nécessiterait une reconstruction presque complète de la plupart des hôpitaux d'enfants. En attendant le jour où

ces réformes seront réalisées, ces mots d'Archambault resteront toujours trop vrais : « A l'hôpital des Enfants-Malades, on ne meurt pas de la maladie qui vous y amène, mais de celle qu'on y contracte. »

L. BABONNEIX.

THÉRAPEUTIQUE

L'emploi de la lécithine pour retarder les règles. (H. DE WILCZINSKI. *Sem. méd.*, n° 14, 7 avril 1909.) — Dans certaines affections, comme la chlorose, la tuberculose au début, etc., il arrive souvent que des menstruations trop fréquentes augmentent l'anémie et diminuent par suite la résistance des malades. En pareille occurrence, il y a grand intérêt à retarder l'apparition des règles ; dans ce but, M. de Wilczinski a administré la lécithine à la dose de 10 à 20 centigrammes répétée trois fois par jour, et il a pu de la sorte changer le type des menstrues. Le traitement doit être institué au cours de la période intercalaire et continué pendant dix à quinze jours ; on en constate les bons effets dès les premières époques.

Sur vingt malades ainsi traitées, l'auteur n'a eu qu'un insuccès dans un cas de chloro-anémie grave, bien que la menstruation eût été continuée longtemps.

L'emploi prolongé de la lécithine n'offre d'ailleurs aucun inconvénient. L'auteur a noté une légère élévation de température (0°5) pendant quelques jours chez certaines phtisiques. On peut l'éviter facilement en prescrivant dans ces cas des doses faibles de lécithine.

L. GAYARD.

CORRESPONDANCE

La Chambre (Savoie), 13 avril 1909.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire dans un journal de médecine la relation de plusieurs cas, chez tuberculeux principalement, d'un double épanchement pleurétique du même côté, l'un purulent, l'autre séreux.

Un cas semblable s'est présenté dans ma pratique, mais d'origine différente bien que siégeant au même niveau, dans la plèvre. Chez une femme de vingt ans avec forte fièvre, dyspnée, matité complète du côté droit de poitrine, etc., je fais une ponction au Potain et retire près d'un litre, je ne dis pas d'un liquide, mais d'une bouillie purulente, couleur de mortier, et d'une fétidité qui oblige à ouvrir les croisées de l'appartement. Jugeant un empyème nécessaire je l'envoie à l'hôpital ; se fiant à mon diagnostic, mon confrère fait, au point même où j'avais fait la ponction, vers le septième espace, une incision et quel n'est pas son étonnement, au lieu de pus, de voir sortir un litre et demi d'une sérosité des plus claires. J'abrège. Un mois après, la malade succombait à une granulie et l'autopsie montrait les restes d'un abcès du foie versé dans la plèvre, c'est l'épanchement purulent que j'avais ponctionné et un épanchement séreux se trouvait en arrière, celui ouvert par mon confrère.

A. SIGAUD.

FORMULAIRE

EXCORIATIONS DU MAMELON

Compresses chaudes, trempées dans la solution boriquée.
Après les tétées, faire un badigeonnage avec :

Thigénol	50 grammes.
Glycérine	100 —

Nettoyer le sein malade avant chaque tétée.

LIVRES NOUVEAUX

Troisième compte rendu de l'Institut impérial fondé pour l'étude du cancer (1), par le docteur MURRAY.

Dans ce recueil très intéressant au point de vue de la distribution ethnologique et zoologique du cancer, M. Murray étudie le cancer spontané des souris. Les tumeurs malignes de la souris peuvent être de divers ordres : les unes sont des adéno-carcinomes de l'intestin grêle, les autres des carcinomes de l'estomac, du foie. On constate aussi des sarcomes du rein, des lymphadénomes malins, mais les tumeurs les plus variées et les plus fréquentes sont certainement celles de la région mammaire.

En dehors des angio-sarcomes qui sont assez rares, il existe des chondromes ou des ostéo-chondro-sarcomes de la mamelle. Ces tumeurs ont été déjà étudiées par Ehrlich qui les considère comme provenant d'inclusions fœtales. Quoi qu'il en soit, ces tumeurs peuvent être transplantées et inoculées en série. La tumeur d'inoculation se présente alors sous forme de cartilage hyalin dans lequel pénètrent des vaisseaux dilatés parfois rompus. Autour de ces noyaux cartilagineux le tissu conjonctif prolifère sous forme d'éléments fusiformes sarcomateux, parfois il se fait au centre de la masse des dépôts ostéoïdes qui justifient la dénomination que M. Murray propose pour ces tumeurs. Après l'ablation la récidive est de règle et celle-ci se fait rapidement.

M. Haoland, à la suite de nombreuses recherches au sujet des modifications que l'on peut observer dans le stroma des tumeurs par leur transplantation, démontre que ce stroma reste sans modification pendant longtemps ; puis le stroma du centre de la tumeur prend les caractères du sarcome. La prolifération sarcomateuse qui au début ne possède qu'une faible vitalité peut augmenter de résistance par les passages successifs d'animal à animal. On subit des fluctuations dont on ne connaît pas encore la raison.

Cette publication se termine par l'exposé des travaux de MM. Bashford, Murray, Haoland, Bowen sur les résultats de la propagation des tumeurs malignes, de M. Bashford sur la résistance des souris au développement du cancer en général. Enfin M. Haoland étudie le glycogène et la graisse dans les tumeurs et M. W. Cramer les variations de la sécrétion de l'acide chlorhydrique dans le cancer expérimental.

L. ALQUIER.

La Mimique chez les aliénés (2), par le docteur G. DROMARD, médecin des asiles publics d'aliénés.

L'étude de la physionomie des aliénés n'est pas un objet de futile curiosité. Elle aide à démêler le caractère des idées et des affections qui entretient le délire de ces malades : les caractères spéciaux qu'imprime la folie aux attitudes, aux gestes et aux jeux de physionomie d'un sujet, sont le plus souvent en rapport avec la variété de ses troubles psychiques, et leur appréciation exacte peut être d'un puissant secours dans la recherche du diagnostic.

Or le grand intérêt d'une étude sur la mimique chez les aliénés réside dans les rapports qu'affecte cette modalité d'extériorisation avec les états fonciers qu'elle extériorise.

M. Dromard envisage, au nom de la psychologie morbide, les relations qui unissent la mimique aux trois sphères intellectuelle, affective et volitionnelle, et, à ce titre, il s'est heureusement éloigné du terrain purement objectif. Cette tentative répond à des besoins nouveaux, car elle permet de

(1) In-4°, 447 pages. Prix : 15 shellings. — London, Imprimerie Taylor et Francis, Fleet street.

(2) In-18 de la Collection médicale, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

grouper des observations éparses en vue d'une classification méthodique. L. GAYARD.

Indications opératoires dans les affections de l'estomac (1), par le docteur DELANGRE (de Tournai).

Dans cet exposé, l'auteur s'est efforcé de condenser les éléments de la question du diagnostic exact des maladies de l'estomac, justiciables de la chirurgie. Aussi a-t-il tenu à donner un certain développement à la partie clinique pour apprécier l'opportunité d'une intervention avec ses résultats immédiats et éloignés.

Les indications opératoires sont en effet fournies par des notions cliniques, pathogéniques, techniques et statistiques qui sont mises en valeur pour en déduire la méthode chirurgicale la mieux adaptée à une phase ou à une modalité déterminée de ces gastropathies.

Basée sur les considérations de physiologie et d'anatomie pathologique, si indispensables au diagnostic et au traitement, ce livre, très documenté, répond parfaitement à son but; il est écrit avec beaucoup de méthode, de clarté, de précision et constitue un véritable manuel, une excellente mise au point de cette importante question d'actualité. Il sera consulté avec fruit, non seulement par les chirurgiens, mais aussi par les médecins à cette époque où, comme l'a dit M. le professeur Bouchard, la thérapeutique évolue davantage, chaque jour, dans le sens chirurgical. L. GAYARD.

Précis de dermatologie, par J. DARIER, médecin de l'hôpital Broca. In-8 de la collection de Précis médicaux, de 707 pages, avec 122 figures dans le texte, cartonné toile souple. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Pratique oto-rhino-laryngologique, par le docteur J. GUISEZ, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. In-16 de 207 pages, avec 71 fig. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 11, 14 mars 1909.) Ch. LAFON : Nouvelle théorie de l'innervation motrice de l'iris. — (N° 12, 21 mars.) F. CARLES et DUPÉRIÉ : Quelques critiques sur l'emploi des injections hypodermiques de morphine dans le traitement du croup chez l'enfant. — (N° 13, 28 mars.) BOUDIN : Indications et réglementation des bains de sable. — (N° 14, 4 avril.) MATIGNON : Les petits signes de l'entérocolisme. — SABRAZÈS : Utilité de la coloration au bleu de méthylène à 1/500, entre lame et lamelle et sur des frottis non fixés, pour l'étude comparative des hématies dites granuleuses et des hématies à granulations basophiles. Préparations persistantes.

Écho médical du Nord. — (N° 12, 21 mars 1909.) GRYSEZ : La méningite cérébro-spinale et son traitement par le sérum antiméningococcique de Simon Flexner. — H. SURMONT : Histoire de l'association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Nord, de 1859 à 1908 (*suite*). — (N° 13, 28 mars.) H. SURMONT : Histoire de l'association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Nord, de 1859 à 1908 (*suite*). — (N° 14, 4 avril.) G. POTEL et J. MINET : Péritonite généralisée par perforation typhique, avec vaste épanchement stercoral intra-péritonéal. Large drainage sans suture. Guérison. — DESCARPENTRIES : Deux cas de grossesse extra-utérine : 1° grossesse tubo-interstitielle. Avortement ; 2° grossesse extra-utérine multiple.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 12, 21 mars 1909.) E. BITOT et P. MAURIAC : Hépatomégalies et frictions mercurielles. — P. CARLES : Les inspecteurs d'hydrologie. — (N° 13, 28 mars.) A. CHARRIER : Une cystocèle inguinale étranglée suivie de sphacèle étendu de la vessie. — ANGLADE et LAFAGE : Paralysie de la troisième paire ; symptôme précurseur de la sénilité cérébrale lacunaire. — (N° 14, 4 avril.) Pierre NADAL : Traitement chirurgical rationnel des cancers cutanés et mammaires par la réextirpation systématique de la cicatrice opératoire.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 11, 18 mars 1909.) A. MARIQUE : Cirrhose cardio-tuberculeuse chez une enfant de quatre ans. Omentopexie. — DELNEUVILLE : Un cas de plaie perforante de l'œil au niveau de la région ciliaire, suturée et guérie. — (N° 12, 25 mars.) E. RENAUX : Sur les procédés de laboratoire actuellement employés pour le diagnostic de la fièvre typhoïde. — (N° 13, 1er avril.) MINNE : Fibromes molluscum multiples de la peau. Maladie de von Recklinghausen. Zonas atypiques.

Journal des praticiens. — (N° 10, 6 mars 1909.) G. MILIAN : Quand faut-il commencer le traitement de la syphilis ? — René DESPLATS : Quelques principes de la fulguration suivant la méthode de Keating-Hart. — GUISEZ : De la cure sous l'œsophagoscopie de nos derniers cas de rétrécissements cicatriciels infranchissables de l'œsophage. — (N° 11, 13 mars.) A. BROCA : Adéno-phlegmons parotidiens fistulisés dans l'oreille. — A. TROUSSEAU : La chambre noire en ophtalmologie. — LE GENDRE : Séméiologie de la douleur. — JEANSELME : Hérédo-syphilis et allaitement. — (N° 12, 20 mars.) F. CALOT : Pronostic des tuberculoses externes. Les risques de mort et le moyen de les conjurer. — (N° 13, 27 mars.) RECLUS : Sur une observation d'anévrisme cirsoïde. — BÉCLÈRE : La radiumthérapie comparée à la radiothérapie. — G. SARDOU : Corps thyroïde et climat. — (N° 14, 3 avril.) Louis RÉNON : L'anaphylaxie dans la sérothérapie antituberculeuse.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 11, 13 mars 1909.) THILLIEZ : Traitement des kystes de l'iris par l'électrolyse. — (N° 12, 20 mars.) René DESPLATS : Deux observations de syringomyélie ancienne améliorée par les rayons X. — LE ROY : Expulsion spontanée d'un gros calcul salivaire par une fistule du canal de Wharton. — (N° 13, 27 mars.) G. EUSTACHE : La famille et la puériculture. — J. SABLÉ : Sur un cas d'hémihypertrophie droite totale du corps, d'origine congénitale avec hydrocéphalie.

Lyon chirurgical. — (N° 6, 1er avril 1909.) VILLARD et L. NOVÉ-JOSSERAND : Drainage et ablation de la vésicule biliaire. Cholécystostomies et cholécystectomies (40 observations). — G. NOVÉ-JOSSERAND et A. RENDU : Du traitement des trajets fistuleux par le mélange bismuthé de E.-G. Beck. Quelques observations. — ALBERTIN et DESGOUTTES : De la grossesse tubaire (*suite*). — R. LERICHE : Diagnostic des plaies du cœur et valeur du bruit de moulin dans les plaies pénétrantes de poitrine. — M. PATEL : Luxation du coude en avant avec fracture de l'épitrochlée.

Lyon médical. — (N° 11, 14 mars 1909.) LAHAUSSOIS : Thrombo-phlébite du sinus latéral gauche et du golfe de la jugulaire au cours d'une otite moyenne aiguë suppurée. — (N° 12, 21 mars.) Cl. REGAUD et G. DUBREUIL : Corps, menstruation et rut. — (N° 13, 28 mars.) E. GRAND-CLÉMENT : Diagnostic, pronostic et traitement des maladies

(1) In-8. — Prix : 5 francs. — Paris, Vigot frères.

des centres nerveux. — (N° 14, 4 avril.) A. PONCET, X. DELORE et R. LERICHE : Chirurgie de l'estomac.

Marseille médical. — (N° 6, 15 mars 1909.) BATUT : Adénome testiculaire. Fracture du calcanéum. — BOURRET : Sur un cas de tuberculose herniaire chez l'enfant. — PONS : Kyste dermoïde de la région coccygienne. — REYNÈS : La fièvre typhoïde à Marseille. — (N° 7, 1er avril.) PLUYETTE et WEILL : Deux cas de luxation du genou. — BILLON : Causes déterminant les sexes.

Montpellier médical. — (N° 10, 7 mars 1909.) DELANOE : Contribution à l'étude expérimentale de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie typhiques. — (N° 11, 14 mars.) DELANOE : Contribution à l'étude expérimentale de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie typhiques. — (N° 12, 21 mars.) H. BERTIN : La qualité des laits de dépôt à Montpellier. — (N° 13, 28 mars.) GRASSET : La médecine vitaliste et la physiopathologie clinique; plan d'un cours de pathologie générale basé sur la physiologie.

Nord médical. — (N° 347, 15 mars 1909.) G. LEMOINE : Traitement de l'appendicite. — A. DESCOS : En présence d'un enfant qui tire. — (N° 348, 1er avril.) GALLOIS : Le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique. — CONSTANT : L'accès de goutte. A quel moment faut-il donner la colchique?

Pédiâtrie pratique. — (N° 6, 15 mars 1909.) MALLY : Cure des nævi par les rayons X. — CHATIN et G. CHÈZE : Tumeur du cervelet; hydrocéphalie symptomatique; pot fêlé cranien. — PROTHON : Lavement laudanisé donné au cours de crises éclamptiques à un enfant de vingt-quatre jours. Accidents toxiques, guérison. — BRUMPT et LECÈNE : Un cas d'appendicite vermineuse. Présence d'oxyures dans la paroi de l'appendice. — WEILL et MOURIQUAND : Lombricose chez un nourrisson de treize mois. — L.-M. BONNET : Mort presque subite. Hypertrophie du thymus. — A. JAMBON : Traitement de l'eczéma par le coaltar. — (N° 7, 1er avril.) BOUREAU : De l'ablation à chaud des végétations adénoïdes dans le cours de leurs complications. — Robert DEBRÉ : Tétanos aigu chez une enfant de huit ans traité par une injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie, mort rapide après une accalmie de trente heures. — A. MARIQUE : Cirrhose cardio-tuberculeuse chez une enfant de quatre ans. Omentopexie. — PROTHON : Rhumatisme cérébral rapidement mortel chez un enfant de quatorze ans.

Presse médicale. — (N° 22, 17 mars 1909.) Pierre DELBET : Leçon d'ouverture. — (N° 23, 20 mars.) A. CHAUFFARD : Leçon d'ouverture. — (N° 24, 24 mars.) HUTINEL : Réactions méningées dans les érythèmes chez les enfants. — G.-H. LEMOINE et G. LINOSSIER : Le mécanisme de l'albuminurie et de l'oligurie orthostatique. — M. LETULLE : Le tuberculeux et la méthode « recalcifiante » de P. Ferrier. — (N° 25, 27 mars.) Albert FROUIN : Résultats immédiats et résultats éloignés des sutures artério-veineuses. — Olivier LENOIR : La fracture des boxeurs. Fracture de l'extrémité inférieure du premier métacarpien. — L. BERTRAND : Une immusine antipneumococcique. — (N° 26, 31 mars.) J.-L. FAURE : Infections et suppurations du pancréas. — A. CALMETTE : Méthode simple de H. Noguchi pour le séro-diagnostic de la syphilis. — (N° 27, 3 avril.) GUIBÉ : Mécanisme de la mort dans l'occlusion intestinale. — E. MÉRIEL : Appendice rétro-cæcal et syndrome cholécystique. — Ch. DUCROQUET : Examen clinique de la musculature du membre inférieur dans la paralysie infantile. — Jacyntho DE BARROS : Sur le triangle de Grocco. — Francis MUNCH : Sur la technique de l'endoscopie directe. Trachéo-bronchoscopie, œsophagoscopie, gastroscopie.

Province médicale. — (N° 11, 13 mars 1909.) JABOULAY : La mélanose; sa nature. — FUSTER : Quinine et malaria. — (N° 12, 20 mars.) CRESPIN : Origines de la médecine française en Algérie. — G. ETIENNE et M. PERRIN : Les procédés pratiques de désinfection par le formol. — (N° 13, 27 mars.) RAPPIN : Vaccination des bovidés contre la tuberculose. — P. BÉGOUIN : Rétablissement de la circulation par accommodation circulatoire dans les kystes de l'ovaire à pédicule tordu. — (N° 14, 3 avril.) E. MÉRIEL : Infarctus hémorragique de l'intestin grêle (30 centimètres) par oblitération embolique artérielle chez un syphilitique. — MONTAGNON : Quelques considérations sur deux cas de méningite aiguë cérébro-spinale, l'un traité par les ponctions lombaires successives, l'autre par le sérum anti-méningococcique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 11, 14 mars 1909.) E. PISTRE : Fibrome pur du pavillon de l'oreille (anthélix). — (N° 12, 20 mars.) Fernand CHAUVET : Relations pathogéniques entre les fosses nasales et la poitrine; effets de l'obstruction nasale unilatérale. — (N° 13, 27 mars.) P. PIÉTRI : De la laryngectomie partielle par voie latérale. — (N° 14, 3 avril.) GLEITSMANN : Laryngectomie; méthode pour produire la voix artificielle.

Revue de chirurgie. — (N° 3, 10 mars 1909.) VAUTRIN : De la tuberculose primitive des ganglions iléo-cæcaux. — E. QUÉNU : Cancer des conduits biliaires. — X. DELORE et H. ALAMARTINE : Ulcère en évolution et biloculation gastrique (traitement chirurgical) [5 fig.]. — R. LERICHE et MOURIQUAND : Les formes chirurgicales de la tuberculose de l'estomac (*fin*). — P. GUIBAL : Les abcès sous-phréniques [9 fig.] (*fin*). — M. PATEL et A. CHALIER : Les tumeurs du cordon spermatique [1 fig.] (*suite*).

Revue de médecine. — (N° 3, 10 mars 1909.) R. MIGNOT : Notes sur le développement physique des paralytiques généraux. — LAIGNEL-LAVASTINE : Les troubles psychiques dans les syndromes hypophysaires. — LORTAT-JACOB et VITRY : Adipose locale consécutive aux lésions expérimentales du sciatique. Rôle des ganglions lymphatiques (1 fig.). — P. SAVY : L'hémiplégie par artérite cérébrale chez les hérédo-syphilitiques. — LAIGNEL-LAVASTINE : Les troubles psychiques dans les syndromes génitaux mâles.

Revue médicale de l'Est. — (N° 6, 15 mars 1909.) P. SIMON : Dysenterie bacillaire chronique. Traitement par le sérum de Vaillard-Dopter. — M. H. TISSERANT : Une observation de morve chronique (*fin*).

Revue neurologique. — (N° 5, 15 mars 1909.) SOUQUES et CHÉNÉ : Tabes avec atrophie des muscles innervés par la branche motrice du trijumeau, le pneumogastrique, le spinal, l'hypoglosse et les racines inférieures du plexus brachial. — M. PERRIN (de Nancy) : A propos de l'exagération des réflexes rotuliens dans un cas de polynévrite. — (N° 6, 30 mars.) G. ROUSSY : Deux nouveaux cas de lésions de la couche optique suivis d'autopsie; syndrome thalamique pur et syndrome thalamique mixte (2 fig.). — DUFOUR (de Genève) : Des résultats de la ponction lombaire dans l'insolation.

Semaine gynécologique. — (N° 12, 23 mars 1909.) PICHEVIN : Des troubles gastriques d'origine utérine. — (N° 13, 30 mars.) R. PICHEVIN : De la torsion de l'utérus dans les cas de tumeur utérine ou annexielle. — (N° 14, 6 avril.) PICHEVIN : Le sublimé corrosif comme antiseptique.

Semaine médicale. — (N° 11, 17 mars 1909.) LEJARS : De l'épatocholangio-entérostomie. — (N° 12, 24 mars.) G. GUILLAIN et J. TROISIER : Physiologie pathologique de l'hématome pleural traumatique : la biligénie hémolytique locale. — (N° 13, 31 mars.) R. DE BOVIS : L'œuvre de l'« Imperial cancer research fund ».

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 46. — JEUDI 22 AVRIL 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 22 AVRIL 1909. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : 4 fr. 50.	— 6 mois : 8 fr.	— 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE..	3 mois : 7 fr.	». — 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Consultation.* — Séance du 20 avril : MM. Guéniot et Le Lorier, 18 ; Jeannin, 19 ; Schwaab, 15 ; Cathala, 16.

Epreuve clinique. — Séance du 21 avril : MM. Le Lorier, 24 ; Schwaab, 27.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Sont admis à la retraite et nommés professeurs honoraires : MM. les docteurs P. Vergely, professeur de pathologie et thérapeutique générales; Picot, professeur de clinique médicale; Lannelongue, professeur de clinique chirurgicale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — M. le docteur Villeneuve, professeur de pathologie externe est admis à la retraite et nommé professeur honoraire.

— Tours. — M. le docteur Thomas, professeur de pathologie externe est admis à la retraite et nommé professeur honoraire.

LA PROCHAINE CONFÉRENCE INTERNATIONALE DU CANCER. — Le bureau du Congrès international du cancer, réuni à Berlin, a décidé, dans sa séance du 16 avril, que la prochaine « conférence internationale du cancer » se réunirait à Paris à la fin de septembre 1910.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE (5, rue de Surène). — Cinquantenaire de l'association (séance solennelle, dimanche 25 avril 1909, à deux heures et demie). — La séance solennelle du cinquantenaire de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le *dimanche 25 avril, à deux heures et demie*, dans la nouvelle salle de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte.

Les présidents et délégués des Sociétés locales recevront — en même temps que leur carte pour l'assemblée générale — deux cartes d'invitation spéciales : l'une pour la séance solennelle, l'autre pour le banquet.

Les membres de l'association qui, ne faisant pas partie du conseil général ou n'étant ni présidents, ni délégués des sociétés locales, désireraient assister à la séance solennelle sont priés d'adresser une demande de carte (avec leur nom et adresse lisibles) à M. le docteur Darras, 5, rue de Surène, Paris VIIIe.

Le nombre des places étant limité, il ne pourra être répondu aux demandes que dans la mesure des places disponibles. — Les cartes, personnelles, seront exigées à l'entrée de la salle.

Banquet du dimanche 25 avril. — MM. les membres du conseil général prient MM. les présidents et délégués des sociétés locales de leur faire l'honneur d'assister au banquet qui leur sera offert le dimanche 25 avril, à sept heures et demie, au palais d'Orsay (hôtel de la nouvelle gare d'Orléans, 9, quai d'Orsay). Ceux d'entre eux qui voudront bien accepter cette invitation sont priés d'en prévenir, avant le 20 avril, M. le docteur Darras, 5, rue de Surène, Paris.

Tous les membres de l'association peuvent assister au banquet. La cotisation pour eux est de 15 francs. Les adhésions doivent être adressées à M. le docteur Darras.

Cinquantième assemblée générale (lundi 26 avril 1909, à neuf heures et demie du matin). — La 50e assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le lundi 26 avril, à neuf heures et demie du matin, dans la nouvelle salle de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte.

Composition de l'assemblée générale. — Conformément à l'article 53 des statuts, ne peuvent assister à l'assemblée générale que les membres du conseil général et les présidents et délégués des sociétés locales.

Les membres de l'association qui ne font pas partie du conseil général ou qui ne sont ni présidents ni délégués des sociétés locales ne peuvent pas prendre part à l'assemblée générale, mais ils peuvent assister au banquet (cotisation : 15 francs).

MÉDECINS COLONIAUX. — Le diplôme de médecine coloniale vient d'être décerné à MM. les docteurs Teissonnière, Duclaud et Coulange à la suite des examens qui viennent d'avoir lieu à Marseille.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Alliod (d'Ambérieu-en-Bugey), Belot (de Sainte-Bazeille), Ch. Ménécier (de Marseille), Paradis (de Quiry-le-Sec) et B. Pollet (de Sainghin).

CLINIQUE MÉDICALE DES MALADIES DE L'ENFANCE. (Professeur HUTINEL.) — MM. Nobécourt, professeur agrégé, Babonneix, Paisseau, Léon Tixier et Roger Voisin, chefs de clinique et de laboratoire, commenceront le 3 mai 1909, à dix heures et demie du matin, une série de dix leçons pratiques sur les procédés de laboratoire appliqués à la clinique.

1. Lundi 3 mai, dix heures et demie : Diagnostic bactériologique des angines et des stomatites.
2. Lundi 3 mai, quatre heures : Technique de la ponction lombaire et de l'examen du liquide céphalo-rachidien.
3. Mardi 4 mai, dix heures et demie : Cytologie et bactériologie du liquide céphalo-rachidien.
4. Mardi 4 mai, cinq heures : Diagnostic de la fièvre typhoïde (séro-diagnostic). Examen bactériologique des selles des nourrissons. Exploration des fonctions biliaires et intestinales. (Procédé de Triboulet.)
5. Mercredi 5 mai, onze heures : Examen du sang, (numérations des globules rouges, des globules blancs, de la quantité d'hémoglobine).
6. Mercredi 5 mai, cinq heures : Urologie clinique. Dosage des principes normaux : chlorures, urée. Sédiments urinaires, cristaux, pus, globules rouges, cylindres.
7. Jeudi 6 mai, dix heures et demie : Sphygmométrie (appareil de Potain, appareil de Amblard, Sphygmosignal de Vaquez).
8. Vendredi 7 mai, dix heures et demie : Principes anormaux de l'urine : albuminurie, sucre, pigments biliaires, recherche et dosage.
9. Vendredi 7 mai, cinq heures : Technique des différentes épreuves à la tuberculine.
10. Samedi 8 mai, dix heures et demie : Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire, recherche du bacille de Koch dans les crachats et les exsudats, inoculation au cobaye.

Le cours sera complet en une semaine. Le nombre des inscrits est limité; le droit à verser est de 50 francs. S'adresser à la surveillante de la policlinique médicale à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

HOPITAL SAINT-LOUIS (service de M. le docteur Brocq). — CONFÉRENCES DE DERMATOLOGIE PRATIQUE. — MM. L.-M. Pautrier et P. Fernet commenceront le mardi 4 mai, une série de dix conférences de thérapeutique clinique pratique.

Chaque conférence comportera des examens de malades et des discussions de traitement.

Les élèves seront individuellement exercés à la pratique des pansements, des injections et des opérations de petite chirurgie dermatologique.

Le nombre des inscriptions est limité. Le droit d'inscription est de 50 francs.

Se faire inscrire au laboratoire du service du docteur Brocq, dans la matinée.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLX, n° 10, 11 mars 1909.) George W. GAY : Le traitement médical des tumeurs malignes. — Francis H. WILLIAMS : Le traitement précoce de quelques épithéliomas par les sels purs de radium (1 tableau). — Harry W. GOODALL : Une exacte et rapide méthode pour dosage quantitatif des chlorures dans l'urine. Etude critique des méthodes employées actuellement [méthodes rapides (avec un tableau)]. — John DOULEY : Le mysticisme et la médecine. — (N° 11, 18 mars.) George S. C. BADGER : L'artério-sclérose. — H. W. VAN ALLEN : Quelques nouvelles applications de l'électricité et de la lumière en médecine. — Charles Greene CUMSTON : Une étude sur la stérilisation des mains. — (N° 12, 25 mars.) John C. MUNRO : La chirurgie des voies biliaires, particulièrement étude sur les résultats éloignés. — Tom A. WILLIAMS : Nouvelles tendances de la conception clinique de l'hystérie. — Edward E. TRACY : Le ligament calcanéo-péronéen et son voisinage, basé sur les dissections (2 schémas). — William L. HARRIS : Un cas de pseudo-hermaphrodisme. — Charles Greene CUMSTON : Etude sur la stérilisation des mains (*fin*). — Guy G. FERNALD : Evacuateur pour le côlon (1 fig.). — Francis H. WILLIAMS : Quelques observations sur les réactions cutanées à la tuberculine (1 tableau).

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 10, 6 mars 1909.) RÜTIMEYER : Sur l'influence d'une période de jeûne de vingt-quatre jours sur la sécrétion gastrique chez l'homme.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 4 mars 1909.) HARTMANN : Le traitement du catarrhe chronique des voies aériennes supérieures. — LESSER : Nouveaux résultats du séro-diagnostic de la syphilis. — BLASCHKO : Sur l'emploi clinique de la réaction de Wassermann. — BRENNER : La réaction cachectique comparée au contenu hémoglobinurique et aux éléments figurés du sang dans les anémies; influence de l'eau arsenicale naturelle. — HÆBERLIN : Sur l'origine des appendicites. — SIEGMUND : Deux tumeurs vasculaires de la tête : angiome veineux de la joue et éléphantiasis mou angiectasique du crâne et du visage. — RICHTER : Examen au poumon dans la tuberculose des sommets avec remarques spéciales sur les idées de König. — HERZOG : Progrès dans le domaine de l'ophtalmologie.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 10, 9 mars 1909.) FLENIER : Troubles digestifs et psychonévroses. — STRAUB : Sur le mécanisme de la glycosurie adrénalique. — NOGUCHI : Une méthode de séro-diagnostic de la syphilis adaptée à la pratique. — CECONI : Sel et urémie. — SIEBER : Sur l'anesthésie lombaire par la novococaïne en gynécologie. — KLOSE et VOGT : Recherches anatomiques et physiologiques sur l'anesthésie lombaire et sur son emploi clinique. — FROMME : Les streptocoques dans les sécrétions génitales des femmes enceintes et des accouchées. — HEOSBERG : Contribution nouvelle à l'étude des lésions oculaires par fulguration. — SCHURIG : Explication des reliquats rachitiques sur le thorax des adultes. — PLATE : Nouveau procédé pour provoquer les irritations cutanées. — DEIPSER : La fièvre puerpérale. — MENDEL : La diète hypochlorurée comme méthode thérapeutique. — VON DEN VELDEN : La distribution des maladies mortelles aux différents âges.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 10, 7 mars 1909.) JANKURA : L'hémorragie cérébrale. — MORICZ : Cas d'intoxication par l'ergot de seigle.

Tribune médicale. — (N° 11, 13 mars 1909.) J. HEITZ : Début de gangrène de l'index droit chez une femme de soixante-quatre ans par oblitération artérielle probable. — (N° 12, 20 mars.) CHEMERY : Pathogénie de l'œdème aigu du poumon. — (N° 13, 27 mars.) HUGUIER : Du traitement des ankyloses du cou d'origine traumatique. — G. CAUSSADE et LEVEN : L'engraissement et l'amaigrissement au cours de l'ictère par rétention. Leur valeur séméiologique. — (N° 14, 3 avril.) Jean HEITZ et LOPEZ : Stomatite de l'huile grise avec nécrose étendue du maxillaire inférieur, consécutive à une seule injection de 10 centigrammes de mercure métallique.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 9, 4 mars 1909.) CHWOSTEK : L'hyperémie menstruelle du foie. — SCHWARZ : Sur le diagnostic fonctionnel des affections pancréatiques. — KROKIEWICZ : Sur le traitement de la tuberculose. — MAYRHOFER : Recherches sur l'étiologie de la périostite dentaire. — SIDNIG : Tabes dorsal avec hématémèse, herpès zoster atypique et sécrétion lactée chez une femme de soixante-deux ans.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL BEAUJON

MALADIE DE HODGSON ET SYPHILIS

Par M. le professeur DEBOVE (1).

A côté de l'insuffisance aortique valvulaire, d'origine habituellement rhumatismale, se place l'insuffisance aortique artérielle, qui, suivant moi, relève presque toujours de la syphilis.

Deux malades de notre service sont atteints de cette affection, tous deux ont eu la syphilis, ils nous fourniront donc, en même temps qu'un appoint à notre opinion, l'occasion de passer à la critique les notions aujourd'hui classiques.

B... quarante-sept ans, couché salle Sandras, lit 25 *ter*, a contracté probablement à la fois blennorragie et syphilis, quelques jours avant son départ pour le service militaire. En effet, pendant qu'on l'y traitait pour la première de ces affections, apparurent des plaques muqueuses qui furent cautérisées au nitrate d'argent. Il reçut alors pendant un mois des pilules de protoiodure. En février dernier, il commença à ressentir des douleurs épigastriques, survenant deux ou trois heures après les repas et probablement liées à de l'hyperchlorhydrie; elles disparurent dans la suite, mais furent remplacées par des douleurs rétro-sternales, surtout nocturnes, et un endolorissement vague de la région hépatique. Bientôt le malade éprouva des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles en même temps qu'une légère dyspnée. L'aggravation progressive de ces symptômes décida le malade à entrer à l'hôpital.

En résumé : syphilis en apparence bénigne et mal traitée à vingt et un ans, premiers symptômes de maladie de Hodgson vingt-six ans après.

Même histoire pathologique dans le second cas. Notre malade, âgé de quarante-neuf ans, a contracté la syphilis à vingt et un ans, il eut seulement le chancre et les plaques muqueuses, se traita pendant un mois au protoiodure et à la liqueur de Van Swieten, puis il oublia sa maladie; aucun accident ne la lui rappela pendant vingt-sept ans. Il y a un an, débutèrent l'œdème des jambes et l'oppression, c'est pour ces symptômes qu'il entra à l'hôpital.

Dans les deux cas, l'examen du cœur montrait le double souffle de la base, et le diagnostic de maladie de Hogdson ne pouvait faire de doute. Je note seulement, en outre, l'existence d'un léger souffle présystolique mitral. L'association de ce signe de sténose mitrale à l'insuffisance aortique est un fait depuis longtemps signalé et pour lequel j'ai émis l'hypothèse suivante : par la dilatation du ventricule gauche, l'orifice mitral, quoique resté normal, se trouve relativement sténosé. Or, vous le savez, la dilatation du ventricule n'est pas le résultat de sa distension par le sang; bien au contraire, il y a aspiration du sang par le ventricule, et si l'orifice mitral est trop étroit, quelle qu'en soit la raison, on verra apparaître les signes de rétrécissement mitral. Je passe, car il n'y a là rien qui soit spécial à nos malades.

L'examen du système artériel nous démontre amplement qu'il s'agit d'une maladie de Hogdson; sans doute l'aorte ne dépasse pas ici le bord droit du sternum, mais on la sent battre derrière la fourchette sternale et les sous-clavières sont surélevées. Le pouls est dur, tendu et n'a pas la brusquerie du pouls de Corrigan. Le tracé sphygmographique met bien en évidence ces caractères. La douleur rétro-sternale qui existe dans nos deux cas est également signe d'aortite. Ajoutez encore l'âge, l'absence de toute attaque ancienne de rhumatisme et voilà plus d'arguments qu'il n'en faut pour établir solidement notre diagnostic.

Mais hâtons-nous d'arriver à la critique des données classiques sur l'étiologie de la maladie de Hodgson; que trouvons-nous dans nos traités ? Paludisme, alcoolisme, goutte, arthritisme, y voisinent confusément et l'on n'oubliera pas le surmenage, les émotions, enfin la syphilis.

Le paludisme ! peut-être dans les pays où sévit la malaria, peut-on invoquer cette cause; méfions-nous cependant, voilà une de ces affections qu'on a souvent diagnostiquée parce qu'on la connaissait peu, et si nous n'en voyons plus guère en France, nos traités ne l'ont pas oubliée; en tous cas dans nos pays, il ne peut être question de cette étiologie.

Nos deux malades sont certainement alcooliques. B... boit deux litres de vin; M... en absorbe *quatre ou cinq, sans compter rhum et apéritifs*. Et cependant ils n'avaient ni tremblements, ni *pituites*, ni *cauchemars*. Il paraît inadmissible que, n'ayant pas présenté ces petits signes de l'alcoolisme, ils doivent leur lésion aortique à l'alcool. D'ailleurs je ne connais pas un fait où l'on puisse accuser l'alcoolisme seul. Le dossier de l'alcool est assez lourd pour que nous ne le surchargions pas des crimes d'autrui.

Nos malades ne sont pas goutteux; la goutte d'ailleurs est rare à l'hôpital, mais, en ville où elle est plus fréquente, détermine-t-elle des insuffisances aortiques artérielles? Voilà qui est au moins problématique.

Nos malades ne sont pas saturnins et je ne me rappelle pas avoir vu un malade où l'on ait pu parler d'insuffisance aortique d'origine saturnine. Ce qui ne veut pas dire que le plomb n'ait pas une action sur le système artériel, mais il ne s'acharne pas, si vous me permettez l'expression, sur l'origine de l'aorte, son action est beaucoup plus générale.

Je ne cite que pour mémoire l'arthritisme : admise par les auteurs français, cette diathèse mal définie échappe en partie à la critique par l'ignorance où nous sommes de sa véritable nature, on peut cependant la définir, croyons-nous, par son étiologie; elle représente le groupe des maladies produites par une alimentation abondante disproportionnée avec un exercice physique restreint. Vous voyez sur quels arguments peu solides on pourrait bâtir une étiologie aussi vague de la maladie de Hogdson.

(1) Leçon recueillie par M. du Castel, interne du service

Le surmenage est également incriminé par les classiques; il semble qu'on ait invoqué cette cause surtout parce qu'elle a pu mettre en évidence une insuffisance aortique latente; aussi nous nous garderons de lui donner une importance plus considérable.

Les émotions morales ne nous paraissent pas mériter plus d'honneur.

Mais alors quelle cause trouver à la maladie de Hodgson?

Ni l'alcoolisme, ni la goutte, ni le saturnisme, ni le surmenage, ni les émotions : nous avons épuisé toutes les étiologies possibles ; il nous en reste une: la syphilis; c'est elle la grande coupable qu'il faut une fois de plus accuser. Neuf fois sur dix, derrière l'insuffisance aortique se cache la syphilis, et la dixième fois, c'est peut-être encore elle que nous ne pouvons découvrir. Elle est indéniable chez nos deux malades, ils ont été syphilisés dans l'adolescence et depuis lors on peut affirmer que leur maladie a toujours évolué. De même que le tabes trouve son origine dans la méningite secondaire, de même, peut-on dire, l'aortite, qui se démasque à soixante ans, date de la période secondaire. Ajoutons, pour la bonne renommée du traitement mercuriel, qu'ici il a été rudimentaire, complètement insuffisant. Aussi doit-on s'expliquer que souvent les syphilis bénignes au début deviennent graves à la période tertiaire.

Vous me demanderez comment la syphilis lèse l'artère? Sur ce point je n'ai que des hypothèses; je vous les donne pour leur valeur : il est infiniment probable que le tréponème, agent de la syphilis, colonise sur le tronc aortique ; c'est à sa multiplication qu'il faut attribuer l'aortite; sinon il serait impossible d'expliquer la localisation de l'affection sur la crosse; cependant je tiens à déclarer qu'il n'a pas été encore trouvé en ce point.

Ajoutez, maintenant, si vous le voulez, que l'alcool a joué un rôle secondaire, qu'il a lésé l'aorte, déjà adultérée par le tréponème; c'est possible, étant donné son influence sclérosante, mais seul, je le répète, il eût été incapable de déterminer une lésion locale.

On peut en dire autant du tabac ; l'un de nos malades fume deux paquets par jour, l'autre se contente d'un seul, voilà qui est encore excessif, mais cependant il ne faut pas exagérer la nocivité de la nicotine, elle n'est pas facteur important de sclérose artérielle. Je sais bien que des travaux récents, et nombreux, ont voulu élever ce poison presque à la hauteur de l'alcool, mais voyez combien les expériences sont distantes de la réalité ; on procède toujours à fortes doses et même on injecte des macérations de tabac sous la peau. Certes, il peut y avoir abus, il y en a souvent, mais il est difficile de dire où il commence; les individus y sont inégalement sensibles, mais bien peu le sont beaucoup. Disons cependant que chez nos malades syphilitiques de multiples raisons interdisaient le tabac, ne serait-ce que la crainte de la leucoplasie et la perspective lointaine du cancer, sur lesquelles j'ai insisté dans ma thèse.

Le pronostic de l'affection est sombre; l'insuffisance valvulaire, cicatrice locale d'une lésion ancienne, est infiniment moins grave que l'insuffisance d'origine artérielle, toujours en évolution; les lésions valvulaires, aortiques, coronariennes, vont sans cesse augmentant. Le mercure n'y peut rien; il est trop tard ; eussions-nous été plus heureux si nous avions pu agir plus tôt ; on peut l'espérer, mais non l'affirmer; il y a des syphilis qui résistent à tout traitement et l'on n'est jamais sûr d'éteindre complètement cette terrible affection. Néanmoins, il est indiqué de donner ici le mercure avec l'espérance d'arrêter la maladie. Doit-on donner l'iodure? Jadis panacée universelle, ce médicament a été injustement décrié, il rend parfois des services inappréciables, mais il faut l'employer à petites doses, car on peut produire expérimentalement l'athérome avec des doses élevées.

DE L'ASTHME INFANTILE

Par M. Pierre MAUREL,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-consultant aux Eaux de la Bourboule.

Ayant à traiter à la Bourboule des cas d'asthme infantile de plus en plus nombreux, nous avons cru intéressant de mettre en relief quelques particularités cliniques au cours de la description qu'en donnent les auteurs.

*
* *

Il y a plusieurs formes d'asthme infantile. Nous les décrirons. Mais nous croyons devoir d'abord tracer le tableau succinct de la crise, de l'accès plus ou moins typique.

En général, l'enfant s'était endormi comme à l'ordinaire, sans accuser d'autre malaise qu'un peu de nervosité. Bientôt il s'agite et se réveille. Quelquefois il vomit, on croit à une indigestion, puis il tousse, la respiration s'accélère, devient courte, brève, rapide, bruyante. On entend des sifflements à distance. Le thorax en inspiration est dilaté et immobilisé. L'expiration est bruyante et prolongée. Bientôt la dyspnée est extrême et atteint son paroxysme. Le petit malade est en orthopnée, s'accroche aux barreaux du lit, les lèvres se cyanosent ou pâlissent, les ailes du nez se mettent à battre, les extrémités sont froides, couvertes de sueur, le pouls petit et lent ou plein et rapide.

L'enfant asphyxie et la crise peut durer plusieurs heures.

On compte 50 à 60 respirations par minute et on entend à distance des râles sibilants qui remplissent la poitrine. A l'auscultation, pas de lésions en foyer, mais des signes de congestion généralisée, râles sonores mélangés à des râles humides, râles musicaux, fugaces, inconstants, sans localisation fixe. C'est le bruit de tempête, le bruit de pigeonnier. La fièvre est nulle ou le thermomètre marque 39 degrés et au-dessus.

Les parents s'alarment et le médecin non prévenu peut s'inquiéter aussi. L'enfant semble devoir succomber à l'asphyxie après quelques heures de lutte angoissante et terrible. La rémission matinale est

trop insignifiante pour dissiper les craintes. La nuit suivante la crise se répète et parfois s'accentue. La situation reste la même le lendemain et le surlendemain. Comme le dit, un des premiers, Trousseau, on peut redouter une bronchite capillaire, une broncho-pneumonie ou certaines formes de tuberculose au début. Mais aucun signe stéthoscopique ne permet de poser un diagnostic.

Vers le troisième ou le quatrième jour tout change, c'est la détente. La fièvre s'éteint, la respiration redevient plus facile et libre. L'enfant sort de son abattement. L'accès touche à sa fin bien que quelquefois les râles persistent. Puis la onvalescence est très rapide. Il ne reste que le souvenir d'une vive alerte. On croit avoir eu affaire à un simple rhume, un peu de grippe, tandis qu'au contraire, au début, on avait cru à un catarrhe suffocant. La vérité n'apparaît qu'après plusieurs crises identiques dans les quelques semaines ou les quelques mois qui suivent.

En somme, ce qui semble caractériser l'asthme infantile et le différencier de l'asthme de l'adulte, c'est l'existence très fréquente de catarrhe bronchique intense et prolongé ou même de congestion pulmonaire véritable avec fièvre. D'autre part, l'élément spasmodique est souvent moins marqué que chez l'adulte.

*
* *

Variétés. — L'accès n'est pas toujours aussi typique. Il se présente sous des formes cliniques différentes et selon que certains éléments prédominent, ils caractérisent les diverses variétés.

Tantôt au cours d'un coryza ou d'une bronchite banale éclate l'accès avec un caractère nettement spasmodique, rappelant l'accès de l'adulte par la violence de la dyspnée. Peu de bruits à l'auscultation, plutôt du silence. C'est l'asthme franc, apyrétique, avec réaction générale vive, propre au jeune âge. C'est d'ailleurs la forme la plus rare.

Tantôt c'est la bronchite qui domine. On croit à l'imminence du catarrhe suffocant, mais il n'y a pas d'élévation de la température. La crise s'atténue, mais la bronchite persiste et dure parfois des semaines.

Tantôt enfin l'accès prend l'allure d'une congestion pulmonaire ou même de broncho-pneumonie. On peut s'y tromper. Le thermomètre marque 39 et 40 degrés, et l'auscultation n'éclaire pas toujours. On peut faire une erreur de diagnostic si on voit l'enfant pour la première fois et si on n'est pas prévenu. L'erreur est surtout facile chez les jeunes enfants dans les premières années. Le diagnostic se fait par la répétition et l'évolution rapide des accidents.

En deux à trois jours, la fièvre et la congestion disparaissent et tout est rentré dans l'ordre. Comme signes stéthoscopiques on peut noter une percussion à peu près normale. A l'auscultation, le murmure respiratoire est diminué, humé à l'inspiration, filé à l'expiration. On entend des râles sibilants disséminés avec zones de râles bullaires plus ou moins fins. Bref, il y a des signes de congestion et d'œdème pulmonaires. On peut classer dans cette variété nombre de congestions pulmonaires, de bronchites à répétition chez de petits neuro-arthritiques, et qui ne sont qu'une forme de l'asthme infantile.

On a signalé encore la forme fruste, torpide, apyrétique, sans dyspnée, avec quelques râles disséminés, sans aucun signe à la percussion, mais les accidents reviennent périodiquement avec début brusque annoncé par un peu de toux simplement. Brissaud dit que le catarrhe bronchique seul suffit pour constituer une crise si les accidents surviennent à l'improviste et disparaissent de même, sans cause connue, sans réaction fébrile concomitante, le tout ayant parfois duré à peine une heure. Lorsqu'il y a retour périodique, le diagnostic s'imposerait.

D'autres variétés ont été classées d'après l'ordre pathogénique : ce sont l'asthme nasal chez les prédisposés, les névropathes porteurs de polypes, d'hypertrophie des cornets, d'adénoïdes, l'asthme ganglionnaire que Rillet et Barthez attribuent à la compression du pneumogastrique. Guéneau de Mussy cite des faits où la dyspnée, chez les enfants porteurs d'adénopathies, prenait la forme asthmatique. Blache dit qu'il y a une forme d'asthme en rapport avec l'adénopathie trachéobronchique. Comby admet que les accès d'asthme sont plus fréquents dans l'adénopathie trachéobronchique tuberculeuse.

Enfin, on a signalé l'asthme cutané dans lequel G. Sée faisait rentrer le quart des cas d'asthme infantile. Il l'a observé coïncidant souvent avec l'eczéma impétigineux, mais il n'a pas vu l'alternance.

Pour notre part, nous n'avons pas remarqué cette fréquence, de même que nous n'avons noté que très rarement le caractère alternant.

*
* *

Diagnostic. — Le diagnostic est facile quand on assiste à plusieurs accès et quand on connaît les antécédents. De plus, plusieurs éléments séméiologiques caractérisent l'accès : éclosion plus ou moins brusque de la dyspnée, courte durée des accidents qui disparaissent aussi brusquement qu'ils apparaissent, inconstance de l'ascension thermique, et enfin à l'auscultation la prédominance des râles sibilants sur les crépitants et les sous-crépitants. Mais le diagnostic se fait surtout par les antécédents d'hérédité neuro-arthritique, les commémoratifs, la répétition des accès, etc.

Broncho-pneumonie. Bronchite capillaire. Congestions pulmonaires. — Diagnostic important, car le pronostic dans ces affections est des plus sombres, tandis qu'il est plutôt bénin dans l'asthme. C'est le mérite de Trousseau d'avoir dégagé la véritable nature de ces faits. Si on est hésitant, l'examen complet doit renseigner par les commémoratifs et les antécédents. On peut apprendre que le malade a déjà eu des accès analogues, survenant à l'improviste, éclatant dans toute leur intensité dès les premières heures, avec rétrocession brusque et résolution sans convalescence. Il n'y a pas de foyer d'hépatisation, ni matité, ni souffle, pas de râles fins abondants et intenses, mais plutôt des râles sibilants

et bronchiques, rares et disséminés. Le thermomètre est plutôt dans les environs de 38 degrés, tandis que dans la broncho-pneumonie il marque souvent 40 degrés. Dans la bronchite capillaire, il y a abondance de râles fins, mais pas de bruit de tempête. La réaction générale est vive et la dyspnée violente sans rapports avec la discrétion des signes physiques.

Dans la congestion pulmonaire, le début est brusque, l'évolution et la guérison rapides, mais on ne note pas le retour périodique d'accès analogues.

Œdème de la glotte. — C'est un accès de suffocation à point de départ laryngé. L'air respiré pénètre avec les plus grandes difficultés et avec un bruit strident. L'inspiration est pénible, sifflante. L'expiration est facile. On observe du tirage sus-sternal et abdominal. L'auscultation est négative. L'examen de la gorge montre de l'œdème de l'entrée du larynx.

Croup. — Il est précédé souvent de diphtérie pharyngée. Puis apparaissent les signes fonctionnels : tirage, toux voilée, parole éteinte. L'accès de suffocation vient se surajouter au tirage permanent. A l'auscultation, la respiration est rude et soufflante.

Laryngite striduleuse. — L'enfant est pris en pleine santé, au milieu de la nuit, d'un accès de suffocation. La toux est sonore, rauque, voilée, altérée dans son timbre et sa tonalité. On l'a comparée à l'aboiement d'un chien, au cri du coq. Comme la toux la voix est conservée. Les symptômes localisés au larynx se manifestent par un sifflement laryngo-trachéal. Il n'y a rien à l'auscultation ou quelques râles de bronchite.

Après l'accès qui est plus court que dans l'asthme, la respiration est libre. Il y a une crise dyspnéique brusque avec angoisse passagère et une brusque terminaison de l'accès après un violent paroxysme. L'enfant ne parle pas pendant sa crise, puis quand le paroxysme donne le plus d'inquiétude, il commence à diminuer, les inspirations deviennent plus longues, les mouvements respiratoires plus amples et moins précipités, mais la toux reparaît, l'enfant se laisse recoucher et se rendort.

En général, il n'y a qu'un accès par nuit, la journée suivante est meilleure, souvent très bonne. La bronchite n'a pas disparu, mais il n'y a pas de dyspnée. Les accès peuvent d'ailleurs reparaître les nuits suivantes.

L'orthopnée dans la première moitié de la nuit doit faire songer à l'asthme, mais dans celui-ci il y a du spasme bronchique, les muscles expiratoires et le diaphragme sont tétanisés. De plus, il n'y a pas de toux sonore, ni de voix rauque. Il n'y a pas de laryngite, mais plutôt de la bronchite.

Adénopathie trachéobronchique. — Elle peut donner des accès asthmatiformes, mais la dyspnée diffère de celle de l'asthme. Au début, l'enfant dont la respiration est normale pendant le repos, devient essoufflé au moindre exercice.

Plus tard, la dyspnée est constante et sujette à des exacerbations ou atténuations suivant les mouvements ou le repos. Enfin, viennent les paroxysmes asthmatoïdes. La voix s'altère, devient rauque. Quelquefois on note de l'aphonie. Puis survient et s'installe la toux coqueluchoïde qui est un bon signe de diagnostic, toux spasmodique, intermittente, quelquefois violente, quinteuse, avec des vomissements. Comme signes physiques, on constate l'exagération des vibrations thoraciques au niveau du sternum, la matité interscapulaire au niveau des quatrième et cinquième vertèbres dorsales et en avant à la jonction des trois premières côtes et de la première pièce du sternum, au manubrium et à l'articulation sternoclaviculaire droite, matité parfois difficile à trouver, mais qui a une grande importance quand elle existe. On note aussi un souffle à la racine des bronches, de la respiration bronchique, du retentissement de la voix haute et chuchotée à la région interscapulaire, ainsi que pour les cris et la toux. Parfois on constate de la diminution du murmure vésiculaire dans une région limitée du thorax. Quelquefois aussi on entend à distance un bruit de sifflement plus ou moins accentué, c'est le cornage laryngo-trachéal. Enfin, on peut constater de l'adénopathie cervicale des régions sternales supérieures et des fosses sus-claviculaires et des adénites axillaires et inguinales. Dans la tuberculose du médiastin, qui est très fréquente, il y a de la fièvre, des sueurs, un mauvais état général en plus de la dyspnée progressive.

*
* *

Traitement. — Le traitement de l'accès est à peu près le même que pour l'adulte : pyridine, papier nitré, teinture de lobélie, etc...

La seule particularité serait dans le cas d'asthme à forme de congestion pulmonaire. On a conseillé alors l'enveloppement humide de la poitrine ou les cataplasmes de farine de moutarde, les bains chauds, les ventouses sèches, etc.

Pour la thérapeutique entre les accès, nous nous bornerons, pour garder toute impartialité, à énumérer les traitements que conseillent les auteurs.

Debove et Achard indiquent Vichy pour l'asthme arthritique, la Bourboule pour l'asthme herpétique, les eaux sulfureuses, s'il y a de la bronchite.

Pour Brissaud, le Mont-Dore et la Bourboule n'ont d'équivalent dans aucun pays pour l'asthme nerveux. Les eaux sulfureuses conviendraient aux formes bronchitique et catarrhale. Brissaud conseille une cure hydrominérale dès l'âge de quatre à cinq ans. Nous pensons qu'on peut en faire, souvent avec avantage, avant cet âge, et nous avons eu, entre autres, en traitement un enfant de neuf mois avec hérédité très chargée au point de vue asthme et qui avait déjà eu quelques petites crises. Etant donné l'âge, on ne put faire qu'un petit traitement et nous n'avons revu le jeune malade que six ans après. Il n'avait plus eu d'accès depuis sa saison.

Grancher et Comby conseillent la Bourboule comme reconstituant par l'arsenic, le chlorure de sodium et le bicarbonate de soude, puis le Mont-Dore remarquable par sa technique spéciale qui forme sa dominante. Ils défendent la mer, sauf la Méditerranée en hiver. Comme la plupart des auteurs, ils conseillent aussi l'hygiène prophylactique : éviter le froid, porter de la flanelle, s'accou-

tumer aux variations thermiques et s'endurcir par l'hydrothérapie.

Le Gendre prescrit l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium, l'iode, le Mont-Dore et la Bourboule.

Blache conseille l'iodure de potassium, l'hydrothérapie, l'arsenic, le Mont-Dore comme décongestif et sédatif.

Nous ajouterons que chez l'enfant il y a lieu souvent de modifier le tempérament, le terrain, les prédispositions ou la diathèse confirmée. Et la cure hydrominérale a une puissante action modificatrice. Dans le cas particulier, il y a souvent lieu de modifier l'état des petits sujets lymphatiques et scrofuleux, et l'indication de la Bourboule est des plus formelles. D'autant que la cure hydrominérale est très bien supportée par l'enfant et dans ces cas nous avons presque toujours vu des succès, c'est même un des résultats les plus constants de la Bourboule.

Pour l'asthme symptomatique, la cure hydrominérale complète bien le traitement local qui est le traitement de choix. Il faut d'abord traiter les affections persistantes des voies respiratoires ou des organes respiratoires accessoires survenues chez les névropathes et surtout ceux qui comptent des asthmatiques parmi leurs ascendants. Il faut traiter les causes qui peuvent déterminer des accès à distance par réflexe : atrésie des fosses nasales, coryza chronique, hypertrophie de la muqueuse pituitaire, queues de cornet, infiltration adénoïdienne du pharynx nasal ou guttural, polypes muqueux des fosses nasales, polypes laryngés, œdème de la glotte, adénopathie trachéobronchique, toutes affections relevant de la prédisposition lymphatique qui, chez l'enfant, peut être combiné au tempérament névropathique.

Brissaud dit qu'il n'y a pas urgence à combattre chirurgicalement les lésions locales dont l'existence est éphémère comme les végétations adénoïdes et s'élève contre les abus opératoires d'autant que, pour ce qui concerne l'asthme infantile, l'opération a quelquefois un bon résultat, mais parfois est sans influence sur la fréquence et l'intensité des crises. De plus, les végétations adénoïdes seraient le siège de phénomènes de régression naturelle et spontanée. Souvent il y aurait avantage à attendre dans le cas de végétations très petites, d'un tapis de végétations, *s'il n'y a pas de menaces d'accidents du côté de l'oreille ni d'accidents généraux ou locaux répétés.* Dans le cas de temporisation il y aurait lieu de suivre le traitement indiqué par Bonnier qui peut être aussi conseillé pour compléter les opérations ayant donné des résultats incomplets. Bonnier dit : Pendant la période d'attente il faut combattre l'irritabilité des nerfs centripètes et en particulier du trijumeau, et pour cela il faut faire respirer par le nez qui, sans cela se ferme, et augmenter le calibre de l'arrière-nez par des irrigations salées et chaudes, et l'eau de la Bourboule convient bien à cet usage, ajoute-t-il. La moitié de ces tissus de végétations est formée d'œdème et cède vite à la chaleur. Le reste est entretenu par le manque d'usage des surfaces et par le catarrhe. La chaleur restitue la tonicité à toutes les parties contractiles : vaisseaux, glandes, plans musculaires. Au fond ces tissus sont des hypertrophies de défense, de vastes ganglions diffus, et il y a intérêt à les ménager s'ils ne sont pas cause d'accidents généraux ou locaux. Les réduire par la chaleur est le but à atteindre. Il semble donc légitime, tout en laissant aux indications opératoires toute leur grande valeur, de conseiller, parfois avant l'intervention ou après un résultat opératoire insuffisant, de recourir aux aspirations et irrigations chaudes et prolongées. A la Bourboule, les aspirations dans les appareils de humage et de pulvérisation répondent à ces indications et donnent de plus une résistance toute spéciale à la muqueuse des voies respiratoires.

Pour terminer cette question du traitement, nous dirons, au sujet des indications respectives de la Bourboule et du Mont-Dore indiquées souvent par les auteurs comme médications équivalentes : il est difficile, pour rester dans la sincérité clinique, de faire un départ tranché entre les maladies justiciables de chacune de ces stations, surtout au sujet d'une maladie aussi capricieuse que l'asthme. Mais on aura dans la sélection à faire comme idée directrice les principes suivants : la cure mont-dorienne est surtout décongestive et sédative. La Bourboule joint à l'action locale l'action générale de la médication arsenicale dans toute sa valeur.

BIBLIOGRAPHIE. — CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD. *Traité de méd.* — DEBOVE et ACHARD. *Manuel de méd.* — GRANCHER et COMBY. *Traité des mal. de l'enf.* — BRISSAUD. *Hygiène des asthmatiques.* — MÉRY. *Gaz. des mal. inf.*, 1902. — LE GENDRE. *Revue d'obst. et d hyg. de l'enf.*, 1889.— DAUCHEZ. *Revue des mal. de l'enf.*, 1894. — BERT. *Contribution à l'étude de l'asthme chez les enfants.* — LEMONNYER. Th. de Paris, 1901. — MARKEL. Th. de Paris, 1901. — BARBARIN. Th. de Paris, 1904. — BELLOTS. *Arch. de méd. des enf.* — DULANZIÉ. Th. de Paris, 1896. — MONCORGÉ. *Lyon méd.* — LA PETRA. *Arch. de méd. des enf.* — STOLKIND. *Arch. de méd. des enf.* — GÉRARD. Th. de Paris, 1904. — VIAUD. *Concours méd.*, 1902. — SONNARIPOS. *Gaz. des mal. inf.*, 1902. — MONCORVO. *Bull. gén. de thérap.*, 1886. — LOGUE. Th. de Paris, 1894. — BAYET. *Clinique de Bruxelles*, 1889. — DESCROIZILLES. *Revue mens. des mal. d'enf.*, 1889. — MESNARD. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889.

MÉDECINE PRATIQUE

LE PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT DES MÉNINGITES AIGUES

La méningite fut longtemps considérée comme incurable et le diagnostic de méningite équivalait à un arrêt de mort sans recours en grâce. Pour la méningite tuberculeuse, le pronostic reste toujours aussi désespéré; pour les autres méningites suppurées, si elles sont encore d'une gravité extrême, on a cependant réalisé, dans leur thérapeutique, des progrès qui permettent l'espoir d'en guérir quelques-unes; d'autre part, on a reconnu que les méningites tuberculeuses et suppurées ne constituaient que les formes ultimes des lésions méningées; dans beaucoup de cas présentant la même symptomatologie, la méningite n'est que congestive et séreuse, elle ne dépasse pas ce stade anatomo-pathologique, elle a une

tendance naturelle à la guérison; ces faits doivent être bien connus, car, les signes révélateurs de la souffrance méningo-encéphalique étant à peu près identiques, qu'il s'agisse de méningite suppurée ou de méningite séreuse, tout au moins pendant quelques jours, il faut, pour arriver au diagnostic différentiel et pour éviter une erreur de pronostic, il faut une grande sagacité clinique, un examen attentif des circonstances dans lesquelles le syndrome méningé a fait son apparition; tout cela même ne suffit pas dans certains cas, qui nécessitent une ponction lombaire et un examen du liquide céphalo-rachidien.

Ces difficultés du pronostic, ces notions relativement récentes sur la guérison et la curabilité de certaines méningites aiguës ont été parfaitement exposées et bien mises au point par M. Gauthier (1). On peut, avec lui, distinguer des méningites spontanément bénignes, qui rentrent pour la plupart dans le groupe des réactions méningées aseptiques; et des méningites curables, qui sont habituellement des méningites suppurées, mais qui peuvent bénéficier des ressources nouvelles de la thérapeutique intra-rachidienne. Cette distinction est d'ailleurs un peu schématique; elle ne répond pas aux données étiologiques, un même germe déterminant dans certains cas une méningite spontanément bénigne, dans d'autres une méningite suppurée curable ou non.

La plupart des maladies infectieuses peuvent se compliquer de méningite, par exemple la fièvre typhoïde, les oreillons, le zona, la grippe, etc. C'est dans ces circonstances que les formes bénignes sont très fréquentes; il s'agit alors d'états méningés amicrobiens, d'origine probablement toxinienne; mais on ne les décrit plus sous le nom de méningisme, car la ponction lombaire a montré qu'ils s'accompagnaient de modifications du liquide céphalo-rachidien, qu'ils correspondaient donc à des altérations méningées; ces réactions bénignes guérissent très facilement; on les traitera par des bains chauds et par une ponction lombaire; celle-ci est d'ailleurs, dans ces cas, plutôt utile au diagnostic qu'au traitement. Dans les maladies infectieuses, surviennent aussi parfois des formes graves de méningite, dues à une détermination microbienne au niveau des enveloppes du névraxe; elles peuvent rester séreuses et guérissent alors, avec ou sans séquelles; si elles suppurent, elles se rapprochent, pour le pronostic, des méningites cérébro-spinales; telle est la méningite à pneumocoques. La méningite aiguë syphilitique est un type très spécial qui guérit souvent par un traitement mercuriel intensif.

Pour ce qui est de la méningite cérébro-spinale à méningocoques, son pronostic est très variable, puisque les statistiques indiquent une mortalité de 20 à 91 p. 100, selon les épidémies. Elle était traitée jusqu'ici par les bains chauds et les ponctions lombaires répétées; on faisait aussi des injections intra-veineuses et mieux encore des injections intra-rachidiennes de métaux colloïdaux, en particulier d'électrargol. Le traitement par le sérum spécifique prime aujourd'hui tous les autres car il a donné des résultats remarquables; avec l'emploi d'un sérum anti-méningococcique dans une épidémie en Silésie, on a abaissé la mortalité à 28 p. 100, alors qu'elle était de 53 p. 100 chez les malades traités par les moyens habituels (2).

Deux variétés de méningites aiguës sont justiciables des chirurgiens : la méningite otique et la méningite traumatique. Dans la méningite qui vient compliquer les suppurations d'oreilles, on commencera par supprimer le foyer infectieux auriculaire, puis on s'attaquera à l'infection méningée; mais une distinction est à faire : si la réaction méningée est aseptique, ce que l'on reconnaît par l'étude du liquide céphalo-rachidien, on ne fera que des ponctions lombaires, sans injection intra-rachidienne colloïdale, car celle-ci ne ferait qu'aggraver les accidents (de Massary et Weil); si la méningite est septique, deux cas peuvent se présenter : la méningite diffuse sera traitée par les ponctions lombaires et les injections intra-rachidiennes d'électrargol; un foyer de méningite localisée commandera une incision de la dure-mère cranienne et un drainage de la fosse cérébro-cérébelleuse. La méningite traumatique, survenant à la suite d'une fracture de crâne, est très grave; son pronostic est, à l'heure actuelle, encore peu amélioré par la chirurgie cérébrale; cependant M. Gauthier a trouvé 14 cas dans lesquels l'intervention a été suivie d'un succès temporaire ou définitif.

M. Gauthier termine par la discussion de la curabilité des méningites tuberculeuses; il existe des cas indéniables de méningite tuberculeuse guérie, la plupart ont été observés chez les adultes. C'est l'exception et certaines formes seulement sont curables; la granulie avec localisation méningée, la forme commune avec granulations le long des vaisseaux et exsudat à la base aboutissent toujours à la mort; les quelques cas de guérison se rapportent à des méningites localisées (méningite en plaque, tuberculome avec méningite pérituberculeuse); peut-être existe-t-il aussi des formes bénignes, des éruptions granuliques discrètes qui peuvent guérir; même dans ces cas, on ne peut espérer, le plus souvent, que des guérisons temporaires, des rémissions plus ou moins longues.

M. BRELET.

(1) Paul GAUTHIER, *Guérison et curabilité des méningites aiguës*, Th. de Lyon, juillet 1908 (A. Rey).

(2) Voir pour la bibliographie : BRELET, Diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 46, p. 485.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1909)

Des réactions revaccinales et de leur signification. — M. KELSCH, en son nom et au nom de MM. Camus et Tanon, appelle de nouveau l'attention de l'Académie sur cette question. Dans ce travail les auteurs étudient dans leurs moindres détails les divers résultats fournis par la vaccination et la revaccination. La lésion de la primo-vaccination est toujours identique à elle-même; il n'en est pas de même des manifestations provoquées par la revaccination. Le plus souvent, elles se réduisent à une papulo-vésicule, à une papule ou à un nodule rosé. Pour ce qui est des manifestations les moins marquées, il est d'habitude pour les gens du monde et même pour beaucoup de praticiens de les considérer comme inefficaces au point de vue de la préservation. M. Kelsch s'applique à démontrer que c'est là une erreur.

Sur 1552 vaccinations ou revaccinations contrôlées, M. Kelsch a relevé 37 pustules de la primo-vaccination, 313 papulo-vésicules, 912 papules, 169 macules rouges légèrement indurées, 108 résultats nuls, soit, pour ces derniers, 6 p. 100.

Il résulte des nombreuses expériences et des recherches de M. Kelsch et de ses collaborateurs que l'organisme, loin de devenir réfractaire aux impressions du virus-vaccin par les inoculations coup sur coup, est au contraire hypersensibilisé, anaphylactilisé à leur égard par ces dernières. Il répond par une réaction constante et écourtée aux revaccinations en série. Il est rigoureusement comparable, pour sa sensibilité anormale, à celui qui a été soumis aux injections successives de sérum. Il y a intérêt à ce que le public soit initié aux principales modalités de l'éruption provoquée par la réinoculation chez les sujets assujettis à la loi vaccinale. Ils sont tentés de se détourner de la revaccination dans la croyance qu'ils y sont réfractaires parce qu'elle ne provoque pas chez eux de pustules légitimes.

De la déchloruration dans le traitement de l'ascite cirrhotique. — M. Brissaud fait une communication sur ce sujet. Le traitement qu'il préconise et qui lui a donné d'excellents résultats consiste à mettre le malade au repos et au régime lacté absolu, 2 litres de lait par jour. Il obtient ainsi les avantages du régime déchloruré qui facilite la résorption des épanchements.

De la dissociation des divers modes de sensibilité dans les nerfs. — M. Babinski lit une note intéressante sur ce sujet. Il s'applique à démontrer que cette dissociation de la sensibilité dans les nerfs varie suivant le siège plus ou moins haut occupé par la lésion sur l'axe cérébro-spinal.

ANALYSES

MÉDECINE

La constipation spasmodique existe-t-elle? (A. Mathieu. *Arch. des mal. de l'app. digestif et de la nutrition*, nov. 1908, nº 11, p. 667.) — Boas a publié récemment une étude critique sur la constipation spasmodique, et cette forme clinique ne lui paraît pas démontrée. M. Mathieu qui, à la suite de Fleiner, a fait entrer cette notion de la constipation par spasme dans la pathologie intestinale, passe en revue les divers arguments de Boas et les réfute.

Les symptômes subjectifs ne peuvent fournir de points de repère pour différencier la constipation par spasme intestinal, mais on trouve dans les signes objectifs de cette constipation une sorte d'empreinte laissée par le spasme de l'intestin. C'est d'abord la conformation des selles, selles allongées, comme passées à la filière ou scybales ovillées; Fleiner attribue une grande importance à cet état des selles. M. Mathieu insiste davantage sur la valeur de la corde côlique et des signes directs du spasme du côlon que peut fournir la palpation abdominale. Du moment qu'on admet l'existence du spasme côlique chez les constipés, il est impossible de ne pas lui attribuer un rôle dans la pathogénie de leur constipation.

Cette notion du spasme côlique a eu des conséquences thérapeutiques très appréciables; elle a conduit à restreindre l'abus des grands lavements à forte pression.

L. Babonneix.

Diphtéries à localisations invisibles [crypto-diphtéries]. (Abrand. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, nº 3, mars 1909, p. 167.) — Le diagnostic de la diphtérie, devenu relativement facile depuis une quinzaine d'années, se présente quelquefois dans des conditions telles, que les moyens d'investigation ordinaires ne suffisent pas; il en résulte que le diagnostic étant tardif ou n'étant pas fait, la guérison est beaucoup plus aléatoire et la prophylaxie ne peut se faire. Le professeur Dieulafoy a cité des cas d'angine diphtérique érythémateuse qui rentrent dans ce cadre; ce ne sont pas ces faits que vise M. Abrand, mais des cas où les fausses membranes existent mais ne sont pas visibles. Elles peuvent être nasales ou pharyngées (pharynx nasal), ou laryngées, ou bronchiques, ou même œsophagiennes. M. Abrand cite six cas de ces *crypto-diphtéries*.

Il montre que pour dépister ces formes on devra pratiquer ou faire pratiquer l'examen endoscopique complet, nez, pharynx, larynx, bronches, de tout malade dont l'examen ne permettra pas un diagnostic net ou qui présentera l'ensemble de signes suivants :

a. Une fatigue extrême survenue rapidement et mal explicable;

b. Un pouls rapide;

c. Un développement rapide de ganglions de volume assez considérable, avec ou sans fièvre élevée;

d. Une polypnée ou une dyspnée en apparence inexplicable, qu'il y ait ou non de bruit de drapeau.

On devra opposer à ces types de diphtérie, un traitement d'autant plus énergique (doses massives de sérum, désinfection locale) qu'on a perdu du temps pour établir le diagnostic, moyennant quoi on peut arriver, en dépit d'un pronostic un peu aggravé pour certains, notablement pour d'autres, à une statistique très belle pour cette variété qui pourrait, sans ces précautions, donner des accidents nombreux.

L. Gayard.

Analyse de quatre cents cas de méningite épidémique, traités par le sérum antiméningitique. (Simon Flexner et James W. Jobling. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LI, nº 4, 25 juillet 1908, p. 269-271.) — Dans leur statistique de 393 cas exactement, les auteurs ont inclus tous les cas injectés, sauf ceux qui ont survécu moins de vingt-quatre heures; parmi ceux-ci, la plupart sont morts en moins de six heures et représentaient soit des cas injectés *in extremis*, soit des cas du type foudroyant. Voilà le tableau des cas groupés d'après l'âge :

	Nombre de cas.	Guérisons.	Morts.	Mortalité.
Au-dessous d'un an...	22	11	11	50 p. 100
De 1 à 2 ans.......	19	11	8	42,1
De 2 à 5 ans.......	68	52	16	23,5
De 5 à 10 ans.......	79	70	9	11,4
De 10 à 20 ans.......	105	80	25	23,7
Au-dessus de 20 ans..	87	64	23	26,4
Age non spécifié......	13	7	6	46,1
	393	295	98	24,9

Les cas viennent de toutes les régions des Etats-Unis, du Canada et d'Angleterre. Mettant les nourrissons à part, ce sont les sujets au-dessus de vingt ans qui ont donné la plus forte mortalité, malgré le sérum, et cela confirme d'autres statistiques. Tous les cas ont été vérifiés bactériologiquement.

Au point de vue de la précocité de l'injection, voici un tableau de 328 cas, très éloquent au point de vue des résultats :

Date de l'injection.	Nombre de malades.	Guérisons.	Morts.	Mortalité.
Du 1er au 3e jour.....	121	103	18	14,9
Du 4e au 7e..........	100	78	22	22
Plus tard que le 7e...	107	68	39	36,4

Il y a de très vieux cas, semi-chroniques, dans cette dernière catégorie.

Malgré la mortalité plus élevée, il y a possibilité d'action du sérum tant que le diplocoque est présent et que les lésions ne sont pas irréparables.

La défervescence en crise s'est vue dans 25 à 30 p. 100 des cas injectés, la défervescence en lysis restant encore la plus fréquente.

F. Gardner.

CHIRURGIE

Deux cas, dont un mortel, d'empoisonnement bismuthique à la suite d'injections de pâte de vaseline et bismuth. (W. C. David et J. R. Kauffmann, *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LII, nº 13, 27 mars 1909, p. 1035-1036.) — L'injection de pâte de bismuth dans les fistules tuberculeuses est le dernier mode de traitement apparu. (Voir *Gaz. des hôp.* nº 28, 9 mars 1909, p. 336-337.) Quoique ne datant que d'avril 1908, la méthode a déjà été employée dans nombre d'affections tuberculeuses et autres. La simplicité de la technique, celle de la formule des mélanges et l'absence de douleur sont les causes de ce succès. Et il semble bien que les résultats soient vraiment bons.

Cependant, ne perdons pas de vue qu'il y a *une proportion énorme d'empirisme dans ce procédé dont la découverte même fut toute fortuite.* Il faut donc être réservé, tant que les limites de toxicité n'auront pas été établies, comme on les établit

pour tout médicament, tant que n'aura pas été défini le mode d'absorption, tant que la possibilité d'idiosyncrasie n'aura pas été élucidée.

David et Kauffmann publient deux cas d'intoxication après emploi de doses relativement petites, le bismuth était pur, il n'y eut, à aucun moment, de symptômes attribuables au radical nitreux, dyspnée, cyanose, etc. Le bismuth seul est à incriminer et l'un des cas fut mortel.

Le premier cas se résume ainsi. Homme de vingt-quatre ans, fistules de la hanche gauche : trois onces (100 grammes) de pâte de bismuth au tiers. Trois semaines après, six onces (200 gr.) dont l'injection est très douloureuse. La température monte à 38°3 et retombe à la normale en quarante-huit heures. Onze jours après la seconde injection, la bouche devient douloureuse, et une stomatite intense se déclare. Douleurs et sensations de brûlure fortes, tellement augmentées par la mastication et la déglutition que le malade refuse de s'alimenter. Tuméfaction très douloureuse des gencives, déchaussement des dents, apparitions de lignes bleues sur les bords de la langue; ulcérations linguales plus grandes qu'une pièce de cinquante centimes, couvertes d'un enduit bleu noir sale. Condition analogue dans la gorge et sur les amygdales. Céphalée et constipation. Cette stomatite dura *six semaines*. La pigmentation persistait encore au bout de cinq mois, très marquée. Il y eut en outre des complications septiques du côté de l'abcès articulaire, nécessitant des ouvertures et grattages.

Le second cas se rapporte à un homme de vingt et un ans, de solide constitution. Injection de 200 grammes de pâte au tiers, pour ostéite fistuleuse de la tête du fémur. Dix jours après, début de la stomatite analogue à celle du cas précédent, mais plus intense. Alimentation impossible. Nausées et vomissements : céphalée, haleine fétide. Taches érythémateuses sur le cou. Nécrose et ulcérations de la bouche. L'état général s'aggrave, le cœur s'affaiblit, des escarres sacrées se forment, et la mort survient avec une température de 40 degrés.

Il n'est pour ainsi dire pas de substance modificatrice injectée dans une tuberculose locale (éther iodoformé, naphtol camphré) qui n'ait donné, avec de bons résultats dans la majorité des cas, des accidents ennuyeux et parfois mortels. L'avenir nous dira si le bismuth vaut mieux ou moins qu'eux. En attendant, soyons prudents. F. GARDNER.

La maladie de Schlatter (divulsion apophysaire du tibia chez les adolescents). (J. Edward BOWSER et Alexis THOMSON. *The Edinburg med. Journ.*, vol. II, n° 3, 2 articles p. 248-250.) — L'épiphyse supérieure du tibia forme non seulement le plateau tibial, mais présente en bas et en avant un prolongement en forme de languette sur lequel s'attache le tendon du quadriceps et qui formera le tubercule du tibia.

L'ossification de ce prolongement commence vers la douzième année, quelquefois par un point d'ossification séparé d'ordinaire par un point commun à l'épiphyse.

Il est entièrement soudé au corps de l'os vers vingt et un ou vingt-deux ans.

Or, il peut arriver vers treize à quinze ans qu'au cours d'un exercice violent, comme le foot-ball par exemple, une traction très violente du quadriceps amène l'arrachement de ce prolongement; il y a fracture de sa base d'insertion à l'épiphyse si le point osseux était commun, disjonction épiphysaire si le point osseux était séparé (Thomson).

Cette lésion, décrite par Müller en 1887, a surtout été étudiée par Schlatter (1903) dont elle porte le nom. Depuis, de nombreux cas en ont été publiés (Osgood, Haglund, Stimson, Alsberg). On en trouve des cas méconnus dans les livres de Poland (*Traumatic separation of the epiphyses*) et de sir James Payet (*Selected essays and addresses*).

Il s'agit d'un adolescent qui, à la suite d'un exercice violent, ressent une douleur dans la région du tubercule du tibia. Douleur qui entraîne une légère boiterie par les mouvements d'extension du genou. Le geste de donner un coup de pied est impossible. La pression réveille la douleur, d'où l'impossibilité de se maintenir à genoux.

Localement, on note de la rougeur, du gonflement et de l'élargissement de l'os.

Avant la radiographie, on pensait le plus souvent à de la périostite ou à de la tuberculose.

L'affection peut être bilatérale comme dans le cas de Thomson.

Non traitée, l'affection ne guérit pas spontanément. Les mouvements du quadriceps entretiennent la non-consolidation. L'impotence, moins marquée, subsiste. Le malade de Thomson présentait des symptômes depuis trois ou quatre ans.

La radiographie met en évidence le diagnostic que les symptômes ont pu faire supposer. Un sillon irrégulier de fracture sépare la base de la languette osseuse de l'épiphyse tibiale.

Le traitement est simple : immobilisation de la jambe en extension en défendant les mouvements de marche. Cependant l'impotence dure en général six mois (Haglund) et le malade ne recouvre une très bonne jambe que deux ans après. E. Bowser, par l'emploi de l'hyperémie avec la bande de Bier, a eu un bon résultat au bout d'un mois. Il ne persiste qu'un peu d'élargissement de l'os.

Bien que peu fréquente, cette lésion mérite d'être connue, car, mal traitée, elle peut être l'origine d'une impotence presque indéfinie. M. LANCE.

PRATIQUE MÉDICALE

CONSTIPATION ET SÉCRÉTION BILIAIRE

Accidentelle ou passagère la constipation n'est qu'un incident; seule intéresse le médecin la constipation chronique qui par son évolution, son retentissement sur l'état général, ses complications, constitue une véritable affection.

Nous n'insisterons pas sur les rapports de la constipation et de l'entéro-colite muco-membraneuse, affections connexes relevant toutes deux d'une même cause ainsi que Nepper (1) l'a démontré : l'*insuffisance de sécrétion biliaire*.

Jusqu'à ces dernières années le mot constipation évoquait comme un corollaire le terme de laxatif. Pour exonérer l'intestin, laxatifs de toutes sortes sont à la mode et le vieux clystère a repris rang dans l'arsenal thérapeutique. Or, tous les auteurs sont d'accord pour considérer les laxatifs comme des substances *excito-sécrétoires* faisant sécréter par la muqueuse intestinale du liquide qui entraîne *mécaniquement* les résidus.

Mais l'excitation des mouvements péristaltiques et la purgation ne sont pas des termes synonymes et Leubuscher (2) a démontré que le *péristaltisme n'augmente pas pendant la purgation*.

De plus cette élimination de liquide constitue une perte d'eau pour l'organisme qui va la réparer aux dépens du liquide déversé dans le tube digestif. Comme conséquence la masse résiduelle intestinale sera moins fluide, plus compacte, privée d'eau ; de fait après la purgation, *il y a toujours constipation*, et l'observation journalière confirme cette donnée en montrant que jamais laxatif n'a guéri la constipation. C'est tout au plus un palliatif souvent plus nuisible qu'utile.

Il serait en effet paradoxal de guérir par un *excito-sécrétoire* un trouble de la *motricité* et tous les auteurs sont d'accord pour considérer la constipation comme un trouble de motri-

(1) NEPPER. Soc. de biol.; *Gaz. des hôpit.*, n° 70, 20 juin 1907, et n° 127, 5 nov. 1908.

(2) LEUBUSCHER. *Virchow's Arch. f. pathol. Anat.*, 1886, CIV, p. 104.

cité, les uns la considérant comme la conséquence de l'atonie intestinale, les autres avec Fleiner et Kussmaul défendant la théorie de la constipation spasmodique, les plus nombreux enfin soutenant que le spasme et l'atonie existent simultanément sur différents segments.

Par conséquent, si l'on excepte les cas de constipation symptomatique (compression par tumeur intestinale, ou de voisinage, atrophie de la paroi musculaire de l'intestin comme chez les vieillards, etc.), on est amené forcément à rechercher la cause de la constipation chronique dans les troubles *d'excitation* du péristaltisme, c'est-à-dire dans les troubles des sécrétions physiologiques douées de pouvoir excito-moteur.

Parmi les sécrétions intestinales, c'est à la bile surtout qu'est dévolu ce rôle démontré expérimentalement (1), et l'on peut dire que la sécrétion biliaire est le *régulateur physiologique du péristaltisme intestinal.*

La constipation est aussi fréquente que les causes d'insuffisance de sécrétion biliaire sont multiples : intoxication alimentaire ou autre, infections de toutes natures vont fatiguer le foie, *barrière des poisons*, et son surmenage se traduira par une *insuffisance de sécrétion biliaire*; la constipation s'établira.

Pour combattre la constipation habituelle, ce n'est donc pas à un *laxatif* mais à un *cholagogue* qu'il faut s'adresser.

L'*antimucose* est, de l'avis de M. Huchard, le plus puissant des cholagogues. C'est donc à l'antimucose qu'on s'adressera pour guérir la constipation, puisque c'est cette préparation qui agira sur la fonction biligénique avec le plus d'efficacité.

C'est le traitement par excellence de la constipation, c'est le traitement rationnel basé sur les données expérimentales nouvelles qui a déjà fourni en clinique les succès que laissaient espérer les résultats du laboratoire. On peut dire que l'*antimucose* est le spécifique de la constipation.

LIVRES NOUVEAUX

Pathologie gastro-intestinale clinique et thérapeutique (2), par MM. Albert Mathieu et Jean-Ch. Roux.

MM. Mathieu et Roux ont réuni dans ce volume des articles déjà publiés dans différents périodiques, et en particulier dans la *Gazette des hôpitaux*, des articles inédits et une série de leçons faites à l'hôpital Saint-Antoine en 1907. L'ensemble de ces études s'étend aux questions les plus modernes de séméiologie, de diagnostic et de traitement. Les premiers chapitres se rapportent aux maladies de la bouche et de l'œsophage; à propos de la valeur séméiologique de l'état de la langue, les auteurs démontrent que l'état saburral de la langue n'est qu'un processus de desquamation avec adhérence dépendant d'une sorte de dermite superficielle; très souvent, cette dermite est entretenue par l'inanition ou l'alimentation insuffisante, conséquences d'une thérapeutique mal comprise, et il suffit de ramener l'alimentation à son taux normal pour voir la langue se nettoyer en quelques jours. Pour ce qui est de l'œsophage, signalons une étude très complète du spasme œsophagien. Dans les études consacrées aux maladies de l'estomac, on remarquera particulièrement la discussion sur le bruit de clapotage gastrique, la valeur séméiologique de la réaction de Weber et des hémorragies latentes du tube digestif, l'hystérie gastrique, l'aérophagie; le diagnostic et le traitement de l'ulcère de l'estomac, le traitement chirurgical des hémorragies gastriques sont naturellement discutés avec le plus grand soin : dans les hémorragies aiguës, l'opération n'est pas indiquée; dans les hémorragies chroniques et les hémorragies aiguës à répétition, on fera une gastro-entérostomie en cas d'ulcère de la région pylorique avec sténose, ce qui est le cas le plus habituel; en dehors de cette catégorie de faits, il n'y a pas d'indication opératoire nette.

Dans la troisième partie, maladies de l'intestin, on lira avec beaucoup de profit les chapitres : abus du lavage de l'intestin, lavements alimentaires, corde colique, constipation atonique et constipation spasmodique; mais, dans cette pathologie intestinale, la colite muco-membraneuse est surtout au premier plan; MM. Mathieu et Roux en ont donné une étude clinique et thérapeutique très substantielle, en insistant sur quelques points actuellement en litige. L. Babonneix.

(1) Nepper. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 127; — Hallion et Nepper. Soc. de biol.

(2) In-16. — Paris, O. Doin et fils.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

DE LA CHLORO-ANÉMIE

Contre la chloro-anémie, voici deux formules qui ont été adoptées après beaucoup d'essais :

1° Dans la chloro-anémie avec estomac très fragile, prendre du sirop d'hémoglobine arsénié, deux cuillerées par jour.

2° Dans la chloro-anémie avec estomac à peu près normal, ce qui est le cas le plus fréquent, employer la formule des hôpitaux de Vienne (dragées Briss), trois à quatre dragées par jour. Cette formule agit vite et ne constipe pas.

J. B.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Oto-rhino-laryngologie, par les docteurs Castex, chargé du cours de laryngologie à la Faculté de médecine de Paris, et F. Lubet Barbon, ancien interne des hôpitaux de Paris. Grand in-8 de 601 pages avec 215 figures. — Prix : broché, 12 francs; cartonné, 13 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. Crinon, pharmacien de 1re classe, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, directeur du « Répertoire de pharmacie » et des « Annales de chimie analytique ». Seizième édition (1909). — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

Les Troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique, par le docteur Hesnard. In-8 de 292 pages. — Paris, Alcan.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE

I. Symptomes. — 1° Période de début ou d'invasion. — Spontanément, ou, dans le cas de contagion (1 p. 100 seulement), après une incubation qui peut être très courte (sept heures, trois heures) ou assez longue (vingt-cinq jours), la maladie s'annonce par des signes généraux et locaux.

Les *signes généraux* sont : la lassitude, la céphalée, l'anorexie, les vomissements, le subictère, constituant les pro-

dromes, puis la fièvre, caractérisée par un frisson, suivi des stades de chaleur et de sueur, et atteignant 40 degrés. Le délire l'accompagne assez souvent, favorisé par l'alcoolisme chez l'homme, par l'état névropathique antérieur chez la femme. Les *signes locaux* sont l'adénopathie cervicale, pouvant expliquer la dysphagie de quelques cas, et la rougeur de la face. Cette période dure en moyenne vingt-quatre heures.

2° PÉRIODE D'ÉTAT. — a. *Signes locaux.* — La plaque érysipélateuse constituée se présente avec les caractères suivants : son *point de départ* est ordinairement vers l'angle naso-génien, aussi occupe-t-elle surtout la joue, le nez, la lèvre supérieure ; elle peut s'étendre jusqu'au front, à l'oreille. Le plus souvent unilatérale, elle peut être bilatérale, plus ou moins symétrique, enfin occuper toute la face, le front, les paupières et gagner le cuir chevelu. La *tuméfaction* de la peau est uniforme sur toute l'étendue de la plaque, mais, à la périphérie, elle est limitée par un *bourrelet* saillant qui représente sa zone d'extension. La *consistance* est accrue et la pression, qui provoque une *douleur* vive, donne une sensation de résistance. La peau a une *coloration* rouge foncé, plus marquée vers la périphérie, et que la pression change momentanément en une zone pâle. Souvent, surtout au début, il existe des *phlyctènes* contenant un liquide jaune clair. L'*évolution* de la plaque est plus ou moins rapide, tantôt limitée et courte, tantôt étendue et prolongée ; l'aspect du visage est alors caractéristique, les paupières sont gonflées et immobiles par suite de l'*œdème* du tissu cellulaire lâche, le menton ordinairement respecté (aspect du *magot chinois*).

b. *Signes généraux.* — La *fièvre* est ordinairement élevée, atteignant 39°5 à 40 degrés. Elle peut revêtir plusieurs types : en plateau court, en plateau prolongé, en lysis ou à oscillations. La langue est sèche, parfois rôtie. Il existe souvent du subdélire. L'auscultation précordiale montre fréquemment l'existence de souffles extra-cardiaques; l'albuminurie légère est presque constante. L'examen du sang révèle de l'anémie et une réaction leucocytaire moyenne.

3° PÉRIODE DE DÉCLIN. — Elle est marquée par la chute brusque ou progressive de la température, l'atténuation des symptômes généraux d'une part, et d'autre part, par l'affaissement de la plaque érysipélateuse qui pâlit, devient beaucoup moins douloureuse à la pression et présente bientôt une légère desquamation.

La *terminaison* se fait ordinairement par la *guérison*, mais la région atteinte reste parfois assez longtemps douloureuse et rouge. Les *récidives* et *rechutes*, sous l'influence d'une cause occasionnelle telle que le froid, sont fréquentes. Dans d'autres cas, l'érysipèle revêt un aspect différent, ou une gravité particulière, nécessitant la description de formes cliniques.

II. **FORMES CLINIQUES.** — 1° D'APRÈS L'ASPECT DES SIGNES LOCAUX. — Erysipèle *bulleux* ou cirrhoïde, caractérisé par l'abondance des phlyctènes ou de vésicules de mêmes dimensions ; érysipèle *ecchymotique*, avec taches purpuriques ou liquide sanguinolent dans les phlyctènes; érysipèle *ligneux*, dans lequel la plaque offre une dureté spéciale.

2° D'APRÈS L'ÉVOLUTION DE LA PLAQUE ÉRYSIPÉLATEUSE. — Erysipèle *abortif*; érysipèle *ambulant*, particulièrement fréquent chez l'enfant, où il gagne souvent le cuir chevelu (œdème blanc et douloureux) et les autres régions du corps; érysipèle *à répétition* caractérisé par des rechutes fréquentes, se montrant surtout chez la femme au moment des règles, qu'il peut remplacer dans certains cas (érysipèle *cataménial*); érysipèle *chronique*, succédant ordinairement à des rechutes fréquentes; érysipèle *interne* ou des muqueuses.

3° D'APRÈS L'ÉTAT GÉNÉRAL. — L'état général peut être gravement atteint d'emblée, c'est la forme *ataxo-adynamique*, caractérisée par un état typhoïde, avec délire, agitation, convulsions. L'albuminurie est abondante.

4° D'APRÈS LES COMPLICATIONS. — a. *locales* : phlegmon, abcès phlébitique de la veine frontale, abcès des paupières, abcès de l'orbite, lymphangite et adénite, gangrène; b. *à distance* : pneumonie et broncho-pneumonie (dues le plus souvent au pneumocoque, Roger), néphrite hémorragique, ictère, symptômes nerveux.

III. **PRONOSTIC.** — Il dépend de l'*état antérieur* du malade; favorable chez un sujet jeune, sans tare antérieure, il est sérieux lorsqu'il survient chez un cardiaque, un hépatique ou un rénal.

Au-dessous *de deux ans*, l'érysipèle est toujours grave. La *grossesse* n'est pas une cause d'aggravation. Enfin, on a vu l'érysipèle avoir une influence favorable sur le lupus ou l'épithélioma cutané, mais c'est là une influence passagère et exceptionnelle.

IV. **DIAGNOSTIC.** — Plusieurs affections peuvent simuler l'érysipèle de la face :

1° L'*eczéma aigu* de la face : la coloration est plus rouge, toute la face est tuméfiée, il n'y a pas de bourrelet périphérique, il existe des vésicules d'où s'écoule un liquide visqueux.

2° Les *érythèmes provoqués*, dus le plus souvent à l'application d'une teinture sur les cheveux ou d'un médicament; ils sont polymorphes, tantôt eczématiformes, tantôt papuleux.

3° L'*abcès dentaire*; le gonflement est plus considérable et il n'y a pas de bourrelet.

4° La *gangrène bénigne des paupières* (Roger et E. Weil) localisée aux paupières.

5° Le *zona ophtalmique*, avant l'apparition nette des vésicules; mais il y a la limitation exactement médiane et la névralgie concomitante.

6° Il faut encore citer, comme causes d'erreur plus rares : la dacryocystite, l'érythème solaire, la morve aiguë, le charbon (œdème malin des paupières), la variole confluente au début.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 47. — SAMEDI 24 AVRIL 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 24 AVRIL 1909. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HÔPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour la nomination a trois places de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 22 avril : MM. Sainton, 18; Balthazard, 16; Armand-Delille, 18; Hallé, 20.

La prochaine séance aura lieu le samedi 24 avril, à quatre heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 21 avril : MM. Piquand, 24; Kendirdjy, 25; Gernez, 26; Hallopeau, 25; Bouchet, 22.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Deuxième épreuve clinique.* — Séance du 22 avril : MM. Cathala, 29; Jeannin, 30.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Jeannin et Cathala.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Besançon. — Un concours pour la nomination à un emploi de chef de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Jacques sera ouvert, dans cet établissement, le jeudi 27 mai 1909.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital Saint-Jacques à Bezançon. Le registre d'inscription sera clos le 15 mai, à quatre heures du soir.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quinzième semaine, 1016 décès, au lieu de 1011 pendant la semaine précédente et de 1055, moyenne ordinaire de la saison.

La scarlatine a causé 6 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 211, chiffre identique à celui de la semaine précédente (moyenne 165).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 183 décès, au lieu de 197 pendant la semaine précédente (moyenne 196).

La phtisie pulmonaire a causé 203 décès (moyenne 237).

On a signalé en outre 19 cas de méningite cérébro-spinale.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — Le banquet annuel aura lieu le jeudi 29 avril, à sept heures et demie du soir, au restaurant du Nègre, boulevard Saint-Denis, sous la présidence de M. Ed. Perrier, de l'Institut, président de la société.

A ce banquet, les prix seront décernés aux lauréats du concours de 1908 sur « Les habitations des marins-pêcheurs ».

La cotisation est fixée à 6 francs.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 25 avril, chez M. Landau, trésorier, 20, rue Cambon, et au secrétariat général, 162, boulevard Péreire.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 26 avril au 30 juin 1909, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, Balzer, de Beurmann, Castex, André Broca et Zimmern, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Edmond Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris, Sabatié, Rostaine, Louste et Fouquet.

Le cours sera complet en cent leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique. Il commencera le lundi 26 avril et finira le mercredi 30 juin 1909.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, radiothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des cours. — M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale. — M. Bar. Syphilis et grossesse. — MM. André Broca et Zimmern. Radiothérapie. Radiumthérapie et traitement par les courants de haute fréquence. — M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — M. de Beurmann. Lupus. Tuberculoses cutanées. Sporotrichoses. Traitement du lupus. — M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille. — M. Hudelo. Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — M. Morestin. Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau. Opérations esthétiques. — M. Gastou. Maladies parasitaires du cuir chevelu : Teigne tondante et favus. Pytiriasis versicolor Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Electrolyse. Photothérapie. Petite chirurgie dermatologique. — M. Emery. Chancre

mou. Traitement de la syphilis. — M. Edmond Fournier. Syphilis secondaire. Hérédo-syphilis. — M. Milian. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes; ulcères de jambe. Syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. — M. Terrien. Syphilis oculaire. — M. Lacapère. Chancre syphylitique. Pelade. Acnés. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. — M. Cathelin. Blennorragie aiguë et chronique. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement de la blennorragie. Traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. Paris. Zona. Dystrophies pigmentaires. Purpura. Morve et farcin. Actinomycose. Eléphantiasis. — M. Sabatié. Alopécies. Follicules suppurées. Dyshydrose. — M. Rostaine. Herpès. Végétations. Phimosis. Dermatoses congénitales. Phtiriase et mélanodermies. Sclérodermie. Lèpre. Bouton d'orient. — M. Louste. Psoriasis. Séborrhées et eczéma séborrhéique. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. Complications médicales de la blennorragie. Balanoposthites. — M. Fouquet. Syphilis expérimentale.

Deux cours semblables ont lieu chaque année : le premier en mai et juin, le second en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, pourvus de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures. — Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (hôpital Saint-Louis).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Vaquez, agrégé, commencera une série de 10 CONFÉRENCES SUR LES ARYTHMIES CARDIAQUES le samedi 1er mai, à six heures, au grand amphithéâtre, et la continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

Programme des conférences. — 1. De l'aptitude fonctionnelle du cœur et des renseignements que peuvent nous donner à ce sujet les modifications du rythme cardiaque.

2. Du rythme normal du cœur et du pouls. Ses raisons anatomiques et physiologiques. Les moyens de le connaître. Méthodes graphiques, interprétation des tracés. Tracés auriculaires recueillis par voie œsophagienne. Procédés électrodiagraphiques.

3. Eurythmie et arythmie. Histoire des arythmies. Tentatives de classification.

Modifications physiologiques du rythme du cœur et du pouls.

4. L'extra-systolie. Ses caractères cliniques. Ses causes et ses modalités objectives. Sa valeur diagnostique.

5. Du ralentissement pathologique du pouls. — *A.* Le ralentissement par trouble de conductibilité ou de cause intracardiaque (syndrome de Morgagni Stokes-Adams).

6. Du ralentissement pathologique du pouls. — *B.* Le ralentissement de cause extra-cardiaque. Les bradycardies interposées. Rapports de la bradycardie avec les arythmies extra-systoliques.

7. Les tachycardies. Des formes cliniques de la tachycardie (la tachycardie passagère ou émotive. La tachycardie paroxystique. La tachycardie continue). Causes extra et intra-cardiaques des tachycardies.

8. Le pouls alternant et la question de la bigéminie ou hémosystolie.

Le pouls désordonné (pulsus irregularis perpetuus). Le signe de Mackensie.

9. Sensations subjectives des arythmies.

10. Valeur pronostique et thérapeutique tirée de la connaissance des arythmies.

— COURS LIBRE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES. — Le docteur Dupuy de Frenelle continuera son cours sur l'application pratique des appareils plâtrés et de l'extension continue, le mardi 27 avril 1909, à quatre heures, à l'amphithéâtre Cruvelhier de l'Ecole pratique.

Ce cours essentiellement pratique a lieu tous les mardis.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — La réunion statutaire de mai aura lieu le vendredi 7 mai, à sept heures du soir, chez Marguery.

L'ordre du jour de la séance comprend :

Rapport annuel du secrétaire général.

Election d'un syndic.

M. le docteur Lucas-Championnière, syndic sortant, est rééligible.

LES ARCHIVES DE LA PRESSE, 37, rue Bergère, se chargent de toutes recherches rétrospectives ou documentaires; elles constituent des dossiers d'études pour livres, discours, thèses, conférenccs, etc.; les Archives indiquent rapidement les articles anciens ou récents parus dans les revues ou les journaux.

CONFÉRENCES D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE. — M. A. Zimmern, agrégé, commencera le vendredi 30 avril, à cinq heures et demie, une série de dix conférences d'électricité médicale, et les continuera les lundis et vendredis suivants (amphithéâtre de physique et chimie).

Objet des conférences : les applications au diagnostic et à la thérapeutique des principales modalités électriques (courants continus, haute fréquence, rayons X, etc.).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — CONFÉRENCES CLINIQUES SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, samedi 1er mai 1909, à dix heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure. Les conférences auront lieu dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS (74, rue Denfert-Rochereau). — CONFÉRENCES D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE INFANTILES. — M. le docteur Variot reprendra ses conférences d'hygiène et de clinique infantiles, le lundi 3 mai, à dix heures et demie du matin, et les continuera les lundis de chaque semaine à la même heure.

ACTUALITÉS

LE CENTENAIRE DE L'OVARIOTOMIE

Pour célébrer l'opération d'Ephraïm Mac Dowel (de Kentucky) qui en 1809 enleva, avec succès, un kyste de l'ovaire à une dame Crawford, la Société de Gynécologie, présidée par le professeur Reddle Goffe, réunit à New-York les représentants de la gynécologie du monde entier.

Toutefois, si l'on en croit Kœberlé, la première opération pour kyste ovarique fut pratiquée, il y a plus de deux siècles, en 1701, par Houstoun, de Glascow. Sans doute, au cours du XVIIIe siècle, on parla de l'ovariotomie, mais on ne la pratiqua guère. C'est donc, avec raison, que les Américains tiennent à honorer la mémoire de leur compatriote, car Mac Dowel pratiqua treize ovariotomies et enregistra huit succès.

Malgré cela, il n'y eut guère, pendant la première moitié du XIXe siècle, que des tentatives isolées et malheureuses, à tel point qu'en 1856 l'Académie de médecine disqualifiait l'ovariotomie qu'elle considérait comme meurtrière et barbare. Elle ignorait les succès obtenus en Angleterre par Spencer Wells et plusieurs autres chirurgiens.

Ce fut en 1862 que Kœberlé pratiqua sa première ovariotomie à Strasbourg. En 1864, il publia une statistique de douze cas avec neuf guérisons. L'élan était donné. On fut obligé de reconnaître que l'ouverture du ventre était chose possible. Ce fut à dater de Kœberlé que la chirurgie abdominale a pris son véritable essor.

Mais il serait injuste de ne pas associer à son nom celui de Péan qui, par ses hautes qualités chirurgicales, contribua le plus, après lui, à poser les bases de la chirurgie nouvelle.

REVUE GÉNÉRALE (1)

FORMES CLINIQUES

DE LA

SPOROTRICHOSE DE DE BEURMANN

Par H. GOUGEROT (2),

Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

III

LOCALISATIONS EXTRA-CUTANÉES, SPOROTRICHOSES DES MUQUEUSES, DES MUSCLES, DES OS, DES SYNOVIALES, ETC.

Presque toujours les lésions sporotrichosiques extra-cutanées sont associées à des gommes hypodermiques et dermiques qui en facilitent le diagnostic. Mais elles peuvent être isolées. Dans les deux cas de Brocq et Fage et de Josset-Moure, la localisation osseuse était la seule lésion sporotrichosique cliniquement décélable. Deux fois, chez notre malade n° XI et chez le malade n° XLIII de Hudelo et Monier-Vinard, une gomme musculaire était le seul accident sporotrichosique. Dans les faits de ce genre le diagnostic est des plus difficiles.

Sporotrichosides muqueuses. — Le premier cas de sporotrichosides muqueuses a été notre malade n° VI.

Cet homme, atteint de sporotrichose gommeuse hypodermique disséminée ecthymatiforme, présenta une angine et une ulcération palatine sporotrichosiques. Depuis plusieurs années il était sujet aux angines à répétition. Vers le 1er mai 1907, ayant un peu de picotement et de dysphagie, il se fait examiner et l'on ne constate rien d'anormal; le 14 mai, les symptômes fonctionnels persistent, « les piliers du voile du palais sont rouges et vascularisés, la rougeur envahit la luette... les amygdales, enlevées autrefois, sont difficiles à voir, elles paraissent pourtant tuméfiées, rouges, le contact du fil de platine est extrêmement douloureux... Une petite *ulcération* arrondie sur le pilier antérieur droit attire immédiatement l'attention, elle a 4 à 5 millimètres de diamètre, elle est grisâtre, recouverte d'un enduit pultacé, les bords surélevés, tuméfiés, sont rouges, l'enduit, difficile à détacher, laisse une ulcération presque indolente rosée qui semble assez profonde. On ne sent pas de ganglions sous-maxillaires ». La sécrétion de l'ulcération montra sur lame d'innombrables sporotrichums oblongs et donna une abondante culture.

Malgré la guérison de l'angine et de l'ulcération, le sporotrichum restait saprophyte du bucco-pharynx et de longs mois après, on pouvait encore le déceler (nov. 1908). Ce sujet restait donc un porteur de sporotrichum, la suite prouva que ce saprophytisme n'est pas sans danger car l'infection a repris et se manifeste depuis octobre 1907 par une laryngite sporotrichosique à symptômes maintenant très accusés.

Le deuxième cas est la malade de de Beurmann, Gastou et Brodier, autopsiée par Letulle et Debré.

Cette femme, atteinte de sporotrichose gommeuse sous-cutanée et cutanée disséminée ulcéreuse tuberculoïde, présenta sept mois après le début de sa mycose des symptômes intenses de laryngite extrêmement douloureuse. Collinet qui procéda à l'examen laryngoscopique trouva un larynx recouvert de végétations papillomateuses, les lésions cutanées regressèrent, mais les lésions muqueuses, un instant arrêtées grâce au traitement ioduré, envahirent le bucco pharynx, la base de la langue, le voile du palais, toute la partie supérieure de la trachée : la surface envahie était *saillante, végétante, jaune grisâtre sale, recouverte de muco-pus*, sans fausse membrane; cette vaste plaie bourgeonnante, malgré son étendue, était restée souple et n'était *ni déformée ni mutilée.*

L'observation III de Thibierge et Gastinel en est un nouvel exemple.

Sporotrichose musculaire. — Cette localisation a été démontrée par Brissaud et Rathery sur le malade n° XVI, atteint de sporotrichose hypodermique gommeuse disséminée. Elle n'avait été que soupçonnée chez notre malade n° XI où la gomme du quadriceps était la seule lésion sporotrichosique. De Massary, Doury et Monier-Vinard ont retrouvé un cas de sporotrichose réduit à une gomme unique du triceps brachial (malade n° XXX). Hudelo, Monier-Vinard, Braun et Merle ont étudié un cas de sporotrichose gommeuse disséminée avec une gomme du biceps brachial (malade n° XLII) et un cas de gomme sporotrichosique unique du long supinateur. Widal et Weill sur leur malade n° XLIV couvert de plus de cent gommes sous-cutanées notent quelques localisations musculaires.

Sporotrichose osseuse. — Sicard, Bith et Gougerot, Brocq et Fage ont publié les premiers cas démontrés d'ostéite sporotrichosique.

Dans le cas de Sicard, Bith et Gougerot, l'ostéite associée à des gommes musculaires disséminées, siégeait à la face interne du tibia droit. « La peau est rouge et empâtée. Le doigt sent une tuméfaction dure très mal limitée, s'étendant en haut et en bas sur la face interne de l'os; à la partie moyenne, l'infiltration est plus irrégulière, on perçoit un point fluctuant. La lésion périostée est douloureuse à la palpation. »

Dans le cas de Brocq et Fage, l'ostéo-périostite était la seule lésion sporotrichosique et siégeait à l'extrémité inférieure du tibia gauche « gomme unique ovalaire périostée, très peu fluctuante et périostose irrégulière ».

Des cas nouveaux ont été signalés : parmi les très nombreuses gommes qui couvraient leur malade, Widal et Weill signalent une gomme périostée de la partie supérieure du tibia. Gaucher, Louste, Abrami et Giroux signalent dans un cas de sporotrichose disséminée des gommes périostiques du tibia. Josset-Moure vient de publier une remarquable observation de sporotrichose osseuse primitive fistulisée du tibia, ayant persisté plus de trois ans malgré plusieurs interventions, et guérissant en un mois par le seul traitement ioduré. Avec de Beurmann et Vaucher nous avons consacré une étude spéciale, à ces localisations osseuses si importantes pour le chirurgien, (sporotrichoses ostéoarticulaires humaines et animales). (*Revue de chirurgie*, 10 avril 1909.)

---

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 44, p. 537.

Sporotrichose synoviale. — Sur le malade n° XLII, de Hudelo, Monier-Vinard, Braun et Merle, atteint de quatre gommes sous-cutanées et d'une gomme musculaire, Merle put, par la culture démontrer la nature sporotrichosique d'une synovite des tendons fléchisseurs des orteils (1).

*
* *

ÉVOLUTION

Formes chroniques habituelles.
Formes aiguës exceptionnelles, anémiantes, cachectisantes, fébriles...

Formes chroniques. — Dans presque tous les cas observés jusqu'ici, la sporotrichose était torpide et chronique, l'état général restait indemne ou était à peine touché, il n'y avait pas de troubles viscéraux et les localisations cutanées osseuses ou autres, semblaient résumer toute l'affection. Chaque lésion avait une allure froide et indolente.

La période d'incubation passe souvent inaperçue. Lorsqu'on peut la saisir, elle est d'une durée très variable, elle a été de vingt jours chez notre malade n° XII, de trois mois chez notre malade n° XIII.

Le début est tantôt insidieux, lent et progressif comme chez nos malades n° II, n° IV. Les gommes apparaissent presque une à une et ne sont découvertes que par hasard ; parfois même, la première lésion précède l'éclosion des autres gommes de plusieurs mois, de quatre mois, dans l'observation n° VIII de Gaucher et Monier-Vinard. Tantôt le début est brusque, et l'apparition des gommes est pour ainsi dire simultanée (obs. n° I).

L'évolution est rapide ou lente. Par exemple chez notre malade n° XII, la durée de la maladie n'a été que d'une quarantaine de jours, tandis que chez notre malade n° XIII, atteint lui aussi de lymphangite, la mycose a duré plus de deux ans et demi ; entre le premier et le deuxième abcès, il y eut une rémission de huit mois, puis le deuxième, le troisième et le quatrième, se succédèrent à quelques mois ou à quelques semaines d'intervalle.

La durée de la maladie dépend entièrement du diagnostic. En effet, le traitement ioduré, qu'impose ce diagnostic, arrête brusquement la mycose. L'iodure a guéri la sporotrichose disséminée de notre malade n° II en vingt jours et la lymphangite de notre malade n° XII dans le même laps de temps. Au contraire la sporotrichose abandonnée à elle-même tend à s'éterniser. Elle dure des mois et même des années. Chaque lésion évolue pour son propre compte, certaines gommes guérissent pendant que d'autres réapparaissent à intervalles irréguliers, une à une ou par poussées, et prolongent presque indéfiniment la durée de la maladie. Elle se complique alors de localisations nouvelles et prend l'aspect si complexe de la forme mixte. Elle a ainsi duré plus de sept mois chez notre malade n° IV atteint de sporotrichose disséminée, plus de deux ans et demi chez notre malade n° XIII, atteint de lymphangite localisée du bras qui, malgré cette longue durée, ne se généralisa pas, trois ans chez le malade atteint d'ostéite primitive du tibia de Josset-Moure. Ces formes invétérées guérissent par le traitement, parfois même elles cèdent aussi rapidement que les formes récentes : Josset-Moure a guéri son malade par le seul traitement médical en un mois, mais d'ordinaire la guérison demande plusieurs semaines, voire même quelques mois (cas n° IV et n° VI). Les lésions ulcéreuses sont lentes à guérir et les lésions verruqueuses, plus lentes encore.

La sporotrichose est donc une maladie chronique, sans tendance à la guérison spontanée (1), guérissant au contraire en quelques semaines par le traitement iodo-ioduré général et local.

Sporotrichoses anémiantes et cachectisantes. — A côté de ces formes où l'état général est peu ou pas touché, il en est d'autres plus rares où la paleur, l'amaigrissement, la fatigue du sujet trahissent l'intoxication générale de l'organisme. Les symptômes de cette forme anémiante de la sporotrichose étaient nets chez notre malade n° IV, plus marqués chez la jeune malade de Widal et Joltrain, intenses chez la malade de Druelle et Chadzinski. Cette forme anémiante allait jusqu'à la cachexie chez la malade de de Beurmann, Gastou et Brodier, qui mourut dans le service de Letulle.

---

(1) Les sporotrichoses viscérales, si variées chez l'animal, chez lequel nous avons décrit avec de Beurmann et Vaucher toute une série de localisations pulmonaires, hépatiques, rénales etc., ne sont pas encore connues chez l'homme. Aucune observation avec démonstration bactériologique n'a été donnée. Un cas, dans lequel Monier-Vinard a cru pouvoir affirmer la sporotrichose pulmonaire sur le simple fait de la culture des crachats, ne nous paraît nullement démonstratif. En effet, son malade était un tuberculeux avéré dont les crachats contenaient des bacilles de Koch. La présence du sporotrichum dans les crachats n'indique pas une lésion pulmonaire sporotrichosique puisque le champignon peut être parasite saprophyte du bucco-pharynx ainsi que le prouvent l'autopsie du malade de Laubry et Esmein et les cultures de notre cas n° VI. Au contraire, tous les cas autopsiés, même celui où la trachée était envahie, ont montré l'absence de lésions pulmonaires. Il faut donc se méfier des associations tuberculeuses, ne pas conclure précipitamment et attendre une démonstration donnée par la culture directe du foyer viscéral incriminé. Pourtant il semble certain que les sporotrichoses humaines viscérales doivent exister, car l'expérimentation nous a montré sur les animaux la fréquence des lésions viscérales. Avec de Beurmann et Vaucher nous avons obtenu chez le rat des granulies identiques d'aspect à la granulie tuberculeuse d'Empis, des septicémies homologues de la typho-bacillose de Landouzy, des cirrhoses du foie, des néphrites, des pneumonies, des orchites, etc.; chez le lapin, la caverne pulmonaire avec nodules crus dans les poumons, la granulie de dissémination secondaire et la méningite aiguë terminale, la grosse gomme rénale, le sporotrichome hypertrophique du cæcum. Sur le chien nous avons retrouvé des formes analogues et démontré l'existence de la néphrite aiguë, etc. Nous ne doutons pas que nos prévisions ne soient vérifiées comme elles l'ont été déjà pour les os et les synoviales. De fait Rochard et Bodolec ont annoncé depuis plus d'un an un cas encore inédit de pyelo-néphrite sporotrichosique cultivée et étudiée par Duval.

(1) Aucun cas démontré de guérison spontanée de sporotrichose n'a été cité. Dans les rares cas où la sporotrichose a été guérie sans que le malade ait pris d'iodure de potassium, les plaies avaient été touchées à la teinture d'iode ou le malade, considéré comme tuberculeux, avait absorbé pendant plusieurs mois du sirop iodotannique. Une gomme peut guérir et guérit souvent spontanément mais la maladie ne guérit pas et d'autres lésions apparaissent à côté des lésions cicatrisées. Un seul cas dont nous parla Jean Troisier parut avoir guéri spontanément, mais le malade, quelques semaines après, présentait de nouveaux accidents.

Sporotrichoses aiguës, fébriles à poussées successives. — Si dans la très grande majorité des cas, la sporotrichose évolue sans provoquer ni fièvre, ni troubles gastro-intestinaux, ni amaigrissement, il est des cas exceptionnels où la mycose revêt les allures d'une maladie infectieuse fébrile. Le premier cas et le plus remarquable est celui de Brissaud et Rathery, le début fut brusque, marqué par des troubles généraux, des frissons, de la fièvre, des douleurs diffuses. L'éruption de gommes fut presque simultanée, l'évolution fut celle d'une septicémie aiguë, avec fièvre à 38 et 39 degrés, atteinte de la santé générale, frissons, nausées, épistaxis, insomnie; chaque poussée nouvelle de gommes correspondant sans doute à une décharge sanguine du parasite s'accompagnait de troubles généraux et de fièvre. Deux observations analogues ont été citées, mais moins démonstratives, car la phase fébrile ne fut pas observée par les auteurs. Dans la première, due à Balzer et Galupe, l'éclosion de nombreuses gommes disséminées a été « précédée pendant deux à trois jours d'accidents aigus, les uns locaux, consistant en un gonflement douloureux de la jambe gauche, les autres généraux caractérisés par un malaise prononcé et des frissons ». Dans la deuxième observation due à Brodier et Fage, la période fébrile qui dura plusieurs mois fut reconstituée par l'interrogatoire de la malade.

Sporotrichomes aigus « chauds ». — Si les gommes sporotrichosiques ont presque toujours une évolution rapide, indolente et froide, il peut arriver qu'elles prennent les allures d'un abcès chaud aigu. Le premier cas où la démonstration bactériologique ait pu en être donnée est notre observation n° XIII : le troisième et le quatrième abcès eurent toutes les apparences d'une suppuration chaude : accroissement rapide en quelques jours, rougeur diffuse et peau œdémateuse, abcès empâté très douloureux, douleurs spontanées et lancinantes, ulcération spontanée rapide. Les cas analogues sont rares, le malade de Dominici et Duval ébauchait des recrudescences inflammatoires, le malade de Fage (n° XXXVII) présentait deux lésions aiguës.

Ces faits, quoique exceptionnels, doivent être connus afin d'éviter des méprises et nous leur avons consacré un mémoire spécial : « Comparaison des sporotrichoses et des infections cocciennes : sporotrichoses aiguës et subaiguës disséminées. Sporotrichome à évolution phlegmasique ». (*Annales de dermatologie*, février 1909.)

*
* *

POLYMORPHISME DE LA SPOROTRICHOSE
MULTIPLICITÉ DE SES FORMES.

Les formes que nous venons de décrire sont les plus fréquentes et ces quelques exemples prouvent assez le polymorphisme de la sporotrichose de de Beurmann. Suivant le caractère que l'on envisage, on pourrait multiplier ces formes mais sans grand profit.

Suivant la *localisation*, il est des sporotrichoses hypodermiques (n° I, II, III, IV) (1), hypodermo-dermiques (n° IV, VI), dermiques (III, IV), épidermiques (VI, VII, XII, XIII) dermo-épidermiques (VI, XII), mammaires (IV), muqueuses (VI), musculaires (XI, XVI), osseuses (XL et XLI), synoviales (XLIII), laryngées, trachéales, palpébrales...

Suivant leur répartition, il est des sporotrichoses *disséminées* : gommes (I, II, III) ou gros abcès (III), et des *sporotrichoses localisées lymphangitiques* primitives (XII, XIII) ou secondaires (III, VI).

Suivant l'aspect des lésions, il est des sporotrichoses à gros abcès (III), des sporotrichoses ulcéreuses, *syphiloïdes*, *tuberculoïdes* (IV), *ecthymatiformes* (VI), *rupioïdes*, *trichophytoïdes* (VII).

Suivant l'*évolution*, il est des formes à début insidieux ou au contraire à début brusque presque éruptif, et des formes à longue rémission ; il est des sporotrichoses ne durant que quelques jours et des sporotrichoses chroniques, s'éternisant pendant des années, des sporotrichoses à poussées paroxystiques, des sporotrichoses à récidives.

Aux formes complexes et mixtes dont nos malades n°s III, IV et VI furent les premiers exemples, s'opposent les sporotrichoses *monomorphes* qui ne sont uniquement qu'hypodermiques (malades n° I et n° II), ou dermiques (Baliña, Spillmann et Gruyer), ou osseuses (Brocq et Fage, Josset-Moure). De même on pourrait opposer les unes aux autres des formes *secondaires* et des formes *primitives*.

Le plus souvent, le nombre des lésions dépasse cinq, parfois il atteint trente-cinq (I), il peut même dépasser la centaine (Widal et Weill) : *forme confluente*. Parfois au contraire, il n'existe qu'une seule lésion, *sporotrichose à lésion unique*, dont notre malade n° XI fut le premier exemple.

Le plus souvent les gommes disséminées sont irrégulièrement réparties sans aucun ordre apparent. Exceptionnellement les gommes sont disposées symétriquement, au point de simuler une lipomatose, une neurofibromatose (Sicard et Descomps) : *forme symétrique*.

Le plus souvent, les lésions sporotrichosiques sont indolores ou à peine gênantes. Exceptionnellement, elles sont le siège de douleurs provoquées ou spontanées (XIII) : *forme douloureuse*.

Presque toujours les sporotrichomes ont une allure froide, torpide, exceptionnellement ils revêtent tous les caractères des abcès chauds, des suppurations aiguës phlegmasiques (XIII) : *abcès chaud sporotrichosique*.

Presque toujours la sporotrichose a une évolution chronique sans retentissement sur l'état général, par exception, elle peut altérer la santé, déterminer de l'amaigrissement, de la pâleur, de la fatigue : *forme anémiante* (Widal et Weill, Druelle et Chadzinski); parfois même provoquer la cachexie et au moins pour une part être rendue responsable de la mort : *forme cachectisante* (de Beurmann, Gastou et Brodier, Letulle et Debré).

Presque constamment apyrétique du début à la fin, elle peut par exception avoir un début brusque,

(1) Nous ne citons que les premiers cas de ces séries.

fébrile, puis évoluer à la façon ordinaire : *forme à début fébrile* (Balzer et Galup). Elle peut encore évoluer sous forme de septicémie fébrile avec phénomènes généraux plus ou moins intenses, avec poussées éruptives successives : *forme fébrile paroxystique* (Brissaud et Rathery).

. . . .

Des recherches nouvelles et systématiques allongeront sans doute encore cette liste. L'expérimentation nous permet de prévoir, comme elle l'a fait si justement pour les os et les synoviales, des localisations articulaires et viscérales associées à des sporotrichoses cutanées, et des sporotrichoses viscérales primitives, aux modalités extrêmement riches. La sporotrichose justifie donc une fois de plus cette loi de pathologie générale : une même cause peut susciter des réactions multiples et diverses.

*
* *

PRONOSTIC

La sporotrichose est une maladie bénigne puisqu'il suffit de la reconnaître pour la guérir en quelques jours ou en quelques semaines par le traitement iodo-ioduré général et local.

La guérison n'est pas toujours complète malgré les apparences et il faut se méfier des *récidives* possibles.

Ces récidives qui aggravent le pronostic ne sont pas rares.

Le plus souvent les gommes réapparaissent parce que le malade a cessé trop tôt le traitement ioduré, il y a réviviscence des gommes anciennes et il peut s'ajouter des lésions nouvelles (I et III); la persistance du parasite à l'état latent dans les gommes hypodermiques cliniquement résorbées explique ces rechutes. Ces retours offensifs ne sont pas graves et sont vite conjurés par l'iodure à hautes doses.

Plus rarement la récidive est due à une repullulation du germe resté saprophyte du bucco-pharynx. Notre cas n° VI en est un exemple : infecté autrefois par le bucco-pharynx, ce malade a eu une sporotrichose disséminée, puis une sporotrichose lymphangitique et le « sporotrichum a persisté dans une logette amygdalienne, constituant un danger permanent, provoquant une angine et une lésion ulcéreuse qui prouvent son activité », disions-nous en 1907. Malgré la guérison des accidents cutanés, le malade a conservé dans son bucco-pharynx et dans son larynx du *sporotrichum Beurmanni*. Ce parasite n'a pas tardé à déterminer une laryngite actuellement intense. Ce malade qui fut d'abord un *porteur de sporotrichum*, devint un sporotrichosique; il guérit, mais il resta un porteur de sporotrichum et il redevient un sporotrichosique. La même récidive est à craindre chez le malade de Brissaud, Gougerot et Gy : en effet, ce malade, guéri depuis deux ans d'une sporotrichose disséminée, est resté porteur de sporotrichum dans son bucco-pharynx et actuellement on constate des signes de laryngite, dont il faut redouter la nature sporotrichosique.

Cette persistance du sporotrichum dans les cavités muqueuses aggrave singulièrement le pronostic, il est des plus difficiles de faire cesser le saprophytisme du sporotrichum sur les muqueuses. Chez notre malade n° VI, qui, il est vrai, était intolérant à l'iodure et indocile, les traitements général et local n'ont pu faire cesser ce saprophytisme. Le malade a pu ainsi contracter une laryngite sporotrichosique et il reste sous la menace d'un envahissement trachéo-laryngé. Les localisations muqueuses, surtout la laryngite sporotrichosique, ont une exceptionnelle gravité. Le seul cas de mort que l'on puisse imputer au moins en partie à la sporotrichose est précisément celui de cette malade de de Beurmann, Gastou et Brodier qui était atteinte de laryngo-trachéite sporotrichosique.

Il ne faut donc pas être trop optimiste, la sporotrichose est parfois sévère, aussi est-il nécessaire d'imposer aux malades un traitement iodo-ioduré général et local, minutieux et longtemps prolongé. Ce traitement devra être poursuivi au moins un mois après la guérison clinique complète de tous les accidents si l'on veut prévenir toute chance de récidive.

Quelquefois la gravité de la sporotrichose tient au terrain sur lequel elle évolue. Les malades de Nattan-Larier et Lœper, de Vaquez, Laubry et Esmein, sont morts de cirrhose du foie; notre malade n° XI, de tuberculose méningo-encéphalique.

L'apparition de la sporotrichose chez un cachectique est au même titre que le muguet, un indice grave. Lorsqu'elle complique d'autres affections à évolution lente, la sporotrichose peut guérir, mais sa guérison semble particulièrement pénible à obtenir. Le malade de Gaucher et Fouquet qui était diabétique en peut servir d'exemple. L'association de la tuberculose et de la sporotrichose qui semble si fréquente ne paraît pas particulièrement grave, la mycose guérit et la tuberculose n'en est nullement accélérée, parfois même elle s'atténue et il est au moins un cas où les lésions mixtes tuberculeuses et sporotrichosiques guérirent par l'iodure (Spillmann et Gruyer). La seule précaution à prendre est de surveiller attentivement le traitement ioduré pour éviter la congestion des lésions pulmonaires et conjurer l'hémoptysie, il est prudent de tâter la susceptibilité du sujet à l'iodure et de remplacer les iodures alcalins par le sirop iodo-tannique ou les albumines iodées.

Le pronostic de la sporotrichose dans la très grande majorité des cas est donc subordonné entièrement au traitement iodo-ioduré.

*
* *

CONCLUSIONS : IMPORTANCE PRONOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA SPOROTRICHOSE.

Le polymorphisme de la sporotrichose de de Beurmann nous indique qu'il faut penser systématiquement à cette mycose devant toute lésion nodulaire.

L'importance de son diagnostic devra faire rechercher la sporotrichose par tous les moyens. Les particularités cliniques ci-dessus analysées permettront souvent de poser le diagnostic clinique, mais ce diagnostic clinique devra être contrôlé par les pro-

cédés bactériologiques de la culture à froid sur gélose glycose peptonée, réglée par nous en 1906 ou par la sporo-agglutination et la fixation de Widal et Abrami (1). Encore une fois nous insistons sur *la facilité du diagnostic bactériologique*. La culture à froid ne demande ni laboratoire, ni microscope, ni connaissances bactériologiques, puisque l'aspect seul de la culture à l'œil nu est caractéristique sur le milieu de Sabouraud. La sporo-agglutination qui est l'homologue du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde universellement pratiqué, est à la portée des laboratoires les plus rudimentaires.

L'importance du diagnostic de sporotrichose, tant de fois mise en évidence par nous-même dès 1906 et par divers auteurs, mérite d'être soulignée. Ce diagnostic rassure les malades sur leur avenir, il les libère de la crainte de deux maladies graves par leur évolution et leurs complications tardives, la syphilis et la tuberculose : « Avant nos travaux, dit de Beurmann, ces malades étaient pris pour des tuberculeux et des syphilitiques et soumis à des traitements prolongés, souvent nuisibles. La malade de Ravaut et Civatte avait été soignée pendant sept mois comme tuberculeuse, pendant sept mois, on l'avait immobilisée, pensant que la cure de repos était le meilleur moyen de relever l'état général, on avait traité localement ses ulcérations par les caustiques les plus puissants, entre autres par l'acide pyrogallique. Cependant l'état restait stationnaire, de nouvelles lésions apparaissaient, la malade confinée au lit avait de la raideur et de l'atrophie des membres inférieurs, elle désespérait de guérir, et son caractère s'assombrissait. Ravaut, étant amené à voir la malade, pensa à la possibilité de la sporotrichose, il fit la culture, posa le diagnostic, institua le traitement ioduré. La malade guérit en un mois. »

Le malade de Josset-Moure, atteint d'ostéite primitive du tibia, a été opéré quatre fois sans aucun succès. Pendant trois ans, il a traîné d'hôpital en hôpital et en désespoir de cause on lui proposait une amputation. Josset-Moure recherchant systématiquement la sporotrichose, pose le diagnostic et ce malade guérit en un mois par l'iodure, complètement et sans opération.

On pourrait encore donner bien d'autres exemples des bienfaits du diagnostic de sporotrichose. Ce diagnostic permet en effet de guérir rapidement et complètement des malades, alors qu'ils étaient naguère considérés souvent comme incurables, il substitue un traitement simple et efficace à des traitements inutiles et préjudiciables.

Ce traitement est des plus simples; nous n'avons rien à ajouter à ce que nous disions en 1906 dans notre premier mémoire du *traitement ioduré général et local* dont l'efficacité a été confirmée de toutes parts : « Le traitement presque spécifique des sporotrichoses est l'iodure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes par jour, s'il est mal supporté, on peut essayer les autres iodures et les succédanés iodiques. Le traitement devra être continué quelques jours après la guérison clinique des nodosités, afin d'éviter les récidives.. Les nodosités ulcérées ou maladroitement incisées seront pansées à l'eau iodo-iodurée, les abcès trop volumineux et gênants seront ponctionnés et injectés avec une solution iodo-iodurée » (p. 1006). Il faudra en outre combattre par tous les moyens possibles le saprophytisme du parasite sur les muqueuses, car c'est le seul danger de la sporotrichose. On voit que « la sporotrichose n'est pas une curiosité pathologique, mais une maladie que dans l'intérêt du malade, le praticien ne doit plus ignorer ».

(1) Voir à ce sujet : Gougerot, Diagnostic bactériologique de la sporotrichose de de Beurmann, *Lavori e Riviste di Chimica e Microscopia clinica*, 1909. Nous y décrivons dans tous leurs détails les techniques des cultures, de la sporo-agglutination, de la fixation et les procédés personnels que nous employons depuis 1906, l'artifice de la coulée de pus sur le verre sec, la méthode des lames sèches en tubes de bouillon, la technique de la lame implantée dans la gélose, procédés qui permettent la diagnose botanique sans préparation et le diagnostic rapide par la culture, parfois dès le deuxième ou le troisième jour.

BIBLIOGRAPHIE

(Les indications relatives à la sporotrichose de Schenk et à la sporotrichose de Dor, ont été données au début de cette Revue.) [1]

De Beurmann et Ramond. Abcès sous-cutanés multiples d'origine mycosique (cas princeps), *Ann. de dermat.*, 1903, p. 678. — Matruchot et Ramond. Un type nouveau de champignon pathogène chez l'homme, *Bull. de la Soc. de biol.*, 4 nov. 1905, t. LIX, p. 379. — De Beurmann et H. Gougerot. Les sporotrichoses hypodermiques. *Ann. de dermat. et de syphil.* (premier mémoire), oct., nov., déc. 1906, p. 837, 914, 993, 48 pages et 7 dessins (malades n^os I, II et III); — Sporotrichoses : Présentation de cultures, pièces humaines et expérimentales. (Tous les documents ayant servi à établir notre premier mémoire.) *Bull. de la Soc. de dermat.*, 3 janv. 1907, p. 22.

Danlos, Deroye et Gougerot. Sporotrichose, présentation de malade (complément à l'observation de notre malade III, premiers exemples de gros abcès et de lymphangite secondaire), *Bull. de la Soc. de dermat.*, 3 janv. 1907, p. 19. — De Beurmann et Gougerot. Sporotrichoses dermiques, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 3 janv. 1907, p. 26 (malade III, premier exemple de sporotrichose dermique). — H. Gougerot. Mycoses sous-cutanées : nodules et abcès hypodermiques, *Tribune méd.*, n°s 4 et 5, 26 janv. et 2 fév. 1907; — Diagnostic de la syphilis et des sporotrichoses sous-cutanées et cutanées, *Ann. des maladies vénériennes*, 1er mars 1907, p. 161, 27 pages, 4 dessins. — De Beurmann et Gougerot. Note sur un nouveau cas de sporotrichose hypodermique (malade n° IV, premier exemple de forme tuberculoïde ulcéreuse), *Bull. de la Soc. de dermat.*, 7 mars 1907, p. 84. — Gastou (discussion de notre quatrième observation, confirmation de notre procédé de culture à froid sur gélose de Sabouraud pour le diagnostic de la sporotrichose), *Bull. de la Soc. de dermat.*, 7 mars 1907, p. 86. — Lesné et Monier-Vinard. Abcès sous-cutanés chroniques et multiples dus à un champignon filamenteux. Sporotrichose sous-cutanée, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 15 mars 1907, n° 10, p. 268. Malade n° V *annoncé en 1906 à la Société anatomique sans que l'individualisation fût faite sous le nom de* : Abcès chroniques et multiples dus à un parasite de l'ordre des champignons, *Bull. de la Soc. anat.*, mai 1906, p. 422. — De

(1) N'ayant aucun intérêt à tronquer la bibliographie, nous avons essayé de la donner complète. Si malgré nos efforts, un travail *original* important nous avait échappé, nous prions qu'on nous le signale pour que rectification soit faite de son omission involontaire.

Beurmann et Gougerot. Les sporotrichoses sous-cutanées (à propos de la communication de Lesné et Monier-Vinard), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 22 mars 1907, p. 302. — Gaucher. La sporotrichose (leçon clinique), *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 67, p. 795. — De Beurmann et Gougerot. Sixième cas de sporotrichose sous-cutanée et cutanée, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 8 avril 1907, p. 126 (résumée), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 12 avril 1907, p. 309, n° 12 (complète). Premier exemple de sporotrichose gommeuse ulcéreuse syphiloïde ecthymatiforme. — Alexandre Renault. Discussion de notre sixième cas, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 12 avril 1907, p. 312 (importance pratique du diagnostic de sporotrichose). — Gaucher et Monier-Vinard. Sporotrichose cutanée hypodermique, dermique et épidermique (malade VII), *Bull. de la Soc. de dermat.*, 8 avril 1907, p. 122, et *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1907, p. 357, sous le titre nouveau de : « Sporotrichose cutanée (formes hypodermique, dermique et épidermique) chez un bacillaire. Présence du sporotrichum dans les cultures de l'expectoration. » (Cet homme est un ancien malade de Danlos et Gastou. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, p. 379). Premier exemple d'épidermite trichophytoïde. — Gastou. Note sur les rapports entre les mycoses pulmonaires et cutanées à propos d'un cas de sporotrichose, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 8 avril 1907, p. 123. — De Beurmann et Gougerot. Complément à notre quatrième observation de sporotrichose sous-cutanée (présentation du sein enlevé chirurgicalement : association de sporotrichose mammaire gommeuse et d'un petit squirre), *Bull. de la Soc. de dermat.*, 8 avril 1907, p. 126. Premier exemple de sporotrichose mammaire. — Monier-Vinard. Deux observations de sporotrichose, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 avril 1907, p. 353, malades n°s VII et VIII. (Le malade n° VII, obs. II de ce travail, avait été présenté à la Société de dermatologie par Gaucher et Monier-Vinard.) — De Beurmann et Gougerot. Sporotrichose: Lymphangite noueuse sporotrichosique ascendante (complément à l'observation n° VI), *Bull. de la Soc. de dermat.*, 2 mai 1907, p. 243. — R. Duval et Fage. Un nouveau cas de sporotrichose gommeuse cutanée et sous-cutanée, avec ulcérations spontanées, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 3 mai 1907, n° 15, p. 380, malade n° IX. — Ch. Laubry et Ch. Esmein. Un cas de sporotrichose sous-cutanée et cutanée, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 3 mai 1907, n° 15, p. 387 (malade n° X, première autopsie). — Peltier. *Sporotrichose gommeuse disséminée. Maladie de de Beurmann*, Th. de Paris, mai 1907. — Revue et mementos de médecine. Médecine pratique : *Maladies nouvelles* : La sporotrichose ou maladie de de Beurmann et Gougerot, *Journ. des prat.*, 11 mai 1907, n° 19, p. 299. — De Beurmann et H. Gougerot. Sporotrichoses des muqueuses sporotrichosides : muqueuses ulcéreuses et saprophytisme du sporotrichum Beurmanni sur les muqueuses, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 7 juin 1907, p. 585 (1 dessin), malade n° VI, premier exemple de sporotrichosides muqueuses; — Associations morbides dans les sporotrichoses. Onzième observation de sporotrichose : syphilis, tuberculose et sporotrichose, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 7 juin 1907, p. 591 (malade n° XI, premier exemple de gomme unique, sans doute musculaire); — Douzième observation de sporotrichose due au sporotrichum Beurmanni. Chancre sporotrichosique frontal et sporotrichose lymphangitique centripète primitive et localisée, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 7 juin 1907, p. 596 (5 figures), (malade n° XII, premier exemple de chancre sporotrichosique et de sporotrichose verruqueuse, de lymphangite primitive faciale, d'épidermite acnéiforme, etc.). — Démoulin. Cultures de *sporothrix* provenant des lésions du bras et de l'avant-bras (présentation de pièce), *Bull. de la Soc. de chir.*, 3 juillet 1907, n° 25, p. 791 (sans indication clinique). — Monier-Vinard. Formes cliniques et diagnostic de la sporotrichose, *Presse méd.*, 6 juillet 1907, n° 54, p. 426. — De Beurmann et Gougerot. Treizième cas de sporotrichose. Sporotrichose localisée du bras. Lymphangite gommeuse ascendante, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 juillet 1907, n° 27, p. 950, 2 figures (malade n° XIII); — Sporotrichoses, *Presse méd.*, n° 61, 31 juillet 1907 (4 figures). — Lesné et Monier-Vinard. Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la sporotrichose, *Revue de méd.*, n°s 8 et 9, 10 août et 10 sept. 1907, p. 755 et 905 (malade n° V). — Demoulin et Duval. Nouveau cas de sporotrichose, *Gaz. des hôpit.*, 13 août 1907, n° 92, p. 1098 (malade n° XIV). — De Beurmann et H. Gougerot. Sporotrichoses tuberculoïdes, *Ann. de dermat. et de syphil.* (deuxième mémoire), août, sept., oct., nov. 1907, p. 497, 603, 655; 103 pages, 6 photographies, 19 dessins histologiques, 1 planche en couleur. — De Beurmann, Gougerot et Vaucher. Note sur les sporotrichoses généralisées expérimentales (présentation de pièces), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 11 oct. 1907 (séance de rentrée), n° 28, p. 1000 (premier exemple de sporotrichoses expérimentales nodulaires généralisées); — Note sur l'histologie des follicules sporotrichosiques expérimentaux, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, n° 28, 11 oct. 1907, p. 1009. — De Beurmann et H. Gougerot. Sporotrichose (réponse à la note de MM. Lesné et Monier-Vinard), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 25 oct. 1907, p. 1044; — Sporotrichose. Importance pratique et facilité de diagnostic de cette maladie, *Congrès de méd.*, Paris 14-16 oct. 1907, p. 294, et *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (*Journ. des prat.*), 10 nov. 1907; — Etiologie et pathogénie de la sporotrichose (troisième mémoire), *Congrès de méd.*, Paris 14-16 oct. 1907, p. 296, in *Tribune méd.*, 2 nov. 1907, p. 693, 3 figures. — De Beurmann, Gougerot et Vaucher. Sporotrichoses expérimentales, *Congrès de méd.*, Paris 14-16 oct. 1907, p. 301. — Ravaut et Civatte. Ulcères et gommes sporotrichosiques, *Congrès de méd.*, Paris 14-16 oct. 1907, p. 306 (malade n° XV). — Brissaud et Rathery. Un cas de sporotrichose intra-musculaire, *Congrès de méd.*, Paris oct. 1907, p. 315, malade n° XVI (premier exemple de sporotrichose fébrile aiguë et de sporotrichose musculaire). — De Beurmann et Gougerot. Identification au *sporotrichum Beurmanni* des parasites des observations de Brissaud et Rathery, de Nattan-Larrier et Lœper, *Congrès de méd.*, Paris, oct. 1907, p. 319 (le malade de Nattan-Larrier et Lœper s'intercalle donc avec le n° XVII). — L'observation de ce malade n° XVII avait été publiée sous le titre : Nattan-Larrer et Lœper. Un cas de mycose hypodermique généralisée (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : professeur Dieulafoy*), *Clinique et Laboratoire*, 1906, p. 297. — Gastou. Sporotrichose et tuberculose pulmonaire. Les mycoses dans leurs rapports avec la tuberculose : prédisposition, association, immunisation, *Congrès de méd.*, Paris, 14-16 oct. 1907, p. 320 (simple suspicion clinique appuyée sur les coïncidences) ; — Critique et réponse de de Beurmann et Gougerot. *Ibid.*, p. 320. — Dominici et Duval. Sporotrichose de l'index; lymphangite sporotrichosique consécutive, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 25 oct. 1907, n° 30, p. 1055 (malade n° XVIII). — De Beurmann, Brodier et Gastou. Sporotrichose gommeuse disséminée avec lésions laryngées, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 25 oct. 1907, n° 30, p. 1060 (malade n° XIX). — De Beurmann et H. Gougerot. Saprophytisme du *Sporotrichum Beurmanni* dans le bucco-pharynx et dans le larynx, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 25 oct. 1907, n° 30, p. 1069 (malade n° VI). — De Beurmann, Gougerot et Vaucher. Gomme sporotrichosique du chat. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 25 oct. 1907, n° 30, p. 1071, 4 photographies. — R. Duval et Monier-Vinard. Contribution à l'étude expérimentale et microbiologique de la sporotrichose, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 25 oct. 1907, n° 30, p. 1074. — A. Lütz et A. Splendore. Sobre una mycose observada em Homens et Ratos (contribuiçao para o contrecimento dos assim chamadas sporotrichoses), *Rivista med. de Saô Paolo*, 1907, *Ann. Ig. sper.*, t. XVII, fasc. 4,

p. 581, et Ueber eine bei Menschen un Ratten beobachte Mycose, *Centralbl. f. Bakt.*, Bd. XLV, 1907, heft. 7, p. 631 (cinq observations humaines, une seule avec culture), n°s XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV. — PEDRO BALINA et MARCO DEL PONT. *Societad dermatologica Argentina*, 16 et 30 oct. 1907, in *Argentina med.*, 11 janv. 1908, n° 2, p. 23-24, et *Festbuch du prof. Wernicke*, malades n°s XXV et XXVI. — GRECO. Sporotrichosis linfangitica nodulare vegetante, *Societad dermatologica Argentina*, 13 nov. 1907, et *Argentina med.*, 6 nov. 1907 (malade n° XXVII). — L.-M. BONNET. Un cas de sporotrichose, *Ann. de dermat. et de syphil.*, nov. 1907, n° 11, p. 680, et *Lyon méd.*, 29 déc. 1907 (malade n° XXVIII). — E. PINOY. Sur quelques modes de l'inoculation expérimentale, *Bull. de la Soc. de biol.*, 7 déc. 1907, p. 613. — DANLOS et BLANC. Un cas de sporotrichose palpébrale, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 déc. 1907, n° 36, p. 1450 (malade n° XXIX, premier exemple de sporotrichose palpébrale). — DE MASSARY, DOURY et MONIER-VINARD. Gomme sporotrichosique du triceps brachial. Ostéite astragalienne et ramollissement du sommet d'un poumon de nature indéterminée, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 20 déc. 1907 (malade n° XXX).

DE BEURMANN et GOUGEROT. Sporotrichosis : Ulcus primitivums porotrichoticum (Sporotrichosis verrucosa) cum lymphangitide gummata nodosa. Sporotrichosis gummata disseminata ulcerata, *Iconographia Dermatologica*, fasc. III, 1908, p. 79-90, une planche en couleurs hors texte et deux figures en noir (deux cas de sporotrichose tuberculoïde, IV et XII). — R. DUVAL et MONIER-VINARD. La sporotrichose, *La Clinique*, 7 fév. 1908. — DANLOS. Nouveau cas de sporotrichose (disséminée), *Bull. de la Soc. de dermat.*, 6 fév. 1908, p. 69 (malade n° XXXI). — DE BEURMANN et GOUGEROT. Coloration du *sporotrichum Beurmanni* dans les tissus, *Bull. de la Soc. de biol.*, 15 fév. 1908, p. 255. — M. LETULLE et R. DEBRÉ. Sporotrichose de la peau, de la bouche, du pharynx, du larynx et de la trachée (observation complémentaire et autopsie de la malade, n° XIX de de Beurmann, Gastou et Brodier), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 28 fév. 1908, n° 10, p. 379; *Presse méd.*, 18 mars 1908, n° 23, p. 182; *Soc. anat.*, mars 1908, et in COLLINET. *Soc. de laryngol.*, 1908. — GAUCHER et LOUSTE. Sporotrichose sous-cutanée, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 5 mars 1908, p. 110, malade n° XXXII. — BALZER et GALUP. Trois nouveaux cas de sporotrichose en gommes disséminées, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 27 avril 1908, p. 145, malades n°s XXXIII, XXXIV, XXXV. — GAUCHER, FOUQUET et GIROUX. Un cas de sporotrichose gommeuse syphiloïde de l'avant-bras droit, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 7 mai 1908, p. 186, malade n° XXXVI. — MILIAN. Diagnostic clinique des gommes, *Progrès méd.*, 16 mai 1908 (l'auteur cite à ce propos deux cas nouveaux, XXXVII, XXXVIII). — DE BEURMANN, GOUGEROT et VAUCHER. Sporotrichose du rat (4e mémoire), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 22 mai 1908, p. 718, n° 18 (16 p. et 2 fig.); — La sporotrichose expérimentale du rat. Etude histologique de quelques localisations, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 29 mai 1908, n° 20, p. 800 (37 p. et 7 fig.); — Orchite sporotrichosique du rat (épreuve diagnostique), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 29 mai 1908, in n° 20, p. 837. — DE BEURMANN et H. GOUGEROT. Sporotrichoses américaines, diffusion de Sporotrichum Beurmanni, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 22 mai 1908, p. 1. — A. FAGE. Sur un cas de sporotrichose, *Progrès méd.*, 23 mai 1908, n° 21, p. 248, malade n° XXXIX. — CARAVEN et H. GOUGEROT. Sporotrichose spontanée du chien. Gommes hypodermiques, péritonite granuleuse et gommes hépatiques, *Presse méd.*, 27 mai 1908, n° 43, p. 337, 2 figures et 3 dessins histologiques. — BALZER et FERNET. Sporotrichose en gommes sous-cutanées (disséminées), *Bull. de la Soc. de dermat.*, 4 juin 1908, p. 204, malade n° XL. — DRUELLE et CHADZINSKI. Un cas de sporotrichose à types multiples avec localisation périostée (?), *Bull. de la Soc. de dermat.*, 4 juin 1908, p. 213, malade n° XLI. — SICARD, BITH et GOUGEROT. Sporotrichose osseuse du tibia (présentation de malade), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 5 juin 1908, n° 20, p. 877, malade n° XLII (premier cas de sporotrichose osseuse démontrée bactériologiquement). — A. FAGE. Gomme sporotrichosique périostée avec périostose du tibia (service de Brocq), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 5 juin 1908, n° 20, p. 879, malade n° XLIII (premier cas de sporotrichose osseuse primitive démontrée bactériologiquement). — HUDELO, MONIER-VINARD, BRAUN et MERLE. Deux cas de sporotrichose : localisations hypodermiques intra-musculaires et probablement synoviales, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 12 juin 1908, n° 21, p. 914, malades n°s XLIV et XLV (premier cas de synovite). — F. WIDAL et André WEILL. Sporotrichose gommeuse disséminée à noyaux très confluents. Gommes dermiques pour la plupart ; gommes hypodermiques et intra-musculaires, gomme sous-périostée tibiale. Présence du parasite dans le sang, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 19 juin 1908, n° 22, p. 944, malade n° XLVI. — F. WIDAL et ABRAMI. Séro-diagnostic de la sporotrichose par la sporo-agglutination. La coagglutination mycosique et son application au diagnostic de l'actinomycose. La réaction de fixation, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 19 juin 1908, n° 22, p. 947 et *Tribune méd.*, 25 juillet 1908, n° 30, p. 455. — V. MORAX et Ph. CARLOTTI. La sporotrichose palpébrale, *Ann. d'oculist.*, juin 1908, p. 418 à 439, 3 figures, malade n° LXVII, présenté à la *Soc. d'ophtalm.* de Paris le 2 juin 1908. — SICARD et DESCOMPS. Sporotrichose à type gommeux symétrique. Sporo-agglutination positive, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 juin 1908, n° 23, p. 1021, malade n° XLVIII. Discussion : WIDAL, p. 1022. — L. BRODIER et FAGE. Sporotrichose nodulaire disséminée à forme fébrile ; sporo-agglutination positive, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 3 juillet 1908, p. 2, n° 24, malade n° XLIX. — WIDAL. Agglutination et fixation sporotrichosique, coagglutinations et cofixations, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 3 juillet, n° 24, p. 7. — MILHIT (note lue par M. Caussade). Opsonines et sporotrichose, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 3 juillet 1908, n° 24, p. 5. — DE BEURMANN, GOUGEROT et VAUCHER. Sporotrichose expérimentale généralisée du chien (présentation de pièces), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 3 juillet 1908, n° 24, p. 9 (2 fig.). — DE BEURMANN, RAMOND, GOUGEROT et VAUCHER. Diagnostic rétrospectif de la sporotrichose par la sporo-agglutination, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 10 juillet 1908, n° 25, p. 75. — DE BEURMANN et GOUGEROT. Diagnostic rétrospectif de sporotrichose par la culture du sporotrichum, reste saphrophyte dans le bucco-pharynx, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 10 juillet 1908, n° 25, p. 77. — SICARD et GOUGEROT. Essai de cuti-réaction. Agglutinine et précipitine sporotrichosiques. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 10 juillet 1908, n° 25, p. 76; — Inoculation accidentelle de sporotrichum à un sporotrichosique convalescent soumis au traitement ioduré intensif : absence de pouvoir auto-immunisant du sérum, absence de pouvoir préventif de l'iodure, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 10 juillet, n° 25, p. 77. — DE BEURMANN, GOUGEROT et VAUCHER. Sporotrichose expérimentale du lapin. Caverne pulmonaire, gomme rénale. Sporotrichome hypertrophique du cæcum. Sporotrichose verruqueuse cutanée, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 10 juillet 1908, n° 25, p. 61 (1 fig.). — PUJOL. *Contribution à l'étude de la sporotrichose (sporotrichose de l'hypoderme)*, Th. de Paris, 24 juillet 1908. — ACHARD et RAMOND. Sporotrichose en nodules disséminés, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 31 juillet 1908, n° 28, p. 234, malade n° L. — WIDAL. Repullulation de gomme en plein traitement iodo-ioduré, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 31 juillet, n° 28, p. 236; — Sporo-agglutination et fixation. Coagglutinations et cofixations, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 31 juillet 1908, n° 28, p. 237. — MILIAN. Guérison d'un cas de sporotrichose par injection sous-cutanée tous les deux jours, pendant trois semaines, de deux centigrammes d'arséniate de soude, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 31 juillet 1908, n° 28, p. 238; — Réaction générale et locale à la tuberculine sous-cutanée chez un sporotri-

chosique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 31 juillet 1908. n° 28, p. 238. — GRECO. Biologia del Sporotrichum Schenkii-Beurmanni. Etiologia y Patogenia de la Esporotricosis, *Argentina med.*, 8 agosto de 1908. — DE BEURMANN, GOUGEROT et VAUCHER. Epididymite, orchite, vaginalite sporotrichosiques (contribution à l'étude des sporotrichoses internes), *Ann. de dermat.*, août-sept. 1908, p. 466 (4 fig.). — L. SPILLMANN et GRUYER. Deux cas de sporotrichose, *Ann. de dermat.*, oct 1908, n° 10, p. 576, malades n°s LI, LII. — GAUCHER et FOUQUET. Sporotrichose à forme de Kérion (à la fin d'une sporotrichose gommeuse disséminée), *Bull. de la Soc. de dermat.*, 5 nov. 1908, p. 278; complété par « note additionnelle sur un cas de kérion sporotrichosique », *Bull. de la Soc. de dermat.*, 3 déc. 1908, n° 9, p. 306, malade n° LIII. — GAUCHER, LOUSTE, ABRAMI et GIROUX. Sporotrichose cutanée (gommeuse disséminée), *Bull. de la Soc. de dermat.*, 5 nov. 1908, p. 283, malade n° LIV. — BONNET. Sporotrichose dermique et hypodermique, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 17 nov. 1908, in *Lyon méd.*, 29 nov. 1908, malade n° LV. — BRISSAUD, GOUGEROT et GY. Diagnostic rétrospectif de sporotrichose fait par la clinique, contrôlé par la sporo-agglutination et la fixation, affirmé par la culture du sporotrichum Beurmanni, resté saprophyte dans le bucco-pharynx (présentation de malade), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 20 nov. 1908, n° 35, p. 613, malade n° LVI, et in *Tribune méd.*, 1908, n° 49, p. 757. — CHARBONNEAU. *Les différentes formes de sporotrichose et leur diagnostic avec la syphilis et la tuberculose*, Th. de Paris, 25 nov. 1908. — WIDAL et JOLTRAIN. Sporotrichose chez deux membres d'une même famille. Diagnostic immédiat chez l'un et rétrospectif chez l'autre par la sporo-agglutination et la réaction de fixation, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 27 nov. 1908, n° 36, p. 647, malades n°s LVII, LVIII. — DE BEURMANN et GOUGEROT. Découverte du sporotrichum Beurmanni dans la nature (présentation de pièces), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 4 déc. 1908, n° 37, p. 733 (1 fig.). — JOSSET-MOURE. Sporotrichose du tibia ayant simulé une ostéomyélite chronique et nécessité quatre interventions chirurgicales. Diagnostic par la sporo-agglutination et la réaction de fixation, guérison. *Bull. de la Soc. des hôpit.*, 4 déc. 1908, n° 37, p. 738 (1 fig. et une radiographie), malade n° LIX. — DE BEURMANN et GOUGEROT. Note sur l'action de l'iodure de potassium dans la sporotrichose, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 3 déc. 1908, n° 9, p. 307. — DE BEURMANN, GOUGEROT et VAUCHER. Hérédo-sporotrichose expérimentale, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 déc. 1908, n° 39, p. 876. — Parmi les résumés didactiques citons : l'excellent *Précis de dermat.* de DARIER, 1909, p. 586.

JOSSET-MOURE. Adénite sporotrichosique, *Soc. méd. des hôpit.*, 29 janv. 1909, n° LX. — A. BLANCHETIÈRE et GOUGEROT. Actions chimiques produites par le sporotrichum Beurmanni, *Bull. de la Soc. de biol.*, séance du 30 janv. 1909, n° 5 du 6 fév. 1909, p. 202. — GOUGEROT. Abcès froids cocciens (recherches de contrôle des sporotrichoses), in travail intitulé : SICARD, GOUGEROT et GY. Phlegmon ligneux, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 5 fév. 1909, n° 5, p. 195. — BRISSAUD (Et.), JOLTRAIN et WEILL. Eosinophilie sanguine et locale dans les sporotrichoses humaines et expérimentales, *Bull. de la Soc. de biol.*, 20 fév. 1909, n° 7, p. 305. — DE BEURMANN, GOUGEROT et VAUCHER. Sporotrichose expérimentale du chat, *Bull. de la Soc. de biol.*, séance du 20 fév. 1909, in n° 8, p. 338; — Sporotrichoses cutanées du chat, *Bull. de la Soc. de biol.*, 20 fév. 1909, n° 9, p. 370. — HARTER et GRUYER. Formes actinomycosiques dans la sporotrichose expérimentale, *Bull. de la Soc. de biol. de Nancy*, 16 fév. 1909, n° 9, p. 399. — DE BEURMANN et GOUGEROT. Comparaison des sporotrichoses et des infections cocciennes. Sporotrichoses aiguës et subaiguës disséminées. Sporotrichose à évolution phlegmasique, *Ann. de dermat. et de syphil.*, fév. 1909, n° 2, p. 81 (5e mém., 3 fig.). — THIBIERGE et GASTINEL. Trois cas de sporotrichose dermohypodermique, dont un avec lésions du pharynx et du tibia, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit*, 19 mars 1909, n° 11, p. 537, n°s LXI, LXII, LXIII. — DE BEURMANN, GOUGEROT et VAUCHER. Sporotrichoses expérimentales, sporotrichoses torpides chroniques, sporotrichoses curables. *Soc. de biol.*, avril 1909; — Sporotrichoses osseuses et ostéo-articulaires, *Revue de chir.*, 10 avril 1909, p. 66; — Sporotrichose et tuberculose associées, *Soc. méd. des hôpit.*, 1909. — MORAX et Attilio FAVA. Sporotrichose conjonctivale, *Soc. d'ophtal.*, 6 avril 1909. — — GOUGEROT et VAUCHER. Pseudo-tuberculose par corps étrangers, *Journ. de méd. int.*, 1909, 2 fig. (recherche de contrôle). — DE BEURMANN, GOUGEROT et VAUCHER. Sporotrichose d'origine alimentaire. Porte d'entrée bucco-pharyngée et gastro-intestinale du sporotrichum Beurmanni, *Soc. méd. des hôpit.*, 1909. — GOUGEROT. Liquéfaction de la gélatine par les champignons. (Le sporotrichum Beurmanni liquéfie la gélatine glycosée peptonée. *Journ. de méd. int.*, 1909). — DE BEURMANN, GOUGEROT et LAROCHE. Sporotrichose faciale dermique et ganglionnaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 1909. — H. GOUGEROT. Diagnostic bactériologique de la sporotrichose de de Beurmann, *Lavori e Riviste di Chimica e Microscopia clinica*, 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1909)

De l'emploi de l'anesthésie locale par la cocaïne dans le traitement des fractures et des luxations. — M. QUÉNU emploie depuis longtemps la cocaïne dans la réduction des fractures. Depuis quelque temps il y a eu recours également pour la réduction des luxations. Depuis octobre dernier, il a employé sept fois la cocaïne pour réduire des luxations; ces sept cas se divisent ainsi : deux cas de luxations du coude en arrière, deux cas de luxations du pouce, deux cas de luxations de l'épaule, un cas de luxation de la hanche.

La première observation de luxation du coude en arrière a trait à un homme de quarante ans. On lui fit au-dessus de l'olécrâne une injection de 3 centigrammes de cocaïne. La réduction fut facile et non douloureuse.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme très robuste; une injection de 3 centigrammes de cocaïne permit de réduire très facilement une luxation du coude en arrière.

M. Duval réduisit très facilement une luxation complète du pouce chez un garçon de quatorze ans, après une injection sous-cutanée de 3 centimètres cubes de cocaïne.

Un interne de M. Schwartz a réduit de même une luxation dorsale du pouce très facilement après une injection de cocaïne.

Une luxation intracaracoïdienne, datant de deux jours, a aussi été réduite très facilement à l'aide de la cocaïnisation locale (6 centimètres cubes d'une solution à 1 p. 100). La malade ne ressentit aucune douleur.

Même facilité et même bon résultat dans un autre cas de luxation de l'épaule.

Enfin, dans le dernier cas, il s'agissait d'un homme de vingt-quatre ans, terrassier, très vigoureux, qui était atteint d'une luxation traumatique de la hanche. M. Quénu eut recours à une aiguille très longue et injecta 6 centimètres cubes de novococaïne à 1/2 p. 100. Avec l'assistance de M. Demoulin, l'injection fut faite dans la cavité cotyloïde. On plaça la cuisse angle droit sur le bassin; on tira modérément et la réduction fut faite très aisément.

M. Quénu passe en revue ces différents faits et fait observer que dans tous ces cas, la réduction de ces luxations fut

rendue très facile et non douloureuse par l'injection préalable de la cocaïne.

Voici la technique suivie par M. Quénu : il pratique une injection dans la cavité articulaire et deux ou trois autres à la périphérie. En général, il n'a pas dépassé 3 centigrammes; mais il estime qu'on pourrait, sans dangers, aller jusqu'à 6 centigrammes.

M. Quénu ajoute que, surtout quand il s'agit d'injections intra-articulaires, il faut recourir à une antisepsie très rigoureuse et à une stérilisation parfaite.

M. Guinard apporte des faits qui viennent confirmer l'opinion soutenue par M. Quénu. Il a eu recours plusieurs fois à la cocaïne locale pour des luxations de l'épaule, des fractures de Dupuytren, etc.; toutefois, il émet quelques réserves au point de vue de la difficulté d'une parfaite asepsie de la peau dans certains cas et qui pourrait faire que l'injection ne soit pas sans danger.

La tuberculose inflammatoire. — Nous revenons à la discussion soulevée par M. Poncet. On lui a demandé des faits, il en apporte. MM. Legueu et Nélaton en apportent aussi qui plaident plutôt en faveur de la thèse soutenue par notre éminent collègue de Lyon.

M. Poncet communique une observation adressée par M. le docteur Bertrand, médecin général de la marine. Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, comptant vingt ans de service, ayant eu une pleurésie en 1899, un mal de Pott avec abcès par congestion et albuminurie en 1903, et qui fut pris ultérieurement d'une gêne dans les muscles extenseurs de l'annulaire. Survint ensuite une épididymite avec abcès. Du côté de l'aponévrose palmaire on sent un tendon induré. Cet homme présente tous les signes classiques de la rétraction de l'aponévrose palmaire. C'est là un tuberculeux avéré, ancien, qui, parmi les divers accidents d'origine tuberculeuse qu'il a présentés, s'est trouvé atteint d'une rétraction douloureuse de l'aponévrose palmaire. M. Poncet rappelle avoir cité des faits de cet ordre. Il pense que, dans le cas de M. Bertrand, personne ne pourra nier que la tuberculose soit pour quelque chose dans l'origine de cette rétraction de l'aponévrose palmaire.

M. Legueu rapporte l'observation d'un garçon de dix-sept ans qui présenta deux pieds plats vulgaires, classiques. Tous les traitements employés restèrent sans résultat, si bien que M. Legueu dut recourir à une opération d'ankylose.

On a examiné attentivement les os réséqués, on a fait des inoculations. Sur sept inoculations, une a été positive. Les coupes, au premier abord, n'ont rien présenté de particulier, puis on a fait des coupes nouvelles et des surcoupes et on a fini par trouver des lésions très discrètes de tuberculose.

Ce fait va-t-il être réclamé par M. Poncet en faveur de sa thèse et par M. Kirmisson en faveur du pied-plat vulgaire?

M. Poncet n'hésite pas à prendre pour lui le fait de M. Legueu. Ce fait est, en effet, à ses yeux aussi typique qu'on puisse le désirer. Il s'agit d'une ostéo-arthrite de nature infectieuse et l'infection, ici, c'est la tuberculose. Ce fait se rapproche de ceux qu'a déjà cités M. Poncet. M. Dor, son chef de clinique, en a publié d'analogues.

M. Quénu admet qu'il y a une grande part de vérité dans la théorie soutenue par M. Poncet. Mais il s'étonne de le voir adopter si vite le cas de M. Legueu, après avoir déclaré, comme il l'a fait, la faillite de l'histologie et de la bactériologie. Or les preuves invoquées par M. Legueu pour faire de son malade un tuberculeux ne sont précisément que des preuves d'ordre bactériologique et histologique.

M. Tuffier rappelle qu'il y a un pied plat tuberculeux que nous connaissons tous. Le fait de M. Legueu est de ceux-là. Ces malades présentent d'ailleurs des symptômes particuliers, persistance de la contracture, quoi qu'on fasse, etc. Mais de là à déclarer que tous les pieds plats sont tuberculeux, il y a un large fossé à franchir.

M. Nélaton rapporte le fait d'un jeune homme qu'il avait opéré d'ostéomyélite en 1891 et qui avait bien guéri. Il revint à l'hôpital avec un rhumatisme articulaire aigu généralisé. Le salicylate de soude resta sans résultat. Puis ce malade fut pris brusquement de méningite et succomba. On avait fait la ponction lombaire et le liquide céphalo-rachidien fut inoculé à des cobayes. L'inoculation fut positive. Il s'agissait donc bien d'une méningite tuberculeuse et le rhumatisme était bien le rhumatisme tuberculeux.

La discussion se poursuit sur le même sujet entre MM. Poncet, Bazy, Tuffier, Quénu et Broca.

Suivent des présentations qui se font toujours au milieu du même bruit.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 MAI 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delbet, Gosset et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Hartmann, Proust et Ombrédanne; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 4 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray; — (2e série) : MM. Quénu, Morestin et Lenormant; — (2e partie) : MM. Chauffard, Gouget et Jeanselme; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 5 mai, à une heure. — 3e (oral, 1er partie, 1re série) : MM. Nicolas, Wallich et Gosset; — (2e série) : MM. Delbet, Potocky et Rieffel; — (3e série) : MM. Hartmann, Branca et Couvelaire; — (2e partie, 1re série) : MM. Blanchard, Pierre Marie et Legry; — (2e série) : MM. Brissaud, Widal et Sicard; — (3e série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Macaigne et Zimmern; — M. Mulon, suppléant.

Jeudi 6 mai, à une heure. — 2e : MM. Prenant, Gley et Nicloux,

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Bar, Thiéry et Lenormant; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Auvray et Morestin; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Jeanselme; — (2e série) : MM. Raymond, Fernand Bezançon et Claude; — (3e série) : MM. Chauffard, Castaigne et Brumpt.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Thoinot et Richaud; — (2e série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. Launois, suppléant.

Vendredi 7 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delbet, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Hartmann, Pierre Duval et Ombrédanne; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 8 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Renon et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Gouget et Fernand Bezançon.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau; — M. Launois, suppléant.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 27 mars 1909.) DE VRIESE : Recherches sur l'anatomie comparée de la rotule. — DESGUIN : Fièvre typhoïde et pneumococcose. Diagnostic rapide et pratique. — VAN DER STRICHT : Le neuro-épithélium olfactif et sa membrane limitante interne.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Avril 1909.) Juan PESET : Microchimie des iodo-mercurates alcaloïdiques. Applications à la recherche chimico-légale des alcaloïdes. — THOINOT : L'évolution de la prophylaxie sanitaire maritime en France. — HALBERSTADT : L'intervention de l'Etat dans la lutte antialcoolique. — THOINOT : A. Motet.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 3, mars 1909.) H. LUC : Complications craniennes et intra-craniennes des antrites frontales suppurées. — J. FEIN : « Ablation des végétations adénoïdes. Nouvelle instrumentation. Nouvelle technique ». Droit de priorité.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 259, 10 avril 1909.) G. FLEIG et Michel FRENKEL : La filtration des rayons X dans la radiothérapie profonde. — LASSUEUR : Le traitement du lupus érythémateux par les rayons X. — DRAULT-BÉCLÈRE : Appareil de Drault pour l'utilisation des deux phases du courant alternatif dans la production des rayons de Röntgen. — J. BELOT : La radiographie rapide avec le nouveau matériel Gaiffe-Rochefort (1909) sur continu et alternatif.

Archives générales de chirurgie. — (N° 3, 25 mars 1909.) Ch. LENORMANT : Les embolies pulmonaires post-opératoires. — SENCERT : Contribution à l'étude du traitement moderne des anévrismes des membres. — SOUBEYRAN : Prostatectomie périnéale par la voie ischio-bulbaire.

Archives de médecine navale. — (N° 4, avril 1909.) CAZAMIAN : De la cure opératoire du varicocèle. — G. VARENNE : L'eau potable à bord du navire de combat. — L. MOREAU : Etude de géographie médicale du golfe Persique. — P. LE NAOUR : Les ions et leur importance dans les sciences biologiques.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 4, 15 avril 1909.) R. MORICHAU-BEAUCHANT : Trois observations de laryngites aiguës suffocantes non diphtériques ayant nécessité le tubage. — D. GAUDEAU : De l'emploi de la morphine en thérapeutique infantile. — P. GUILLAUME-LOUIS : Les tumeurs solides de l'ovaire (*fin*).

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (1er avril 1909.) A. CASTEX et M. BLOCH : Lèpre des voies aériennes supérieures. — GUISEZ : Diagnostic et thérapeutique des spasmes à forme grave de l'œsophage. — Paul VIOLET : Singuliers défauts de prononciation chez un enfant porteur de végétations adénoïdes, guéris par l'intervention. — A. PASQUIER : Obstruction complète et acquise du conduit auditif externe avec otorrhée provoquant des crises d'épilepsie. — A. MAURICE : Méthode de traitement transcutané pour quelques affections du larynx. — Raymond BÉAL : Tumeur polypoïde implantée sur la face interne du repli aryténo-épiglottique gauche et expulsée spontanément dans un effort. — R. JOUET : Documents d'orthophonie. — BLANLUET : De la ponction des sinusites maxillaires par le méat inférieur.

Bulletin médical. — (N° 27, 7 avril 1909.) DUMAREST, ARLOING, GUINARD, RÉNON, KUSS, A. ROBIN et L. MARTIN : Les accidents aigus de la sérothérapie antituberculeuse. — CHAUFFARD : Frémissement hydatique trans-thoracique et perçu par le malade, dans un cas de volumineux kyste hydatique de la convexité du foie. — (N° 28, 10 avril.) P. DELMAS et H. ROGER : Cystite hémorragique à coli-bacille au cours d'une rétro-flexion de l'utérus gravide. — Ch. ACHARD et R. DEMANCHE : Un cas de péritonite à pneumocoques, primitive et enkystée, chez l'adulte. — (N° 29, 14 avril.) SAINTON : Traitement de l'hémiplégie par hémorragie ou ramollissement. — (N° 30, 17 avril.) A.-F. PLICQUE : Les traitements de la maigreur. — (N° 31, 21 avril.) PINARD : A propos d'un fibrome calcifié. — G. KÜSS : Première apparition d'une oculo-réaction positive sous l'influence d'une réaction générale à la tuberculine.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 15, 11 avril 1909.) SABRAZÈS : Coloration au bleu de méthylène à 1/500 des préparations de sang, de pus, des sérosités et d'exsudats sur préparations sèches non fixées. — J. MATIGNON : Les petits signes de l'entéro-colisme (*suite*). — (N° 16, 18 avril.) MATIGNON : Les petits signes de l'entéro-colisme (*fin*). — SÉRÉGÉ : Sur l'existence de constantes anatomo-pathologiques et cliniques affirmant l'indépendance anatomique et fonctionnelle des lobes du foie.

Écho médical du Nord. — (N° 15, 11 avril 1909.) NIKOLOFF : Lésions traumatiques de la voûte du crâne. Conduite à tenir et pronostic. — A. MÉZIE et M. DESRUELLES : De l'emploi du collargol dans le traitement de la tuberculose chronique. — (N° 16, 18 avril.) DELÉARDE et M. BREUCQ : A propos d'une nouvelle indication de la trachéotomie dans le croup diphtérique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 15, 11 avril 1909.) H. VERGER : La genèse des connaissances sur l'immunité artificielle et les principes des méthodes de vaccination. — (N° 16, 18 avril.) G. CHAVANNAZ : Rupture du tendon rotulien avec fracture de la rotule. — J. CARLES : Sur quelques cas de dyspepsies appendiculaires.

Journal des praticiens. — (N° 15, 10 avril 1909.) DEBOVE : Sclérose rétro-péritonéale péricœliaque et syndrome addisonien. — LAVENANT : Traitement de la blennorragie vulvaire chronique. — BORDIER : Traitement moderne du cancer épithélial. — (N° 16, 17 avril.) RECLUS : De l'eau chaude en thérapeutique. — VIRES : Traitement des grands symptômes gastriques.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 14, 3 avril 1909.) G. EUSTACHE : La famille et la puériculture (*fin*). — A. BONNET-LABORDERIE et LUCAS : Nœud du cordon avec mort du fœtus *in utero*. — (N° 15, 10 avril.) H. LŒVRAND : Méningite otitique à marche rapide. Trépanation. — L. VAUTIER : Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. — (N° 16, 17 avril.) J. REDIER : Note sur la non-existence du cordon des follicules dentaires. — R. DESPLATS : Contribution à l'étude du traitement du tic douloureux de la face par l'introduction électrolytique de l'ion salicylique.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 14, 8 avril 1909.) Paul STIÉNON : Cancer latent de l'estomac. Anémie pernicieuse suivie de leucémie. Réaction de Wassermann positive. — E. RENAUX : Le séro-diagnostic de la syphilis. — (N° 15, 15 avril.) MINNE : Endothéliomes endolymphatiques plexiformes primitifs et secondaires de la peau.

Montpellier médical. — (N° 15, 11 avril 1909.) VIRES : Sur le climat de Montpellier.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 48. — MARDI 27 AVRIL 1909. 82e ANNÉE. MARDI 27 AVRIL 1909. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR LA NOMINATION A TROIS PLACES DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 24 avril : MM. Comte et Froin, 16; Rostaine, 18; Rathery, 20.

La prochaine séance aura lieu le mardi 27 avril, à quatre heures et demie, à Lariboisière.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 23 avril : MM. Gasne, Descomps et Lardennois, 12.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 30 avril, à quatre heures trois quarts, à Cochin.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Ménier, ancien professeur de matière médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes est nommé professeur honoraire.

CINQUANTENAIRE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Association générale des médecins de France a célébré dimanche dans la salle des séances de l'Académie de médecine le cinquantième anniversaire de sa fondation.

Aux côtés du président de l'association, M. L. Lereboullet, se trouvaient M. Viviani, ministre du travail, représentant le gouvernement, et M. Gervais, représentant le ministre de l'Instruction publique.

Toutes les sociétés de province affiliées à l'association avaient envoyé des délégués à cette fête, à laquelle un grand nombre de médecins parisiens avaient tenu à assister.

M. Lereboullet a rappelé, dans une allocution très applaudie, les différentes étapes parcourues par l'Association générale des médecins de France qui compte, à l'heure actuelle, près de 10000 médecins français, et a montré comment s'était peu à peu développée cette association destinée à venir en aide aux médecins âgés ou malades n'ayant pas des ressources suffisantes pour vivre, ainsi qu'à leurs veuves et à leurs orphelins. Il a remercié en termes émus les bienfaiteurs qui, par des dons généreux, ont permis de secourir, depuis cinquante ans, toutes les infortunes médicales.

L'association a reçu, rien qu'en dons et legs, plus de deux millions depuis sa fondation. Son dernier bienfaiteur, le docteur Gille, médecin de l'hospice Brézin, à Garches, lui a légué près de 500 000 francs. Elle a en outre en réserve cinq millions provenant des cotisations dont le taux est cependant minime, ce qui ne l'a pas empêchée de distribuer plus de trois millions en pensions et secours.

M. Lereboullet définit le rôle du médecin dans la société actuelle. Il expose qu'un même esprit de dignité et de confraternité anime tous les membres de cette association, dont les uns assurent par leur générosité les ressources de l'œuvre, et dont les autres, frappés par le malheur, reçoivent sans que leur délicatesse ait à en souffrir, puisque personne ne connaît leurs noms, des pensions ou des secours destinés à les protéger contre les risques professionnels.

Après M. Lereboullet, M. Lepage, secrétaire général de l'association, expose la situation morale et financière de l'œuvre.

Enfin, M. Viviani a fait un éloge applaudi de l'Association générale des médecins de France, et apporte à cette grande association de bienfaisance et de défense professionnelle les félicitations et les encouragements du gouvernement de la République.

Plusieurs distinctions et récompenses ont été ensuite distribuées.

Ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Broussin, de Versailles; Gravery, chirurgien de l'hôpital de Meaux; Halsey, de Toulouse; Louis Hirigoyen, de Bordeaux; Woimant, de Soissons; Guillaume, de Chaumont.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Glatard, d'Oran; Félix Juéry, d'Albi; Roy, du Mans; Théron, de Toulon; Noquet, de Lille; Bufnoir, de Saint-Quentin.

M. Viviani a décerné en outre une médaille d'or de la mutualité au docteur Emile Subert, de Nevers; une médaille d'argent au docteur V. Meunier, de Pau; des médailles de bronze aux docteurs Pin, Pinteau, Désallées, Rimpel, Tacheron, Ribeton, Rousseau-Saint-Philippe, Lujole, Bonnefoy, et des mentions honorables aux docteurs Houzé et Masson.

Un banquet a réuni le soir au Palais d'Orsay les membres de l'association et les représentants du gouvernement.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 602.*)

IIe CONGRÈS

DE

PHYSIOTHÉRAPIE DES MÉDECINS

DE LANGUE FRANÇAISE

(Paris, les 13, 14 et 15 avril 1909.)

Ce Congrès s'est tenu les 13, 14 et 15 avril à la Faculté de médecine. La séance d'inauguration a été présidée par M. le professeur Landouzy qui, dans un magistral discours, a montré et l'importance croissante de la physiothérapie et la nécessité que son emploi soit basé sur la clinique. C'est dire qu'indirectement le doyen de la Faculté a soutenu la thèse de la physiothérapie aux mains des seuls médecins. Le président du comité d'organisation, M. Stapfer, a dit la grande perte qu'avait faite la physiothérapie française en la personne de Lagrange et a montré combien la médication par le mouvement (massage et gymnastique) avait fait de progrès en France en ces dernières années. Le secrétaire général, M. Laquerrière, a résumé les travaux du Ier Congrès, prouvant que l'étude comparée des divers agents physiques sur des sujets nettement délimités avait permis des conclusions cliniques importantes. Il a ensuite souhaité la bienvenue aux adhérents. Paris et les départements, le Canada comme la Suisse et la Belgique ont envoyé comme délégués des personnalités très marquantes dans le monde de la physiothérapie.

Les présidents pour les diverses séances ont été MM. les professeurs Landouzy (de Paris), Le Marinel (de Bruxelles), Bergonié (de Bordeaux), les docteurs René Mesnard (de Paris), Béclère, membre de l'Académie de médecine.

Parmi les principaux adhérents : M. le docteur Stapfer (de Paris), président de la commission d'organisation ; MM. Saquet (de Nantes), Maurice Faure (de Lamalou), Albert-Weill (de Paris), Castex (de Rennes), Delherm, Rosenthal et Zimmern (de Paris), Gagnier (de Montréal), Henrard (de Bruxelles), Nogier et Barjon (de Lyon), Oudin (de Paris), Grias (d'Angers), Desplats et Guermonprez (de Lille), Mencière (de Reims), Gunzburg (d'Anvers), de Munter (de Liège), Bourcart (de Genève), de Nobele (de Gand), Libotte (de Bruxelles), Kouindjy (de Paris), Humphris (de Honolulu).

I

LES AGENTS PHYSIQUES DANS LE TRAITEMENT ET LE DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE INFANTILE

Voici le résumé succinct des rapports :

Mécanothérapie. — M. Gunzburg (d'Anvers). A la période de début l'auteur pense qu'il faut recourir de préférence à la mobilisation manuelle. A la période d'état, au contraire, il faut utiliser les machines qui rendent les plus grands services. Leur usage évite les déformations ou les atténue quand elles se sont produites ; d'autre part le mouvement actif et le mouvement passif favorisent la trophicité du membre malade.

Massage. — M. Hirschberg (de Paris). Ce procédé ne guérit pas à proprement parler la paralysie de la poliomyélite, mais c'est un agent très utile pour combattre l'atrophie musculaire ; aussi très rapidement il faut lui adjoindre la gymnastique et la rééducation motrice afin de réveiller la contractilité musculaire. L'auteur préfère attendre trois mois après le début des accidents pour commencer à masser.

Hydrothérapie. — M. Libotte (de Bruxelles). A la période aiguë l'hydrothérapie, sous forme de longs bains et de réfrigération de la colonne vertébrale, est le seul traitement utile : elle calme l'inflammation de la moelle ; une fois la paralysie constituée, l'hydrothérapie n'a plus guère qu'à jouer le rôle d'adjuvant des autres procédés physiques.

Rééducation. — M. Kouindjy (de Paris). La rééducation, dont il convient de préciser en chaque cas les indications et la technique, a à remplir un rôle de première importance ; elle permet par l'exercice de restaurer les muscles guérissables, mais, de plus, en créant ou en favorisant les suppléances musculaires, elle remédie à la disparition irrémédiable de tel ou tel muscle, car elle arrive à le faire remplacer au point de vue fonctionnel.

Electrothérapie. — M. Marquès (de Montpellier). L'examen électrique donne des renseignements précieux pour le pronostic, mais l'électro-diagnostic ne prend sa pleine valeur que s'il est renouvelé. Les procédés électriques dans le traitement sont variables, suivant le stade de la maladie ; au début on recherchera surtout des actions trophiques par l'emploi du courant continu seul, sans secousses. Plus tard on produira des excitations musculaires de façon à faire travailler les muscles malades.

De la discussion et des communications sur le même sujet, [MM. Guermonprez (de Lille), Castex (de Rennes), Gunzburg (d'Anvers), de Munter (de Liège), Albert-Weill, Kouindjy et Laquerrière (de Paris)], on peut tirer les impressions d'ensemble suivantes : la pharmacothérapie dans la paralysie infantile ne joue qu'un rôle insignifiant en comparaison de celui qui appartient à la physiothérapie. A la période fébrile seule l'hydrothérapie doit être employée. Dès la fin de cette période il y a intérêt à commencer, mais avec prudence et habileté, certains procédés physiothérapiques comme le massage fait par un médecin ou le courant continu. Par la suite il faut faire travailler le muscle (gymnastique, contraction électrique, rééducation, etc.). Le traitement doit être prolongé longtemps en associant les diverses méthodes, afin d'éviter la production tardive d'attitudes vicieuses ou de déformations. La physiothérapie bien conduite permet de diminuer dans une proportion considérable le nombre des infirmes par paralysie infantile.

II

LES AGENTS PHYSIQUES DANS LE TRAITEMENT DE L'ACNÉ ET DES AFFECTIONS ACNÉIFORMES

Les rapports présentés étaient les suivants :

Méthode de Bier. — M. DAUSSET (de Paris). La ventouse paraît capable de fournir d'excellents résultats, mais la longueur des séances et la difficulté d'application font qu'elle est difficilement acceptée; les différentes applications de l'air chaud ne donnent pas de résultats complets, mais la douche d'air chaud serait un excellent adjuvant à la méthode de Jacquet (diététique et massage) pour régulariser la circulation cutanée.

Radiothérapie. — M. GASTOU (de Paris). Les rayons X diminuent la sécrétion des glandes de la peau et même peuvent faire atrophier ces glandes; ils diminuent donc la séborrhée et forment un traitement qui serait des plus recommandables s'il n'était pas nécessaire, le plus souvent, pour avoir des résultats, d'amener une réaction. En raison de cette réaction les rayons doivent être réservés aux cas rebelles aux autres méthodes; sur la face il faudra être prudent; sur les autres régions l'application est bien plus facile. Par contre, la radiothérapie à dose irritative est le traitement de choix des acnés chéloïdiennes dont l'auteur a pu suivre plusieurs cas pendant plusieurs années sans constater de récidive.

Diététique. — M. Louis VIEL (de Paris). Il importe de ne pas être systématique et de ne pas employer des listes, faites a priori, d'aliments permis et d'aliments défendus. Il faut faire un examen complet du malade et lui prescrire un régime conforme à ses besoins, tenant compte des troubles fonctionnels digestifs ou autres qu'il présente et respectant les intolérances individuelles. D'autre part il faut s'occuper également des heures, du nombre des repas et de la composition de chacun d'eux, enfin il est indispensable de rééduquer le malade et de lui apprendre à mastiquer correctement.

Electrothérapie. — M. OUDIN (de Paris). Les effluves de statiques ou de haute fréquence (ces derniers plus énergiques) diminuent la séborrhée et modifient puissamment la circulation locale, aussi transforment-ils les acnés chroniques; mais il est nécessaire que le traitement soit assez prolongé; par contre le coup de fouet donné à la circulation jugule rapidement les poussées aiguës d'acné.

La couperose à son stade de début est guérie par l'effluvation, mais à un stade plus avancé il faut détruire les petits vaisseaux, soit au moyen de petites étincelles, soit par électropuncture. De même les comédons peuvent être détruits par électropuncture, enfin l'acné chéloïdienne est justiciable de la destruction soit par l'étincelle, soit aussi par électropuncture.

Massage. — MM. LEROY et WETTERWALD (de Paris). La technique de Jacquet qui consiste en pétrissage, en pincement, en malaxation sur place paraît préférable à toutes les techniques plus compliquées. Il ne faut pas étirer la peau ce qui augmenterait le relâchement des téguments, mais on peut sans crainte vider les glandes par expression et barbouiller la face du malade de sang et de pus; il ne se produit pas d'inoculation. En somme ce procédé, simple à appliquer, à la condition qu'on y joigne les précautions alimentaires nécessaires, rend aux tissus leur vitalité intégrale, ce qui donne d'excellents résultats et au point de vue de guérison de l'acné et au point de vue esthétique.

A l'occasion de la *discussion*, M. DUBOIS (de Saujon) montre que la **douche de vapeur** est un excellent moyen de dégraisser la peau, de modifier la circulation locale et par conséquent forme un bon traitement de l'acné. M. le professeur BORDIER (de Lyon) pense que la **photothérapie** dont l'usage peut être prolongé sans réaction fâcheuse est le traitement de choix pour les lésions n'atteignant que les follicules sébacées, mais qu'il faut recourir à la **radiothérapie** pour atteindre l'affection quand elle siège plus profondément, c'est-à-dire dans les glandes pilo-sébacées; il apporte une série de photographies montrant l'efficacité des deux procédés. M. LAQUERRIÈRE insiste sur les avantages de la petite étincelle de haute fréquence comme moyen de destruction des petits vaisseaux superficiels, peut-être même permettrait-elle, en certains cas au moins, de détruire les télangiectasies si rebelles, suites de radiodermite.

III

INCONVÉNIENTS CLINIQUES ET SCIENTIFIQUES DE L'EXERCICE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE PAR LES EMPIRIQUES

Les rapports sur ce sujet avaient été confiés pour l'**électrothérapie** à M. MARQUE (de Pau), pour le **massage** et la **kinésithérapie** à M. René MESNARD (de Paris), pour l'**hydrothérapie** à M. DERECQ (de Paris), pour la **radiologie** à M. JOSSERAND (de Cannes).

Ces mémoires excellents ont eu le mérite d'exposer les arguments théoriques et les preuves pratiques qui font de l'exercice illégal de la physiothérapie un danger social, mais ils ont de plus été l'occasion d'une discussion intéressante. M. LAQUERRIÈRE s'est élevé contre le peu de cas que l'on fait de l'hydrothérapie dans les hôpitaux de Paris; il est impossible à un étudiant d'apprendre même les grosses choses de l'hydrothérapie et, voyant ses maîtres se désintéresser de cette spécialité pour la laisser aux mains d'infirmiers, il envoie plus tard ses malades de clientèle se faire doucher dans des établissements de bains quelconques. M. HENRARD (de Bruxelles) cite le cas d'un confrère expert, qui, sur l'affirmation du pharmacien qui avait fait la radiographie, avait déclaré qu'il n'y avait pas de lésion, alors que la radiographie en montrait une, mais il fallait savoir interpréter. M. MÉNARD (de Paris) montre que tous les détails de l'exécution matérielle ont de l'importance et qu'il y a des lésions qui peuvent disparaître par la manière dont la plaque a été développée. En somme il faut que le médecin soit capable de faire ou de surveiller lui-même toute la

préparation du cliché. MM. Maurice Faure, Gunzburg, Ferras, Bergonié, Deschamps prennent part à la discussion et l'on finit par émettre des vœux qu'on peut résumer ainsi : les agents physiques, nécessitant pour leur application un examen clinique journalier que seul le médecin est capable de faire, devront être réservés aux seuls médecins. Les agents physiques faisant partie intégrale de l'art de guérir, il est nécessaire que les facultés organisent un enseignement de la physiothérapie non seulement théorique mais aussi pratique, comme il y a des cours de pharmacologie. Les étudiants en médecine, parmi les stages qu'ils sont libres de choisir durant leur cinquième année auront le droit d'être stagiaires dans certaines cliniques ou instituts non officiels de physiothérapie.

IV

LES AGENTS PHYSIQUES DANS LE TRAITEMENT DES VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX

Les rapports étaient les suivants :

Mécanothérapie. — M. Vermeulen (de Vichy). Le procédé le plus actif pour activer la circulation veineuse est la gymnastique respiratoire passive (banc de massage de Vermeulen en particulier). On y joint la trépidation des pieds avec le grand vibrateur de Zander qui en deux minutes amène une vaso-constriction marquée. Enfin on termine par des mouvements passifs (circonduction passive de la cuisse, etc.) et des mouvements actifs choisis pour amener la déplétion veineuse. Il faut naturellement réapprendre au malade à marcher.

Massage et kinésithérapie. — M. Bloch (de Paris). Le massage favorise la résorption de l'œdème, calme les douleurs, combat l'atrophie musculaire et les troubles trophiques de la peau. La marche, par les contractions musculaires, favorise la circulation en retour (120 pas à la minute environ) et agit sur la trophicité musculaire. La combinaison du massage et de la marche amène une guérison certaine, non des lésions anatomiques mais de leurs symptômes. Le traitement de l'ulcère consiste en effleurage et friction du membre malade, en pétrissage des bords de l'ulcère et en friction de l'ulcère lui-même. Sauf de rares exceptions le bas élastique doit être supprimé.

Massage dans les phlébites. — M. Bourcart (de Genève). Il faut immobiliser le phlébitique, mais le massage de l'abdomen régularise la nutrition générale, modifie la composition du sang, désintoxique l'organisme (il fait rapidement tomber la fièvre). Quand on peut supprimer l'immobilisation, le malade est en bon état général et son membre ne s'est pas ou s'est peu atrophié ; on peut alors, si cela est nécessaire, faire un peu de massage du membre malade.

Hydrothérapie. — M. Dubois (de Saujon). Dans les varices non compliquées on donnera des douches froides en pomme d'arrosoir non percutantes (15 secondes). Le traitement suivi avec persévérance deux à trois mois chaque année permet de supprimer fréquemment le bas à varices. Dans les varices douloureuses, compresses mouillées chaudes (35 à 40 degrés) laissées durant plusieurs heures, suivies d'ablution avec eau à 30 degrés faite très légèrement. Quand l'état aigu est calmé, cesser les compresses et faire deux fois par jour une douche deux minutes à 40 degrés en pomme d'arrosoir. Dans les ulcères, l'eau bouillie servira à déterger l'ulcère tandis qu'au pourtour on fera des applications toniques et révulsives (douches chaudes à 45 degrés sans percussion par exemple, etc.).

Méthode de Bier dans l'ulcère. — M. Durey (de Paris). L'ulcère infecté sera traité par la stase veineuse au moyen de la bande pour le déterger. Après détersion il est justiciable des procédés indiqués par la forme clinique : l'ulcère calleux le plus difficile à modifier sera soumis à douche à 300 ou 400 degrés pour l'escharifier, par la suite le bain d'air à 120 degrés hâtera la cicatrisation. La forme atone a besoin d'être stimulée tous les jours par la douche d'air de 120 à 150 degrés ; quand le fond commence à granuler, on ne fait plus que du bain d'air. La forme fongueuse est la plus facile à guérir et se traite par les bains d'air chaud.

Electrothérapie. — M. Laquerrière (de Paris). Chez le variqueux il y a souvent lieu d'agir sur la nutrition et la circulation générale (courant de haute fréquence en application générale). Comme procédés locaux la faradisation rapide (Tripier) qui agit à la façon du massage ; la faradisation trémulante (Laquerrière) qui détermine comme la marche des contractions musculaires ; les effluves de haute fréquence (Oudin) donnent des résultats très rapides, mais les indications respectives de ces procédés auraient besoin d'être précisées. Les ulcères sont facilement modifiés et souvent rapidement guéris par l'effluvation. Enfin la méthode de Doumer paraît être la méthode médicale de choix dans le traitement des hémorroïdes.

De la discussion qui a suivi nous citerons seulement la communication de M. Remy qui a essayé de préciser les indications des divers procédés physiques dans le traitement des varices et celles des interventions chirurgicales, ainsi que la communication de M. Bordet qui préconise les courants ondulés dans le traitement des troubles musculaires accompagnant les varices.

V

COMMUNICATIONS DIVERSES

Ces communications ont été très nombreuses et nous ne pouvons en mentionner que quelques-unes.

Traitement de l'appendicite aiguë et chronique. — M. Bourcart dit que la vibration manuelle prolongée de l'abdomen diminue la douleur, fait tomber la fièvre, modifie l'état général et probablement relève la *self defense* de l'organisme qui détruit les anaérobies.

Actions comparées du bain local de lumière et du bain local d'air chaud. — M. MIRAMOND DE LAROQUETTE s'est efforcé de préciser les analogies et les différences de ces deux procédés, au point de vue de la physique, des sensations éprouvées et des résultats cliniques.

La fulguration du cancer a été l'objet d'une intéressante communication de M. DE KEATING-HART et l'occasion d'une intéressante discussion qui a montré que si quelques électriciens font varier quelques petits détails de technique, tous sont satisfaits de la méthode.

La douche d'air chaud dans la constipation a été étudiée par M. DAUSSET qui montre qu'il faut employer un jet puissant mais largement divisé.

M. DESFOSSES a exposé dans un travail très documenté une théorie sur la **pathogénie de la scoliose.** M. LAQUERRIÈRE a présenté l'**arthromoteur** du docteur Bidou qui lui semble actuellement être le meilleur appareil de mécanothérapie à usage multiple.

M. MALMÉJAC a apporté une observation d'**atrophie musculaire** très ancienne guérie par l'effluvation de haute fréquence.

M. WETTERWALD a montré le rôle important mérité par le **massage** qui modifie la circulation locale et générale, dans le traitement de la présclérose.

M. G. BLOCH rapporte des observations d'**hémorragies utérines graves guéries par la kinésithérapie.** Il montre la grande valeur curative de cette méthode à condition qu'elle soit judicieusement employée; elle est inoffensive, mais elle doit être pratiquée uniquement par des médecins.

MM. LAQUERRIÈRE et DELHERM ont étudié le rôle de l'**électrothérapie** dans les atrophies musculaires. Grâce aux variétés d'effets qu'on obtient suivant la forme du courant employé et suivant les détails de technique, l'électricité réalise à peu près toutes les indications qu'on a l'habitude de demander aux divers agents physiques.

MM. D'HALLUIN, BEDARD, CASTEX, etc., ont présenté de très intéressantes radiographies, etc.

LAQUERRIÈRE ET DELHERM.

MÉDECINE PRATIQUE

LES INDICATIONS DE LA TUBERCULINE DANS LA PHTISIOTHÉRAPIE

La tuberculinothérapie semble, depuis quelques années, jouir d'une faveur renaissante et quoique ce mouvement soit surtout prononcé en Allemagne, la France est loin d'y rester étrangère. Il s'agit là, malheureusement, d'un procédé thérapeutique très délicat et qui peut devenir périlleux entre des mains inexpérimentées ou imprudentes; aussi faut-il saisir les occasions de connaître à ce sujet l'avis de cliniciens unissant à une haute compétence une égale conscience professionnelle. On nous saura donc gré de résumer ici la communication faite par M. Louis Rénon, à la *Société d'études scientifiques de la tuberculose* (11 mars 1909).

Depuis deux ans M. Rénon a traité par la tuberculine trente tuberculeux pulmonaires, sans adjonction d'aucune autre thérapeutique médicamenteuse ou physique. Six de ces malades appartenaient à la clientèle privée; vingt-quatre étaient hospitalisés à la Pitié, dans des conditions déplorables quant au cube d'air, ajoute M. Rénon. L'âge de ces malades oscillait entre vingt-huit et quarante-trois ans; un, cependant, avait dix-sept ans, un autre vingt, deux vingt-trois.

Parmi les multiples tuberculines actuellement proposées, M. Rénon a choisi celle de l'Institut Pasteur, diluée de façon à obtenir une solution de *un cinq centième de milligramme* de tuberculine solide par centimètre cube de véhicule. A chaque séance on injectait une dose variant de *un demi-millième de milligramme* à *un deux centième de milligramme*, dose maxima.

Les injections étaient faites à intervalles de quatre à douze jours, généralement tous les cinq, six et sept jours. Durée du traitement d'un à huit mois.

Les malades traités étaient des tuberculeux avérés dont les crachats contenaient des bacilles. Leur température vespérale, prise dans le rectum, ne dépassait pas 37°8. La plupart n'avaient jamais eu d'hémoptysies, ou la dernière était déjà vieille de deux ou trois mois. Dans un quart des cas les lésions étaient bilatérales. Il n'y avait pas d'autre localisation tuberculeuse, sauf chez trois malades atteints de tuberculose ganglionnaire.

Les sujets atteints d'albuminurie et d'entérite avaient été écartés.

A la suite du traitement, sur les 30 malades 19 ont été améliorés, 5 sont demeurés stationnaires, 5 ont été aggravés, 1 a succombé.

L'amélioration a été très notable chez 5 malades de la ville et chez 14 hospitalisés; le poids s'est élevé de 1 à 10 kilos, l'état général est devenu bien meilleur, l'expectoration a diminué ou s'est tarie, les lésions locales se sont séchées et sclérosées.

Comme évolution ultérieure, M. Rénon a constaté que chez quelques-uns de ces malades l'amélioration ne s'est pas maintenue; la bacillose a continué à évoluer deux ou trois mois après leur sortie de l'hôpital. Chez d'autres, au contraire, le bénéfice demeurait acquis six à huit mois après la fin du traitement; chez deux d'entre eux le poids a continué à augmenter et les lésions se sont encore réduites, sans aucun traitement.

D'autre part, l'effet du traitement avait été nul chez cinq malades, tant au point de vue général que local.

Chez cinq autres sujets l'état s'est aggravé et un dernier est mort de broncho-pneumonie tuberculeuse vingt jours après la dernière injection. Il en avait reçu trois en trente-cinq jours : une fois un millième de milligramme, sans aucune réaction; une fois un cinq centième de milligramme avec réaction thermique d'un degré; une troisième fois un cinq centième de milligramme encore avec réaction thermique d'un degré et demi. Peut-être, et nous nous permettons de soumettre l'hypothèse à M. Rénon, y a-t-il eu là un de ces cas d'anaphylaxie que M. Küss vient de décrire si bien dans un travail tout récent?

M. Rénon insiste sur la minutie avec laquelle était prise la température centrale après chaque injection, et le soin scrupuleux avec lequel on observait les moindres phénomènes. Il ne croit pas, en effet, « qu'on puisse, en bonne et saine clinique, augmenter progressivement et régulièrement les doses de tuberculine sans tenir compte des effets produits ». Dans ces conditions, M. Rénon n'a noté que quelques élévations de température de 2, 3, 4, 5 dixièmes de degré; les élévations ayant dépassé 8 dixièmes de degré et 1 degré ne se sont produites que dans les cas aggravés. Aucun malade n'a présenté d'hémoptysie malgré une réaction pulmonaire très légère notée chez quelques-uns d'entre eux.

En résumé, M. Rénon croit que pour appliquer ce traitement il faut une *apyrexie relative*, c'est-à-dire 37°8 au maxi-

mum le soir. Les sujets apyrétiques les plus favorables sont ceux à tuberculose lente, sans hémoptysie depuis au moins deux à trois mois, les tuberculeux à bacillose torpide déjà améliorés, mais chez lesquels l'état local est invariable. « Dans ces derniers cas, une dizaine ou une quinzaine d'injections de tuberculine font disparaître des lésions complètement fixées dans leur immobilité depuis des semaines, des mois et même plus. » M. Rénon a même l'impression « que l'avenir de la tuberculinothérapie est peut-être plus dans les formes anciennes que dans les formes récentes de la bacillose ».

Par contre, il considère comme très nettes les contre-indications suivantes : tuberculoses fébriles, tuberculoses hémoptoïques, à marche aiguë, en activité progressive, enfin les tuberculoses très cavitaires. Ces diverses formes réagissent d'ailleurs, très souvent de façon intense, à l'injection d'un demi-millième de milligramme de tuberculine de l'Institut Pasteur, ce qui doit suffire à faire abandonner la médication.

Notons en terminant que, chez les 30 malades, les doses de début ont été plus fortes et celles de la fin plus faibles que celles employées par nombre de cliniciens.

Enfin, si M. Rénon reconnaît que cette thérapeutique n'est utilisable que chez une proportion restreinte de malades, il dit d'autre part ceci : « De toutes les nombreuses médications utilisées chez les malades de ma salle Piorry, de l'hôpital de la Pitié, le traitement par la tuberculine est le seul qui m'ait donné un résultat aussi satisfaisant. »

Nous avons tenu à terminer l'analyse de l'intéressant travail de M. Rénon par cette encourageante parole.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1909)

La congestion passive du foie et l'hypertension artérielle. — MM. E. Doumer et G. Lemoine. Parmi les malades qui présentent de l'hypertension artérielle, il en est un certain nombre dont le foie est hypertrophié. C'est là un fait bien connu qu'on explique par une action directe des causes de l'hypertension et de l'artério-sclérose sur la glande hépatique elle-même. Les auteurs ont rencontré quelques malades hypertendus chez qui le volume du foie semblait être lié à l'hypertension et dépendre uniquement d'elle. Chez ces malades, en effet, l'hypertrophie du foie diminuait à mesure que, sous l'influence de la d'arsonvalisation, la tension artérielle diminuait elle-même et disparaissait complètement lorsque la tension était redevenue normale.

Ce fait ne peut guère s'expliquer que si l'on admet une corrélation très étroite entre l'hypertension et l'augmentation de volume du foie. On peut se demander si beaucoup des congestions hépatiques que l'on constate chez les hypertendus n'ont pas la même cause et ne sont pas justiciables de la même thérapeutique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1909)

Reproduction expérimentale de certaines dermatoses de la série des érythèmes par l'injection intra-dermique de tuberculine et de divers sérums. — MM. G. Thibierge et P. Gastinel ont étudié l'intradermo-réaction à la tuberculine (injection de 1/100e de milligramme) chez les sujets atteints de dermatoses aiguës de la série des érythèmes et ne présentant pas de lésions tuberculeuses viscérales cliniquement décélables.

Ils ont obtenu, en général, vers la trentième heure et sans élévation thermique, une réaction locale différant dans certains cas de celles qui ont été décrites par Mantoux et Hutinel et reproduisant d'une façon frappante le type même des lésions cutanées dont le malade était porteur.

Chez ces mêmes malades, les auteurs ont pratiqué comparativement des injections intra-dermiques de sérum anti-diphtérique, anti-tétanique et d'eau salée physiologique. Ils ont dans tous les cas obtenu localement une lésion de type identique à celle provoquée par la tuberculine en différant seulement dans quelques cas par les dimensions : l'eau salée provoquant des lésions d'étendue moindre, le sérum anti-diphtérique, au contraire, produisant en général des éléments plus larges.

Ces faits montrent qu'on ne saurait être trop prudent dans l'interprétation de la valeur diagnostique et nosologique de l'intradermo-réaction à la tuberculine. Ils établissent que ces réactions ne sont pas seulement produites par l'infection tuberculeuse générale, mais peuvent également relever d'autres conditions : entre autres, chez des sujets atteints de dermatoses aiguës de la série des érythèmes, il existe une réactivité cutanée spéciale en vertu de laquelle des incitations locales diverses peuvent reproduire le type dermatographique de l'éruption en évolution. La tuberculine peut en être le facteur occasionnel sans que l'on doive pour cela lui reconnaître une spécificité plus grande qu'à d'autres sérums, tels que le sérum anti-diphtérique ou anti-tétanique.

Pseudo-pelade et lèpre autochtone. — M. Milian a montré déjà l'existence de la pseudo-pelade, chez deux fils de lépreux autochtone habitant le Cantal, qui ne présentaient, à un examen objectif superficiel, aucun stigmate notable de lèpre. Une lépreuse avérée, sœur des deux précédents, présentait également une atrophie du cuir chevelu identique à la pseudo-pelade.

M. Milian montre aujourd'hui un homme de cinquante ans, né à Laguiole, village de l'Aveyron, situé à quelques kilomètres du département du Cantal, et faisant partie de la région du massif du plateau central, en pleine Auvergne. Cet homme n'a jamais quitté la France; il est venu consulter à l'hôpital pour de la phthiriase, mais il est atteint de pseudo-pelade typique. Cette pseudo-pelade existe depuis quinze ans, et ne présente à son niveau aucun trouble de la sensibilité. A l'examen objectif, cet homme ne présente rien d'anormal et paraît bien constitué, mais il raconte qu'en même temps que sa maladie du cuir chevelu, il s'est développé, à la face externe de la cuisse droite une plaque d'engourdissement » où la peau est comme morte ». On trouve en effet, à ce niveau, dans le territoire du fémoro-cutané, sur une étendue de deux paumes de main, une anesthésie complète à la piqûre. Il n'y a pas de modifications de la peau au niveau de cette plaque anesthésique. Cliniquement, il est difficile d'attribuer cet ensemble de symptômes et de coïncidences géographiques à autre chose qu'à une lèpre fruste.

Sporotrichose à forme mixte chez une diabétique. — MM. Fernand Trémolières et Joseph du Castel présentent une femme de soixante-six ans, marchande des quatre-saisons, diabétique, atteinte de sporotrichose à forme mixte. Le chancre initial siège au front, sous forme d'une lésion circinée, d'abord formée de pustules isolées, actuellement papulo-croûteuse entourée d'éléments plus jeunes et syphiloïde. La généralisation se manifeste par des lésions polymorphes : nodosités indurées, masquées par la peau saine, gommes ramollies, recouvertes par une tache purpurique, ulcération tuberculoïde, cordon lymphangitique moniliforme. Il n'existe aucune réaction ganglionnaire.

Le diagnostic des lésions frontales avec des syphilides

papulo-crustacées et des éléments d'acné iodique, et celui des ulcérations avec des lésions tuberculeuses eussent été difficiles sans la présence des autres éléments polymorphes et sans la culture du pus et la sporo-agglutination qui se fit au 1/400.

Il faut noter le métier de la malade qui, marchande des quatre-saisons, manipule sans cesse des légumes, et son diabète qui constitue sans doute une prédisposition à la mycose, le sporotrichum Beurmanni poussant de préférence sur les milieux sucrés.

Apoplexies laryngées au cours des cirrhoses hépatiques. — MM. Debove et Fernand Trémolières présentent une femme de trente-quatre ans, atteinte d'une cirrhose de Laënnec compliquée d'hémorragies diverses et particulièrement d'hémorragies laryngées à début brusque.

Il existe deux cas analogues, l'un publié par M. Lubet-Barbon, l'autre communiqué aux auteurs par M. Le Marc' Hadour.

Ces hémorragies laryngées peuvent survenir dans toutes les variétés de cirrhoses (cirrhoses de Laënnec, de Hanot).

Elles ne se traduisent que par un enrouement subit avec rejet de crachats sanguinolents, sans aucune douleur ni réaction inflammatoire. Ce début brusque, sans prodromes, au milieu de la nuit, est remarquable, et vaut d'être caractérisé. Si on nomme apoplexie toute hémorragie à début brusque, on peut les désigner du nom d'apoplexies laryngées.

On ne peut les expliquer que par une altération sanguine, due elle-même à un trouble des fonctions hépatiques; mais on ignore en quoi celle ci consiste, ni quelle est son action sur les vaisseaux.

Ces apoplexies laryngées coexistant avec une ascite peuvent suggérer l'hypothèse d'une tuberculose laryngée avec péritonite bacillaire et compliquée ou non d'hépatite tuberculeuse. L'examen du liquide ascitique et l'inspection du larynx éviteront cette erreur de diagnostic.

Sporotricho-tuberculose. — MM. Achard et Louis Ramond présentent un malade de soixante-dix ans qui porte au cou des adénites multiples avec fistules. Le pus a donné des cultures de *sporotrichum*. Le sérum a donné une réaction de fixation positive, mais une sporo-agglutination presque nulle. Le traitement ioduré n'a pas fait rétrocéder les tumeurs, mais a provoqué le ramollissement de l'une d'elles. Le pus de cette dernière, à une première ponction, ne renfermait pas de *sporotrichum*, mais donnait la tuberculose au cobaye, et à une deuxième ponction, contenait le sporotrichum et donnait aussi la tuberculose au cobaye.

On peut se demander si les deux infections sont contemporaines ou si l'une est surajoutée à l'autre. Vu le siège ganglionnaire des lésions initiales, il paraît plus probable que la tuberculose est la première en date. Il se peut même que le *sporotrichum* n'existe qu'à la surface des lésions tuberculeuses, sans avoir pénétré dans l'intimité des tissus, ce qui expliquerait peut-être l'absence d'agglutination et l'insuccès de l'iodure. Car l'iodure n'empêche pas la culture *in vitro* du champignon, il n'agit pas par sa seule présence dans les humeurs, l'on conçoit qu'il puisse être sans action sur un parasite qui n'a pas envahi les tissus.

MM. Achard et Ramond ont tenté aussi chez ce malade, qui tolérait mal l'iodure, un essai de sérothérapie avec du sérum de lapins inoculés avec des cultures de sporotrichum, mais ils n'ont pas vu se produire de rétrocession ni de disparition de parasite. Mais peut-être cette tentative serait-elle à reprendre dans des conditions plus favorables.

L'association sporotricho-tuberculeuse est intéressante à connaître, par les difficultés qu'elle peut créer au diagnostic différentiel, et par la nécessité qu'elle impose de ne pas toujours se contenter des cultures pour affirmer la nature exclusivement sporotrichosique d'une lésion.

Livedo coexistant avec un tabes fruste. — MM. Georges Guillain et Jean Troisier présentent un homme de trente-trois ans chez lequel coexistent le livedo, la bradycardie et un tabes fruste.

Le livedo se constate aux membres supérieurs et inférieurs, au thorax, à la région dorsale, à la face. Il s'agit de traînées cyanotiques formant des réseaux à mailles plus ou moins larges circonscrivant des zones blanches. Cette cyanose réticulaire est augmentée par l'orthostatisme et le froid. Il n'y a pas d'hyperglobulie; la quantité d'hémoglobine est de 72 p. 100, la résistance globulaire est normale, on note de l'hypertension artérielle. Le diagnostic de livedo est évident, car il ne s'agit pas de la cyanose due à des troubles cardiaques, de la cyanose en rapport avec la polyglobulie splénomégalique, d'acrocyanose hypertrophiante, de cyanose entérogène, de cyanose due à la sulfo-hémoglobinhémie.

Chez ce malade on constate une bradycardie et des crises intermittentes de vertiges avec tendance syncopale. De plus on remarque l'inégalité pupillaire avec signe d'Argyll-Robertson, l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Aucun signe de syphilis acquise n'est décelable. Toutefois, en raison de ce tabes fruste, on peut penser que la syphilis, peut-être héréditaire, est la cause première qui conditionne l'affection du système nerveux, le syndrome fruste de Stokes-Adams et le livedo, trouble vaso-moteur en rapport évident avec une innervation vasculaire défectueuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 24 avril 1909)

Activité des éosinophiles. — MM. Achard, Louis Ramond et Foix ont constaté, avec leur procédé des levures stérilisées de muguet, que les éosinophiles du sang normal ont une activité très faible de 0,05, alors que celle des polynucléaires est de 1, celle des grands mononucléaires de 0,40 et celle des lymphocytes presque nulle. Dans un cas de leucémie myélogène, les myélocytes éosinophiles, qui figuraient dans le sang au taux de 15 p. 100, étaient inactifs. Enfin dans une pleurésie éosinophilique sans éosinophilie sanguine, les polynucléaires éosinophiles de l'épanchement, au nombre de 41 p. 100, avaient une activité de 1,30, supérieure à celle des polynucléaires neutrophiles, qui n'était que de 0,80.

Lésions encéphaliques de la tétanie expérimentale. — MM. Babonneix et Harvier. Les lésions encéphaliques consécutives à la thyro-parathyroïdectomie sont de deux ordres: vasculaire et cellulaire. Les premières consistent en foyers congestifs ou hémorragiques disséminés dans les méninges molles, la substance nerveuse, les plexus choroïdes. Les secondes portent presque uniquement sur les cellules nerveuses de la substance grise et sont de nature dégénérative. Les unes et les autres ne diffèrent pas sensiblement de celles que déterminent les toxi-infections les plus diverses : elles ne paraissent donc pas offrir la moindre spécificité.

Sur la digestion des albumines. — M. Roger. Contrairement à l'opinion classique, les peptones ne constituent pas le stade ultime de la digestion des albumines. Ce qui s'absorbe, ce ne sont pas les peptones, ce sont des produits abiurétiques, c'est-à-dire ne donnant plus la réaction du liuret, et notamment des acides aminés. Or les peptones sont toxiques : il était intéressant de savoir si les produits abiurétiques le sont également.

Pour l'étude de cette question, il suffit de chauffer une albumine pendant vingt heures à 120 degrés avec de l'eau

chargée d'acide sulfurique. Suivant la proportion d'acide on obtient des peptones ou des acides aminés. Avec 1 p. 100 d'acide sulfurique, une partie seulement de l'albumine est transformée en peptones; avec 2 p. 100, le rendement est bien plus considérable. Si on augmente l'acide, les peptones sont progressivement transformées. Si on met 15 p. 100 d'acide, on ne trouve plus que des produits abiurétiques. La toxicité des extraits ainsi préparés varie parallèlement à la teneur en peptones après avoir chassé l'acide sulfurique par le baryte. Il injecte les liquides à des chiens et des lapins par la voie intra-veineuse. La dose mortelle par kilo est de 10 centimètres cubes pour l'extrait préparé avec 1 p. 100 d'acide; elle atteint 5,2 pour l'extrait préparé avec 2 p. 100, puis elle tombe à 19 et 20 pour les extraits préparés avec 5 et 10 p. 100 et enfin elle n'est que de 58 pour l'extrait ayant eu 15 p. 100 d'acide.

En même temps que la toxicité diminue, les propriétés se modifient. Les peptones abaissent la pression sanguine et cet abaissement est surtout marqué et durable chez le chien. La tension tombe de 15 à 4 centigrammes de mercure sous l'influence de l'extrait riche en peptone. Au contraire les produits abiurétiques ne modifient en rien la pression sanguine.

Ainsi disparaît le paradoxe de la toxicité des produits absorbés. Les peptones sont toxiques, mais ne s'absorbent pas. Ce qui s'absorbe, ce sont les produits abiurétiques et ceux-ci sont dépourvus de toxicité. Ces résultats nouveaux expliquent les observations que M. Roger avait faites avec M. Garnier. Ils ont montré que les matières contaminées dans le duodénum sont beaucoup plus toxiques que les matières qu'on trouve à la fin de l'iléon. C'est que dans le duodénum les peptones sont très abondantes; elles disparaissent à mesure que le chyme parcourt l'intestin grêle et en même temps la toxicité diminue.

Autres communications :

Dosage du sucre dans le sang. — MM. Bierry et Portier.

Résultats éloignés de l'action des rayons X sur la mamelle. — MM. Cluzet et Bassal.

Action de la bile sur la coagulation du sang. — MM. Doyon et Gautier.

Action *in vitro* de la tuberculine sur les propriétés opsonisantes des sérums. — M. Monaud.

Contribution à l'étude de la flore microbienne anaérobie dans la bouche de l'homme. — M. Rapeci.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN MÉDECIN REFUSE SES HONORAIRES — SON CLIENT L'ASSIGNE... POUR LES LUI FAIRE ACCEPTER (1)

Un avocat parisien, Me J..., ayant mandé près de lui, sur une plage normande, l'été dernier, son médecin de Paris, un docteur du quartier de l'Europe, un désaccord intervint entre eux sur la note d'honoraires de ce voyage, qui dura vingt-quatre heures, et durant lequel le médecin fut l'hôte de son client — le docteur réclamant de ce chef 580 francs, son client en offrant 300. L'amour-propre s'en mêlant de part et d'autre, le médecin prétendit refuser tout honoraire, tandis que le client, tenant à se libérer, l'assigna devant le juge de paix pour faire « valider » son offre.

Le tribunal de paix du VIIIe arrondissement, présidé par M. Jégou, vient, après plaidoirie de M. G. Lévêque, de donner entièrement gain de cause à l'avocat, en décidant que le médecin ne pouvait, à son gré, faire remise d'une note à son client après avoir réclamé et en déclarant celui-ci libéré par la somme offerte et déposée.

(1) *Province méd.*, 1909, n° 17.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement des maladies cutanées et vénériennes (1), par MM. Audry, Durand et Nicolas.

Ce volume est le vingt-cinquième de la bibliothèque de thérapeutique publiée sous la direction de MM. Gilbert et Carnot. Il est consacré à la thérapeutique des maladies cutanées et vénériennes.

M. Audry a exposé avec sa clarté et sa précision habituelles le traitement des maladies cutanées. Pour en étudier la thérapeutique il les a groupées d'après leur nature. Après avoir donné ses vues sur la thérapeutique générale (hyperémie, prophylaxie, méthodes générales) il envisage la thérapeutique spéciale : d'abord celle des maladies parasitaires (dermatozoonoses, dermatomycoses, dermatomicrobioses), puis celle des syndromes cutanés (urticaire, séborrhée, psoriasis, prurits, dermatoses artificielles, érythrodermies, eczéma, herpès, néoplasmes cutanés, etc.).

M. Nicolas a exposé la thérapeutique des maladies vénériennes. Le traitement de la blennorragie est divisé en trois parties : généralités, traitement des localisations génito-urinaires, traitement des localisations extra-génito-urinaires. Il étudie ensuite le traitement du chancre simple, puis celui de la syphilis. Après des considérations très intéressantes et très pratiques sur l'agent de la syphilis il expose les principales manifestations de cette infection, puis en quelques lignes en montre le diagnostic. Il passe en revue les médicaments spécifiques de la syphilis (mercure, iodure) et indique toutes les réserves qui doivent être faites à propos des traitements par l'arsenic ou les autres agents médicamenteux. Il consacre quelques pages à la direction générale du traitement de la syphilis et au traitement local des accidents syphilitiques. Il termine par le traitement de la syphilis héréditaire et l'exposé de nos connaissances actuelles sur la sérothérapie, la vaccination et la curabilité de cette affection. Les trois derniers chapitres sont consacrés au traitement de la balamite, des végétations et de l'herpès.

Enfin M. Durand a exposé le traitement chirurgical des affections cutanées et vénériennes.

Ce court exposé montre dans quel but a été écrit cet intéressant volume. Chacun des auteurs y a développé avec sa compétence les idées générales qu'il a sur la thérapeutique spéciale dont il s'occupe beaucoup plus que les formules de thérapeutique. Ce volume est assuré du succès; son petit format, les illustrations dont il est rempli, l'esprit critique et moderne dans lequel il est écrit, l'autorité des auteurs, la réunion en un seul volume de la thérapeutique des maladies cutanées et vénériennes en font un volume indispensable à tout médecin.

P. RAVAUT.

Chirurgie de la prostate (2), par Victor Pauchet (d'Amiens).

Ce livre peut être divisé en deux parties.

La première partie comprend l'hypertrophie de la prostate avec son traitement médical et chirurgical. Les deux méthodes de prostatectomies, sus-pubienne et périnéale, sont décrites avec détails, et d'après 115 interventions personnelles (c'est la plus forte statistique française), pratiquées depuis quatre ou cinq ans. La technique est accompagnée d'un grand nombre de figures et de schémas montrant tous les détails opératoires pouvant intéresser le chirurgien.

La deuxième partie intéresse, non seulement le chirurgien, mais tous les médecins, car la pathologie de la prostate y est complète.

(1) In-8 de 691 pages. — Paris, J.-B. Baillière.
(2) In-8. — Paris, O. Doin et fils.

Cette deuxième partie comprend l'étude des tumeurs de la prostate, les prostates chroniques, les abcès de la prostate, la tuberculose, les calculs, etc.

La rédaction est faite en prose courte, sans détails, mais complète.

La bibliographie est nulle, la partie histologique et bactériologique est systématiquement mise de côté. C'est de la clinique et de la thérapeutique pure et simple.

L. GAYARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 24 avril 1909 :

Médecin principal de première classe. — M. Barois est nommé directeur du service de santé du 9e corps d'armée.

Médecins-majors de première classe. — MM. Pelletier, affecté à l'hôpit. milit. de Saint-Martin à Paris; Cultin, passe au 102e d'inf.; Beaujean, au 101e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Monéger, passe aux hôpit. de la division d'Alger; Dumas, au 163e d'inf.; Lanne, aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie; Maître, au 16e chass. à cheval.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Coissard passe à l'état-major du gouvernement militaire et place de Paris; Dargein, aux hôpit. de la division d'Oran; Lancelot, au 3e dragons.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Buffé, passe au 76e d'inf.; Colleyre, au 10e d'art.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de deuxième classe de Casabianca.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Lanteaume et Dor.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille des épidémies en argent est décernée à MM. les docteurs Durand (de Saint-Nazaire), Villejean, médecin sanitaire maritime; Millioz (de Paris).

La médaille en bronze est décernée à MM. les docteurs Clairfond (de Paris), Lesieur (de Brunoy), Pitrat, médecin sanitaire maritime; M. Page, interne à l'hôpital Trousseau.

Des mentions honorables sont décernées à M. le docteur Jolien (de Laroques-d'Olmes), et M. Maubert, interne à l'hôpital de Cannes.

CONCOURS ANNUEL POUR L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le vendredi 11 juin, à midi précis, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les internes en pharmacie sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement général sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires, et, comme tels, d'être privés du droit de continuer leur service dans les hôpitaux.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire à l'administration centrale (service du personnel), de onze heures à trois heures, du lundi 17 mai au samedi 29 du même mois, inclusivement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Moissenet, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de quatre-vingt-dix-huit ans. Le vénérable doyen du corps des hôpitaux de Paris était à la retraite depuis 1877.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Le docteur Marfan reprendra ses conférences cliniques le jeudi 6 mai, à dix heures précises, et les continuera les jeudis suivants à la même heure (rez-de-chaussée de la salle Blache).

POLYCLINIQUE H. DE ROTHSCHILD (199, rue Marcadet, XVIIe). — Du 10 mai au 30 juin seront données à la polyclinique H. de Rothschild, 199, rue Marcadet (XVIIe), une série de vingt conférences sur les « Actualités médico-chirurgicales ».

Les conférences du *mois de mai* auront lieu, à partir du 10, les lundi, mercredi et vendredi, à cinq heures du soir.

Programme. — M. le professeur Dieulafoy : De la valeur des cultures du sang dans le diagnostic des maladies infectieuses (10 mai). — M. A. Desjardins : Les méthodes opératoires actuelles (12 mai). — M. Dominici : Le traitement des maladies cancéreuses (14 mai). — M. Henri de Rothschild : La puériculture (17 mai). — M. Pierre Bonnier : L'équilibre fonctionnel et la défense organique (19 mai). — M. le professeur P. Delbet : Le traitement chirurgical du cancer (21 mai). — M. M. Letulle : Les tuberculoses curables (24 mai). — M. Maillard : Les diverses formes de la dénutrition azotée dans l'état normal et pathologique (26 mai). — M. Léopold-Lévi : Le neuro-arthritisme thyroïdien et son traitement (28 mai). — M. Edmond Fournier : Les stigmates de l'hérédo-syphilis (31 mai).

Un avis ultérieur fera connaître les sujets des dix conférences du mois de juin, ainsi que les dates auxquelles elles auront lieu.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 MAI 1909

THÈSES

Mercredi 5 mai 1909, à une heure. — M. Perrin. Les fractures du cubitus accompagnées de luxations de l'extrémité supérieure du radius. (MM. Kirmisson, président; Roger, Marcel Labbé et Ombrédanne.) — M. Cornillon. L'intra-dermo-réaction à la tuberculine. (MM. Roger, président; Kirmisson, Marcel Labbé et Ombrédanne.) — M. Audebert. Rôle de la persistance du thymus dans la genèse de la syncope chloroformique. (MM. Roger, président; Kirmisson, Marcel Labbé et Ombrédanne.) — M. Fronty. La cholesterine et son rôle antihémolytique. (MM. Roger, président; Kirmisson, Marcel Labbé et Ombrédanne.)

Jeudi 6 mai, à une heure. — M. Dumas. Scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades en 1908 (étude statistique et clinique). (MM. Hutinel, président; Pierre Marie, André Broca et Nobécourt.) — M. Bernard. Les troubles oculaires dans la chorée de Sydenham. (MM. Hutinel, président; Pierre Marie, André Broca et Nobécourt.) — Mlle Schoumsky. Appendicite dans la rougeole (contribution à l'étude de l'appendicite dans les maladies infectieuses). (MM. Hutinel, président; Pierre Marie, André Broca et Nobécourt.) — Mlle Zaimovski. Considérations sur l'état des réflexes chez les enfants. (MM. Hutinel, président; Pierre Marie, André Broca et Nobécourt.) — M. Maurier. De l'hérédité directe et similaire dans la chorée de Sydenham. (MM. Hutinel, président; Pierre Marie, André Broca et Nobécourt.)

RENSEIGNEMENTS

ON DEMANDE UN ÉLÈVE MÉDECIN connaissant le massage pour établissement de ville d'eaux.

— **ON DEMANDE UN MÉDECIN** (de préférence connaissant l'électrothérapie) pour une situation d'associé dans un établissement de ville d'eaux. Apport financier.

S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 49. — JEUDI 29 AVRIL 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 29 AVRIL 1909. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour la nomination a trois places de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 27 avril : MM. Lœper, 20; Lortat-Jacob,, 18; Coyon et Deguy, 17.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 29 avril, à quatre heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

PRIX MIS AU CONCOURS PAR LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE. — En mai 1910, cette Société, présidée par M. le professeur Lancereaux, distribuera aux auteurs qui fourniront les meilleurs travaux concernant la tuberculose les prix suivants : 1° un prix de 300 francs; 2° un prix de 100 francs; 3° deux prix de 50 francs chaque; 4° deux médailles d'or avec diplôme d'honneur; 5° trois médailles d'argent avec diplôme d'honneur.

Les auteurs français ou étrangers qui désirent participer à ce concours, doivent adresser avant le 1er janvier 1910, leur mémoire sous pli cacheté, à M. le docteur Georges Petit, secrétaire général de la Société internationale de la tuberculose, 51, rue du Rocher, Paris.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (Budapest, 29 août-4 septembre 1909). — Le Comité hongrois vient de publier une circulaire détaillée indiquant, outre les rapports et communications annoncés, la composition des Comités, les réductions de frais de voyage accordés aux congressistes, les dispositions prises pour leur logement à Budapest et les excursions au delà de Budapest organisées par le Bureau des voyages du Congrès.

Les personnes qui n'auraient point reçu cette circulaire peuvent se la procurer au siège du Comité français (Bureau des renseignements à la Sorbonne, 47, rue des Ecoles) ou en écrivant au secrétaire général (Dr Blondel, 103, boulevard Haussmann).

Les réductions sont de 50 p. 100 sur toutes les lignes françaises et sur le réseau de l'Etat hongrois. Exemple : le prix du trajet de Paris à Budapest et retour, en 1re classe, se trouve ainsi ramené à 312 fr. 35, avec une validité de dix jours à chaque voyage et faculté d'arrêt sur tous les points du parcours direct.

Les logements doivent être retenus par demande adressée au Bureau des voyages (IV, Vigado-ter 1, Budapest). Toutes les chambres disponibles dans les hôtels, les maisons particulières et les établissements publics seront réparties par ses seuls soins, et les demandes adressées directement aux hôtels ne pourront que lui être retournées. Le prix varie, pour la durée totale et invariable du séjour (fixée à sept jours pour les hôtels et à huit jours pour les chambres meublées, de 21 à 140 couronnes (la couronne vaut 1 fr. 05) pour un lit, de 35 à 210 couronnes pour deux lits, dans les hôtels, selon la classe choisie, — de 16 à 20 couronnes pour un lit, et de 30 à 100 couronnes pour deux lits dans les chambres meublées.

En retenant le logement, le prix devra être versé d'avance au Bureau des voyages, en même temps qu'un droit de 8 couronnes et demie par personne, droit accordé par le Comité hongrois au Bureau des voyages pour ses frais, le prix d'aucune chambre n'ayant été augmenté pendant la durée du Congrès.

Des démarches sont faites par le Comité français pour que le plus grand nombre possible des congressistes français soient groupés dans un ou deux mêmes hôtels, si les inscriptions sont reçues assez tôt et en nombre suffisant.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS (année 1909, semestre d'été). — Médecine générale. — M. Bergé (hôpital Lariboisière) : Tous les mercredis, à onze heures, salle de la consultation, leçons de thérapeutique médicale.

M. Brouardel (hôpital Tenon) : Le mardi et le samedi, à dix heures et demie, salle de la consultation, pendant les mois de mai et juin, leçons de clinique et de thérapeutique élémentaires. Examen des malades.

M. Hirtz (hôpital Necker) : A partir du mois de mai, tous les vendredis, examen et discussion des entrants. Traitement. — A partir du 3 juin, tous les jeudis, à l'amphithéâtre Laënnec, conférences de thérapeutique : thérapeutique d'urgence des affections cardio-pulmonaires.

M. Mosny (hôpital Saint-Antoine) : Tous les vendredis, présentation de malades. — Tous les mardis, conférences sur les maladies de l'appareil respiratoire, à dix heures, salles Louis et Nélaton.

M. Sergent (hôpital Necker, service de la consultation de médecine) : Le matin, à dix heures, exercices de médecine pratique (interrogatoire et examen d'un malade, discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques, manière de formuler et de rédiger une ordonnance).

Maladies du système nerveux. — M. Babinski (hôpital de la Pitié) : Pendant les mois de mai, juin et juillet, tous les samedis, à dix heures un quart du matin, à partir du 1er mai, conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, dans le grand amphithéâtre de l'hôpital.

PSYCHIATRIE. — M. Roubinovitch (hospice de Bicêtre) : Consultation externe pour maladies mentales des adultes et des enfants et policlinique hebdomadaire, tous les jeudis, à neuf heures du matin.

MÉDECINE INFANTILE. — M. Triboulet (hospice Trousseau) : A partir du 5 mai, le mercredi matin, à dix heures, études pratiques et cliniques des fonctions digestives de l'enfant.

M. Variot (hôpital des Enfants-Assistés) : A partir du 3 mai, tous les lundis, à dix heures et demie, salle de la grande Crèche, conférences publiques d'hygiène et de clinique infantiles.

CHIRURGIE INFANTILE. — M. Villemin (hôpital Bretonneau, 2, rue Carpeaux) : Tous les jeudis, à neuf heures et demie du matin, chirurgie infantile et orthopédie, alternativement.

CHIRURGIE GÉNÉRALE. — M. Arrou (hôpital de la Pitié) : Tous les vendredis, à dix heures et demie, leçon clinique. Tous les jeudis, à neuf heures, séance opératoire.

OPHTALMOLOGIE. — M. Terrien (hôpital des Enfants-Malades) : Le mardi, à neuf heures et demie, présentation de malades ; le jeudi, à dix heures, opérations ; le samedi, à dix heures et demie, leçons d'ophtalmo-neurologie, avec présentation de malades, par M. Bourdier, interne du service.

ACCOUCHEMENTS. — M. Boissard (hôpital Saint-Louis) : Trois conférences, les 3, 5 et 8 juin, à onze heures du matin, à la maternité de l'hôpital sur le choix des nourrices, l'hygiène alimentaire des nourrissons et la thérapeutique et les médicaments chez les nourrissons.

M. Démelin (hôpital Tenon) : A la maternité de l'hôpital, tous les matins, jusqu'au 30 juin, à neuf heures, leçons pratiques sur les accouchements.

— HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Le docteur André Bergé, médecin des hôpitaux, continuera pendant le semestre d'été ses leçons de thérapeutique médicale.

Les leçons ont lieu tous les mercredis, à onze heures du matin, dans la salle de la consultation de médecine.

Elles sont librement ouvertes, sans inscription préalable, à tous les étudiants et docteurs en médecine.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — SEMESTRE D'ÉTÉ 1909. — M. le docteur Bérillon, professeur à l'école de psychologie, médecin inspecteur des asiles d'aliénés, commencera un cours de psychologie médicale le jeudi 6 mai, à cinq heures (salle des conférences de l'école de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts) et le continuera les jeudis suivants, à cinq heures.

Sujet du cours. — Les enfants anormaux. L'hypnotisme et l'orthopédie morale.

Jeudi 6 mai : L'enfant normal, son évolution physiologique et psychologique.

Jeudi 13 mai : Les enfants anormaux, types cliniques et classification.

Jeudi 20 mai. Congé de l'Ascension.

Jeudi 27 mai : La lutte contre la dégénérescence, dispensaires pédagogiques et établissements médico-pédagogiques.

Jeudi 3 juin : L'éducation par le rythme et le mouvement. La rééducation sensorielle, base de la pédagogie des anormaux.

Jeudi 10 juin : Les anormaux perfectibles. Les faux anormaux.

Jeudi 17 juin : Les enfants et les adolescents indisciplinés. La formation du caractère.

Jeudi 24 juin : Applications de la suggestion à la pédiatrie et à la pédagogie. Traitement psychothérapique de l'onychophagie et des habitudes automatiques.

Jeudi 1er juillet : Le traitement psychologique des maladies sociales, alcoolisme, kleptomanie, perversité, etc.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Ascension.* — A l'occasion de la fête de l'Ascension, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 18 mai, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 25 mai 1909, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

LIVRES NOUVEAUX

Neurasthénie et névroses. Leur guérison définitive en cure libre (1), par P.-E. LÉVY.

Cet ouvrage représente en quelque sorte la synthèse et le résumé des publications de l'auteur au cours de ces dernières années. Il comprend deux parties, l'une d'études spéciales sur différents symptômes d'hystérie ou de neurasthénie, l'autre d'étude générale sur la psychothérapie et le traitement des névroses.

Les considérations pathogéniques ou nosologiques touchant la nature des psychonévroses paraissent dans l'ensemble avoir été ici systématiquement écartées ou du moins réduites au mininum pour laisser justement une place prépondérante aux discussions thérapeutiques. Une idée directrice et une conception uniciste des phénomènes psychosomatiques, nettement exprimée, inspirent cependant ces études et leur donnent plus de cohésion.

L'auteur s'élève contre les méthodes de traitement systématiques appliquées à toutes les névroses : il combat surtout l'abus du repos prolongé et de l'isolement absolu, de même qu'il signale l'échec fréquent de la psychothérapie dite rationnelle.

Avec raison il montre que le traitement psychique n'est qu'un département de la thérapeutique générale. Pour lui, l'expression du traitement des névroses, comme de la psychothérapie tout entière, se résume dans l'éducation de la volonté en cure libre. Cette formule, évidemment concise et satisfaisante, s'adapte à l'ensemble du traitement d'un grand nombre de ces affections, mais en pratique elle ne vaut que par ses applications aux différents cas particuliers. Aussi ne suffit-il pas d'en énoncer la formule générale à tout propos, le traitement vraiment intéressant et utile consisterait davantage à en montrer les ressources et les procédés particuliers. Au malade ce n'est pas assez d'affirmer la disparition d'un symptôme et la guérison d'une habitude morbide ; au médecin il ne suffit pas de savoir qu'il lui faut s'attacher à l'éducation d'une volonté, il lui est indispensable de connaître par quels procédés il pourrait réaliser cette œuvre si délicate, qui seule lui permettrait d'aboutir à une guérison complète et définitive.

P. CAMUS.

Guide pratique de chirurgie infantile (2), par E. ESTOR.

Dans cet ouvrage, l'auteur a voulu éviter des hésitations aux praticiens qui, habitués à la chirurgie générale, ont à s'occuper de chirurgie infantile ou d'orthopédie.

Il montre qu'à part la scoliose invétérée, on peut aisément soigner les enfants sans installation coûteuse ; c'est sa pratique journalière qu'il nous décrit, ne nous indiquant pas tous les procédés opératoires, mais seulement ceux dont il se sert, parce qu'ils lui ont le mieux réussi.

Pour chaque affection, il commence par résumer les notions indispensables de pathologie, puis le diagnostic étant posé, il s'occupe particulièrement du traitement.

M. Estor a adopté l'ordre alphabétique pour rendre les recherches plus aisées. Signalons parmi les chapitres les plus intéressants ceux qui ont trait aux tumeurs blanches, à l'ostéomyélite, aux pieds bots, bec-de-lièvre, incontinence d'urine, luxation congénitale de la hanche, scoliose, rachitisme, prolapsus du rectum.

Cette nouvelle édition comprend une série d'articles nouveaux : absence congénitale des muscles grand et petit pectoral, méthode de Bier, appareils en celluloïd, cystite du nourrisson, arthropathies des hémophiles, luxations spontanées, maladie de Madelung, rachitisme tardif.

Ce livre très clair, illustré de nombreuses figures, devra être dans la bibliothèque de tous les médecins qui y trouveront aussitôt la réponse à toute question de chirurgie infantile.

E. LE SOURD.

(1) In-8 de 400 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Alcan.
(2) In-8, 2e édition revue et augmentée. — Paris, Alcan.

A PROPOS DE DEUX CAS DE

MÉNINGITES AIGUES SYPHILITIQUES

Par MM. W. ŒTTINGER,
Médecin de l'hôpital Broussais,
et H. HAMEL,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les manifestations méningées de la syphilis sont communément observées sous leur forme la plus atténuée de céphalées vespérales et nocturnes au cours des premiers mois de l'infection. Les travaux de Widal, de Ravaut, ont fait connaître la réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien qui correspond à l'irritation légère des enveloppes du névraxe. Mais les formes plus sévères, graves, des manifestations méningées de la syphilis sont infiniment plus rares et ne sont guère connues que depuis quelques années. Pourtant un nombre déjà considérable de cas ont été rapportés qui ont permis à Raoul de Coux un essai de classification des méningites aiguës syphilitiques. Il nous a paru intéressant de reprendre les observations déjà connues au sujet de deux méningites aiguës syphilitiques très différentes l'une de l'autre que nous avons observées récemment.

Observation I. — B..., trente ans, plombier, salle Delpech n° 20. Le malade est amené durant la nuit du 8 janvier, dans le coma, ne répondant à aucune question. Ce n'est que par la suite que nous serons fixés sur ses antécédents. En 1901 syphilides de la muqueuse buccale. Durant un mois ingestion de pilules de protoiodure, et aussi d'iodure de potassium. Durant sept années aucune manifestation cutanée ou muqueuse. Deux enfants nés à terme, l'un âgé de sept ans est visiblement arriéré. Aucun traitement n'a été suivi depuis la première cure. Mais en janvier 1908 huit injections d'huile grise sont pratiquées. Cette reprise du traitement fut la conséquence de phénomènes paralytiques intermittents des mains, durant de cinq à dix minutes et pendant lesquels tout travail était impossible. En juillet ictus de peu de durée et paralysie du membre supérieur gauche. Des céphalées très pénibles apparaissent, mais en quelques jours le travail redevient possible. Un examen minutieux pratiqué à l'hôpital Bichat ne révèle aucune syphilide cutanée, aucun trouble oculaire. Le traitement par l'huile grise est institué à ce moment, et c'est après avoir reçu la vingt-quatrième injection que le malade a présenté les accidents qui le font conduire à l'hôpital.

Le 6 janvier apparaît une sensation de malaise intense, mal caractérisé, courbature qui empêche le malade de se rendre à son travail. Vers midi il observe des tremblements involontaires dans la main gauche, puis des secousses de plus en plus violentes gagnent l'avant-bras, le bras enfin en quelques minutes : à la crise convulsive succède une paralysie avec contracture. Le 7 janvier, le coma survient sans qu'on puisse préciser comment.

L'examen du malade pratiqué le 9 janvier le montre dans le décubitus dorsal, couché en chien de fusil, sans facies vultueux, avec des mouvements respiratoires normaux comme nombre et comme amplitude. Le pouls est à 100, régulier, bien frappé, la température à 38°8. La tête et les yeux sont déviés à droite, les yeux sont convulsés en haut. Facilement on ramène la tête dans la rectitude, car il n'existe pas de raideur de la nuque. Mais rapidement la déviation se reproduit. La bouche est déviée à gauche et la face présente de la contracture de ce côté. Les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre par contracture des masséters. Les membres supérieurs sont contracturés, surtout à gauche où le coude est accolé au tronc, l'avant-bras fléchi sur le bras, les doigts fléchis dans la main. Les membres inférieurs aussi sont contracturés et leurs réflexes tendineux sont exagérés. Mais le réflexe plantaire est aboli à gauche, où est abolie la sensibilité, exagérée à droite. Les muscles de l'abdomen sont contractés : on fait apparaître nettement la raie méningitique. On observe au cours de l'examen une émission involontaire d'urine, ne contenant ni sucre ni albumine. Aucune syphilide cutanée, pas de lisière de Burton. On ne constate pas de signe de Kernig. Les pupilles sont mydrialiques et réagissent mal à la lumière. On fait une injection intra-fessière de 0,05 de calomel et une ponction lombaire : liquide trouble sur tension normale contenant des cellules endothéliales, des lymphocytes normaux, d'autres très volumineux, des mononucléaires normaux et d'autres très volumineux. Mais 50 p. 100 des éléments étaient constitués de polynucléaires de deux sortes : les uns normaux de taille et se colorant bien, les autres cinq ou six fois plus gros que la normale, se colorant mal.

Une amélioration sensible apparaît bientôt et la température tombe au-dessous de 38 pour ne plus remonter.

12 *janvier*. Les contractures sont moins marquées, l'incontinence des sphincters persiste, la torpeur générale est la même. Mais déjà apparaît un amaigrissement surprenant, qui frappe dès le premier examen. Seconde injection de 0,05 de calomel.

14 *janvier*. Etat stationnaire, mais disparition de la déviation conjuguée.

15 *janvier*. La rétraction du ventre s'accentue. L'amaigrissement est extrême, le membre supérieur gauche seul reste contracturé. Troisième injection de calomel.

16 *janvier*. Réapparition de la conscience, mais dans la nuit délire bruyant non systématisé. Diminution de la contracture, persistance des troubles sphinctériens. Réflexe rotulien normal à gauche exagéré à droite. On remarque une odeur très âcre et spéciale du malade, odeur rappelant celle de la souris : l'amaigrissement est de plus en plus marqué. Comme le malade ne digère pas les aliments on les introduit par une sonde nasale dans le pharynx.

21 *janvier*. La contracture diminue, le membre supérieur gauche est étendu sur le plan du lit. Le malade répond par monosyllabes aux questions posées, mais l'incontinence des sphincters persiste.

23 *janvier*. Etat stationnaire. Le membre inférieur gauche, hypoesthésique au début de la maladie est maintenant hyperesthésique. Les troubles des réservoirs sont les mêmes. Quatrième injection de calomel.

24 *janvier*. Amélioration marquée. Les réponses deviennent plus complètes, mais sont faites d'une voix lente, traînante, monotone.

29 *janvier*. L'amélioration s'accentue, mais les troubles des sphincters sont les mêmes. Injection de calomel 0,05 centigrammes.

1er *février*. Durant la nuit vive agitation, délire bruyant, incohérent. En examinant le dos du malade qu'on n'avait pas fait asseoir depuis quelques jours on découvre une éruption composée d'éléments divers. Ils sont de trois ordres. D'abord ce sont des papules lenticulaires, de couleur cuivrée, nettement dermiques, éclatant l'épiderme qui apparaît sous la forme d'une collerette de Biett : éléments syphilitiques caractéristiques de la période secondaire. On observe de nombreux éléments, au nombre de dix ou douze, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes au maximum, de couleur rouge chair musculaire, à base infiltrée, tenant toute l'épaisseur du

derme, recouverts d'une croûte épaisse. L'évolution de ces éléments montre qu'ils sont de deux sortes. Les uns en effet doivent être considérés comme des papules crustacées, car ils guérissent sans cicatrices, avec une macule pigmentée. Les autres au contraire doivent être considérés, comme des tubercules, car ils laissent une petite cicatrice très nette. Enfin on constate la présence de lésions papulo-squameuses et d'une ulcération à base indurée qui revêt le type des ulcérations de la syphilis maligne précoce : elle est située dans la région lombaire.

3 *février*. 10 centigrammes de calomel. Traitement des éléments avec des pansements à l'emplâtre de Vigo. Injection quotidienne de 50 grammes de sérum de Hayem.

6 *février*. La céphalée nocturne se manifeste violente. Les éléments éruptifs apparaissent sur les cuisses. Une seconde ponction lombaire est pratiquée et montre des éléments cellulaires très peu nombreux, uniquement des lymphocytes, quatre ou cinq par champ d'immersion : le liquide était clair et limpide.

12 *février*. La céphalée a presque disparu depuis la ponction lombaire. L'incontinence des sphincters disparaît également mais l'éruption syphilitique s'étend sur les jambes, papulo-squameuse. Le délire continue nocturne, mais cesse le jour.

15 *février*. Calomel 0,05 centigrammes. Les éléments les premiers constatés diminuent lentement, mais d'autres apparaissent sur le coude droit.

15 *mars*. Le malade se lève, marche facilement, mais garde de la paresie gauche. Le poids était de 40 kilos le 20 février et est maintenant de 47 kil. 500. Les reflexes tendineux sont normaux et aucun trouble intellectuel ne persiste autant qu'on peut le présumer sans avoir connu le malade avant la méningite. Il raconte ses antécédents, n'a plus de céphalées, mais garde du tremblement de la langue. La parole reste lente, monotone, traînante surtout pour faire des réponses un peu compliquées. On ne constate pourtant ni bredouillement, ni bégaiement. Les pupilles sont inégales, la pupille gauche étant un peu mydriatique. Le réflexe à l'accomodation est normal. Quant au réflexe lumineux il est très diminué : après une très faible contraction, sans que la source lumineuse ait été éloignée, on voit se produire une brusque et considérable dilatation pupillaire, c'est donc un équivalent du signe d'Argyll-Robertson.

Les éléments éruptifs sont guéris, la plupart sont totalement effacés ou remplacés par une macule plus ou moins pigmentée. Cependant certains éléments ont laissé une cicatrice; mais la majorité des éléments a guéri sans cicatrice, caractère qui joint à leur morphologie en fait indiscutablement des éléments de la période secondaire.

En résumé, après sept années de syphilis non traitée apparaissent des phénomènes de paralysie transitoire imputables sans doute à de l'endartérite. Puis, malgré un traitement prolongé par l'huile grise apparaissent un ictus, des accès convulsifs localisés, suivis de paralysies diverses. Enfin, délire bruyant, troubles des réservoirs, céphalée coïncidant avec une poussée intense de syphilides secondaires tardives et tertiaires. Le traitement amène une amélioration progressive et parallèle des accidents nerveux et cutanés, mais des troubles de la parole persistent en même temps qu'une notable parésie et un équivalent du signe d'Argyll-Robertson.

Obs. II. — G... (Mélanie), dix-neuf ans, salle Axenfeld n° 1, est amenée dans la nuit du 12 janvier 1909, présentant des troubles délirants. Son délire est doux, peu bruyant, incohérent, la malade répétant indéfiniment les mêmes mots.

Arrivée à Paris à l'âge de seize ans, elle a été soignée à la Charité pour une salpingite et des douleurs articulaires. Sans profession bien définie depuis plusieurs mois, elle suit un traitement à Saint-Louis depuis dix mois, pour des plaques muqueuses et des accidents cutanés divers. Irrégulièrement, elle ingère des pilules de protoiodure. Elle a cependant fait ces derniers mois une cure intensive, interrompue depuis trois semaines pour de la stomatite.

Depuis huit jours est apparue une céphalée vespérale pénible et du délire nocturne qui obligent la malade à rester couchée.

Depuis le début de ces accidents, la malade reste alitée : elle présente, en outre, depuis quelques jours, des vomissements à type cérébral et de la constipation opiniâtre.

Le 13 janvier à l'heure de la visite la malade est calme, ne délire plus, répond bien aux questions posées, mais se plaint de céphalées diffuses. Elle a d'ailleurs des vomissements. Le pouls est à 64, bien frappé, les réflexes tendineux sont normaux. On n'observe ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig. En dehors de la constipation, aucun trouble des sphincters. Les yeux réagissent bien à la lumière, mais aussitôt après la contraction à la lumière une dilatation brusque se produit, sans qu'on éloigne la source lumineuse : ébauche du signe d'Argyll-Robertson. On constate sur les cuisses des papules squameuses et sur l'aile du nez une papule croûteuse de la dimension d'une pièce de un franc.

15 janvier. On pratique une ponction lombaire qui calme la céphalée et rend possible le sommeil. L'hypertension était considérable. Le liquide clair, limpide, contient de très nombreux lymphocytes, 15 à 20 par champ d'immersion, quelques mononucléaires et de très rares polynucléaires ; la recherche du tréponème est négative.

18 janvier. Hier, grande agitation au début de la nuit. Délire incohérent, peu bruyant, avec incontinence des sphincters. Le 18, au moment de la visite, tout délire avait cessé, de même que l'incontinence, mais une céphalée presque intolérable persistant, une seconde ponction lombaire est pratiquée. Le liquide qui sort en jet est clair, ayant une formule semblable à celle du premier liquide retiré.

19 janvier. La ponction lombaire a donné une grande et rapide amélioration. On injecte dans les muscles fessiers 4 centigrammes de mercure, puis 8 centigrammes le 20 janvier, sous forme d'huile grise.

1er février. La céphalée reparaît très vive. Elle s'était atténuée, sans toutefois disparaître complètement le soir. En même temps on constate des vomissements de type cérébral ; le délire réapparaît le 3 février, durant la nuit : on injecte alors 5 centigrammes de calomel.

Le 5 février, à huit heures du matin, aphasie brusque. A l'heure de la visite, la malade vomit et profère des sons inarticulés, dans une agitation extrême. Un peu plus tard, elle dit des phrases courtes, difficilement intelligibles et accuse une vive douleur de tête. La température est à 38°5. Après une nuit agitée, la malade est plus lucide le 6 février. La céphalalgie est très vive, la température à 38°2. Quant aux manifestations cutanées, elles ont à peine régressé.

On fait une troisième ponction lombaire qui montre une tension peu élevée et donne un liquide trouble, laissant un culot volumineux.

On y trouve des éléments très nombreux, et en particulier un certain nombre d'hématies. Le pourcentage des éléments, non compris les globules rouges peu nombreux, donne les résultats suivants :

Lymphocytes	72
Polynucléaires	16
Mononucléaires	12

Il existe en outre de nombreuses cellules endothéliales qui prennent mal les colorants.

La ponction lombaire n'a pas, comme les deux premières explorations, amené d'amélioration sensible.

25 février. L'amélioration a été progressive depuis le 6 février. Trois nouvelles injections de 5 centigrammes de calomel ont été faites.

4 mars. Depuis le 1er mars, la céphalalgie a reparu, peu violente, presque uniquement vespérale et nocturne. Une quatrième ponction lombaire montre une tension élevée et un liquide clair, contenant de nombreux lymphocytes et quelques cellules endothéliales.

8 mars. La céphalée a beaucoup diminué d'intensité, les accidents cutanés sont disparus ou ont laissé place à des macules plus ou moins pigmentées.

15 mars. L'état général est excellent, mais la température persiste un peu au-dessus de la normale (37°4, 37°6). La céphalée réapparait le soir, sans empêcher le sommeil. Elle cède presque totalement à 2 grammes d'iodure de potassium. Les réflexes tendineux sont forts, les signes oculaires ne se sont pas modifiés, mais pupille droite mydriatique.

17 mars. Même état. L'amélioration continue, mais la malade accuse un peu de douleur dans les mouvements de flexion de sa colonne cervicale, douleur qui est disparue le 20 mars. La céphalée vespérale est atténuée, mais cependant persiste.

25 mars. La température est un peu au-dessus de la normale (37°6) et la céphalée redevient plus violente.

27 mars. Hier soir, la céphalée a été plus vive. L'agitation a été marquée toute la nuit et par deux fois sont apparus des vomissements. La température était hier soir à 38°8. On décide une ponction lombaire suivie d'une injection de mercure colloïdal.

La ponction lombaire donne en quelques instants 40 centimètres cubes d'un liquide un peu trouble, très hypertendu. Après centrifugation on y décèle la présence d'éléments nombreux, 40 à 50 par champ d'immersion. Les cellules endothéliales y sont nombreuses, bien colorées par l'hématoxyline. Le pourcentage des leucocytes donne le résultat suivant :

Lymphocytes	33
Mononucléaires	11
Polynucléaires neutrophiles	56
Polynucléaires éosinophiles	0

On injecte alors dans le canal rachidien deux ampoules de mercure colloïdal isotonique préparé par Clin, et dosé de telle sorte que chaque ampoule de 3 centimètres cubes contienne un milligramme et demi de mercure métallique.

Aussitôt l'injection du liquide contenant le mercure colloïdal commencée, la malade accuse des douleurs occipitales intenses.

A peine l'injection des 6 centimètres cubes, contenu des deux ampoules, était-elle faite que des vomissements apparurent avec des douleurs violentes dans la région du sacrum, avec irradiations dans le domaine des nerfs du plexus sacré. Ces douleurs, accompagnées de céphalées, sont si intenses qu'une injection de morphine est rendue nécessaire.

Le 27 mars à quatre heures, soit cinq heures après l'injection de 3 milligrammes de mercure colloïdal, la céphalée a disparu, mais des douleurs très vives persistent dans le domaine du sciatique. La température est à 38°8 comme la veille, le pouls rapide.

Le 28 mars la céphalée a disparu, les douleurs des membres inférieurs sont atténuées, mais aucune miction n'est spontanément possible. De grands bains prolongés ou le cathétérisme peuvent seuls amener une émission d'urine. La température est à 37°2.

Le 1er avril. Les douleurs des nerfs sacrés ont été en diminuant et ont presque disparu. La céphalée n'a pas reparu et le sommeil est redevenu normal. La miction n'est plus troublée et la température est à 37°5. Les réflexes tendineux sont normaux. Le réflexe lumineux reste le même.

Le 5 avril. Tout phénomène douloureux a disparu. La malade se lève. La température reste normale (37°2, 36°8). On fait une ponction lombaire qui donne 10 centimètres cubes de liquide clair, sans hypertension marquée. Le culot de centrifugation est très minime. A l'examen on trouve encore des éléments nombreux, cellules endothéliales vacuolaires, prenant mal les colorants, rares globules rouges, polynucléaires vacuolaires. On trouve dans la plupart des champs d'immersion de 2 à 5 éléments, mais il en est quelques-uns où on en rencontre de 18 à 20. Le pourcentage, fait sur 350 éléments, donne le résultat suivant :

Lymphocytes de dimensions normales	93,2
Grands lymphocytes	5
Mononucléaires	0,5
Polynucléaires neutrophiles	0,3
Polynucléaires éosinophiles	1

Nous insistons sur ce fait que jamais, depuis le début de l'affection, la malade n'avait présenté une pareille amélioration. Toute douleur a disparu, l'état général est excellent, la température est normale. En quelques jours la malade est redevenue gaie, elle reste levée la plus grande partie de la journée et a un sommeil excellent. La réaction méningée thérapeutique a été en somme de très courte durée et les résultats de la médication ont été on ne peut plus satisfaisants.

Si nous étudions les manifestations cliniques des méningites aiguës syphilitiques publiées jusqu'ici, nous voyons que deux groupes peuvent être créés suivant que les phénomènes traduisent un processus diffus d'irritation méningée ou au contraire une tendance à la localisation.

Les méningites syphilitiques aiguës avec symptômes de localisation ont un début des plus variables; cependant il est un symptôme observé le plus fréquemment : c'est la céphalalgie, signe initial observé par tous les auteurs, dominant presque toujours l'ensemble symptomatique, précédant souvent de beaucoup les autres phénomènes méningés. Laubry et Giroux la signalent deux mois avant le début des accidents de la période d'état. Exceptionnellement, les vomissements sont précoces, mais parfois on observe des vertiges prodromiques. Deux fois ce fut la prostration qui ouvrit la scène et deux fois également un ictus fut le signe initial. Ce n'est qu'exceptionnellement que le frisson a été observé au début de la méningite syphilitique avec localisation.

Si le début des phénomènes méningés est variable, non moins polymorphes sont les symptômes de la période d'état.

Cependant, de façon constante, on observe de la céphalée et des troubles moteurs, paralytiques ou convulsifs, traduisant la localisation du processus méningé.

Quoique constante, la céphalée n'est pas le phénomène dominant, car elle est d'une intensité variable et les troubles moteurs dominent l'ensemble symptomatique.

Les paralysies sont le plus communément observées. Diverses modalités en ont été rapportées ; le plus souvent ce sont des monoplégies, des paralysies

du facial ou du moteur oculaire commun, plus rarement des hémiplégies.

Les accès convulsifs sont eux aussi de règle : ils revêtent le type d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne dans la plupart des cas.

Claisse et Joltrain ont observé un accès convulsif simulant la crise comitiale.

Les troubles psychiques présentent deux modalités au cours de ces méningites.

Parfois le délire domine la scène, bruyant, avec grande agitation. Souvent systématisé, il peut revêtir le type de délire de la persécution : c'est ainsi que le malade de Claisse et Joltrain fit une tentative de meurtre.

Dans d'autres cas, loin d'être agité, le malade est dans un état de torpeur qui peut aller jusqu'au coma.

Quant aux autres symptômes de réaction méningée ils sont des plus variables.

La constipation est rare ; les sphincters sont diversement atteints et toutes les modalités peuvent s'observer, depuis l'intégrité jusqu'à l'incontinence ou la rétention.

Les vomissements sont exceptionnels. Seuls Laubry et Giroux constatent le signe de Kernig et la raideur de la nuque.

Même variété dans la réflectivité tendineuse et cutanée. Dans certains cas les réflexes sont exagérés, dans d'autres ils sont abolis; exagération et abolition peuvent se voir alternativement chez le même sujet.

L'inégalité pupillaire est la règle, mais cependant le malade de Constantin n'en présentait pas. Quant au signe d'Argyll-Robertson, il est net dans un cas, ébauché chez deux autres malades, négatif ou non recherché dans le reste des observations.

La température est parfois élevée, atteignant même 40 degrés. Mais elle peut rester normale.

Le pouls est souvent rapide, mais égal et bien frappé.

En somme, la céphalée, les paralysies diverses et les crises convulsives caractérisent avec le délire bruyant ou la torpeur cette forme bien spéciale de méningite aiguë avec localisation. Les signes généraux de réaction méningée, le Kernig, la raideur de la nuque, le vomissement et la constipation manquent dans la plupart des cas.

Bien différentes sont les méningites aiguës diffuses : dans ces cas, on observe presque au complet le syndrome de réaction méningée, si communément rencontré aux cours des affections diverses des enveloppes cérébro-spinales.

Comme dans les méningites tuberculeuses, de longs prodromes précèdent souvent l'apparition des phénomènes caractéristiques. Exceptionnellement, ce sont des modifications de caractère, plus fréquemment des malaises vagues et répétés : mais dans la plupart des cas, c'est la céphalalgie qui apparaît la première.

Rarement le début est brusque : c'est pourtant une perte brusque de connaissance avec frisson et fièvre qui révéla à Debove et Castaigne le début de la méningite.

A la période d'état il s'en faut que la tirade symptomatique caractéristique des méningites se montre au complet.

La céphalalgie est cependant de règle. Diffuse le plus souvent, elle peut être localisée, soit à la moitié gauche comme chez le malade de Brissaud et Brecy, soit au front et à l'occiput comme dans le cas de Widal et Le Sourd.

Plus rares sont les vomissements qui paraissent manquer fréquemment.

La constipation manque souvent et peut même être remplacée par de la diarrhée ou de l'incontinence.

Le signe de Kernig est fréquemment observé, mais la raideur de la nuque est moins communément notée.

Le délire est doux, toujours incohérent ; il fait souvent défaut.

Les réflexes tendineux et cutanés sont des plus variables. Comme dans la forme de méningite avec localisation, toutes les modalités peuvent être observées.

Les réflexes oculaires sont normaux dans la majorité des cas, sauf dans le nôtre, mais dans la plupart on constate l'inégalité pupillaire. Gaillard et d'Œlnitz notent le strabisme chez leur malade.

Les réactions thermiques sont en général marquées; mais la température, irrégulière, peut tomber de 40 à 36 degrés chez le même malade. Dans un seul cas, l'hyperthermie manque.

Sauf chez la malade de Boidin et Weill, le pouls est normal.

L'évolution, des plus variables, se fait souvent en quelques jours, mais elle peut aussi se prolonger durant plusieurs semaines ou même plusieurs mois.

Tel est le tableau clinique des méningites syphilitiques aiguës. Si nous comparons nos deux malades à ceux dont les observations ont été précédemment rapportées, nous voyons qu'ils en diffèrent sur divers points.

C'est ainsi que notre seconde observation montre au cours d'une méningite aiguë syphilitique à caractères diffus une aphasie transitoire, et plus tard un équivalent du signe d'Argyll-Robertson : ce sont là sans doute des symptômes de localisation plus ou moins passagère du processus méningé syphilitique.

D'autre part chez notre premier malade on note un amaigrissement rapide, extrême, comme il est commun d'en observer dans les méningites aiguës ou subaiguës non syphilitiques. Enfin chez lui apparaissent des accidents cutanés secondaires coïncidant avec d'autres accidents cutanés tertiaires et des localisations méningées syphilitiques semblant appartenir au tertiarisme. Or ces phénomènes en apparence difficiles à expliquer se comprennent aisément, si l'on admet avec Mirelli et la plupart des dermatologistes qu'il n'existe à proprement parler ni période secondaire ni période tertiaire mais seulement des accidents précoces, nombreux, diffus, polymorphes et des accidents tardifs plus rares et plus localisés : ce qui est vrai pour les accidents

cutanés s'applique aux accidents méningés; la présence d'une plaque de méningite n'empêche nullement la coexistence d'un processus plus diffus et plus général de méningite aiguë.

La date d'apparition des méningites aiguës syphilitiques semble d'ailleurs expliquer le caractère diffus ou la localisation des symptômes.

Aux périodes initiales de la syphilis, où les tréponèmes sont répandus dans tout l'organisme, correspondent les méningites diffuses aiguës. Chez presque tous les malades on les observe au cours de la première année. Boidin et Weill rapportent même des accidents méningés préroséoliques. Mais de même qu'on peut observer dès les premiers mois des accidents cutanés ou muqueux graves par prédominance en un point de l'infection syphilitique, de même on trouve de façon précoce des accidents graves de syphilis méningée localisée. Ainsi moururent les malades de Sicard et Roussy, de Constantin présentant des accidents de méningite diffuse, avec plaques de méningite localisée en certains points.

Plus tardives sont les formes localisées de la méningite syphilitique. Elles apparaissent à une période où les tréponèmes ne sont plus épars dans l'organisme, mais ont tendance à se réunir en certains points. Aussi est-ce de sept à neuf ans après le chancre qu'on observe généralement ces processus de méningite syphilitique localisée. Mais là comme dans beaucoup de cas de syphilis localisée la date de l'accident primaire manque souvent.

Plusieurs des méningites syphilitiques se sont terminées par la mort et l'examen nécropsique a pu être pratiqué. Il a montré une infiltration embryonnaire diffuse des espaces sous-arachnoïdiens avec un aspect vernissé de l'encéphale. Cestan a trouvé des plaques de méningite organisée dans le cas de Constantin et dans deux observations on note la thrombose de la sylvienne.

Mais dans les cas où la guérison est survenue nous avons des renseignements anatomiques importants donnés par l'étude cytologique du liquide céphalo-rachidien. Or l'examen du liquide a donné des résultats comparables dans les formes localisées et diffuses.

Souvent hypertendu le liquide est habituellement clair, plus rarement opalescent ou trouble.

Les leucocytes sont abondants dans tous les cas, et leur nombre diminue quand s'amendent les accidents.

Dans quatre observations on note de nombreuses cellules endothéliales et aussi de grands mononucléaires. Ces éléments, de même que les polynucléaires, sont d'autant plus abondants qu'on étudie le liquide céphalo-rachidien à une période plus aiguë de la maladie. D'ailleurs la polynucléose du liquide céphalo-rachidien n'est pas rare au cours des lésions syphilitiques du névraxe ou de ses enveloppes comme l'a bien montré Bonnet.

Notons enfin qu'après injection de métaux colloïdaux, mercure ou argent, on observe communément des polynucléaires éosinophiles.

La recherche du tréponème n'a donné de résultats positifs dans aucun des cas rapportés jusqu'ici (1).

Les conditions étiologiques régissant l'apparition des phénomènes méningés syphilitiques nous semblent difficiles à préciser. Deux malades sont décrits comme ayant un mauvais état général, un autre est alcoolique, un autre est hystérique; pour le reste aucune tare ne paraît exister.

La syphilis capable de déterminer ces accidents se manifeste-t-elle par des phénomènes cutanés graves? Il semble que cela soit vrai dans bon nombre de cas. Chez six malades les premiers accidents cutanés ont été rebelles. Malgré un traitement intensif, le sujet de notre première observation présenta au cours du traitement des accidents cutanés rebelles et profus. Ce ne fut que lentement que les syphilides cédèrent au calomel dans notre seconde observation. Deux observations montrent des syphilides à déterminations tégumentaires bénignes; il en était ainsi chez notre premier malade qui paraît être resté sept ans sans accidents cutanés ou muqueux. Dans trois cas la syphilis est diagnostiquée par exclusion et sans qu'aucun signe la puisse faire affirmer.

C'est la nécropsie seule qui assure le diagnostic de Bouchard et Cornil. La constatation d'une exostose permet à Laubry et Giroux de rapporter à la syphilis une méningite aiguë qui cède au traitement spécifique. Il s'en faut donc de beaucoup que les méningites aiguës syphilitiques correspondent toujours à des syphilis cutanées de forme sévère.

Un fait en tous cas est digne d'être noté, c'est que dans nombre de cas le traitement mercuriel n'a eu aucune influence prophylactique sur l'apparition des accidents méningés.

Souvent le traitement pilulaire de protoiodure était le seul institué : le considérant comme inefficace et très insuffisant, nous ne nous étonnons pas de le voir impuissant à empêcher les accidents méningés qui surviennent au cours même de la cure. Mais nous voyons chez deux malades survenir les accidents méningés immédiatement après des séries prolongées d'injections de sels solubles. Le malade de Debove et Castaigne venait de subir une cure par frictions d'onguent napolitain quand survint la méningite. Enfin trois malades étaient traités à l'huile grise : notre première observation montre l'apparition des accidents à la fin d'une longue série d'injections d'huile grise.

Enfin nous attirerons l'attention sur ce fait que le traitement intensif par le calomel ou les sels solubles donne des résultats curatifs remarquables dans la plupart des cas. Néanmoins il n'en est pas toujours ainsi et l'on peut observer certains accidents méningés persistant sous une forme plus ou moins atténuée alors que toutes les autres manifestations spécifiques cutanées, muqueuses ou osseuses ont complètement disparu. Autrement dit l'action thérapeutique de la médication mercurielle semble moins puissante sur la plupart des accidents méningés que

(1) Gaucher et Merle ont trouvé des tréponèmes dans le liquide céphalo-rachidien, dans un cas d'hémiplégie syphilitique précoce; l'ultra-microscope seul a permis de déceler les tréponèmes que ne montrent pas les colorants au microscope.

sur les manifestations d'ordre différent. Aussi a-t-il paru logique de chercher à agir d'une façon plus directe par des injections locales intra-rachidiennes de sels mercuriels sur les lésions, en luttant du côté du système nerveux. Mosny et M. Pinard ont ainsi injecté de l'argent colloïdal au cours de paraplégies syphilitiques. Claude et Lhermitte ont dans le même cas employé le mercure colloïdal que nous avons, ainsi que Claisse et Joltrain, injecté dans les méningites aiguës.

Cet essai thérapeutique semble avoir donné d'excellents résultats. Chez le malade qui fait le sujet de notre seconde observation et qui malgré un traitement très régulièrement institué d'injections de calomel présentait encore des symptômes évidents de réaction méningée, caractérisés cliniquement soit par des céphalées rebelles, soit par des vomissements avec excitation cérébrale intermittente et élévation thermique, nous eûmes recours à une injection intra-rachidienne de mercure colloïdal. Comme dans les cas de Claude et Lhermitte une réaction méningée fut la conséquence de cette intervention. Les phénomènes furent particulièrement marqués; la céphalée, les douleurs irradiées dans le domaine du plexus sacré furent si vives qu'une injection de morphine fut nécessaire. Enfin durant deux jours la rétention d'urine fut complète. Mais rapidement disparurent ces phénomènes et l'amélioration du processus méningé syphilitique fut évidente. C'est là, croyons-nous, une méthode capable de rendre les plus signalés services dans les cas rebelles.

Le pronostic des méningites aiguës syphilitiques est sévère. Gilbert Ballet et A. Barbier observent la mort dans une forme précoce diffuse, trois formes précoces avec localisation ont une terminaison fatale. Le malade de Hayem et Bensaude fait un an après sa sortie du service une parésie guérie rapidement d'ailleurs par le traitement mercuriel. Souvent persistent quelques troubles cérébraux, des parésies, des modifications de la réflectivité tendineuse ou oculaire qui traduisent la lésion méningée guérie incomplètement.

Que deviennent ces malades? Quel est leur avenir? Il est certain que quelques-uns guérissent de façon définitive, mais un certain nombre d'entre eux restent diminués au point de vue cérébral, conservent un déficit plus ou moins considérable de leurs facultés intellectuelles.

Actuellement notre malade B..., s'il peut être considéré comme guéri des graves accidents dont il a été atteint, si les contractures et les troubles des réservoirs qu'il a présentés ont disparu, si la marche est devenue normale, n'a pas cependant, on peut l'affirmer, retrouvé son état de santé habituel quand on l'entend parler d'une façon aussi embarrassée, avec ce tremblement encore si accentué des lèvres et de la langue, on ne peut pas ne pas penser à la paralysie générale progressive, malgré l'absence actuelle de tout symptôme délirant. L'avenir seul nous dira jusqu'à quel point les lésions méningées ont pu régresser ou bien s'il est possible de voir à des accidents aigus succéder l'ensemble clinique qui caractérise la paralysie générale progressive vraie ou bien encore s'il s'agit de cette pseudo-paralysie générale syphilitique décrite par Manet, dont le diagnostic différentiel est particulièrement délicat et dont la marche évolutive tend généralement vers la régression. Ce sont là des questions que nous ne pouvons que poser sans les résoudre et auxquelles l'observation ultérieure longtemps prolongée pourrait seule permettre de répondre. Ce que l'on peut affirmer en tous cas, c'est qu'en dehors de son pronostic immédiat toujours grave la méningite syphilitique est susceptible de laisser après elle des séquelles dont la guérison définitive reste encore douteuse.

BIBLIOGRAPHIE

Bouchard et Cornil. In *Leçons de la Charité*, 27 mai 1873. — Pic et Regaud. *Province méd.*, 1895. — Hayem et Bensaude. In Th. de Drouet, Paris, 1904-1905. — Widal et Le Sourd. Méningite aiguë, guérison par le traitement antisyphilitique. Lymphocytose, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1902, p. 127. — Brissaud et Brécy. Méningite aiguë guérie par le traitement antisyphilitique, *Soc. méd. des hôpit.*, 12 juin 1902. — Gaillard et d'Œlnitz. Méningite aiguë syphilitique rapidement guérie par les injections mercurielles, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1902, p. 667. — Debove, leçon rédigée par Castaigne, *Gazette hebdom.*, 18 sept. 1901. — Boidin et Weill. Méningite syphilitique secondaire aiguë préroséolique, *Presse méd.*, 1907, n° 85. — Ch. Laubry et Giroux. *Tribune méd.*, 1907. — Sicard et Roussy. Méningite aiguë syphilitique. Evolution sept mois après le chancre au cours du traitement syphilitique, *Arch. de neurol.*, 1904, p. 491. — Constantin. Syphilis cérébrale précoce, artérite, méningite, mort, *Soc. de dermat.*, 6 déc. 1906. — Claisse et Joltrain. Méningite syphilitique avec guérison, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 fév. 1908. — Gilbert Ballet et A. Barbier. Un cas de méningite syphilitique avec autopsie, *Revue de neurol.*, 15 avril 1908. — Raoul de Coux. *Méningites aiguës syphilitiques, essai de classification*, Th. de Paris, 1908, n° 445. — Bensaude et Rivet. Méningite syphilitique, *Arch. gén. de méd.*, nov. 1904. — Sézary. Processus histologique de réaction syphilitique secondaire des méninges, *Soc. de biol.*, 10 avril 1908. — Bonnet. La polynucléose du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis, *Lyon méd.*, 1906, p. 993. — Mirelli. Ce qu'on appelle période tertiaire de la syphilis, *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pel.* — Renaut. Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques secondaires, *Ann. de dermat.*, juillet 1903. — Widal. Cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1903, p. 110. — Mosny et Pinard. Paraplégie spasmodique syphilitique. Electrargol rachidien, *Soc. méd. des hôpit.*, 19 juin 1908. — Claude et Lhermitte. Sur le traitement de la syphilis cérébro-spinale par les injections de mercure colloïdal, *Soc. de biol.*, 18 janv. 1908. — Gaucher et Pierre Merle. Le treponema pallidum dans le liquide céphalo-rachidien, au cours de la syphilis acquise des centres nerveux, *Acad. des sciences*, 29 mars 1909.

FORMULAIRE

FOLLICULITES DU COL DE L'UTÉRUS

Injections chaudes tous les jours avec 4 litres d'eau bouilli contenant deux cuillerées à café de :

Naphtol	5 grammes.
Alcoolat de Lavande	200 —

Appliquer ensuite un tampon imbibé de :

Thigénol	50 grammes.
Glycérine neutre	150 —

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1909)

La méningite cérébro-spinale. — Dans une remarquable communication, M. VAILLARD a mis au point la question de la méningite cérébro-spinale. La clarté de l'exposition, la rigueur de la documentation, la sagesse des conclusions en font une œuvre de tout premier ordre et qui honore grandement l'Académie.

Il est hors de doute que cette maladie qu'on croyait, à tort, exclusivement militaire, et qui a été longtemps très rare, est devenue beaucoup plus fréquente. Elle était devenue tellement rare que bien des cas ont pu passer inaperçus et qu'on a dû faire des diagnostics rétrospectifs.

Après les grandes épidémies qui ont été observées autrefois, de 1837 à 1851, la méningite cérébro-spinale avait restreint ses atteintes. De 1888 à 1908, on a relevé, dans l'armée, 730 cas, sur lesquels on compte 402 décès. A partir de 1905, elle devient plus fréquente, et la progression depuis cette année 1905 va toujours croissant, ainsi que le montrent les chiffres suivants : en 1904, 33 cas; en 1905, 71; en 1906, 111; en 1907, 108; en 1908, 110; dans les trois premiers mois de 1909, 139, sur lesquels on relève 38 décès. Cette dernière épidémie a sévi sur quarante-cinq garnisons. Elle s'est diffusée, mais elle a surtout atteint les régions de l'Est et de l'Ouest. D'assez nombreux cas avaient été relevés à Cherbourg, dans le Calvados, et particulièrement à Evreux, avant janvier 1909. La maladie existait déjà dans l'Eure, quand de janvier à mars on relève 5 cas dont 4 sur des enfants et 1 sur un adulte.

La garnison d'Evreux comprend deux régiments, un régiment de cavalerie et un régiment d'infanterie.

La méningite cérébro-spinale s'est montrée au moment des grands froids et au cours d'une épidémie de grippe. Ces deux facteurs, le froid et la grippe, doivent être pris en considération. Elle s'est développée, principalement dans le régiment de cavalerie, à une période où 102 réservistes sont venus du Calvados.

Le premier cas a été observé le 22 janvier et s'est rapidement terminé par la mort. Le 8 février, on constate une seconde atteinte également mortelle en quinze heures. Le 12 février, 2 nouveaux cas, dont l'un fut foudroyant. A dater du 15 février, les atteintes se multiplient. La contagion de l'affection se révèle par ce fait que ce sont des hommes de la même chambrée, des voisins de lit qui sont pris. A l'hôpital, un infirmier contracte la maladie. En même temps, on relève 3 cas dans la population civile, celui d'une jeune fille qui voisinait un peu trop avec les dragons, celui d'un garçon du café que fréquentaient les dragons, celui, enfin, d'un autre garçon d'un café également fréquenté par les dragons.

On peut suivre ensuite la répercussion de l'épidémie chez les réservistes, rentrés dans leurs foyers où ils sont pris à leur tour et infectent leurs familles.

L'agent infectieux de la méningite cérébro-spinale a été transporté à Evreux par des porteurs de germes, eux-mêmes indemnes. Des réservistes, également indemnes, mais aussi porteurs de germes, ont été semer la méningite cérébro-spinale autour d'eux. C'est ainsi que trois cas se produisirent dans une famille de bûcherons, habitant dans un endroit isolé ; un enfant de neuf ans, un enfant de six mois et le grand-père de ces deux enfants ont été infectés par le retour du père, réserviste, dans sa famille; celui-ci est examiné par M. Dopter qui trouve, dans sa cavité naso-pharyngienne, le méningocoque. Le même fait se produit dans le Calvados : un réserviste, revenu dans ses foyers, contamine sa jeune domestique, sa femme, âgée de vingt ans, et un valet de ferme âgé de quinze ans; l'examen de ses mucosités pharyngiennes y révèle aussi la présence du méningocoque ; 4 cas dont 2 décès se produisent ainsi du 22 février au 2 mars.

Un réserviste, en sortant du régiment, va se reposer cinq jours dans sa famille; deux jours après son départ la femme et un enfant de neuf ans sont simultanément atteints. Le 26 février, ce même réserviste va reprendre son service dans la ferme qui l'employait et y contamine deux personnes. Donc ce même réserviste, séjournant successivement dans deux familles différentes, y produit cinq cas de méningite cérébro-spinale. Même examen positif de sa cavité naso-pharyngienne.

M. Vaillard rapporte encore deux exemples du même genre.

De ces faits, M. Vaillard se croit en droit de tirer les conclusions suivantes :

1° La méningite cérébro-spinale est plus transmissible qu'on ne l'a cru et qu'on ne l'a dit jusqu'ici. Il est bien certain que cette affection se transmet par le passage direct du méningocoque d'un sujet à un autre. Le fait de parler, de tousser, d'éternuer, de se moucher suffit pour répandre le germe de la maladie.

2° Le malade et le convalescent ne sont pas seuls contaminants. Les porteurs de germes restés sains transmettent également la méningite cérébro-spinale. M. Vaillard a cité des faits dans lesquels on a pu constater le flagrant délit d'homicide involontaire. Il est impossible de se désintéresser de ces faits.

On a souvent montré une certaine tendance à nier les bienfaits de la bactériologie; on a souri parfois de ses prétentions. En l'espèce, elle a pourtant fait la lumière, et la vérité a paru à travers l'indifférence et l'incrédulité.

M. Vaillard arrive à la *sérothérapie*. Il rappelle ce qu'en a déjà dit M. Netter. On sait dans quelles proportions l'emploi du sérum antiméningococcique a fait baisser la mortalité par méningite cérébro-spinale. Voyons ce que nous donnent les chiffres relevés par M. Vaillard : il y a eu, jusqu'ici, 43 cas de méningite cérébro-spinale à Evreux, 48 dans le département de l'Eure. Les cinq cas initiaux de l'épidémie militaire d'Evreux, non traités par le sérum, ont été suivis de mort. Les 14 malades suivants ont été traités par le sérum. Sur ces 14 malades, on ne compte que 3 décès; 24 malades non traités par le sérum ont donné 16 morts, soit 70,6 p. 100 de mortalité; 24 malades traités par le sérum ont donné 4 décès, soit 16,6 p. 100 de mortalité. Ces chiffres se passent de commentaires.

Nous sommes donc en possession d'un moyen spécifique d'enrayer la méningite cérébro-spinale. Ce moyen, c'est l'injection dans le rachis de 20 à 30 centimètres cubes de sérum antiméningococcique. Ces doses doivent être répétées plusieurs fois, selon la durée de la maladie. Chez l'enfant, la dose à injecter doit être de 10 à 20 centigrammes. Dans les formes très graves de la maladie, on doit aller jusqu'à 8, 10 et 11 injections. Plusieurs malades de l'épidémie d'Evreux ont reçu plus de 200 centimètres cubes de sérum, sans présenter aucun accident.

Dès l'application du sérum, on constate un soulagement immédiat. La céphalée, la contracture, la fièvre disparaissent; la raideur de la nuque s'efface. On assiste à de véritables résurrections. Il y a parfois des rechutes. Un seul malade en a eu cinq et a fini par succomber. Il est certaines formes cliniques dans lesquelles il convient d'injecter le sérum, à la fois dans le rachis et sous la peau. Ce sont surtout les formes à purpura septicémique, à exanthèmes graves, plus ou moins généralisés et qui sont l'indice d'une infection des plus graves. Cette septicémie est due à l'introduction du microcoque dans le sang.

L'efficacité du sérum est indéniable. La science peut se montrer fière de cette nouvelle conquête de la thérapeutique microbienne.

En présence d'une épidémie de méningite cérébro-spinale, quelles sont les *mesures prophylactiques* à prendre ?

La méningite cérébro-spinale est contagieuse. Son microbe siège dans le naso-pharynx, y végète et de là gagne les méninges. La contagion est très facile dans l'entourage immédiat du malade, mais elle n'entraîne pas la méningite ; le contagionné reste indemne tant que le microbe reste cantonné sur la muqueuse naso-pharyngienne. C'est l'infection ultérieure des méninges qui constitue la maladie, mais les porteurs de germes n'en sont pas moins des dispensateurs inconscients de cette terrible maladie. Il faut donc prendre des mesures contre eux. Ces mesures consistent dans la recherche et l'isolement de tout sujet porteur de méningocoques et dans la désinfection de ses effets. Ces mesures doivent être appliquées à bon escient.

Pour enrayer les épidémies à l'aide de ces mesures, il importe que le diagnostic de la méningite cérébro-spinale soit aussi précoce que possible.

La prophylaxie employée dans l'armée dérive de ces notions : 1° le malade doit être isolé à l'hôpital ; 2° ses voisins immédiats doivent être également isolés et mis en observation pendant une quinzaine de jours ; 3° tous les hommes occupant la chambrée doivent être séparés de la collectivité, soit à la caserne même, soit à distance ; 4° tout homme reconnu porteur de germes, après examen bactériologique, doit être isolé et on doit aussitôt pratiquer l'antisepsie des fosses nasales ; 5° tout sujet guéri doit être, pendant longtemps, l'objet d'examens bactériologiques fréquents ; 6° il faut procéder à la désinfection des locaux, des linges de corps et surtout des mouchoirs.

Ces mesures ont été appliquées à 370 individualités, à Evreux. Le nombre des porteurs de germes reconnus a été de 78. Grâce à l'application de ces mesures on est parvenu à enrayer une épidémie qui s'annonçait très menaçante.

Telles sont les mesures qui sont édictées dans l'armée. Elles le sont déjà dans l'armée allemande depuis 1907. Ici la discipline seconde les efforts de la préservation, mais en sera-t-il de même pour la population civile ? Cela est fort douteux et fort inquiétant. En effet, la graine est maintenant disséminée et il y a lieu de craindre un retour offensif avec le retour de l'hiver. C'est à ceux qui ont pour charge de préserver la santé publique qu'il appartient de faire bonne garde.

Puisse l'avertissement de M. Vaillard être entendu !

La place que nous avons dû consacrer à une analyse, encore trop succincte, du travail de M. Vaillard nous oblige à être très bref sur d'autres communications pourtant très intéressantes.

Les émigrants et l'ophtalmie granuleuse. — M. Chantemesse appelle l'attention de l'Académie sur un vœu qu'elle a déjà émis relativement à la revision de la loi sur les émigrants. Sans parler du choléra et de beaucoup d'autres affections qu'ils peuvent nous apporter, M. Chantemesse fait observer que le danger existe également pour des affections moins graves. Telle l'ophtalmie granuleuse. Sur 288 cas d'ophtalmies granuleuses qui se sont présentés à la consultation de l'hospice des Quinze-Vingts en 1907 et 1908, 166 provenaient des quartiers limitrophes où logent beaucoup d'émigrants. Il y a donc là un nouveau danger pour la population parisienne. Il faut reviser la loi sur les émigrants.

La descendance des paralytiques généraux. — Très intéressante la lecture faite par M. Ballet sur ce sujet.

Avant la notion, aujourd'hui acquise, de la nature spécifique infectieuse de la paralysie générale, on croyait généralement que cette maladie entraînait une tare nerveuse pour les descendants. C'est là une hypothèse qui, pour M. Ballet, est une erreur. La paralysie générale est une maladie d'origine spécifique qui n'a aucune parenté avec les maladies psychiques fonctionnelles. Elle résulte d'une lésion toxique accidentelle des cellules, des vaisseaux et de la névroglie. C'est une maladie du système nerveux par sa localisation et non par sa nature.

M. Ballet a pu suivre 50 enfants de paralytiques généraux, âgés de vingt-cinq à trente ans. Sur ce nombre, il relève 2 épileptiques, 2 psychoses du doute, 3 nerveux. Tous les autres sont sans la moindre tare nerveuse.

En résumé, la paralysie générale est une maladie accidentelle. C'est une maladie qui se localise sur le système nerveux, ce n'est pas une maladie nerveuse.

Nous avons encore à signaler deux lectures, l'une de M. Gaucher sur la **tétragénie**, l'autre de M. Voisin sur la **délinquance infantile**. Mais la place nous manque.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 24 avril 1909)

Du lever précoce après les laparotomies et l'accouchement (*suite*). — M. Lapointe déclare qu'il rejette absolument la pratique qui consiste à faire lever les opérés dès le douxième jour à la suite de certaines opérations abdominales. Mais il est partisan de la diminution de l'alitement (dix à douze jours) et de l'hospitalisation (quinze jours) pour l'appendicite à froid, certaines hystérectomies vaginales sans pince à demeure et pour toutes les laparotomies dans lesquelles il a pu employer l'incision transversale sus-pubienne, suivant la technique de Pfannenstiel.

M. Ozenne ne croit pas qu'il faille accepter à la lettre la proposition de M. Lance. Contre cette manière d'agir, il cite un cas d'embolie observée par lui, et survenue au treizième jour après une hystérectomie vaginale pour fibrome, opérée sans incidents et sans fièvre consécutive. Il estime qu'il n'y a pas de règle absolue à poser à propos du lever précoce : il doit dépendre de l'état constitutionnel de la malade, de la nature de l'opération et de ses suites.

M. Mouchet vante les avantages de l'incision abdominale suivant la technique de Pfannenstiel qui, employée toutes les fois qu'elle sera possible, permettra de raccourcir la durée du séjour au lit des opérés.

M. Bouloumié offre à la Société de médecine le volume qu'il vient de publier : *Vingt jours parmi les sinistrés*, sur le désastre italien, l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux de Naples, l'état psychique des sinistrés, la proportion des blessés aux tués, la nature et l'évolution des blessures, l'organisation et le fonctionnement des secours, pouvant intéresser spécialement les médecins.

Traitement de la furonculose par un vaccin antistaphylococcique. — M. A. Maute rapporte les résultats qu'il a obtenus dans la furonculose en injectant un vaccin antistaphylococcique, préparé en émulsionnant dans le sérum physiologique le staphylocoque isolé des propres lésions du malade en traitement, dans la proportion de 250 millions de microbes par centimètre cube, après stérilisation par chauffage discontinu à 53 degrés. La bactériothérapie a non seulement permis d'abréger l'évolution des éléments en activité, mais surtout l'observation de malades présentant des furoncles en série a montré à l'auteur que le vaccin était doué d'un pouvoir empêchant incontestable sur le développement de nouveaux furoncles.

Trépanation, curetage et drainage du sinus maxillaire par voie nasale. — M. G. Mahu. Il s'agit d'un procédé simple pour la cure radicale de la sinusite maxillaire chronique : 1° en trépanant la paroi sinuso-nasale, après résection de tout ou partie du cornet inférieur, à l'aide d'une *cisaille perforatrice* imaginée par l'auteur ; 2° en curettant la cavité à l'aide de *curettes à tiges malléables* qui peuvent prendre toutes les formes possibles au fur et à mesure des besoins.

Résultats : réduction considérable de la durée de l'opération, de la perte de sang et du choc opératoire.

M. Dubar estime que l'opération préconisée par M. Mahu constitue une opération intermédiaire entre la simple ponction du sinus et la cure radicale. Bien des sinusites maxillaires chroniques guérissent par de simples lavages du sinus, pratiqués par la voie endo-nasale. Le procédé préconisé par l'auteur constitue une modification importante à retenir et à utiliser.

Considérations sur le mode de transmission des gastro-entérites aiguës infantiles. — M. Margain insiste sur le rôle d'agents propagateurs que jouent les insectes buveurs de lait, comme les mouches, et y voit une application de l'influence estivale et des différences de morbidité qu'on observe chez les nourrissons suivant les divers modes d'allaitement. Il discute ensuite les caractères de spécificité qu'on peut exiger d'un microbe pathogène provenant des selles diarrhéiques du nourrisson et conclut en préconisant l'isolement des enfants sous moustiquaires.

L'exercice illégal de la kinésithérapie par les Suédois. — M. Maurice Faure montre que la pratique du massage, de la gymnastique médicale et de toutes les thérapeutiques voisines réunies sous le nom de kinésithérapie, est trop souvent abandonnée à des auxiliaires non médecins, et il en résulte pour les malades des dommages appréciables. Il faut savoir que cette pratique est illégale et que le médecin qui la recommande peut être taxé de négligence et poursuivi par le malade en cas d'accident et par les syndicats médicaux pour complicité d'exercice illégal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 22 avril 1909)

Sélections sucrées isotoniques pour injections massives. — Rappelant les accidents que peuvent provoquer les injections de sérum artificiel, même isotoniques, MM. J. Labougle et Boutin proposent de remplacer le NaCl par du sucre. A la dose de 10g30 de sucre pur (candi) pour 100 grammes d'eau distillée, ils donnent une solution parfaitement isotonique ayant un degré cryoscopique égal à celui du sérum sanguin, sans toxicité, et qui fut employé à dose massive et avec le plus grand succès, chez des malades graves : typhoïdiques, paludéens, septicémiques.

Ces injections sucrées ont les mêmes effets favorables que les injections de sérum salé, sans en présenter les dangers; on peut les utiliser sans crainte même chez des sujets ayant de l'albuminurie; elles provoquent en outre une diurèse extrêmement abondante. La seule contre-indication est le diabète.

Les procédés d'épuration des eaux en campagne. (Discussion.) — Au cours de cette discussion, une part importante a été faite à la stérilisation par l'ozone. Mais un des inconvénients de ce procédé est de nécessiter des appareils délicats, volumineux, d'un transport difficile.

M. Romary rappelle qu'il est possible de produire l'ozone par différents procédés chimiques, en particulier par la décomposition des persulfates alcalins. Il pense qu'on pourrait obtenir des ampoules dosées ou mieux encore des comprimés dont l'emploi serait des plus faibles.

Une autre méthode qui paraît destinée à donner d'heureux résultats est la stérilisation par les rayons ultra-violets, à l'aide de lampes en quartz à vapeur de mercure, dont les premiers résultats ont été exposés par MM. J. Courmont et Th. Nogier, à l'Académie des sciences.

Etiologie de la fièvre typhoïde. — M. Em. Rouyer, contrairement à l opinion émise précédemment par M. Laplanche, ne croit pas que l'infection des mains joue un rôle important dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. Il est convaincu que, le plus souvent, même dans les cas isolés, le rôle funeste de l'eau peut se retrouver à l'origine des atteintes de fièvre typhoïde. Il cite plusieurs observations suggestives à l'appui,

Vingt jours après une manœuvre aux environs de Vouziers, trois hommes sont pris simultanément de fièvre typhoïde. L'enquête montre qu'ils ont bu l'eau d'un puits situé à proximité des latrines d'une maison où ils avaient cantonné et où se trouvait une femme en pleine évolution d'une dothiénentérie.

Deux chasseurs à pied de Saint-Dié, un soldat ordonnance du train au cours de manœuvres de garnison, consomment, malgré les défenses rigoureuses, l'eau de puits reconnus contaminés. Seuls de tous leurs camarades, ils contractent la fièvre typhoïde. Aussi l'auteur conclut-il que s'il fait bien de veiller attentivement à la propreté de la bouche et des mains des hommes, le médecin doit toujours mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour faire consommer aux soldats de l'eau pure ou assainie.

M. Hémery relate une épidémie localisée, observée à Sedan, à la suite de réparations intérieures pratiquées dans une maison. Les travaux mirent à jour une ancienne fosse d'aisance inutilisée depuis trente ans, dont l'existence était insoupçonnée et qui dut être vidée en raison de l'importance du contenu et des émanations qu'elle dégageait. L'évacuation des matières se fit par le couloir et la porte d'entrée de l'immeuble. Successivement, six personnes dont quatre habitant la maison et deux terrassiers contractèrent la fièvre typhoïde.

M. Rudler fait une communication sur les rapports de la fièvre typhoïde de l'homme et du cheval. Certains auteurs ayant cru voir une corrélation entre des épidémies de fièvre typhoïde et des épizooties similaires signalées chez le cheval, M. Rudler, appuyé par les avis autorisés des professeurs Cadiot et Leclainche, démontre qu'il n'y a aucun rapport étiologique entre ces deux affections.

Rein unique. — M. Scherrer présente un rein anormal trouvé à l'autopsie d'un malade mort de pneumonie compliquée de méningite.

Ce rein était unique, lobulé, de forme générale quadrilatère, et s'étendait transversalement au devant de la première vertèbre lombaire. Il présentait deux pédicules vasculaires et deux uretères, le gauche sensiblement plus développé que le droit.

NOTES POUR L'INTERNAT

TARSALGIE DES ADOLESCENTS

Définition. — Encore appelée pied plat valgus douloureux, c'est une malformation acquise survenant pendant l'adolescence, s'accompagnant de gêne fonctionnelle et de douleur.

Étiologie. — Elle apparaît au moment du plein développement, coïncidant avec une poussée de croissance exagérée, vers quatorze ou quinze ans surtout; elle est exceptionnelle après vingt-cinq ans. On l'observe beaucoup plus souvent chez les garçons que chez les filles. On a noté comme causes prédisposantes : le rachitisme (la scoliose s'accompagne assez fréquemment de pied plat) et l'hérédité. Mais la notion étiologique qui prédomine d'une façon évidente est le *surmenage, dans la station debout*; aussi l'observe-t-on le plus souvent chez des apprentis que leur métier force à rester debout toute la journée, beaucoup moins chez les adolescents de la classe aisée.

On a incriminé parfois la chaussure qui peut en effet intervenir lorsque chez un sujet qui fatigue elle n'est pas suffisamment cambrée pour soutenir le pied.

SYMPTOMES. — I. PÉRIODE DE DÉBUT. — *Signes fonctionnels.* — Il s'agit d'un adolescent qui vient consulter pour des *douleurs vagues* siégeant dans l'arrière-pied, devant la malléole interne. Elles sont surtout vives le soir, augmentant progressivement pendant la journée.

Elles déterminent une *claudication* légère, la marche est pénible, surtout pour monter les escaliers. Ces deux phénomènes, plus intenses après la fatigue de la journée, disparaissent complètement pendant la nuit et ne reviennent qu'après un nouveau travail.

A l'examen. — On trouve un *aplatissement* variable de la voûte plantaire, visible à la simple inspection. Il est plus apparent lorsque le sujet est debout, le creux interne normal est effacé et le bord interne touche presque le sol; l'empreinte, inutile pratiquement, montre l'élargissement de la surface de contact.

La douleur, à la pression, est peu exagérée; on peut cependant la localiser d'une façon plus précise dans la médiotarsienne et la cunéo-premier-métatarsienne.

II. PÉRIODE DE PIED PLAT VALGUS INTERMITTENT. — *Signes fonctionnels.* — Au bout de quelque temps, la douleur augmente, apparaît de plus en plus tôt dans la journée, elle irradie parfois jusque dans la jambe et s'exaspère par moment de façon à forcer le malade à un alitement de quelques jours.

A l'examen. — Si le malade est couché, on voit simplement le pied aplati.

Le malade étant debout, il se transforme en pied plat *valgus* : le bord interne est abaissé, épaissi, présentant d'arrière en avant les trois saillies très exagérées de la malléole, de l'astragale et du scaphoïde.

Le pied est donc relevé en dehors et on voit la saillie des tendons du jambier antérieur des extenseurs et des péroniers. On constate d'ailleurs que le malade use sa chaussure en dedans.

Le pied est *contracturé*. Si on le secoue en tenant la jambe il ne ballotte pas comme un pied normal, mais reste raidi. En y regardant de plus près, on trouve une grande limitation des mouvements de la sous-astragalienne et de la médiotarsienne.

On constate très souvent, non toujours, une *parésie du long péronier latéral* et souvent du jambier postérieur. Si on appuie sur la face plantaire de la tête du premier métatarsien, le malade ne peut pas résister.

Enfin, il y a parfois un peu d'œdème du pied.

Par le repos prolongé, le valgus s'atténue pendant que les douleurs disparaissent, mais l'aplatissement persiste.

III. PÉRIODE DE PIED PLAT VALGUS PERMANENT. — Si le surmenage continue, la lésion se fixe.

A l'examen. — On voit la déformation très accentuée, la malléole interne et l'astragale touchent presque le sol; le scaphoïde et le premier cunéiforme sont déviés en dehors, le gros orteil fléchi; l'axe de la jambe tombe en dedans du pied.

L'immobilisation du pied par ankylose plus ou moins complète de la sous-astragalienne et de la médiotarsienne est définitive; on y trouve quelques craquements d'arthrite sèche.

A l'examen électrique, le long péronier ne réagit plus; le court, au contraire, est sain et tend à exagérer la déformation.

Par le repos, la douleur seule disparaît et la déformation en pied plat valgus reste persistante.

ÉVOLUTION. — Elle est assez variable. Dans les cas légers, la guérison est amenée en quelques mois par le repos et le changement de profession.

Les cas graves, au contraire, évoluent progressivement, parfois malgré le repos, récidivant chaque fois que le malade recommence à marcher, aboutissant à l'ankylose qui fixe la déformation.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est généralement facile. Un peu d'attention permet de distinguer la tarsalgie d'un certain nombre de déformations.

1° Le *pied plat congénital* est indolore, il peut prédisposer à la tarsalgie;

2° Le *pied valgus traumatique* se rattache à des antécédents de fracture malléolaire ou calcanéenne;

3° Le *pied valgus par déformation rachitique* évolue tout différemment;

4° Le *pied plat paralytique*, consécutif à une paralysie infantile, présente un pied ballant, la paralysie est flasque;

5° L'*atrophie musculaire progressive* peut se localiser d'abord sur le long péronier latéral, mais elle s'étend assez rapidement à d'autres muscles;

6° Les *contractures du long péronier* ne peuvent être confondues, puisqu'elles donnent un pied creux valgus, s'aplatissant seulement un peu dans la station debout;

7° L'*hystérie* peut simuler la tarsalgie, quoique imparfaitement;

8° La *métatarsalgie* donne une douleur localisée sur les métatarso-phalangiennes;

9° Les *arthrites tuberculeuses médiotarsiennes* donnent souvent dès le début un aplatissement de la voûte plantaire, mais la localisation de la douleur, la tuméfaction locale due aux fongosités, le peu d'action du repos et l'évolution feront faire le diagnostic;

10° Certaines vieilles *arthrites gonococciques* peuvent de même provoquer un pied plat parfois douloureux.

PATHOGÉNIE. — Les théories les plus diverses ont été mises en avant pour expliquer la tarsalgie. Théories *articulaires* : ce serait une arthrite sous-astragalienne ou médiotarsienne. Théories *musculaires* : parésie du long péronier latéral et du jambier postérieur. Théories *ligamenteuses*: relâchement par fatigue des ligaments plantaires. Théories *osseuses*: déplacement des os du tarse par surcharge ou par lésions rachitiques comme dans le genu valgum. Théories *nerveuses*: possibilité de lésions névritiques ou médullaires.

L'explication la plus vraisemblable, quoique la pathogénie ne soit probablement pas univoque, est la suivante : Sous l'influence du *surmenage* dans la station debout chez un adolescent, la voûte plantaire tend à s'aplatir; le long péronier latéral, aidé du jambier postérieur, lutte contre cet aplatissement et se fatigue. Ce qui domine donc tout d'abord, c'est l'*impotence fonctionnelle du long péronier latéral* (Duchenne [de Boulogne]). Il s'en suit une *distension des ligaments plantaires*, de là les douleurs médiotarsiennes et un aplatissement de la voûte sous le poids du corps, aplatissement que la tonicité des extenseurs et du court premier latéral exagère et transforme en pied plat valgus. Mais le long péronier affaibli se *contracture pour lutter* [la violence est la force des faibles, Broca (1)] et immobilise le pied. Enfin, la déviation s'exagérant produit des *déformations osseuses*, des subluxations qui rendent la maladie définitive.

Poncet a insisté récemment sur l'*origine tuberculeuse* du pied plat, mais il semble qu'il faille malgré tout distinguer la tarsalgie classique des formes d'arthrite légère médiotarsienne qui peuvent, comme nous l'avons vu, donner un aplatissement, mais évoluent ensuite tout différemment.

TRAITEMENT. — 1° AU DÉBUT. — Le repos accompagné au besoin de massage et d'électrisation du long péronier latéral suffira à amener la guérison. Cependant il faudra faire marcher le malade avec une petite semelle intérieure surélevée sur le bord interne, de manière à maintenir la voûte plantaire et à l'empêcher de s'affaisser. Il faudra aussi conseiller un métier moins fatigant.

2° A LA DEUXIÈME PÉRIODE, on pourra essayer le redressement du pied sous chloroforme, suivi de l'application d'un appareil plâtré.

3° QUAND LES LÉSIONS SONT DÉFINITIVES, on n'obtiendra plus le redressement que difficilement et par une intervention chirurgicale. On a proposé : 1° l'ablation de l'astragale et du scaphoïde; 2° l'opération de Gleich : ostéotomie du calcanéum oblique en bas et en avant, on fait glisser en avant le fragment postéro-inférieur, ce qui abaisse le talon et crée une voûte artificielle; 3° l'opération de Ogston : tarsectomie cunéiforme interne portant sur l'astragale et le calcanéum; 4° l'ostéotomie sus-malléolaire.

Tous ces procédés ne donnent que des résultats fonctionnels médiocres; il importe donc de faire dès le début un diagnostic exact et d'instituer aussitôt un traitement efficace.

(1) Leçon d'agrégation.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour la nomination a trois places de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 29 avril : MM. Ribierre, 18; Camus et Decloux, 19; Bensaude, 18.

La prochaine séance aura lieu le mardi 4 mai, à quatre heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la seizième semaine, 1065 décès, au lieu de 1016 pendant la semaine précédente et de 1055, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 70 au lieu de 41 pendant la semaine précédente (moyenne 46).

La rougeole a causé 6 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 17). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 203, au lieu de 241 pendant la semaine précédente (moyenne 367).

La scarlatine a causé 2 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 281, au lieu de 211 pendant la semaine précédente (moyenne 165).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 212 décès, au lieu de 183 pendant la semaine précédente (moyenne 196).

La phtisie pulmonaire a causé 229 décès (moyenne 237).

HOPITAL BEAUJON. — M. le docteur Calot (de Berck) fera, le jeudi 6 mai, à dix heures, à la clinique de M. le professeur Albert Robin, une leçon sur le *Traitement du mal de Pott.*

COURS LIBRE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES. — M. le docteur Dupuy de Frenelle fera son cours le mardi 4 mai, à quatre heures, à l'Ecole pratique, amphithéâtre Cruveilhier, sur l'*Application pratique des appareils à extension continue.*

Ce cours essentiellement pratique a lieu tous les mardis.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Stations thermales desservies par le réseau P.-L.-M.* : *Aix-les-Bains*, *Châtelguyon* (Riom), *Evian-les-Bains*, *Genève*, *Menthon* (lac d'Annecy), *Uriage* (Grenoble), *Royat* (Clermont-Ferrand), *Thonon-les-Bains*, *Vichy*, etc.). — Billets d'aller et retour collectifs (de famille), 1re, 2e et 3e classes, valables 33 jours avec faculté de prolongation, délivrés du 1er mai au 15 octobre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble.

Minimum de parcours simple : 150 kilomètres.

Prix : les deux premières paient le tarif général, la 3e personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la 4e et les suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Arrêts facultatifs aux gares de l'itinéraire.

Demander les billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

Nota. — Il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales, et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt) à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille, entre le point de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'obstétrique (collection Testut), par Ch. Maygrier, accoucheur en chef de la Maternité, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et A. Schwab, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris. In-18 colombier, cartonné toile, de 1225 pages, avec 326 figures en noir et en couleurs dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Doin.

Les Régimes. Alimentation rationnelle dans la santé et la maladie, par F. de Grandmaison. In-8 de 275 pages. — Paris, Maloine.

Pathologie gastro-intestinale clinique et thérapeutique, par Mathieu et Roux. In-8 de 516 pages. — Paris, Doin.

Clinique thérapeutique du praticien, par Huchard et Fiessinger. In-8 de 416 pages, 2e partie. — Paris, Maloine.

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'OPHTALMIE DU NOUVEAU-NÉ

Par R. BURNIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Sous le nom d'ophtalmie du nouveau-né, on a groupé une série d'inflammations suppuratives de la conjonctive, dont le début est compris entre le premier et le douzième jour et dont la gravité toute spéciale tient à ce qu'elles peuvent entraîner la cécité par lésions cornéennes.

Autrefois, on confondait sous cette étiquette d'ophtalmie purulente des maladies toutes différentes comme étiologie, comme symptomatologie et comme pronostic. Actuellement on sait, comme le dit Pinard (2), qu' « il n'y a pas une ophtalmie des nouveau-nés, mais des ophtalmies de causes variées ».

La clinique avait bien cependant pressenti qu'il ne s'agissait pas d'une seule et même affection : c'est ainsi qu'on distinguait une forme légère, le catarrhe conjonctival, et une forme grave, l'ophtalmie purulente; ou bien encore on parlait d'une ophtalmie primitive et d'une ophtalmie secondaire. Mais seules les recherches bactériologiques, auxquelles il faut en toute justice associer le nom de Morax (3), ont permis d'établir des divisions plus nettes en groupant les inflammations non d'après leurs effets, mais d'après leurs causes. Ce sont elles qui ont montré qu'à côté de la grande classe d'ophtalmies dues au gonocoque, il en est une autre, et non moins importante, où la présence du microbe de Neisser ne peut être décelée.

Widmark (4), dans son rapport de 1888 sur la fréquence de l'ophtalmie en Suède, déclare que, sur 103 cas examinés, il n'a observé le gonocoque que 64 fois. Chartres (5) trouve que, sur 23 cas d'ophtalmies, 11 fois seulement le gonocoque est en jeu. Sur 100 ophtalmies, réunies par Grœnouw (6) à la clinique de Breslau, 40 seulement étaient gonococciques. Haupt (7) a observé à la clinique de Bonn, de 1896 à 1903, 62 ophtalmies, 45 fois il rencontre le gonocoque. Sur 171 cas examinés par Stephenson (8), 106 (61,90 p. 100) étaient causés par le gonocoque. Enfin Druais (9), à l'hôpital Lariboisière, trouve le gonogoque 24 fois sur 63 ophtalmies.

De ces faits, il résulte que la seule division rationnelle est celle qui décrit deux groupes d'ophtalmies :

1° L'*ophtalmie blennorragique*;

2° L'*ophtalmie non blennorragique.*

Mais même si le gonocoque n'est pas la cause prédominante des conjonctivites du nouveau-né, c'est lui qui provoque l'ophtalmie grave, c'est lui qui fait les aveugles. Il importe donc de bien connaître les caractères de cette ophtalmie blennorragique et c'est elle que nous prendrons comme type de notre description.

(1) Reproduction interdite.

(2) Pinard. *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XLVI, p. 153.

(3) Morax. Th. de Paris, 1894; *Ann. d'oculist.*, 1903, p. 346; *Ann. de gyn. et d'obstét.*, juin 1904.

(4) Widmark. *Revue gén. d'ophtalm.*, 1888.

(5) Chartres. Th. de Bordeaux, 1897.

(6) Grœnouw. *Versamml. d. opht. Gesell. zu Heidelberg* 1898; *Arch. f. Ophtalm.*, 1901.

(7) Haupt. *Klin. Monats. f. Aug.*, 1903.

(8) Stephenson. London 1907.

(9) Druais. Th. de Paris, 1904.

II

Ophtalmie blennorragique. — La conjonctivite gonococcique apparaît dans les sept premiers jours de la vie. Dans certains cas rares, au moment même où l'enfant sort des voies génitales, elle peut être en pleine évolution, c'est l'*ophtalmie congénitale.* Sur 73 cas d'ophtalmies relevés à Baudelocque, Reymond (1) signale trois cas de conjonctivites existant à la naissance. Morax (2) a également observé deux cas d'infection *in utero*, l'un dans lequel la rupture des membranes avait eu lieu quarante-huit heures avant l'accouchement, l'autre où aucun fait anormal ne fut noté. Armaignac (3), Strzeminski (4), Magnus (5), Cunnigworth (6), Friedenwald (7), Hiram Woods (8) ont relaté des cas semblables. Plus récemment, Stephenson et Fort (9) rapportent dix-sept cas nouveaux d'ophtalmie congénitale, où les phénomènes inflammatoires étaient très nets au moment de la naissance ou peu de temps après (six à dix heures). L'examen bactériologique a permis de constater huit fois du gonocoque, deux fois du pneumocoque associé ou non au bacille du xérosis, une fois le colibacille. La longueur du travail, la rupture prématurée de la poche des eaux vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures avant l'accouchement, sont autant de conditions qui favorisent l'infection des yeux de l'enfant par le gonocoque stagnant dans le vagin maternel ou pénétrant dans la cavité amniotique ouverte. Les gonocoques peuvent encore être portés directement du vagin dans l'utérus par les doigts de l'accoucheur à la suite de touchers trop fréquents ou mal faits, comme dans le cas de Magnus, où dès la naissance existait du gonflement palpébral avec sécrétion purulente et, cinq heures après, des lésions cornéennes bilatérales apparaissaient. Mais quand tout est normal, quand l'accouchement est rapide, il faut bien chercher autre chose et admettre la possibilité d'une pénétration directe du gonocoque à travers les membranes ovulaires. Jeannin (10) a d'ailleurs rapporté plusieurs cas d'infection amniotique avant la rupture des membranes, infection favorisée au moment du travail par la disparition du bouchon muqueux qui pendant la grossesse protège l'œuf contre les germes extérieurs. La position du

(1) Reymond. Th. de Paris, 1898.

(2) Morax. *Encyclop. franç. d'ophtalm.*, t. I.

(3) Armaignac. *Ann. d'oculist.*, 1902.

(4) Strzeminski. *Recueil d'opht.*, 1901; *Ann. d'oculist.*, 1903.

(5) Magnus. *Klin. Monats. f. Aug.*, 1887.

(6) Cunnigworth. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1903.

(7) Friedenwald. *Med. News.*, 1895.

(8) Hiram Woods, *Journ. of Eye Ear Dis.*, 1899.

(9) Stephenson et Fort. *The Ophtalm.*, avril 1906.

(10) Jeannin. Th. de Paris, 1902.

fœtus, sa faiblesse n'ont pas un rapport constant avec l'ophtalmie *ante partum* (Stephenson).

Mais le plus souvent l'ophtalmie se montre *après la naissance*. Alors que le premier jour le nouveau-né ouvrait ses paupières, à son réveil un matin des sept premiers jours, le troisième ordinairement, les paupières ne s'entr'ouvent pas ; elles apparaissent bouffies, surtout la supérieure, et sur le bord, ou bien dans l'angle interne, une sécrétion anormale, jaunâtre ou brunâtre, s'est accumulée. Il faut alors examiner attentivement la conjonctive et la cornée. Pour ce faire, on s'asseoit le dos à la fenêtre, en face de la garde qui, saisissant l'enfant, le tient de telle sorte que sa tête repose entre les genoux légèrement rapprochés du médecin. Celui-ci, après avoir retiré avec un tampon de coton la sécrétion conjonctivale, entr'ouvrira les paupières avec ses doigts préalablement lavés au savon. Alors apparaissent quelques gouttes d'un liquide clair, transparent, citrin, au milieu duquel flottent quelques filaments jaunâtres de muco-pus. Après un jour ou deux, le liquide devient louche, séro-purulent, puis franchement purulent, d'une coloration allant du vert au jaune d'or. Cette coloration jaune peut tenir à la présence de pigments biliaires, et un peu de ce pus absorbé par du papier à filtre fournira la réaction de Gmelin, quand on déposera sur la tache une goutte d'acide nitrique (Morax).

L'œil est alors complètement fermé ; la paupière supérieure est très tuméfiée, et quand on écarte avec peine les paupières collées, le pus est quelquefois brusquement projeté au loin. La conjonctive bulbaire et tarsienne, qui au début était vivement injectée, offre autour de la cornée un boursouflement œdémateux ou *chémosis* qui, joint au blépharospasme nécessite quelquefois, pour examiner la cornée, l'emploi des écarteurs de Desmarres. On n'y aura recours qu'exceptionnellement et en usant de grandes précautions ; il faut avoir soin de relever un peu le bord libre de la paupière en tirant du doigt sur la peau avant d'introduire le pavillon de l'écarteur, puis de glisser sans brutalité le pavillon parallèlement à la face tarsienne de la paupière. On évitera ainsi de traumatiser la cornée et de provoquer une chute de l'épithélium qui aboutirait presque fatalement à une perforation cornéenne.

Les deux yeux sont ordinairement atteints en même temps, et l'affection n'est que rarement unilatérale, 3 fois sur 41 cas (Grœnouw), 6 fois sur 63 cas [Kroner (1)].

La tuméfaction des paupières va le plus souvent en augmentant pendant quelque temps et la sécrétion se fait plus abondante. Une adénopathie préauriculaire existe fréquemment. Si des lavages fréquents ne viennent enlever la sécrétion purulente sur les paupières, il se produit une macération épithéliale et une injection érythémateuse qui peut s'étendre à la joue et aux tempes.

Au bout d'un temps variable, rarement inférieur à trois à six semaines, la sécrétion diminue ; l'ouverture spontanée des paupières constitue le premier symptôme annonçant la guérison, et bientôt la cornée, sauf complications, a repris ses caractères normaux.

A côté de ces formes de longue durée, qui sont la règle, il en est d'autres qui sont l'exception qui guérissent rapidement en six jours. Schmidt-Rimpler attira le premier l'attention sur ces *formes catarrhales gonococciques*. Axenfeld les signale également, et Grœnouw en cite un cas probant : l'affection débuta le quatrième jour après la naissance, l'enfant examiné dix jours plus tard présentait une conjonctivite bilatérale très bénigne : l'œil droit n'avait ni œdème palpébral, ni sécrétion purulente, l'œil gauche seulement un peu de muco-pus, les gonocoques étaient rares. Malgré tout, ce cas se complique d'un abcès cornéen grisâtre qui guérit du reste en quelques jours sous l'influence du traitement.

On ne peut donc pas de l'image clinique seule déduire avec certitude l'existence du gonocoque dans la sécrétion. On ne doit donc pas non plus se baser sur ces cas, pour cacher aux parents la gravité de l'affection ; une ophtalmie gonococcique est toujours une maladie grave, grave par elle-même, grave surtout par ses COMPLICATIONS.

L'*ulcération cornéenne* est la plus fréquente de ces complications, puisqu'elle s'observe dans le quart des cas de conjonctivite gonococcique des nouveau-nés (Druais). Presque fatale, si l'ophtalmie est abandonnée à elle-même, on l'observe aujourd'hui encore quel que soit le traitement, quelque rapides qu'aient été les soins. Cette lésion cornéenne consiste d'abord en une érosion épithéliale qui siège ordinairement dans la portion moyenne et inférieure de la cornée. Elle se traduit au début par une tache grisâtre au niveau de laquelle le reflet cornéen est interrompu, puis par une tache blanche causée par l'infiltration de la cornée par les globules de pus. L'ulcération s'étend de plus en plus en profondeur et quand toute l'épaisseur de la cornée est détruite, l'humeur aqueuse s'échappe. Si l'infiltration cornéenne a été très étendue, on peut voir, quand on examine le globe oculaire, le cristallin s'échapper au moment de la rupture de la cornée. Il faut donc écarter les paupières le plus délicatement possible et ne jamais exercer de pression sur le globe.

Une fois l'ulcération produite, l'iris apparaît comme une tache noire au milieu de la zone blanchâtre infiltrée. Ce prolapsus irien peut devenir de plus en plus saillant si on n'intervient pas. La rupture cornéenne peut être le signal de la guérison, ou au contraire la nécrose s'étend à l'iris et au corps ciliaire et une atrophie du globe en est la conséquence.

Quelle que soit l'évolution de l'ulcération cornéenne, des cicatrices indélébiles persistent ; quelquefois cependant quand l'ulcération est restée périphérique et partielle les opacités peuvent se dissiper avec le temps et l'œil peut retrouver une certaine vision, mais ces cas sont rares. Quand la perforation est assez vaste et que l'iris est adhérent en grande partie au leucome, il peut se produire par contre

(1) KRONER. *Bresl. Ærzte Zeits.*, 1884.

une distension de la cornée, un *staphylome cornéen*. D'autre part, les lésions de la région ciliaire peuvent amener un *glaucome secondaire*, et si l'on voit la cornée se déformer, la tension intra-oculaire s'élever, il faudra recourir immédiatement à une iridectomie qui permettra de conserver un peu de vision.

Ce qui fait la gravité des lésions cornéennes, c'est qu'elles sont souvent bilatérales (3 fois sur 10, Grœnouw). Exceptionnellement congénitale (Magnus, Armaignac, Hiram Woods), l'ulcération peut aussi bien apparaître le premier jour que le dixième ou le vingtième jour, bien qu'elle se rencontre de préférence la deuxième ou la troisième semaine de l'affection. Il faut donc examiner souvent et attentivement la cornée pour surprendre dès son origine cette infiltration localisée qui peut aboutir rapidement aux lésions les plus étendues. C'est particulièrement ce qui se passe chez les débiles, les cachectiques, chez lesquels la lésion cornéenne progresse si rapidement que souvent vingt-quatre heures après l'apparition de la conjonctivite, la cornée est complètement détruite.

Plus rares sont les *complications cristalliniennes* qui se résument en une seule, la cataracte polaire antérieure, opacité siégeant au pôle antérieur du cristallin, qui n'est pas spéciale à la conjonctivite blennorragique car on peut l'observer après toute perforation cornéenne.

On a signalé également des *complications à distance*. On peut observer au niveau du genou [Deutschmann (1)], de l'articulation tibio-tarsienne ou métacarpo-phalangienne, des *arthrites aiguës* qui apparaissent vers la troisième ou quatrième semaine de la conjonctivite; une sensibilité vive à la pression et un empâtement articulaire sont les seuls symptômes observés. Berenstein (2), Atland (3), Griffon (4), Darier (5) ont rapporté des cas semblables. Dahlström (6) a étudié tous les cas d'arthrites signalés jusqu'en 1903. De cette étude se dégage ce fait que le gonocoque envahit la synoviale par voie sanguine et provoque au niveau de l'articulation, depuis la simple réaction inflammatoire à peine visible jusqu'aux suppurations les plus étendues. Cependant l'évolution habituelle de ces arthrites est bénigne et la guérison en est obtenue en quelques semaines par le repos et la simple compression. La présence du gonocoque a été constatée dans certains cas par la ponction articulaire (Deutschmann, Griffon).

Enfin il est des cas heureusement rares où la conjonctivite est le point de départ d'une *septicémie gonococcique généralisée*. Stevens (7) rapporte l'observation d'un nourrisson qui présenta une ophtalmie blennorragique trois jours après sa naissance; l'œil fut guéri en onze jours, mais on observa alors de l'œdème de la main, du genou, du cou de pied et du coude, ainsi que de l'endocardite. On incisa le cou de pied et on décela la présence du gonocoque dans le pus. Le petit malade mourut dix-sept jours après sa naissance.

(1) Deutschmann. *Arch. f. Ophtalm.*, 1890.
(2) Berenstein. *Centralbl. f. Aug.*, 1897.
(3) Atland. *Klin. Monats. f. Aug.*, 1902.
(4) Griffon. *Presse méd.*, 1896.
(5) Darier. *Arch. d'ophtalm.*, 1889.
(6) Dahlström. *Klin. Monats. f. Aug.*, 1903.
(7) Stevens. *Ophtalm. Record*, nov. 1905.

Étiologie. — L'étiologie de cette ophtalmie blennorragique est actuellement bien connue depuis la découverte du gonocoque par Neisser. Mais déjà auparavant les expériences de Piringer qui datent de 1840 avaient montré que la contamination de la muqueuse urétrale par du pus d'ophtalmie des nouveau-nés provoquait une urétrite blennorragique typique, et qu'inversement le transport du pus d'urétrite ou de vulvo-vaginite sur la muqueuse oculaire déterminerait chez l'homme une ophtalmie purulente. L'origine maternelle de l'ophtalmie blennorragique est encore vérifiée par la constatation du gonocoque chez la mère comme chez l'enfant. Sur 30 mères, dont les enfants ont été atteints d'ophtalmie blennorragique, 20 avaient présenté durant leur grossesse des pertes jaune verdâtre, tachant le linge (Grœnouw). Il est donc probable que, pendant la traversée du canal vulvo-vaginal, un peu de pus maternel est venu souiller la conjonctive de l'enfant.

Ce gonocoque déposé sur la muqueuse conjonctivale pénètre, comme l'a montré Bumm (1), très rapidement à travers l'épithélium superficiel de la conjonctive palpébrale et du cul-de-sac et s'insinue profondément jusqu'au corps papillaire. Il peut envahir l'épithélium cornéen et se répandre même dans le tissu irien et les couches antérieures du corps vitré [Dinkler (2)]. Morax et Elmassian (3) ont démontré en outre que le gonocoque agit sur l'épithélium conjonctival, non pas par une action purement mécanique, mais par l'influence d'un produit soluble qu'il sécrète. Cette toxine provoque une réaction conjonctivale dont l'intensité est en rapport avec le degré de virulence du microbe et qui se traduit cliniquement par une hyperémie intense et par une sécrétion purulente plus ou moins abondante.

De Wecker (4) pense que l'infection conjonctivale peut ne pas exister à la naissance, qu'à ce moment, seules les paupières sont souillées et que c'est à l'occasion d'une toilette oculaire que le gonocoque déposé sur la paupière est repoussé dans le cul-de-sac conjonctival. Mais, ainsi qu'il ressort des expériences de Piringer, la vitalité du gonocoque est minime; trente-six heures après avoir été retiré de la conjonctive, de l'urètre, le pus chargé de gonocoques perd toute activité s'il subit la dessiccation. Morax pense donc que le gonocoque déposé sur la face externe des paupières ne conserverait guère sa vitalité que trente-six heures et que l'hypothèse de de Wecker ne permet pas d'expliquer les ophtalmies débutant tardivement; il lui semble plus vraisemblable d'admettre la contamination conjonctivale

(1) Bumm. Wiesbaden 1887.
(2) Dinkler. *Intern. ophtalm. Congress*, Heidelberg 1888.
(3) Morax et Elmassian. *Ann. d'oculist.*, 1899.
(4) De Wecker. *Clinique ophtalm.*, 1899.

primitive et la possibilité d'une incubation dont la durée peut osciller d'un à huit jours.

Une ophtalmie débutant du premier au huitième jour peut donc être causée par le gonocoque. Mais toute ophtalmie survenant dans les huit premiers jours n'est pas forcément due au gonocoque. Par contre une ophtalmie apparaissant après le huitième jour a beaucoup de chances pour n'être pas gonococcique. Pour que pareil fait puisse se produire, il faudrait que la mère ou la garde atteintes d'écoulement blennorragique contaminent l'œil de l'enfant par leurs doigts au cours de la toilette. Sur 103 cas étudiés par Druais, 14 seulement apparaissent après le septième jour. On peut donc résumer la question en disant avec Morax qu'une *ophtalmie dont le début coïncide avec les cinq premiers jours a autant de chances d'être gonococcique que non gonococcique, et qu'une ophtalmie à début tardif (septième jour et au delà) n'est vraisemblablement pas de nature gonococcique.*

Diagnostic. — L'ophtalmie du nouveau-né est ordinairement facilement reconnue. On ne la confondra pas avec la *dacryocystite du nouveau-né* qui s'accompagne de pus entre les paupières sans gonflement palpébral, ni injection conjonctivale. La pression sur la commissure interne fait sourdre du pus jaunâtre par le point lacrymal. Souvent tenace, cette affection ne cause pas de lésions cornéennes.

La *kératomalacie* est une ulcération suivie de destruction cornéenne qu'on observe chez les hérédo-syphilitiques; la réaction conjonctivale est minime et cette affection débute rarement avant la troisième ou quatrième semaine.

Le *glaucome infantile* avec son aspect opalin ou porcelainé de la cornée et qui est aussi une manifestation de l'hérédo-syphilis peut simuler une ulcération cornéenne, mais la sécrétion fait défaut.

Le *catarrhe argenté*, la réaction conjonctivale déterminée par l'application prophylactique du nitrate d'argent est parfois difficile à différencier d'une ophtalmie véritable, mais en réalité beaucoup de ces catarrhes chimiques ne sont autres que des conjonctivites méconnues. Seul l'examen bactériologique permet d'établir un diagnostic précis, seul il possède une valeur absolue; les autres caractères, date d'apparition, réaction clinique (catarrhale, mucopurulente, purulente) absence ou non de complications cornéennes, durée de l'affection, n'ont qu'une importance relative et secondaire. Cet examen est d'ailleurs simple et peut être fait extemporanément : il suffit de prélever avec un fil de platine stérile une parcelle de pus, de l'étaler sur une lamelle, de la fixer et de la colorer avec une couleur d'aniline ou la solution de Picq et Jacobson (1); quelques secondes suffisent pour donner une coloration convenable. La présence de diplocoques en grains de café, souvent intra-cellulaires, ne prenant pas le Gram, suffit pour faire le diagnostic de conjonctivite gonococcique, diagnostic qu'on pourra confirmer par les caractères des cultures.

C'est également cet examen qui, en montrant l'absence de gonocoques dans la sécrétion conjonctivale, permettra de ranger l'ophtalmie considérée dans l'autre classe non moins importante, la plus riche en inconnues des ophtalmies non blennorragiques.

III

Ophtalmies non blennorragiques. — Ce groupe assez complexe se base sur un caractère négatif : l'absence du gonocoque dans la sécrétion conjonctivale. « C'est même essentiellement sur cette absence du gonocoque que repose le diagnostic » (Morax). De leurs caractères cliniques, en effet, on ne peut rien tirer.

Très fréquentes pendant les premiers jours de la vie, on les observe non moins souvent la deuxième semaine après la naissance. A partir de ce moment, elles sont plutôt exceptionnelles.

L'aspect clinique est variable suivant les cas. Ce peut être une forme légère avec gonflement palpébral très modéré et sécrétion muco-purulente minime. La photophobie est en général peu accusée; la réaction conjonctivale est rare.

Un mode inflammatoire très fréquent, plus accusé que la forme catarrhale précédente, est représenté par l'existence de fausses membranes tapissant la conjonctive tarsienne et une partie des culs-de-sac. Cette membrane peut disparaître en vingt-quatre heures. Mais elle peut quelquefois être plus tenace, et au-dessous d'elle la conjonctive apparaît tomenteuse, ulcérée par places et saignant au moindre contact. L'état général n'est nullement atteint.

Enfin il est des cas où l'ophtalmie évolue bruyamment, simulant à s'y méprendre l'ophtalmie gonococcique. Les paupières sont énormes et rouges, la sécrétion purulente est abondante et baigne le globe oculaire; la conjonctive est infiltrée, ulcérée par places et forme un chémosis parfois assez marqué. La cornée est presque toujours indemne. Les lésions cornéennes existent pourtant quelquefois (Morax, Druais), mais ce sont ordinairement des érosions superficielles, bénignes, guérissant en quelques jours ou laissant une légère taie à peine visible.

La durée de ces ophtalmies est habituellement plus courte que celle des ophtalmies blennorragiques. En huit à dix jours la guérison est obtenue; mais il est des formes, en particulier celles qui s'accompagnent de phénomènes d'obstruction nasale qui ont tendance à la récidive ou à la chronicité et qui demandent souvent un mois et plus pour guérir.

En somme, comme nous l'avons dit, aucun caractère (date d'apparition, aspect clinique, durée) ne permet de différencier cette classe d'ophtalmies de la conjonctivite gonococcique. C'est donc à l'examen bactériologique qu'il faut recourir en dernière analyse. Certaines conjonctivites du nouveau-né sont causées par des microbes pathogènes spécifiques de la conjonctive humaine.

Le *diplobacille* de Morax-Axenfeld est exceptionnel

(1) Bleu de méthylène (solut. alcool. concent.). VIII gouttes.
Fuchsine de Ziehl........................ XV —
Eau distillée................................ 10 c. c.

chez le nouveau-né. Andrad (1) et Collomb (2) en signalent chacun un cas.

Le *bacille de Weeks* se rencontre plus fréquemment [Panas (3), Morax, Chartres (4), Gonin (5), Druais, Augé (6)]. Il cause une conjonctivite à allures extrêmement bénignes et comporte un pronostic rassurant.

A côté de ces microbes spécifiques de la conjonctive humaine, prennent place d'autres microorganismes dont l'influence pathogène n'est pas strictement limitée à ce point de l'économie et qui, en se développant sur la muqueuse oculaire, produisent des ophtalmies de formes variées : tels sont le pneumocoque, le bacille de Pfeiffer, le bacille de Lœffler, le colibacille et le pneumobacille. Ces ophtalmies ne sont point exceptionnelles chez le nouveau-né et comme leurs caractères cliniques diffèrent peu de ceux de l'ophtalmie gonococcique, c'est encore leur étude bactériologique qui permettra d'en donner une classification naturelle.

Le *pneumocoque* est sans contredit le microbe qui cause le plus grand nombre de ces conjonctivites : il se rencontre dans 8 à 12 p. 100 des cas [10 fois sur 95 ophtalmies non blennorragiques (Augé)]. Le début de cette conjonctivite est plus tardif que celui de l'ophtalmie gonococcique, du huitième au dixième ou douzième jour après l'accouchement. Cette affection atteint, dit Parinaud (7), le plus souvent les deux yeux, soit simultanément, soit successivement. Il n'y a ni gonflement des paupières, ni chémosis, ni sécrétion abondante. Dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, on trouve au milieu des larmes quelques dépôts fibrineux ; les paupières sont collées le matin mais légèrement et non constamment, le larmoiement est plus abondant que la sécrétion. Les yeux sont *larmoyants* et *sales*, disent les mères, deux mots qui caractérisent assez bien l'affection. Souvent en même temps que la conjonctivite l'enfant présente généralement des symptômes de coryza modéré. C'est là le type de la *conjonctivite lacrymale des nouveau-nés* qui guérit en trois semaines sous l'influence de simples lotions boriquées ou même spontanément. C'est donc une affection habituellement bénigne. Quelquefois cependant on voit se produire une exsudation pseudo-membraneuse légère et superficielle (Morax). Chaillou (8) cite une observation d'ophtalmie à pneumocoques qui s'est compliquée de lésions cornéennes graves. Gasparrini (9) rapporte un cas d'ophtalmie à pneumocoques grave simulant l'ophtalmie gonococcique et terminée au bout de quarante jours par un leucome adhérent de l'œil droit.

La *conjonctivite à bacilles de Pfeiffer* se rapproche de la conjonctivite à pneumocoques, mais elle est beaucoup plus rare chez le nouveau-né (1 cas sur 30, Druais; 1 cas sur 95, Augé). D'après Zur Nedden (1) et Jundell (2), c'est une forme bénigne rappelant exceptionnellement l'ophtalmie gonococcique et s'accompagnant dans certains cas d'exsudation pseudo-membraneuse. Quelquefois épidémique et contagieuse, elle s'accompagne souvent d'un léger catarrhe des voies respiratoires.

La *conjonctivite à bacille de Lœffler* est très rare chez le nouveau-né en tant que conjonctivite diphtérique. On sait aujourd'hui que conjonctivite pseudomembraneuse et conjonctivite diphtérique ne sont pas synonymes, que la fausse membrane ne peut servir à différencier une ophtalmie si grave soit-elle, et qu'elle peut être causée aussi bien par le gonocoque, le pneumocoque, le streptocoque que par le bacille de Lœffler. Chartres a rencontré 4 fois ce bacille de Lœffler sur 23 ophtalmies et il était associé à d'autres microbes, gonocoque ou staphylocoque. Le gonflement palpébral était assez marqué, la suppuration abondante ; il n'y avait pas de fausses membranes dans ces cas. Aubineau (3) a également signalé chez un enfant de dix-huit jours une conjonctivite où le bacille de Lœffler était associé au streptocoque.

La *conjonctivite à streptocoques* est également rare chez le nouveau-né (3 cas sur 95 ophtalmies non gonococciques, Augé) : elle peut revêtir une forme légère guérissant rapidement ou une forme grave pseudo-membraneuse pouvant entraîner la mort [Kauffmann (4)].

Quant aux conjonctivites dues au *pneumobacille de Friedlander* ou au *bacterium coli* [Grœnouw, Axenfeld (5), Bietti (6)], elles sont exceptionnelles.

Quelques auteurs ont cru pouvoir attribuer un rôle pathogène au *staphylocoque* et au *bacille massué* dans les conjonctivites du nouveau-né. Rien n'est moins démontré, car ces microbes habitent normalement le sac conjonctival.

Par contre, il existe toute une série de cas où l'examen bactériologique le plus minutieux (frottis et cultures) ne permet pas de découvrir le moindre microorganisme. La fréquence de ces *conjonctivites amicrobiennes* est considérable. Sur 165 conjonctivites du nouveau-né contrôlées bactériologiquement, Augé constate 70 conjonctivites gonococciques, 95 conjonctivites non gonococciques, dont 18 nettement microbiennes et 77 amicrobiennes. Druais sur 63 conjonctivites, trouve 24 conjonctivites gonococciques, 8 conjonctivites non gonococciques et 31 conjonctivites amicrobiennes.

Comment expliquer, dit Morax, la réaction inflammatoire dans ces cas où aucune étiologie précise ne s'impose, où la sécrétion se montre stérile ? Il est possible qu'il s'agisse d'une infection dont nous ne connaissions pas le microbe. La bilatéralité de

(1) ANDRAD. *The Journ. of the Amer. med. Soc.*, 1902.
(2) COLLOMB. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1899.
(3) PANAS. *Congrès d'ophtalm.*, 1893.
(4) CHARTRES. Loc. cit.
(5) GONIN. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1899.
(6) AUGÉ. Th. de Paris, 1906.
(7) PARINAUD. *Ann. d'oculist.*, 1894.
(8) CHAILLOU. *Revue de méd. et de chir.*, avril 190
(9) GASPARRINI. *Ann. di ottalm.*, 1894.

(1) ZUR NEDDEN. *Klin. Monats. f. Aug.*, 1903.
(2) JUNDELL. *Mitt. a. d. Aug. d. Carol. med. chir. Inst. zu* Stockolm, 1902.
(3) AUBINEAU. Th. de Paris, 1895.
(4) KAUFFMANN. *Opht. Klin.*, 1898.
(5) AXENFELD. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1895.
(6) BIETTI. *Klin. Monats. f. Aug.*, 1899.

l'inflammation, la contamination précoce ou tardive du second œil sont des faits qui plaident en faveur de la nature infectieuse du processus; à défaut d'une démonstration expérimentale, ils peuvent suffire pour justifier l'hypothèse d'une infection transmissible et susceptible d'avoir été transportée sur l'œil de l'enfant par la garde.

Mais certains processus éruptifs peuvent s'accompagner de manifestations conjonctivales. Bien que rarement décrite, la conjonctivite syphilitique n'est pas exceptionnelle. Druais cite 5 cas ayant comme trait de ressemblance de se traduire par une réaction inflammatoire conjonctivale particulièrement intense, malgré l'absence du microbe pathogène, et de se développer chez des enfants cachectiques, malingres, ayant tout l'habitus de l'hérédo-syphilis, ou chez des syphilitiques avérés. Malgré cela, Morax ne croit pas que la syphilis soit susceptible d'expliquer plus de 1/20 des ophtalmies non blennorragiques du nouveau-né.

On voit donc combien obscure est encore l'étiologie de ces ophtalmies non blennorragiques. Il est vrai, dit Morax, que les accoucheurs se font de cette ophtalmie une idée fort simple. Puisque l'infection ne vient pas de la mère, comme lorsqu'il s'agit du gonocoque, elle ne peut provenir, pénsent-ils, que de la sage-femme ou de la garde. On a affaire à une infection secondaire dont elles sont responsables. Or rien n'est moins prouvé. S'il s'agissait d'une simple question de propreté, on devrait constater une différence entre les accouchées des classes pauvres et celles des classes riches. Or Morax signale que, dans la classe aisée, la fréquence de l'ophtalmie non blennorragique est supérieure à celle de l'ophtalmie blennorragique. De plus s'il s'agissait d'une infection secondaire, on trouverait dans la sécrétion les microbes habituels de ces infections, staphylocoques, streptocoques, pneumocoques. Or le pus est très souvent stérile. Rien ne prouve donc que cette ophtalmie non blennorragique soit le résultat d'une contamination par la sage-femme, ou tout au moins qu'une faute lourde dans les soins à donner à l'enfant soit la cause provocatrice de l'ophtalmie.

Or, comme le fait remarquer fort justement Morax, l'hypothèse attribuant l'ophtalmie non blennorragique à une infection secondaire produite par la garde est la source de conséquences fâcheuses. Les sages-femmes n'ignorent pas les idées d'un grand nombre d'accoucheurs au sujet de l'ophtalmie. Elles savent que l'apparition tardive d'une ophtalmie est pour elles la certitude d'une admonestation, quelquefois plus. Dès lors elles cherchent par tous les moyens à la dissimuler, soit au chef de service, soit à l'accoucheur chargé de l'inspection, et cette crainte de faire leur déclaration se traduit trop souvent par des lésions cornéennes chez des enfants trop tardivement traités. C'est l'enfant et non la sage-femme qui en subit les conséquences.

Et cependant, si la déclaration obligatoire de l'ophtalmie du nouveau-né prescrite par la loi du 15 février 1902 était observée, elle serait des plus utiles, d'abord parce qu'elle permettrait de se renseigner sur la fréquence d'une affection qui (en ce qui concerne au moins l'ophtalmie blennorragique) rentre dans les maladies évitables; ensuite parce que les sages-femmes, en faisant la déclaration, perdraient peut-être l'habitude de considérer l'ophtalmie comme une affection insignifiante ne nécessitant que quelques lavages.

IV

Prophylaxie. — C'est à Crédé que revient l'honneur d'avoir fixé le traitement scientifique de l'ophtalmie du nouveau-né, déjà entrevu par Bischof en 1875.

Pendant les dernières semaines de la grossesse, on devra faire une antisepsie vaginale rigoureuse au moyen d'injections de permanganate de potasse chez toute femme ayant présenté ou présentant un écoulement tachant le linge avec douleurs à la miction, de la vaginite granuleuse ou même des végétations. Au moment de l'accouchement, cette antisepsie doit être encore plus sévère. Une toilette soignée des organes génitaux externes avec savonnage vaginal est indispensable. L'emploi de gants est indiqué et les touchers doivent être rares.

Aussitôt après la naissance, avant même la section du cordon, la garde, dont les mains ont été savonnées, essuie les yeux de l'enfant avec du coton hydrophile trempé dans de l'eau bouillie, puis dans les paupières entr'ouvertes laisse tomber une goutte de la solution de Crédé (nitrate d'argent à 2 p. 100). Après occlusion des paupières, on verra ressortir une goutte de liquide lactescent qu'on absorbera avec de l'ouate hydrophile. Ce principe d'instiller le nitrate avant la section du cordon signifie que la plus grande hâte est nécessaire et Olshausen a montré que la proportion d'ophtalmies diminuait de *plus de moitié* quand la désinfection était faite avant la section du cordon. Si on baigne l'enfant, on évitera de lui projeter l'eau du bain sur les paupières car la contamination peut se faire par l'eau et l'instillation prophylactique serait sans effet.

Cette instillation peut donner lieu, nous l'avons vu, à une injection conjonctivale légère durant un à deux jours; mais il n'y a pas lieu de s'en inquiéter. Jamais on n'aura avec la solution de nitrate à 2 p. 100 et même à 3 p. 100 les désastres produits par le crayon de nitrate d'argent qui provoquait souvent des escarres conjonctivales avec rétraction cicatricielle ou des lésions cornéennes. Par contre une solution inférieure à 2 p. 100 pourrait tromper la confiance de celui qui l'emploie : une solution à 2 p. 100 détruit le gonocoque, une solution plus faible n'est pas en état de le faire.

On a proposé pour remplacer le nitrate d'argent, dans le but d'éviter cette réaction conjonctivale quelquefois un peu vive, mais jamais dangereuse, une quantité d'autres antiseptiques; le jus de citron ou l'acide citrique à 5 p. 100 ont été préconisés autrefois par Pinard, l'iodoforme (Valude), l'aniodol (Pinard), toute la série des sels d'argent organiques: collargol (Bonnaire), protargol, argyrol, sophol, itrol, etc., ont été tour à tour vantés; mais souvent

ces « sosies de la dernière heure » tout en ne donnant pas les mêmes résultats prophylactiques que la solution de Crédé, ont souvent les mêmes effets irritants que ceux qu'on cherche à éviter.

Aussi puisque la méthode de Crédé a fait ses preuves, il est rationnel d'y avoir recours. Sur un total de 1 160 enfants nés à la Maternité dirigée par Crédé (1) et traités par sa méthode, de 1881 à 1883, il n'y eut que 40 ophtalmies, c'est-à-dire 0,4 p. 100 au lieu de 11 p. 100 pour les statistiques antérieures. Haab (2) constate que sur 42 871 enfants nés vivants à la clinique de Bâle, avant l'application du traitement prophylactique, 3845 furent atteints d'ophtalmie (8,9 p. 100). Sur 10 521 naissances, après application de la méthode de Crédé, il n'y eut que 109 ophtalmies (1 p. 100).

Pinard (3), qui autrefois employait le jus de citron et l'aniodol, s'est converti à la méthode de Crédé, et à l'Académie de médecine, en 1908, il donne les résultats de cette méthode prophylactique. De 1889 à 1903, on constate, à la clinique Baudelocque, sur 28804 enfants, 304 cas d'ophtalmies (1,05 p. 100); de 1904 à 1907 inclus, sur 10907 enfants, 23 cas d'ophtalmies, soit 0,21 p. 100. « Pendant les quatre dernières années, le nombre des ophtalmies purulentes a donc diminué dans la proportion des 4/5. Après avoir employé plusieurs procédés prophylactiques et constaté que si les résultats étaient bons les cas de conjonctivite étaient encore trop nombreux malgré tous les soins donnés, j'eus recours à l'emploi rigoureux de la méthode de Crédé: l'instillation d'une goutte de la solution de nitrate à 2 p. 100 dans les yeux de tout nouveau-né, aussitôt après la naissance et avant même la section du cordon. C'est l'emploi de cette méthode rigoureusement appliquée depuis 1904 qui a été la cause de la grande diminution, j'allais dire de la disparition des ophtalmies du nouveau-né dans mon service. J'ajoute que, depuis quatre ans, sur plus de 10 000 enfants, je n'ai jamais constaté aucun accident dû à ce moyen, l'injection conjonctivale qui se produit quelquefois disparaissant toujours spontanément dans les quarante-huit heures. Je puis dire aujourd'hui que je ne connais aucun moyen prophylactique aussi puissant et moins dangereux » (Pinard).

On jugera de l'importance de ce traitement prophylactique, plus nécessaire à connaître encore que le traitement curatif, si on songe au nombre des victimes de l'ophtalmie. Le nombre des aveugles pour toute l'Europe est estimé à 300 000 ; si par l'application d'un traitement prophylactique rigoureux, l'ophtalmie du nouveau-né disparaissait comme cause de cécité, l'Europe seule compterait 30 000 aveugles de moins.

En France, on peut estimer à 3 ou 4000 le nombre de ceux qui doivent leur cécité à l'ophtalmie du nouveau-né, et ces aveugles coûtent environ 500 000 fr. par an à l'Assistance publique, et nous ne comptons pas dans ce nombre ceux à qui l'ophtalmie a fait perdre un œil, les borgnes bien plus nombreux encore (Valude). Récemment, Snell (1) signalait que sur 335 enfants de l'Institut des aveugles de Sheffield, 136 doivent leur cécité à l'ophtalmie du nouveau-né.

(1) Crédé. *Arch. f. Gyn.*, 1881.
(2) Haab. *Corresp. f. Schw. Ærzte*, 1886.
(3) Pinard. *Acad. de méd.*, 31 mars 1908.

La proportion des aveugles a d'ailleurs diminué, surtout depuis une vingtaine d'années et elle ira en diminuant progressivement, quand les mesures prophylactiques seront employées avec plus de rigueur et que l'instruction aura rendu les mères moins insouciantes ou moins inconscientes du danger que court leur enfant.

On ne peut à ce point de vue que souscrire aux propositions faites par Pinard en 1901 à l'Académie de médecine : 1° Faire distribuer dans toutes les mairies avec l'acte de naissance une courte notice indiquant les causes, les symptômes et les dangers de l'ophtalmie du nouveau-né;

2° Attribuer un ophtalmologiste à toutes les maisons d'accouchement pour diriger le traitement curatif des ophtalmies purulentes et l'enseigner aux élèves-médecins et sages-femmes (ce qui existe déjà à Londres, Dublin et Glasgow);

3° Prendre des mesures pour que la déclaration immédiate des ophtalmies purulentes soit faite dans tous les cas et partout en France.

Quant à la désinfection en cas d'ophtalmie gonococcique, elle n'a aucune valeur pratique. Le gonocoque, nous l'avons vu, ne vit pas plus de trente-six heures loin de la muqueuse sur laquelle il a végété (Piringer). Il suffira donc d'attendre trente-six heures après la fin de toute sécrétion pour obtenir une désinfection aussi parfaite que celle que peuvent réaliser les services publics et qui aura en outre le mérite incontestable de ne pas coûter un centime (Morax).

V

Traitement curatif. — La partie importante du traitement consiste dans la cautérisation une à deux fois par jour suivant l'intensité de la conjonctivite avec une solution de nitrate d'argent qui ne sera pas inférieure à 1/50 et pas supérieure à 1/30. On peut faire l'application avec un large pinceau après renversement des paupières. Plus simplement, après avoir absorbé la sécrétion purulente avec un tampon d'ouate hydrophile, on écartera les paupières avec le pouce et l'index et avec un compte-gouttes on instillera quelques gouttes de la solution argentique de façon à remplir le cul-de-sac et à baigner le bord libre des paupières. Cela fait on enlèvera aussitôt le liquide avec de l'ouate hydrophile. Il n'est pas nécessaire de neutraliser avec une solution salée. Au fur et à mesure que décroîtra l'abondance de la suppuration on diminuera le taux de la solution argentique; de 1/40 on passe à 1/50, 1/100, puis 1/150.

En dehors des cautérisations, il est nécessaire de faire des lavages très fréquents pour chasser la sécrétion purulente, toutes les heures surtout les premiers jours. On peut employer une poire en caoutchouc ou bien l'appareil de Kalt, petit pavillon en

(1) Snell. *Brit. med. Journ.*, 1907, n° 2444.

verre qu'on introduit entre les paupières, souvent plus dangereux qu'utile quand il n'est pas manié par des mains habiles. Plus simple est l'écartement des paupières avec les doigts et le lavage au moyen de tampons d'ouate hydrophile imbibée d'eau bouillie tiède, de sérum artificiel bouilli, de solution très faible d'oycyanure de mercure (1/8000), de permanganate de potasse à 1/3000 (Kalt), de formol à 2 p. 1000 ou de naphtol à 1/5000 (Valude). Dans l'intervalle des lavages il est inutile d'appliquer de pansement.

Quand il existe des complications cornéennes, la conduite à tenir est discutée. Les uns, avec Valude, conseillent de cesser immédiatement tout caustique, les pires accidents cornéens provenant, d'après eux, de ce que le nitrate d'argent même faible a été introduit dans des yeux qui ne pouvaient plus le tolérer. Les autres, au contraire, avec Morax, continuent les cautérisations cornéennes et ont vu quelquefois les cautérisations répétées deux fois par jour suspendre l'évolution des lésions ulcératives et prévenir la perforation.

On se trouvera bien également de l'introduction d'une pommade iodoformée. Parfois l'instillation d'un collyre de bleu de méthylène à 1/400 a favorisé la cicatrisation d'ulcérations cornéennes longues à guérir.

Quant aux ophtalmies non gonococciques, il n'y aura jamais d'inconvénient à recourir au même traitement argenté. Dans les cas légers une solution de nitrate d'argent à 1/100, de protargol ou d'argyrol à 20 ou 40 p. 100, de sulfate de zinc au 1/40 auront facilement raison de la suppuration. Quant à la conjonctivite à bacille de Lœffler, elle est justiciable du sérum antidiphtérique.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

LE RÉGIME LACTO-VÉGÉTARIEN AUXILIAIRE AU BROMURE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE

M. Brunon (de Rouen) insiste avec raison, dans la *Normandie médicale*, sur la nécessité de modifier le régime alimentaire des enfants épileptiques, si l'on veut obtenir du bromure tout le bénéfice qu'on doit en attendre. Il rapporte un cas où l'influence du régime ne paraît pas niable. La marche des accidents suit exactement la fluctuation du régime alimentaire.

Une fillette de neuf ans est d'abord soumise au traitement bromuré avec régime carné : pas de résultat thérapeutique appréciable.

Elle est mise au régime lacté, puis lacto-végétarien avec bromuration méthodique : les crises se modifient d'abord, puis s'espacent et finalement disparaissent pendant dix-sept mois. Elle revient à son régime carné : les crises réapparaissent et sa santé générale s'altère. Elle est mise de nouveau à un régime diététique : il y a de nouveau une amélioration. Enfin elle retombe dans son état initial en reprenant le régime carné, qui est habituel et enraciné dans sa famille. (*Clinique infantile.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 10 AU 15 MAI 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Legry et Marcel Labbé ; — (2e série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper ; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 12 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Marion et Lenormant ; — (2e partie, 1re série) : MM. G. Ballet, Jeanselme et Carnot ; — (2e série) : MM. Chauffard, Balthazard et Nobécourt ; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 11 mai, à une heure. — 2e : MM. Gley, Desgrez et Mulon.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Blanchard, Pierre Marie et Legry ; — (2e série) : MM. Gaucher, Macaigne et Sicard ; — (3e série) : MM. Roger, André Jousset et Lœper ; — M. Branca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Delbet, Mauclaire et Gosset ; — (2e série) : MM. Hartmann, Legueu et Ombrédanne ; — M. Rieffel, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 13 mai, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Claude et Brumpt ; — (2e série) : MM. Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt ; — (3e série) : MM. G. Ballet, Chauffard et Castaigne ; — (4e série) : MM. Pierre Marie, Renon et Gouget.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Richaud ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 14 mai, à une heure. — 3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Marcel Labbé et Sicard.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne ; — M. Mulon, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delbet, Legueu et Gosset ; — (2e série) : MM. Hartmann, Proust et Ombrédanne ; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Branca, suppléant.

Samedi 15 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Renon et Claude ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Castaigne et Nobécourt.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau ; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 12 mai 1909, à une heure. — M. Bonneau. L'hérédité similaire dans la paralysie générale. (MM. Brissaud, président ; Reclus, Marcel Labbé et Proust.) — M. Rousseau. Contribution à l'étude du traitement des fistules du canal de Sténon. (MM. Brissaud, président ; Reclus, Marcel Labbé et Proust.) — M. Sarradin. Des fistules urinaires consécutives aux prostatectomies. (MM. Reclus, président ; Brissaud, Marcel Labbé et Proust.)

Jeudi 13 mai, à une heure. — M. Delille. L'hypophyse et la médication hypophysaire (étude expérimentale et clinique). (MM. Dieulafoy, président ; Chantemesse, Gilbert et Desgrez.) — M. Lamy. Fièvre typhoïde et lithiase biliaire. (MM. Chantemesse, président ; Dieulafoy, Gilbert et Desgrez.) — M. Archontakis. La diminution du murmure vésiculaire au sommet droit et sa valeur séméiologique. (MM. Chantemesse, président ; Dieulafoy, Gilbert et Desgrez.) — M. Vleeschouver. Contribution à l'étude de la pharmacologie de la digitale. (MM. Gilbert, président ; Dieulafoy, Chantemesse et Desgrez.) — M. de Beauréale. Kraurosis vulvæ post-opératoire. (MM. Pozzi, président ; Quénu, Auvray et Lenormant.) — M. Buizard. Du traitement chirurgical de la perforation intestinale typhique. (MM. Quénu, président ; Pozzi, Auvray et Lenormant.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Le Vin Girard

DE LA CROIX DE GENÈVE

IODO-TANNIQUE PHOSPHATÉ



EST ORDONNÉ par plus de 30,000 *MÉDECINS*, et cela s'explique si l'on songe que le *VIN GIRARD*

REMPLACE l'huile de foie de morue,

EST exactement dosé, agréable au goût, *EUPEPTIQUE*, il stimule les fonctions digestives et d'assimilation,

FACILITE la résolution des tubercules et leur transformation crétacée,

CALME la toux et l'oppression,

COMBAT la misère physiologique,

EST considéré par beaucoup comme le spécifique du lymphatisme et de la scrofule.

EN RESUMÉ c'est la meilleure façon de faire absorber l'iode : aux *FEMMES*, aux *ADULTES*, aux *ENFANTS*.

SIROP GIRARD

MÊME COMPOSITION

S'ORDONNE PLUS SPÉCIALEMENT EN MÉDECINE INFANTILE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HÔPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 30 avril : MM. Alglave, 18 ; Piquand, 15 ; Hallopeau, 17.

ÉCOLE DE MÉDECINE. — Caen. — M. le professeur Auvray, directeur de l'Ecole, est admis sur sa demande, à prendre sa retraite à la date du 1er novembre 1909. Il sera nommé à cette date professeur honoraire et directeur honoraire.

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE. — Un concours pour le recrutement de huit médecins de colonisation sera ouvert le 2 juin prochain à Alger (Ecole de médecine), à Paris (office de l'Algérie) et à la préfecture des villes possédant des facultés ou écoles de médecine. Pour tous renseignements, s'adresser, soit au gouvernement général (direction de l'intérieur, deuxième bureau), soit à l'office de l'Algérie, à Paris, soit à la préfecture de chaque département. La liste des candidats sera close le 18 mai.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Verneau, docteur en médecine, assistant de la chaire d'anthropologie au muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur de ladite chaire, en remplacement de M. Hamy, décédé.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La séance du 8 mai sera consacrée aux intérêts professionnels. L'ordre du jour porte :

1° Desiderata de la Société sur la réforme du concours des hôpitaux ;

2° Desiderata de la Société sur la réforme de l'agrégation et nomination de la Commission pour la réforme du recrutement des professeurs auxiliaires.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux décernera, en 1910, au concours, les prix suivants :

Prix Barthe, de Saint-Emilion. — Ce prix, d'une valeur de 500 francs, sera décerné, soit à un bon mémoire manuscrit ou imprimé, soit à un bon livre, soit à une œuvre quelconque de médecine, de chirurgie ou de physiologie, dans le ressort des Académies de Bordeaux, Poitiers et Limoges.

Prix Fauré. — Ce prix, d'une valeur de 300 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet intéressant l'hygiène de la population peu aisée, la Société met au concours la question suivante : « Logements ouvriers insalubres et tuberculose, à Bordeaux ».

Les mémoires devront être adressés à M. le docteur Frèche, secrétaire général, 42, cours de Tourny, à Bordeaux, jusqu'au 30 avril 1910. Pour les renseignements et conditions, s'adresser également au Secrétaire général.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Etiévant, ancien secrétaire de la Faculté de médecine de Lyon, et de MM. les docteurs Milsom (de Marseille) et Antoine Pitre (de Craponne).

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p.* 642.)

HÉMORRAGIE SOUS-ARACHNOIDIENNE CURABLE

CHEZ UN LYCÉEN DE SEIZE ANS

Par M. BRAILLON (d'Amiens),

Ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine.

Les recherches de ces dernières années, en particulier les travaux de MM. Chauffard, Boidin et Froin (1) ont mis en évidence la fréquence et la curabilité des hémorragies sous-arachnoïdiennes; ces auteurs ont précisé leur symptomatologie, fonction du siège et de la diffusion de l'épanchement sanguin, ils ont montré à quel point leur expression clinique pouvait se rapprocher de celle des méningites bactériennes; la ponction lombaire enfin leur a permis d'étudier avec une précision aussi complète que possible l'évolution des réactions anatomiques consécutives à l'irruption des globules sanguins dans le liquide céphalo-rachidien.

Si les hémorragies sous-arachnoïdiennes sont donc actuellement bien connues au point de vue anatomo-clinique, leur étiologie dans tous les cas n'est pas encore complètement élucidée. A côté de celles, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait naguères, qui sont sous la dépendance d'un traumatisme avec ou sans fracture du crâne, à côté des ruptures vasculaires d'ordre médical attribuables à l'athérome, à la syphilis, à l'insolation Dopter), à l'hémophilie, il est des cas où l'hémorragie survient sans qu'on puisse lui trouver de raison bien précise. Froin rapporte dans sa thèse trois cas d'hémorragie curable chez des sujets encore jeunes (vingt-deux, quarante-huit, trente-six ans) sans que l'on trouve d'étiologie directe. Un cas mortel de MM. Letulle et Lemierre concerne une domestique de vingt ans, sans aucun antécédent pathologique, aînée de neuf enfants tous vivants.

Le cas que nous rapportons ici appartient « à ce groupe d'attente », dans lequel la cause de l'hémorragie ne peut encore être mise en évidence. C'est chez un lycéen de seize ans que la rachicentèse nous a démontré l'existence d'une hémorragie méningée que rien ne nous permettait de prévoir, et dont l'expression clinique paraissait imposer le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Il s'agit d'un jeune homme que nous avons été appelé à voir en consultation au lycée de Beauvais avec MM. Devé et Magnier, le 18 novembre 1908. Ses antécédents héréditaires et personnels ne nous fournissent aucun renseignement intéressant. Le 14 novembre, il s'était levé le matin avec ses camarades, mais avait ressenti un engourdissement de tout le côté droit du corps. Il avait été cependant jusqu'au lavabo et avait commencé sa toilette quand il était tombé sans connaissance. Il était resté toute la journée dans un état d'assoupissement très prononcé; le 15, il s'était un peu réveillé, et les symptômes qu'il présentait étaient restés à peu près les mêmes jusqu'au moment de notre examen.

(1) Voir Froin. Th. de Paris, 1904.

Nous nous trouvons en présence d'un grand garçon répondant assez nettement à nos questions, mais sans donner beaucoup de détails et paraissant rapidement fatigué après quelques gestes ou quelques paroles. On constate chez lui une hémiparésie de tout le côté droit intéressant le facial inférieur, le grand hypoglosse (projection de la langue du côté malade), la jambe et surtout le bras du même côté.

Il y a en même temps de la raideur de la nuque très marquée, et un signe de Kernig des plus accusés, aussi marqué du côté droit que du côté gauche : en fléchissant la cuisse sur le bassin et en essayant d'étendre la jambe sur la cuisse, il est impossible d'atteindre l'angle droit.

Le malade souffre beaucoup de la tête, et surtout au niveau de la région fronto-pariétale gauche. La constipation est opiniâtre, on n'obtient de résultat que par le calomel et les lavements répétés, le ventre est rétracté, la langue est saburrale.

Depuis le début des accidents la température rectale oscille entre 38 degrés et 38°5, le pouls ralenti, très irrégulier, ne bat qu'à 46 pulsations. On observe la production de la raie vaso-motrice.

Les réflexes pupillaires sont normaux, les pupilles égales, légèrement contractées, les réflexes tendineux sont faibles, les réflexes cutanés normaux, le réflexe cutané plantaire s'effectue en flexion des deux côtés. L'examen du cœur, des poumons, des autres organes ne fournit aucun renseignement particulier.

Nous nous trouvons alors au cinquième jour d'accidents caractérisés par de la céphalée et de la constipation avec rétraction du ventre, raideur de la nuque et signe de Kernig, avec légère élévation de la température et ralentissement très marqué du pouls. Il était difficile de ne pas regarder l'évolution d'une méningite tuberculeuse comme probable. Le début apoplectiforme, l'existence d'une hémiparésie ne permettaient pas de repousser ce diagnostic : on sait que chez l'adolescent ou l'adulte pareil début n'est pas exceptionnel et Chantemesse (1) a insisté sur les *plaques* de méningite tuberculeuse donnant lieu à des accidents de monoplégie, de paraplégie, d'hémiplégie précédant ou accompagnant les symptômes d'irritation corticale diffuse. Les particularités que nous venons de signaler, loin d'éloigner l'hypothèse de méningite tuberculeuse, venaient plutôt la renforcer.

Désireux cependant de n'affirmer le diagnostic qu'après avoir été entouré de tous les renseignements dont nous pouvons disposer, nous décidons de concert de pratiquer la ponction lombaire. Celle-ci est faite séance tenante, le malade étant couché. Le liquide jaillit en forte hypertension. Il est trouble, fortement coloré, des filaments brunâtres et allongés s'échappent par l'orifice de l'aiguille. Nous en avons bientôt retiré 30 centimètres cubes environ. A un moment le malade se plaint de souffrir plus fortement de la tête et nous retirons l'aiguille. Pendant l'heure qui suit la ponction il y a une céphalée vio-

(1) Chantemesse. Th. de Paris, 1884.

lente, la température s'élève à 39 degrés. Ensuite les douleurs se calment, le malade s'endort, le lendemain matin il n'y a plus de céphalée, la température est de 37 degrés, le pouls est à 60. Les jours suivants la température se maintient de nouveau au-dessus de 37 degrés, le pouls reste aux environs de 50 pulsations, mais l'état reste relativement satisfaisant. Nous ne revoyons le malade que le 9 décembre; le signe de Kernig a à peu près complètement disparu, l'hémiparésie s'est améliorée, il n'y a plus d'asymétrie faciale, mais le bras est encore notablement parésié. Le pouls ne bat encore qu'à 50 pulsations environ, il est encore remarquablement irrégulier; c'est le pouls méningitique le plus typique qu'il soit possible de rencontrer.

Le 20 décembre, l'amélioration est suffisante pour qu'on puisse transporter le jeune homme dans sa famille; elle a continué depuis à se prononcer de plus en plus et actuellement l'état de santé du patient est redevenu tout à fait normal, l'hémiparésie a disparu sans laisser de trace.

Les caractères typiques du liquide retiré par la ponction nous permettaient d'affirmer l'existence d'une hémorragie des espaces sous-arachnoïdiens : xantochromie du liquide céphalo-rachidien, culot rouge et absence de caillot; mentionnons une leucocytose accusée; nous avons compté un leucocyte pour vingt hématies par une numération portant sur plusieurs centaines de globules. Il s'agissait à peu près exclusivement de leucocytes polynucléaires à noyau varié. Il existait en outre aussi dans les tubes quelques flocons fibrineux que nous croyons pouvoir attribuer à la chute des filaments hématiques allongés que nous avons vu sortir par l'orifice de l'aiguille lors de la ponction.

Quelle est la cause de cette hémorragie méningée curable chez un garçon de seize ans? Nous pouvons éliminer toute action traumatique, ainsi que l'insolation, à laquelle M. Henry Bouquet [de Tunis] (1) attribue un cas qu'il a observé chez un enfant de quatorze ans. Nous n'avons relevé aucun signe, aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire; nous n'avons d'ailleurs trouvé chez le père du malade aucun antécédent de cette nature. Nous n'avons relevé chez le malade aucun accident d'hémophilie (2).

Il est une hypothèse qui exige une discussion plus approfondie, c'est celle d'après laquelle les caractères hémorragiques du liquide céphalo-rachidien auraient été symptomatiques d'une infection des méninges, d'après laquelle l'hémorragie aurait été la complication d'une méningite.

Les signes cliniques, la présence dans le liquide de quelques flocons fibrineux, la polynucléose très marquée sont des arguments qui paraissent assez séduisants en faveur de cette opinion.

Cette méningite pourrait être une méningite à bacilles de Koch; une observation de Froin (3) montre que l'on peut rencontrer en pareil cas un liquide céphalo-rachidien hémorragique; nous pouvons écarter en ce qui concerne notre malade tout soupçon de tuberculose méningée; sans attendre l'évolution clinique nous avons inoculé à deux cobayes, l'un sous la peau, l'autre dans le péritoine, le culot correspondant à 10 centimètres cubes du liquide céphalo-rachidien; ces animaux ont été sacrifiés au bout de deux mois et ne présentaient aucune lésion.

Nous ne pensons pas non plus que la rupture vasculaire soit venue compliquer une méningite aiguë. L'examen direct du culot, après fixation et coloration, ne nous a permis de constater aucun microbe; les ensemencements sur gélose et en bouillon peptoné n'ont donné aucune colonie, en dehors d'un tube qui a donné une culture de staphylocoque blanc provenant manifestement de la peau du patient. Les animaux que nous avons inoculés n'ont accusé aucune réaction. Ces caractères négatifs se rencontrent dans le syndrome, isolé et décrit par Babinski (1) sous le nom de méningite hémorragique fibrineuse, et dont nous avons observé personnellement un cas avec M. Devillers (de Roye), mais on ne constate alors ni les mêmes signes cliniques, ni les mêmes caractères anatomiques du liquide céphalo-rachidien.

Il semble bien d'après l'histoire clinique que le début et l'évolution des accidents reconnaissent, comme cause nécessaire et suffisante, la rupture d'une artériole arachnoïdienne au niveau du territoire de la sylvienne gauche; et nous pensons que l'intensité de la réaction polynucléaire doit être considérée, ainsi que les signes cliniques d'irritation méningée, comme liée au travail de destruction des hématies extravasées, causant par leur présence à la surface des centres encéphalo-médullaires un véritable processus de méningite aseptique. « Une polynucléose très élevée sera rapportée au travail hématolytique et non pas à une complication » (Froin).

Nous devons donc avouer que la cause de l'hémorragie chez notre jeune malade nous échappe complètement.

Nous avons cru intéressant d'en relater l'observation qui contribue à montrer l'existence d'hémorragies spontanées, curables, sans cause bien nette chez des sujets très jeunes; les symptômes cliniques qui révèlent leur existence peuvent réaliser d'une façon très approchée le tableau de la méningite tuberculeuse; l'erreur de diagnostic sera d'autant plus facile qu'on ne pensera pas, vu l'âge du malade, l'absence d'étiologie précise, à la possibilité d'une rupture vasculaire; la ponction lombaire, pratiquée systématiquement chez tous les malades présentant un syndrome méningé, permettra seule de faire un diagnostic exact, de porter un pronostic plus favorable que celui que paraît comporter le tableau clinique, en même temps qu'elle contribuera puissamment à la guérison.

(1) Henry Bouquet. *Prov. méd.*, 19 sept. 1908.

(2) Moizard et Bacaloglu. Hémorragie méningée sous-arachnoïdienne; symptômes de méningite cérébro-spinale chez un enfant de sept ans, hémophile, *Bull. de la Soc. anat.*, 1900, p. 969.

(3) Froin. Thèse, p. 53.

(1) Babinski. *Soc. méd. des hôpit.*, 23 oct. 1903.

DES RAPPORTS

DE LA

MIGRAINE ET DE L'ÉPILEPSIE

Par le docteur A. RODIET,
Médecin en chef des asiles d'aliénés.

Depuis longtemps, on a noté les relations qui existent entre l'épilepsie et la migraine. Toutefois, ainsi que l'a fait remarquer William R. Gowers (1), c'est une erreur de dire que l'épilepsie et la migraine sont une même maladie. Cet auteur a fréquemment noté l'alternance de la migraine et de l'accès épileptique, mais il n'a vu qu'une fois la même aura précéder tantôt l'épilepsie, tantôt la migraine.

M. Cornu (2) estime que les effets épileptiques et migraineux appartiennent au même groupe d'affections nerveuses. Il appuie cette opinion sur différentes considérations : 1° la migraine traduit l'irritation des centres nerveux, de même que l'épilepsie, et se caractérise par des modifications directes ou réflexes de la sensibilité, de la motricité, de l'intelligence ; 2° mêmes phénomènes dans les deux cas : aura, paroxysme, torpeur ; 3° les deux affections sont héréditaires, les migraineux naissent souvent d'épileptiques et réciproquement ; 4° les mêmes intoxications les font naître ; 5° l'un quelconque de ces deux syndromes peut rester pendant longtemps la seule manifestation de la diathèse ; c'est ainsi qu'un migraineux issu d'épileptiques présente tardivement des crises convulsives. Par un phénomène inverse, l'épilepsie peut disparaître et les symptômes migraineux apparaître.

Cette hypothèse pourrait se justifier par la théorie du professeur Joffroy (3) que la question d'hérédité est, dans ce cas, de première importance. L'aptitude individuelle à prendre telle ou telle maladie se manifesterait chez le dégénéré arthritique tantôt par des crises de coliques hépatiques ou néphrétiques, tantôt par des convulsions, tantôt par des migraines.

D'autres auteurs ont insisté sur l'analogie existant entre les symptômes psychiques prémonitoires de l'accès de migraine et l'aura épileptique. Depuis Guido Guidi (4), certains migraineux observés par lui plusieurs jours avant l'accès de migraine éprouvent un besoin de parler, de s'agiter, de raconter des histoires et leur appétit augmente jusqu'à la voracité. D'autres, au contraire, se montrent déprimés, irritables, défiants et anxieux. Ces altérations du caractère existent, dit l'auteur, dans 15 p. 100 des cas.

(1) William R. Gowers. Sur les frontières de l'épilepsie. La migraine, *Brit. med. Journ.*, 8 déc. 1906, n° 2397.

(2) E. Cornu. *Contribution à l'étude des migraines dans leurs rapports avec les états épileptiques et délirants*, Th. de Lyon, 1901, n° 144.

(3) Joffroy. De l'aptitude convulsive. *Gaz. hebdom.*, 11 fév. 1900, n° 12.

(4) Guido Guidi (de Rome). Symptômes psychiques prémonitoires de l'accès de migraine, *Riv. sperim. d. Freust.*, 1907, vol. fasc. II, III, p. 440-448.

Toutefois, entre les deux syndromes : épilepsie et migraine, on note des différences. C'est ainsi que les échanges azotés subissent un léger retard pendant les périodes intercalaires des accès de migraine. Ainsi que l'a démontré Brioglio (1) les valeurs des chlorures, de l'acide sulfurique total et des phosphates terreux sont inférieures à la normale, et l'acide phosphorique total est éliminé en quantité normale. Pendant l'attaque de migraine, les échanges azotés s'accélèrent toujours. Au contraire, dans l'épilepsie, on constate l'augmentation de l'élimination de l'acide phosphorique total et de l'acide sulfurique, et d'une façon générale, il y a une notable différence entre les échanges de l'épileptique et ceux de l'hémicrânique, tant dans la période intervallaire entre les attaques que pendant les accès.

Quoi qu'il en soit, de même qu'on a attribué un rôle essentiel à l'auto-intoxication dans la genèse de l'accès d'épilepsie, de même aussi on a pensé que l'auto-intoxication d'origine intestinale et surtout l'intoxication d'origine alimentaire sont une cause fréquente d'accidents migraineux. Lorsque vers l'âge de quarante ans, des personnes sujettes à la migraine depuis leur jeunesse présentent des crises qui s'aggravent au lieu de s'atténuer et de disparaître, MM. Mathieu et J.-Ch. Roux (2) attribuent cette aggravation à un mauvais fonctionnement du foie et des reins et à une élimination insuffisante des toxines alimentaires. Ils soumettent ces malades au régime lacto-végétarien et à la médication laxative. Les crises douloureuses diminuent et disparaissent.

C'est ainsi que chez 4 malades épileptiques sujettes à des migraines, le régime végétarien produit d'excellents effets sur les accès de migraine. Pendant l'application du régime, nous avons observé dans deux cas la disparition des migraines, tandis que les crises d'épilepsie étaient moins nombreuses. Dans un autre cas, les migraines s'atténuèrent sans modification des crises. Enfin, chez une malade, les crises d'épilepsie furent plus nombreuses, mais les migraines moins intenses et moins fréquentes.

HYGIÈNE SOCIALE

LA CONTAGION FAMILIALE DE LA TUBERCULOSE INFANTILE

L'hérédité ne paraît plus aujourd'hui devoir conserver, dans l'étiologie de la tuberculose, la place très importante qu'elle y a longtemps occupée et qu'elle y occupe d'ailleurs encore pour le public et même pour quelques médecins. Il est admis que l'hérédité de graine est tout à fait exceptionnelle. MM. Péhu et Chalier (3) n'ont trouvé, dans la littérature médicale, que trente-cinq cas de tuberculose humaine congénitale, dans lesquels un fœtus ou un enfant mort quelques jours après la naissance présentait soit des lésions spécifiques,

(1) Mario Augusto Brioglio (de Rome) Les éliminations urinaires dans la migraine, *Riv. sperim. d. Freust.*, vol. fasc. II.

(2) Albert Mathieu et Jean-Ch. Roux. Les migraines tardivement aggravées, *Gaz. des hôpit.*, 10 nov. 1903.

(3) Péhu et Chalier. De la tuberculose humaine congénitale. Etude critique, *Arch. de méd. des Enfants*, 1908, n°s 1 et 2. V. *Gaz. des hôp.*, 1908, n° 111.

soit des organes infectés par le bacille de Koch. On peut, il est vrai, objecter qu'une tuberculose congénitale n'apparaît pas forcément aussitôt après la naissance et qu'il est impossible de savoir si une tuberculose du nourrisson est congénitale ou acquise; mais, à supposer même une fréquence plus grande de la bacillose congénitale, il sera toujours utile de préserver le nourrisson des surinfections bacillaires qui risqueraient de réveiller la lésion primitive plus ou moins latente. L'hérédité de prédisposition a été aussi très discutée; plusieurs auteurs, et non des moindres, la nient presque complètement. Quoi qu'il en soit, la contagion semble être à l'origine de la plupart des cas de tuberculose et particulièrement de tuberculose infantile; mais encore faut-il distinguer, parmi les diverses sources de contagion, quelle est la plus importante. Dans plusieurs publications, M. Comby (1) a beaucoup insisté sur la fréquence de la contagion familiale. A l'encontre de Behring, M. Comby soutient que la transmission de la tuberculose par le lait des animaux tuberculeux ne s'observe pour ainsi dire jamais, et la preuve, c'est que la tuberculose est surtout fréquente chez l'enfant après la seconde année. C'est après le sevrage, quand la ration de lait est réduite au minimum, que les chances de tuberculisation augmentent; or, le petit enfant vit dans un isolement relatif et ne participe guère, en dehors du milieu familial, à la vie commune si féconde en contagions; mais si la tuberculose pulmonaire est dans sa famille, si les parents, grands-parents ou domestiques qui s'occupent de l'enfant sont tuberculeux, toussent et crachent auprès de lui, le nourrisson se trouve ainsi perpétuellement exposé à la contamination bacillaire. « S'il continue à vivre avec un phtisique qui tousse et crache, l'enfant est fatalement atteint de tuberculose. Voilà ce qu'on doit bien savoir, ce qu'on ne saurait trop répéter » (Comby). Une preuve indirecte de cette influence nocive du milieu familial en ce qui concerne la tuberculose infantile est fournie par la statistique du service des Enfants-Assistés de Paris. On sait que ces enfants, abandonnés par leur mère, et le plus souvent quelques jours après la naissance, sont élevés à la campagne par des nourrices saines et surveillées sous le contrôle de l'administration de l'assistance publique; il est bien vraisemblable que ces enfants sont, pour un très grand nombre, entachés d'une hérédité alcoolique et tuberculeuse lourdement chargée; or, en quittant Paris, ils échappent à ces tares héréditaires, ils s'imprègnent, avec le lait des nourrices campagnardes, d'une vitalité nouvelle et la mortalité par tuberculose est, chez eux, presque insignifiante.

Ces notions sur la contagion familiale de la tuberculose doivent naturellement engager les médecins à faire le nécessaire pour y soustraire l'enfant dans la mesure du possible. Pour ce qui est de surveiller l'état de santé des nourrices, bonnes et domestiques qui sont en contact avec les enfants, aucune difficulté ne se présente, s'il est des parents qui ignorent encore le danger auquel ils exposeraient leurs enfants en les confiant à des domestiques tuberculeux, le devoir du médecin sera de les en avertir. Avec la tuberculose des parents ou des grands-parents, la question devient déjà plus délicate; défions-nous, dit M. Comby, des vieillards qui toussent et qui crachent, des grands parents qu'on déclare atteints d'asthme, d'emphysème, ce sont autant de tuberculeux. « J'ai vu de nombreux enfants mourir de méningite tuberculeuse pour ne pas avoir été soustraits en temps opportun aux caresses de leurs grands-parents. » Avec du tact et de la diplomatie, on arrivera, dans la plupart des cas, à pouvoir protéger l'enfant.

L'idéal, au point de vue hygiénique, serait d'éloigner complètement l'enfant de sa famille et de le faire élever à la campagne. C'est ce que réalisa Grancher quand il fonda l'œuvre de préservation de l'Enfance contre la tuberculose. Dès 1762, Jean-Jacques Rousseau écrivait que « les villes sont le gouffre de l'espèce humaine »; Michelet n'a-t-il pas dit que « de toutes les fleurs, la fleur humaine est celle qui a le plus besoin de soleil » (1). Ces citations montrent bien que la question n'est pas nouvelle, mais, depuis quelque cinquante ans, elle s'impose de plus en plus à l'attention des pouvoirs publics et des médecins. Pour en revenir à l'œuvre de Grancher, cette œuvre est évidemment parfaite en tant que conception purement médicale; il n'en est peut-être pas de même au point de vue social et familial. On en discutait récemment au Conseil municipal d'une ville de province (2); un médecin, membre de ce conseil, exposa la théorie des hygiénistes et demanda qu'une inspection médicale soit organisée dans toutes les écoles, au point de vue de la tuberculose. La proposition fut renvoyée sans enthousiasme à une Commission, tandis que des applaudissements saluèrent les paroles éloquentes par lesquelles le maire proclama les droits imprescriptibles de la famille. « Nous n'avons pas voulu admettre que, sous prétexte de protection, la liberté des enfants et des parents pût être sacrifiée...; car, si je ne crois plus qu'on berce l'humanité avec des chansons, je crois encore qu'on berce l'enfant malade avec les chansons de la mère. Nous ne voulons pas crier à la figure d'une mère, qui ne croit pas son enfant malade, que cet enfant est condamné; nous ne voulons pas lui enlever son illusion. » Nous avons tenu à citer ces phrases parce qu'elles nous paraissent parfaitement montrer que, dans ces problèmes d'hygiène sociale, les médecins s'exposent fatalement à froisser des sentiments très respectables; nous risquerions de compromettre pour longtemps le succès de nos efforts si nous nous arrogions le droit d'immoler ces sentiments sur les autels de l'Hygiène.

M. BRELET.

(1) COMBY. *Congrès de la Tuberculose*, Paris, 1905; *Congrès de Washington*, 1908; Rôle de la contagion humaine dans la tuberculose infantile, *Arch. de méd. des Enfants*, 1909, n° 3.

(1) Cités par JULES MÉLINE. *Le Retour à la terre et la surproduction industrielle*, Paris, 1905.

(2) Conseil municipal de Nantes, Procès-verbal de la séance du 10 juillet 1908.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1909)

M. A. PONCET revient sur les rapports de causalité entre la **tuberculose** et certaines maladies du système nerveux central, du tabes, de la **paralysie générale**, en particulier. Il cite, à ce propos, un travail très intéressant du docteur Anglade (de Bordeaux), sur les rapports de la tuberculose et de la paralysie générale.

Sur 21 autopsies de paralytiques généraux, il a trouvé 14 tuberculeux avérés.

Sporotrichose faciale dermique et ganglionnaire. — MM. DE BEURMANN, GOUGEROT et LAROCHE. Ce malade, le n° 71 de la série, présente comme lésion initiale quatre pustulettes acnéiformes agglomérées de l'extrémité interne du sourcil droit. Cette lésion, chancre bénin, a été le point de départ d'une lymphangite noueuse et d'une double adénite pré-auriculaire et sous-angulo-maxillaire. Le malade a en outre sur la joue droite un nodule dermique d'inoculation épidermique secondaire. Il faut insister sur le contraste entre la petitesse de la lésion initiale et l'étendue de l'envahissement lymphatique et ganglionnaire. On doit donc rechercher la sporotrichose dans de simples pustulettes d'acné.

Sporotrichose et tuberculose associées. — MM. De Beurmann, Gougerot et Vaucher. Etude expérimentale sur le singe de lésions mixtes, à la fois bacillaires et sporotrichosiques. Les associations sporotricho-tuberculeuses sont exceptionnelles, on n'en connaît que deux cas. Presque toujours lorsqu'un tuberculeux devient sporotrichosique, les accidents cutanés qu'il présente sont uniquement dus au sporotrichum Beurmanni, ainsi que le démontrent les inoculations de contrôle au cobaye.

Tuberculose cantonnée et granulique chez un nourrisson. Intra-dermo-réaction négative. — Ayant abandonné l'oculo et la cuti-réaction, MM. Henri Dufour, Cottenot et Meaux Saint-Marc ont expérimenté systématiquement l'intra-dermo-réaction sur les nourrissons chez lesquels le diagnostic de tuberculose est si difficile à porter. Il ne leur a pas semblé que cette nouvelle forme de la méthode dût fournir quelque donnée utilisable pour la clinique.

Ils rapportent aujourd'hui l'observation d'un nourrisson de onze mois ayant réagi négativement quarante jours avant sa mort à l'intra-dermo-réaction et n'en présentant pas moins à l'autopsie des lésions anciennes de tuberculose cantonnée et d'autres tout à fait récentes de granulie.

On peut sûrement conclure que la méthode est infidèle; elle l'a été d'ailleurs dans nombre d'autres mains, sans qu'on puisse en donner d'explications. Les faits s'accumulent pour démontrer qu'il serait téméraire de se fier à des procédés si sujets à caution pour établir le diagnostic de tuberculose dans des cas douteux.

Sur la reproduction expérimentale de certaines dermatoses par la tuberculose. — M. Dufour. A propos de la communication faite à la séance précédente par MM. Thibierge et Gastinel, l'auteur rappelle qu'il a rapporté un cas semblable à ceux de ces auteurs en 1907, à propos d'une communication sur la cuti-réaction.

Il s'agissait d'eczéma dans son observation. Il a aussi montré l'influence jouée par le système nerveux en pareille circonstance, puisque dans un autre de ses cas, s'est déclaré un zona dans le territoire soumis à l'absorption de la tuberculine. Depuis M. Ernest Moro est revenu sur les effets nerveux provoqués par la cuti-réaction.

La sérothérapie intensive dans le traitement des angines graves et des paralysies diphtériques. — MM. H. Méry, Weil-Hallé et Parturier. Systématiquement, les auteurs ont employé dans la période aiguë des angines malignes des doses de sérum quotidiennes de 40, 50 et 60 centimètres cubes. D'autre part, pendant la convalescence de l'affection, après la disparition des fausses membranes, le sérum a été employé d'une façon continue sous forme d'injections répétées tous les jours ou tous les deux jours, à la dose de 10 ou de 20 centimètres cubes sans attendre l'apparition d'accidents paralytiques.

Du 1er janvier 1908 au 1er octobre 1908, sur 640 enfants entrés dans le service de la diphtérie, 9 avaient succombé à des accidents paralytiques, 7 à des syncopes survenues plus ou moins rapidement après la disparition des fausses membranes, 3 avaient succombé à des angines malignes dans la période aiguë de la maladie.

Dans la période s'étendant d'octobre 1908 à mars 1909, il y a eu 268 enfants entrés au pavillon et l'on n'a constaté aucun décès par angine maligne ou par syncope ou par paralysie consécutives. On a observé cependant dans 18 cas des accidents paralytiques, la plupart du temps très légers, sauf dans les trois cas les plus graves où les accidents paralytiques ont revêtu à certains moments un caractère très alarmant. Plusieurs enfants ont reçu au delà de 500 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

Les auteurs concluent à la très grande efficacité du traitement intensif dans les angines malignes.

En ce qui concerne les paralysies, le traitement par les injections continues et systématique de sérum leur paraît avoir donné des résultats très favorables sans cependant avoir pu supprimer les accidents de paralysie, en exerçant à leur égard une action préventive qui avait été le but de la méthode employée; bien que cette action préventive ne pût être complètement obtenue, il ne semble pas douteux que la gravité des accidents paralytiques ait été singulièrement diminuée par la méthode employée et qu'on doive recommander son emploi.

La sérothérapie intensive n'entraîne à aucun accident et en particulier à aucun phénomène sérieux d'anaphylaxie. La crainte de l'anaphylaxie ne doit donc aucunement restreindre l'emploi et les doses de sérum.

Sur une nouvelle forme de discomycose cutanée. — MM. Ravaut et Pinoy. Il s'agit d'un malade présentant depuis huit mois des nodules sous-cutanés et intra-musculaires généralisés qui suppurent et s'ouvrent à la peau en donnant issue à du pus sanguinolent. L'origine de ces abcès est due à un dyscomyces : le *Dyscomyces Thibiergi*.

Dans le pus existent des formes bacillaires isolées extrêmement petites, prenant le gram et se colorant parfaitement par la largine; elles présentent un espace clair central. Elles peuvent former des amas donnant naissance à des grains blancs très différents des grains jaunes de l'actinomycose.

On rencontre en outre dans les tissus des grains semblables comme structure à ceux de l'actinomycose, mais en différant par leur plus petit volume et la finesse des filaments contenus à leur intérieur. Ces grains s'imprègnent très facilement par le nitrate d'argent.

Les cultures sont à la fois aérobies et anaérobies et comme chez les discomyces s'y présentent sous la forme bacillaire ou la forme filamenteuse.

Les inoculations expérimentales ont été négatives chez le cobaye, le lapin, le rat blanc et le singe macaque. Ce malade a présenté un très mauvais état général, il a été depuis six mois soumis au traitement ioduré et bien que très amélioré, il n'est pas encore guéri.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1909)

De l'emploi de la cocaïne dans la réduction des luxations. — M. Quénu apporte un nouveau cas de réduction d'une luxation sous-caracoïdienne de l'épaule avec l'aide de la cocaïne. Il en injecta d'abord 9 centigrammes dans l'articulation, le deltoïde faisant opposition par sa contracture, il fit une seconde injection en avant, puis une troisième en arrière. Il obtint ainsi une résolution musculaire complète qui lui permit de réduire facilement en ayant recours seulement au premier temps du procédé de Kocher.

Cancer de la parotide. — M. Morestin a pu enlever un volumineux cancer de la parotide par une incision inférieure mettant à découvert la région du digastrique et la région carotidienne, incision qui lui a permis d'enlever les ganglions et la glande, de bas en haut, sans toucher au maxillaire inférieur.

Psychoses consécutives aux traumatismes craniens. — M. Auvray a particulièrement étudié cette question, ayant eu à la traiter dans un ouvrage didactique. Il y a, suivant lui, deux points à considérer : 1° Chez un certain nombre de ces blessés devenus déments à la suite d'un traumatisme cranien, on trouve des lésions encéphaliques; 2° Il faut savoir quelle part revient à ces lésions dans les troubles psychiques; ceux-ci relèvent-ils directement du traumatisme? Ou celui-ci n'a-t il agi que comme cause occasionnelle chez des prédisposés par hérédité ou par constitution personnelle?

Cette question, qui a été très bien étudiée dans deux thèses, en particulier dans celle de Violet, en 1905, n'est pas encore résolue. Il y a pourtant là une question médico-légale d'une grande importance. En effet, avant de conclure à des troubles psychiques d'origine traumatique, il importe de faire une enquête approfondie sur les antécédents personnels et héréditaires du sujet. Si l'on ne trouve rien, il y a des raisons d'incriminer le traumatisme comme cause des accidents psychiques. Encore faudra-t-il compter avec la prédisposition du sujet. Les cas de démences vraiment dus au traumatisme sont exceptionnels. On nie même l'existence de la paralysie générale d'origine traumatique; les aliénistes la repoussent absolument. On doit donc être très circonspect au point de vue du rôle du traumatisme dans les psychoses.

M. Delorme fait observer que dans le compte rendu médical de la guerre d'Amérique les blessés atteints de traumatismes cérébraux graves ont très souvent succombé à des troubles cérébraux ou sont devenus déments. Mais ils étaient tous des ivrognes. Le traumatisme guéri, ils finissent leurs jours dans la démence après avoir passé par la gamme de l'alcoolisme.

M. Lucas-Championnière estime que la question est très difficile à résoudre. Il est toujours malaisé d'apprécier dans quelle mesure les blessés atteints de traumatisme cérébral ont présenté des troubles cérébraux antérieurs. Toutefois, il est hors de doute que les traumatismes fermés du crâne peuvent être l'origine de ces troubles psychiques. Quant à la prédisposition de certains sujets le problème est très complexe. Il ne faudrait cependant pas exagérer l'importance de cette prédisposition et admettre la formule de ceux qui pensent que tous les criminels sont des cérébraux.

M. Quénu a pu suivre pendant longtemps un entrepreneur de maçonnerie qui n'avait jamais présenté le moindre trouble psychique et qui, à la suite d'une double fracture du rocher, a été atteint de troubles mentaux, en particulier d'une amnésie qui lui a fait oublier toute une partie de son existence. Il se croyait le fiancé de sa femme. Après une certaine rémission, il a été repris et est mort aliéné dans une maison de santé.

M. Sébileau raconte l'histoire d'un de ses clients, homme charmant, d'une conversation très agréable et qui présentait cette originalité, trop rare pour les médecins, qu'il craignait de ne jamais assez reconnaître les soins que lui donnait son chirurgien et qui le comblait de cadeaux. Il faut croire qu'il s'agissait là d'une sorte de délire des grandeurs, car ce précieux client est mort paralytique général.

Epithélioma testiculaire d'origine wolfienne. — M. Mauclaire fait un rapport sur une observation de M. Patel (de Lille) relative à un jeune homme de vingt-deux ans qui, après un traumatisme, souffrait du testicule droit. On sentait une petite tumeur, grosse comme un noyau de cerise, à la partie inférieure de ce testicule. Le traitement antisyphilitique resta sans résultat. On fait une castration haute. Après un an, récidive dans les ganglions lombaires suivie de mort. M. Tourneux qui a fait l'examen histologique a constaté que la tumeur s'était développée aux dépens des débris wolfiens.

Plaie du poumon. — M. Tuffier nous rapporte l'observation d'une jeune fille de vingt ans qui a reçu une balle de revolver au-dessus du sein gauche. Il n'y eut aucun accident immédiat consécutif. La radiographie montre que la balle siège à la partie inférieure et postérieure du poumon gauche.

Cette radiographie, que nous présente M. Tuffier, passe par toutes les mains, et chacun de montrer, du doigt, la balle à son voisin. Sur les instances de la malade et contre toutes ses habitudes, M. Tuffier va chercher cette balle à la partie inférieure du poumon et trouve, non une balle, mais un calcul pulmonaire. Il n'y avait pas de balle. Il est bien probable que celle qui a été tirée sur la jeune femme n'a jamais pénétré.

Fistules vésico-vaginales. — M. Faure fait un rapport sur six observations de fistules vésico-vaginales opérées avec succès, par M. Bégouin, d'après un procédé de dédoublement très large, comparable à celui de M. Ricard.

Plaie du poumon et du péricarde, suture, guérison. — Très intéressante la jeune fille de vingt-huit ans que nous présente M. Lejars : coup de couteau au niveau du deuxième espace intercostal gauche, à dix heures et demie du matin, hémorragie par la plaie. Amenée exsangue à l'hôpital, pâle, sans pouls, elle est opérée d'urgence à une heure par M. Lejars qui fait un volet de Fontan, ouvre la plèvre, la trouve remplie de sang, examine successivement le cœur qui n'a rien et le poumon qui présente une plaie à sa partie antérieure, suture cette plaie ainsi qu'une petite plaie du péricarde, rabat le volet thoracique et ferme sans drainage. L'opérée est dans un état de faiblesse extrême. On injecte, dans les veines, 2 litres de sérum. La jeune fille reprend connaissance; son pouls reste très faible. Le lendemain matin 38°5 de température, dyspnée, pouls à 120. Emphysème du bras gauche. L'état reste stationnaire pendant plusieurs jours, puis la fièvre tombe et la jeune fille guérit.

M. Lejars ne veut tirer actuellement aucune conclusion. C'est un fait qu'il apporte. Il affirme que cette malade serait morte, si elle n'avait pas été opérée.

M. Delorme enregistre ce fait à l'appui de la thèse qu'il soutient.

Greffe ovarienne. — M. Tuffier présente une malade qu'il a opérée il y a six mois d'une castration ovarienne double avec hystérectomie. Il a greffé un ovaire sous la peau de la partie inférieure gauche du ventre. Au moment qui devrait être celui des époques, cet ovaire se congestionne manifestement.

Angiolipome du mésocôlon. — M. Routier présente un gros angiolipome qui siégeait dans le mésocôlon descendant. Ablation, guérison.

Fulguration. — M. Nélaton a opéré, il y a six semaines, par la fulguration, une jeune femme de vingt-quatre ans qui portait un rétrécissement annulaire du rectum. Curettage du rectum et fulguration, six semaines après récidive effroyable avec occlusion intestinale obligeant à une intervention par le ventre immédiate. Il semble dans ce cas, que la fulguration a, pour ainsi dire, donné un coup de fouet à la maladie.

Cancer du foie et clavicule. — M. Delbet cite trois faits dans lesquels des cancers du foie ont entraîné des dégénérescences du côté de la clavicule.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 1er mai 1909)

Déviation du complément à la tuberculine et cuti-réaction. — M. P. Armand-Delille a recherché la déviation du complément à la tuberculine dans le sérum de 30 enfants du service de M. Marfan soumis à la cuti-réaction. Dans 23 cas les deux réactions étaient positives, dans 5 cas de non tuberculose les deux réactions étaient négatives, dans 2 cas de tuberculose la déviation était seule positive.

On peut en conclure que ces deux réactions rentrent au même titre dans les phénomènes d'anaphylaxie, et indiquent le développement d'anticorps lytiques dans l'organisme infecté par la tuberculose.

Sur l'arrêt des anticorps hydatiques au niveau du placenta. — MM. Parvu et Ch. Laubry, chez une malade du service de M. Bonnaire, atteinte d'un kyste hydatique du

ligament large, ont pratiqué leur réaction de déviation du complément à la fois chez la mère et chez le fœtus. Positive chez la mère, la réaction était négative chez l'enfant. Les auteurs en concluent que les anticorps hydatiques, ou bien ne franchissent pas le placenta, ou bien sont détruits comme beaucoup de toxines, par certains organes du fœtus, en particulier par le foie.

La réaction de Wassermann au cours des anévrismes de l'aorte. — MM. Ch. Laubry et Parvu ont étudié cette réaction chez six malades atteints d'anévrisme de l'aorte, et dans lesquels les circonstances étiologiques étaient notées, permettant ou non de porter cliniquement le diagnostic de syphilis antérieure. La réaction fut positive quatre fois, négative, deux fois. Or, dans certains cas de réaction positive, il n'y avait aucun stigmate de syphilis; par contre, dans l'un des cas de réaction négative, il y avait entre autres le signe d'Argyll (syndrome de Babinski-Vaquez). Les auteurs en concluent donc que s'il faut ajouter une importance aux faits de réaction positive pour affirmer dans certains cas à étiologie obscure la syphilis, on est loin d'être en droit de conclure à l'absence de syphilis du fait de l'absence de réaction. En résumé, l'anévrisme de l'aorte leur paraît toujours, à lui seul, un véritable stigmate de syphilis.

M. Vaquez fait observer que l'on donne à tort le nom d'anévrisme rhumatismal à des lésions de l'aorte, accompagnées de dilatation et d'hématome de ses parois, et qui sont dues à la propagation d'une endocardite, mais que le véritable anévrisme, l'anévrisme sacciforme, est toujours d'origine syphilitique.

M. Widal, à l'appui de la communication de MM. Parvu et Laubry, dit qu'il a récemment observé deux cas d'anévrismes de l'aorte, chez lesquels la réaction de Wassermann faisait défaut, mais qu'il les considère néanmoins comme d'origine spécifique.

Les courbes de contraction statique ou d'endurance. Influence du sucre et de l'alcool à doses croissantes et isodynamiques. — M. René Laufer a étudié l'endurance en faisant exécuter à des sujets bien portants des séries de contractions statiques avec des intervalles de repos. Il a employé le dynamomètre qu'il faisait amener et maintenir aussi longtemps que possible à la pression de 15 kilos avec une minute de repos entre chaque contraction. C'est ainsi qu'il obtenait des courbes d'endurance dont on peut étudier les variations sous diverses influences.

Tout d'abord, chaque individu semble avoir, comme pour la courbe ergographique, sa courbe d'endurance caractéristique. Il est loin d'exister toujours un parallélisme entre la « force vive » caractérisée par l'intensité de la contraction dynamique et l'endurance. Avec l'alcool, la force de contraction dynamique est plus élevée qu'avec le sucre, à doses isodynamiques; la contraction statique ou endurance est également accrue avec une faible dose d'alcool, mais la courbe tombe plus rapidement qu'avec le sucre. Avec une dose plus forte d'alcool, l'endurance est très diminuée. En d'autres termes, le sucre n'augmente pas la « force vive » autant que l'alcool, mais il augmente régulièrement, quoique légèrement, l'endurance, tandis que ce résultat est presque inverse avec l'alcool. L'étude précise de l'endurance s'impose au même titre que celle de la contraction dynamique.

Influence de la voie d'administration sur les doses minima mortelles de digitaline cristallisée chez quelques vertébrés. — M. Maurel résume les expériences faites sur la grenouille, le pigeon et le lapin, et qui lui ont servi à comparer la voie gastrique avec l'hypodermique ou musculaire sur ces trois animaux, et, en plus, avec la voie veineuse sur le lapin. Ses principales conclusions sont les suivantes :

1° Par la voie gastrique, la digitaline cristallisée a été cinq fois moins toxique que par la voie musculaire chez la grenouille ; quinze fois moins toxique chez le lapin ;

2° Pour ce dernier animal, la digitaline cristallisée n'a été que quatre fois plus toxique par la voie veineuse que par la voie gastrique et seulement trois fois plus toxique que par la voie hypodermique.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS : GRIPPE, PNEUMONIE, PLEURÉSIE, RHUMATISME ET AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

(Où elle peut être indiquée, pour relever la circulation languissante, tonifier le myocarde, éliminer les poisons de l'organisme, par la diurèse.) — Un granule à 1/4 de milligr. de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution à 1/1000ᵉ, pendant 4 jours. Ou un granule à 1/10 de milligr. de digitaline Nativelle ou V gttes de solution à 1/1000ᵉ, pendant dix jours.

LIVRES NOUVEAUX

Les Folies raisonnantes. Le délire d'interprétation (1), par MM. P. Sérieux et J. Capgras.

Sous le terme impropre de folies raisonnantes on avait englobé et confondu un grand nombre de délirants chroniques dont la lucidité, l'activité cérébrale et les facultés syllogistiques paraissaient remarquablement conservées. On a reconnu depuis que dans ces délires le caractère pathologique dominant était la constitution psychopathique particulière des malades, la constitution paranoïaque.

Mais parmi ces délires systématisés une étude plus approfondie a montré que les uns sont à base de troubles perceptifs, les autres à base d'idées prévalentes ou obsédantes, d'autres enfin à base d'interprétations erronées. Ce sont ces derniers que les auteurs ont, par leurs travaux depuis 1902, eu le grand mérite de dégager et d'individualiser sous le nom de délire d'interprétation.

« L'interprétation délirante est un raisonnement faux ayant pour point de départ une sensation réelle, un fait exact, lequel en vertu d'associations d'idées liées aux tendances, à l'affectivité, prend, à l'aide d'inductions et de déductions erronées, une signification personnelle pour le malade invinciblement poussé à tout rapporter à lui. »

C'est, on le sait, un processus de l'activité psychique morbide très général dans les diverses psychoses délirantes. Mais ici, avec la constitution psychique du sujet, l'état affectif et l'idée prédominante, l'interprétation contribue par sa constance, sa multiplicité, son organisation et son extension progressive, jointe à l'absence ou la contingence des hallucinations, la persistance de la lucidité et de l'activité cérébrale, l'incurabilité sans démence terminale, à fonder l'autonomie de cette espèce morbide.

Les auteurs décrivent successivement les symptômes, la nature, les formes et les réactions délirantes, l'évolution, les variétés cliniques, la genèse et les causes, ainsi que le diagnostic de ces délires systématisés. Après une instructive revue historique des conceptions émises sur ces psychoses, tant en France qu'à l'étranger, et une bibliographie fort complète, MM. Sérieux et Capgras s'attachent à établir la légitimité et à circonscrire la place de cette affection dans une classification nosographique moderne. Enfin, des considérations thérapeutiques, médico-légales et littéraires terminent cette très intéressante monographie.

PAUL CAMUS.

(1) In-8 de 392 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, Alcan.

Précis de gymnastique rationnelle de plain pied et à mains libres (1), par le docteur Philippe Tissié (de Pau).

Dans une note sur les tendances actuelles de l'éducation physique (*Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 29), nous rappelions, à propos d'un article du général Canonge, que le docteur Philippe Tissié travaille depuis plus de vingt ans pour faire prédominer en France la méthode suédoise. Le docteur Tissié a bien voulu nous écrire depuis pour nous faire connaître les résultats auxquels il est arrivé dans le département des Basses-Pyrénées, avec le concours de l'inspecteur d'académie et de la directrice de l'école normale des institutrices. « Il n'est pas, à l'heure actuelle, une école de hameau, dans le fond des vallées ou perchée sur la montagne, qui n'ait son enseignement de gymnastique éducative d'après la méthode suédoise. Quand un enseignement semblable sera donné dans toutes les écoles normales d'institutrices de France, nous aurons une génération nouvelle. Les résultats obtenus sont tels que ne pas les obtenir ailleurs constitue une faute lourde pour le pays et pour la race. » M. Tissié ajoute : « C'est par les médecins que nous arriverons à réformer l'éducation physique. » Mais, pour préconiser comme il convient la gymnastique suédoise, il faut en bien connaître les principes, sinon la pratique, soi-même. On trouvera, dans le *Précis de gymnastique rationnelle* dont M. Tissié vient de faire paraître une troisième édition, une mise au point très claire de cette science qui n'a pas encore en France assez d'adeptes. Cette œuvre « a été vécue avant d'avoir été écrite »; c'est dire qu'elle est sincère et enthousiaste. Et on ne saurait objecter aux fervents protagonistes de la gymnastique suédoise qu'un développement excessif de la gymnastique et des sports préparerait une génération d'athlètes, dont on pourrait craindre que les facultés intellectuelles ne fussent très inférieures à la puissance musculaire; la gymnastique suédoise fait mieux que des athlètes, elle fait des hommes forts, souples et résistants qui devront acquérir la même force et la même souplesse pour ce qui est du domaine de la pensée. Car, comme le dit fort bien M. Tissié : « On marche avec ses muscles, on court avec ses poumons, on galope avec son cœur, on résiste avec son estomac; *on arrive avec son cerveau.* »

M. BRELET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CINQUANTIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Association générale des médecins de France qui avait, ainsi que nous l'avons annoncé, célébré dimanche dernier son cinquantième anniversaire, a tenu le lendemain son assemblée générale.

Les Sociétés locales s'étaient fait représenter soit par leur président, soit par un ou plusieurs délégués.

Au début de la séance, M. le président Lereboullet rappelle le rôle important de l'association générale dans le passé, les succès qu'elle a obtenus et insiste sur les services qu'elle est appelée à rendre dans l'avenir au corps médical. Il résume quels sont exactement les droits et les devoirs de chacun de ses membres.

M. le docteur Darras, trésorier général intérimaire, fait l'exposé de la situation financière. Il résulte de cet exposé que l'association a distribué, pendant l'exercice, en pensions et en secours, une somme d'environ 185 000 francs et que son avoir, y compris l'avoir des 94 Sociétés locales et les nues propriétés, s'élevait, au 31 mars 1909, à environ 5 450 000 francs.

Depuis sa fondation, l'association a versé en pensions et secours une somme totale qui atteint près de 4 millions dont 1 390 000 francs à des sociétaires et le surplus à des veuves et des orphelins de sociétaires.

M. le docteur Lepage, secrétaire général, présente le compte rendu des actes de l'association générale pendant l'exercice 1908-1909. Il rend un hommage chaleureux au docteur Gille (de Garches), qui a laissé à l'association la nue propriété d'une fortune importante dont les arrérages seront consacrés à encourager les membres de l'association qui adhèrent aux œuvres d'indemnité-maladie et aux œuvres de retraite de droit.

Il a ensuite exposé l'état des différentes questions traitées les années précédentes et en particulier les modifications à apporter au mode de déclaration des maladies contagieuses. Tous les médecins réclament en effet que l'obligation de cette déclaration incombe au chef de famille dûment prévenu par le médecin traitant de la nécessité pour lui de faire connaître à l'autorité compétente les cas de maladies contagieuses.

Il a montré ensuite dans quel sens devait être dirigée l'action du corps médical auprès de la Commission sénatoriale chargée d'étudier la loi de l'impôt sur le revenu votée par la Chambre.

Le secrétaire général a aussi fait connaître les réponses adressées par les sociétés locales sur les vœux soumis à leur examen au sujet de l'élévation de la cotisation, de la nécessité pour le médecin d'observer vis à vis des malades inscrits à l'assistance médicale gratuite les mêmes règles de secret professionnel que pour les malades ordinaires.

Parmi les vœux nouveaux émis par les sociétés locales, le secrétaire général a donné lecture d'un vœu envoyé par la société des Landes relatif aux sociétés commerciales qui intéressent le médecin à ses prescriptions.

La société des Landes demande que l'association générale signale à tous ses membres « le danger moral que court le corps médical en s'engageant dans la voie des sociétés commerciales ».

M. Lepage, après avoir montré combien ces associations étaient dangereuses pour le renom de la profession médicale a conclu à ce que le vœu fût pris en considération et discuté par les sociétés locales. Adopté.

M. le docteur G. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, a présenté un rapport très documenté sur la nomination, la durée des fonctions et la révocation des médecins et chirurgiens des hôpitaux de province. Il a conclu en demandant que la désignation dans les villes de plus de 10.000 habitants soit faite à la suite d'un concours et que dans les villes de moindre importance les Commissions administratives désignent les titulaires des services parmi les médecins présentés par les bureaux des associations professionnelles des départements.

L'assemblée procède ensuite aux élections et réélections des membres du bureau et du conseil général. M. Darras, secrétaire du conseil général, trésorier de la société centrale, est élu trésorier général en remplacement de M. Blache décédé. M. Ch. Périer est réélu archiviste. M. de Massary est élu secrétaire du conseil en remplacement de M. Darras, élu trésorier.

MM. Coudray, Millard et de Ranse (de Paris), Maunoury (d'Eure-et-Loir) et Louis Sentex (des Landes) sont réélus membres du conseil. MM. Henri Barbier, Jules Magnin, Eugène Paul-Boncour et Vaillard sont élus membres du conseil.

M. le docteur Thibierge lit un rapport sur les pensions viagères à accorder en 1909; 12 nouvelles pensions de 800 francs et 26 suppléments de 200 francs sont accordés, ce qui porte à 84 le nombre des pensions en cours (54 à 800 fr. et 30 à 1000 francs).

Différentes questions sont discutées : au sujet des certificats à délivrer aux nourrices; des honoraires des expertises médico-légales; de l'exercice de la médecine par des pharmaciens munis du diplôme de docteur en médecine et exerçant simultanément les deux professions, etc.

(1) In-8, 3e édition, revue et augmentée, illustrée de 260 figures et schémas, avec planches hors texte. — Pau, imprimerie Garet.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 52. — JEUDI 6 MAI 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 6 MAI 1909. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour la nomination a trois places de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 4 mai : MM. Clerc, 18; Lemierre, 17; Merklen, 19; Kahn, 18.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 6 mai, à la Charité, à quatre heures et demie, pour la première leçon clinique.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 3 mai : MM. Cauchois, 18; Gernez, 15; Chifoliau, 17; Okinczye, 14.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 7 mai, à quatre heures et demie, à Necker.

L'APPEL DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE EN 1909. — Le nombre des médecins de réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1909 pour une période d'instruction, sera fixé dans chaque grade ainsi qu'il suit :

Réserve (période de vingt-quatre jours).

Médecins-majors de 2e classe...........	12
Médecins aides-majors de 1re classe	87
Médecins aides-majors de 2e classe......	440
Total.........	539

Armée territoriale (période de dix jours).

Médecins-majors de 2e classe..........	32
Médecins aides-majors de 1re classe.....	341
Médecins aides-majors de 2e classe......	88
Total.........	461

Ces médecins sont répartis entre les divers corps d'armée conformément aux indications d'un tableau qui a été inséré le 29 mars 1909 au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre (partie supplémentaire).

Les médecins affectés aux corps de troupes accomplissent leurs périodes d'instruction dans les corps de troupes et, autant que possible, dans les unités mêmes auxquelles ils appartiendraient en cas de mobilisation, soit à l'époque des grandes manœuvres, soit en même temps que les régiments de réserve ou les régiments territoriaux.

Les médecins affectés aux formations sanitaires de campagne sont convoqués dans les centres d'instruction prévus par l'instruction du 10 février 1909 (*B. O.*, P. R.. 1909, p. 165).

Les médecins désignés pour les places de guerre, les hôpitaux permanents ou temporaires du territoire, les directions régionales du service de santé, sont appelés à accomplir leurs périodes d'instruction dans des conditions leur permettant de s'initier, dès le temps de paix, à leurs fonctions éventuelles à la mobilisation.

Les médecins restant « à la disposition » des généraux commandant les corps d'armée (ou gouverneurs militaires), sont convoqués, suivant les besoins, soit dans les corps de troupes, soit dans les centres d'instruction.

Toutefois, les médecins résidant en Algérie, en Tunisie ou en Corse, accomplissent leurs périodes d'instruction dans la région (Algérie, Tunisie, Corse) où ils résident.

Tous les officiers du corps de santé sont convoqués par les soins du directeur du service de santé de leur région d'affectation. Celui-ci en donne avis, en ce qui concerne les officiers convoqués en dehors de leur région d'affectation, au directeur du service de santé du corps d'armée ou du gouvernement militaire sur le territoire duquel ils doivent accomplir leur période.

Lorsque les médecins d'un grade déterminé viennent à faire défaut, le directeur du service de santé a toute latitude pour convoquer en remplacement des médecins du grade immédiatement inférieur.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Médaille des épidémies. — *Médaille d'argent.* — MM. Durand (de Saint-Nazaire), Villejean, médecin sanitaire maritime; Millioz (de Paris).

Médaille de bronze. — MM. Pirat, médecin sanitaire maritime; Lesieur (de Brunoy), Julien (de Laroques d'Olmes), Clairfond (de Paris), Fage, interne des hôpitaux de Paris.

— Médailles pour services rendus a l'Assistance publique. — *Médaille d'argent.* — MM. Balzer et Danlos (de Paris), Dubuisson (de Toulouse).

Médaille de bronze. — M. Calmels (de Paris).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baraduc (de Paris) et Léon Derville, professeur à la Faculté catholique de Lille.

LIVRES NOUVEAUX

Bibliothèque de thérapeutique, publiée sous la direction de A. Gilbert et P. Carnot, professeur et agrégé de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, 26 volumes in-8, de 500 pages, avec figures, cartonnés. *Vient de paraître :* « Kinésithérapie [massage, mobilisation, gymnastique (1)] ».

L'étude des *agents physiques* a pris, depuis quelques années, un développement considérable. Les diverses branches de la *physiothérapie* offrent au praticien une série de ressources nouvelles. Qu'il s'agisse de *kinésithérapie*, de *massage*, d'*hydrothérapie*, d'*électrothérapie*, de *radiothérapie*, etc., tout médecin doit savoir appliquer, lui-même, les méthodes usuelles, et connaître le principe, les indications et les résultats des méthodes plus compliquées, qui restent, nécessairement, confiées aux spécialistes.

Quatre volumes sont consacrés à la *physiothérapie*, dans la nouvelle bibliothèque Gilbert-Carnot. Un premier était consacré à la *mécanothérapie* et à l'*hydrothérapie*. Un nouveau volume vient de paraître, consacré à la *kinésithérapie* (*massage, mobilisation, gymnastique*).

M. Carnot étudie, d'abord, les *bases scientifiques de la kinésithérapie et les lois de la mécanomorphose*.

Après cette introduction générale, le *massage* et la *mobilisation* sont étudiés dans leur technique générale, puis dans leurs applications aux différentes régions anatomiques et aux différentes maladies. Ainsi que le dit fort bien le docteur Dagron, tout médecin transporte partout avec lui un instrument merveilleux, sa main, dont il ne tient qu'à lui de tirer de remarquables résultats thérapeutiques.

La *gymnastique* est, elle aussi, une méthode puissante et simple dont le médecin ne tire pas toujours le parti qu'il pourrait, parce qu'il la connaît mal. Le docteur Ducroquet en fait un exposé très intéressant. La gymnastique éducative aide puissamment au développement morphologique de l'organisme et le met en état de résistance contre la maladie. La gymnastique médicale et orthopédique a pour but, non seulement de prévenir la maladie, mais de la traiter une fois constituée.

La *kinésithérapie vertébrale*, traitée par Mme Nageotte, chargée de ce service à l'hôpital des Enfants-Malades, est la base même du traitement des déviations vertébrales. La *kinésithérapie respiratoire*, complément de la méthode précédente, est fondamentale : car apprendre à l'enfant dont le thorax se développe mal, à l'adulte prédisposé héréditairement, au prétuberculeux, à l'emphysémateux, à l'asthmatique, la façon de respirer, c'est modifier profondément ses conditions générales d'existence; c'est faciliter ses défenses pulmonaires; c'est augmenter ses combustions organiques; c'est, par là même, fortifier le terrain et le rendre impropre aux infections.

La *kinésithérapie abdominale*, appliquée à l'estomac, à l'intestin, au foie, etc., provoque un stimulus mécanique dont bénéficient souvent ces organes. Elle est exposée par le docteur Cautru.

La *kinésithérapie gynécologique* (docteur Bourcart) modifie la statique et les conditions circulatoires du petit bassin; elle provoque parfois d'heureux changements en des cas que l'on aurait cru justiciables de la seule intervention sanglante.

Telles sont les différentes méthodes de la kinésithérapie. Cette branche de l'art de guérir a le grand avantage de n'introduire dans l'organisme aucune substance toxique; elle rend à qui sait en manier les méthodes d'inappréciables services; elle doit, par là même, être familière à tous les praticiens.

(1) In-8 de 559 pages avec 356 figures. — Prix : cartonné, 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité méthodique et clinique des maladies de l'appareil respiratoire, basé sur les doctrines médicales de l'Ecole de Montpellier (1), par M. Germain Rey, médecin du préventorium et dispensaire antituberculeux au bureau de bienfaisance de Toulouse.

Ce livre est surtout un livre d'enseignement destiné à l'étudiant et au médecin praticien.

Écrit d'après les dogmes médicaux de l'Ecole de Montpellier, il se distingue par la méthode rigoureuse avec laquelle sont écrits les différents chapitres.

L'auteur a rompu avec l'ancienne manière de décrire les symptômes, le diagnostic et le traitement.

La symptomatologie est exposée suivant une méthode très personnelle, très logique, attirant l'attention et frappant fortement la mémoire du lecteur par une disposition typographique spéciale.

Le diagnostic n'est plus présenté en masse confuse, mais il l'est rationnellement dans ses trois étapes : diagnostic anatomique, pathogénique, nosologique ; c'est-à-dire diagnostic de la lésion, de la cause, de la nature.

Convaincu que le médecin doit connaître non seulement les lésions de l'agrégat matériel, mais encore les modifications du principe pensant, il décrit l'état d'âme, l'état psychique de chaque malade. On lira avec intérêt la psychologie du bronchitique chronique, du tuberculeux, de l'emphysémateux, de l'asthmatique.

Disciple convaincu de la doctrine de Barthez, il ne pouvait oublier l'analyse clinique qui constitue son but, son caractère et sa gloire; on trouvera à chaque chapitre cette analyse exposée d'après les règles de Barthez, de Jaumes et du professeur Grasset. Cette partie de l'ouvrage est une véritable innovation, aucun traité moderne ne la présente.

L'auteur déduit ensuite des éléments morbides séparés par l'analyse clinique les indications thérapeutiques qu'il énumère et qu'il développe, puis il décrit les agents thérapeutiques que sa pratique lui a fait connaître comme les plus propres à remplir les indications.

Cet ouvrage est écrit sous une forme méthodique, didactique et pratique qui sera aussi appréciée par l'étudiant que par le médecin praticien.

L. GAYARD.

(1) In-8 raisin de 912 pages. — Prix : 15 francs. — Montpellier, Coulet et fils.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE

Dans notre compte rendu du Congrès de physiothérapie nous avons omis de signaler une communication de M. J.-A. Rivière, ayant pour titre : « Traitement des tumeurs malignes par la scintillation alto-fréquente. » Nous nous hâtons de réparer cet oubli, M. J.-A. Rivière attachant à cette communication une grande importance au point de vue de la priorité.

RENSEIGNEMENTS

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

« L'ACCIDENT »

DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par le professeur PAUL RECLUS.

La loi du 9 avril 1898 a introduit dans notre code français le principe du « risque professionnel ». Actuellement un ouvrier de l'industrie, blessé du fait ou à l'occasion du travail, a droit à une indemnité forfaitaire. Il est de toute évidence que l'*accident* est le fait essentiel, qu'il est la raison d'être de la loi, que sans lui la loi ne « joue » pas. Or cette loi ne définit pas l'accident; le parlement, jugeant sans doute que l'usuel langage en avait fixé suffisamment le sens, s'en est remis à ce que nos dictionnaires contiennent à ce sujet. Mais la jurisprudence est en train d'étendre les limites de ce mot; aussi croyons-nous utile de préciser devant vous la signification que les tribunaux et les experts ont donné à ce terme.

Une remarque préjudicielle est nécessaire : dans le langage courant, le mot accident a deux acceptions : il signifie à la fois le traumatisme, cause de la lésion et la lésion elle-même et, pour prendre un exemple, aussi bien la fracture elle-même que la chute qui a provoqué la fracture. Cette identification est maintenant telle que, dans leur définition de l'accident du travail, tous les auteurs amalgament les deux notions pour n'en faire qu'un tout. Pour ma part, je n'échappe pas à cette nécessité, puisque je propose de nommer accident du travail « toute lésion, tout trouble fonctionnel provoqués par un effort exagéré ou par une violence extérieure soudaine et survenus du fait ou à l'occasion du travail ». Nous ne demandons pas à réformer l'usage sur ce point, mais, pour échapper à de regrettables erreurs, sachons préciser la valeur du terme que nous employons.

Donc, d'après les définitions courantes, l'accident du travail consiste soit dans une violence extérieure soudaine, soit dans un effort exceptionnel. La première catégorie, celle des violences extérieures, est la plus riche et nous la connaissons bien; elle renferme les chutes, les heurts d'un corps contondant, le passage sur les membres ou le tronc d'une roue de voiture, un coup de pied d'homme ou d'animal, l'action sur les tissus d'une lame tranchante ou d'un objet pointu. Mais une première remarque est déjà nécessaire; le plus souvent cet agent vulnérant agit avec une grande force; il entaille largement ou dilacère la peau, les parties molles sous-jacentes, il brise les os et il y a une sorte de parallélisme entre l'importance du traumatisme et l'étendue de la lésion provoquée par ce traumatisme.

Dans des cas plus rares, mais loin d'être exceptionnels cependant, il n'en est plus ainsi, et le traumatisme en lui-même est presque insignifiant : il consiste en une piqûre d'apparence innocente, en un frottement médiocre qui soulève légèrement l'épiderme. Mais ce minuscule accident, la minuscule lésion qu'il a faite, a suffi pour permettre l'entrée des germes pathogènes qui vont allumer une complication grave, lymphangite, érysipèle, phlegmon diffus, plus encore une septicémie foudroyante ou le tétanos. Quelque formidable que paraisse le désaccord entre la futilité de l'agent vulnérant, l'insignifiance de la lésion primitive et la terrible gravité de la complication, le patron ne saurait se dérober, sa responsabilité reste entière, la loi est déclanchée et la revendication du blessé doit être accueillie.

Fait plus paradoxal encore! L'accident, assise de la loi, et sans lequel, dirions-nous, la loi ne serait pas, cet accident initial nécessaire peut manquer. Il est en effet des cas où l'enquête ne s'enquiert même pas du traumatisme qui aurait pu entamer l'épiderme et ouvrir la voie à l'inoculation. Ainsi, dans les industries qui utilisent les dépouilles des animaux morts peut-être du charbon, par exemple le mouton et le bœuf, l'apparition d'une pustule maligne chez l'ouvrier suffit pour mettre en cause le patron. Il en est de même de la syphilis dans un cas plus spécial, il est vrai : le chancre des lèvres d'un souffleur de verre sera indemnisé si la victime démontre que l'ouvrier qui lui a passé la canne à souffler est atteint lui-même des lésions contagieuses de la vérole. J'insiste, messieurs, car, dans ces cas, notre définition de l'accident est absolument en défaut; il nous faudrait, pour la rendre complète, ajouter aux violences extérieures le simple contact avec la bactéridie charbonneuse et le tréponème pâle.

On a fort justement assimilé aux agents traumatiques ordinaires les substances caustiques, car l'acide sulfurique par exemple désorganise aussi sûrement et aussi rapidement les tissus que le ferait une violence extérieure; il en est de même de la chaleur rayonnante émanant d'un foyer incandescent. Ici la jurisprudence est strictement logique et n'a soulevé aucune objection : l'agent vulnérant est « soudain » et les brûlures sont immédiates. Mais il n'en est pas tout à fait de même pour les gelures, car l'action du froid est souvent lente et sournoise et la victime ne s'aperçoit de ses méfaits qu'après plusieurs heures, lorsque s'accentuent les phénomènes de réaction inflammatoire. Néanmoins l'assimilation est acquise et plusieurs tribunaux ont accordé des indemnités pour des froidures provoquées par les rigueurs de l'hiver ou survenues dans les industries qui utilisent les basses températures. Donc, ici, notre définition de l'accident : « une violence extérieure soudaine », se trouve encore en défaut.

Mais voici un jugement récent où l'écart entre la jurisprudence et la définition banale de l'accident est plus considérable encore. Aussi plusieurs commentateurs, à tort selon nous, se sont demandé si, dans l'espèce, le juge avait bien jugé et n'avait pas « déclaré accident du travail des blessures qui semblaient plutôt le résultat d'une maladie professionnelle » : un ouvrier entre dans une grande cornue où se trouvent des résidus de nature caustique; il a reçu l'ordre de ne pas rester dans l'appareil plus de dix minutes à un quart d'heure; il y

demeure de midi à six heures et en sort avec une affection oculaire qui provoque un affaiblissement sensible de la vision. Le patron refuse une rente « prétendant qu'il n'y a pas eu ici la cause soudaine et violente qui caractérise l'accident ». Mais le tribunal condamne et accorde au demandeur une rente de 260 francs.

Et le juge déclare qu' « on ne doit pas uniquement qualifier d'accidents les chutes, les chocs et autres événements dommageables qui se produisent en un seul instant. On doit également considérer comme de véritables accidents les lésions résultant d'une cause qui n'amène une lésion corporelle qu'après s'être un peu prolongée. On est ainsi amené à appliquer la loi de 1898 aux ouvriers qui ont eu les mains gelées en transportant de la glace, à ceux qui contractent une maladie après un temps passé dans un endroit trop chaud ou trop froid, ou au milieu de gaz méphitiques ». Nous partageons cet avis, mais cependant une limite est nécessaire et nous ajouterions volontiers au jugement : mais les lésions devront au moins s'être produites en une seule séance de travail car, il ne faut pas l'oublier, les maladies professionnelles ont été nommément exclues des bénéfices de la loi nouvelle.

Vous le voyez, messieurs, vous avez déjà vu fléchir, pour s'adapter à la logique, au bon sens et à l'esprit de la loi, deux des termes les plus péremptoires et les plus catégoriques de notre définition : d'abord la violence de l'agent extérieur, puis la soudaineté de son action ; la violence, puisque, pour déclancher la loi, il suffit d'un traumatisme aussi minuscule qu'une piqûre d'aiguille ou mieux encore le simple contact sur un point dénudé par une folliculite banale d'un microbe pathogène, la bactéridie charbonneuse ou le tréponème pâle de la syphilis ; la soudaineté, puisque plusieurs jugements ont rangé parmi les causes des accidents du travail certains agents nocifs tels que le froid et les gaz méphitiques ou caustiques qui peuvent exiger plusieurs heures pour désorganiser les tissus.

Passons maintenant à l'autre grande cause visée par notre définition, l'effort, l'effort exceptionnel. Il joue un rôle important dans les accidents du travail parce qu'il peut provoquer la hernie et vous savez l'extrême fréquence de cette affection. Je ne saurais trop appeler votre attention sur ce point : il est un des plus délicats et des plus discutés de la loi de 1898, car rien ne vous sera plus difficile que de marquer le point où finit la hernie, dite de faiblesse, qui rentre dans les maladies professionnelles, non protégées par la loi, et la hernie dite de force, la hernie-accident imputable, non à une série d'efforts répétés dont aucun n'aurait été capable à lui seul de provoquer l'élargissement des anneaux, mais à l'effort violent, l'effort exceptionnel nécessaire pour entraîner le paiement de l'indemnité forfaitaire.

Et vous prévoyez combien le problème est complexe ! D'abord, vous le savez, la hernie est extrêmement fréquente, elle peut s'installer d'une façon sournoise, sans même que le porteur s'aperçoive de son apparition et il pourra, de bonne foi, l'attribuer à un accident banal qui pourtant n'aurait rien à voir avec elle ; il arrive peut-être aussi que l'ouvrier ne l'ignore point, mais qu'il essaie, à propos d'un traumatisme propice, d'en tirer parti pour obtenir une rente viagère. C'est là une première difficulté considérable et parfois l'expert ne saura guère démêler si la hernie était préexistante à l'accident incriminé, ou si elle s'est vraiment produite sous l'influence de l'effort. Cette enquête rétrospective est semée de bien des écueils et ne donne souvent que de médiocres résultats.

Aussi n'est-il pas d'espèces où il soit plus nécessaire d'établir dès l'abord s'il y a eu accident véritable et la lecture de l'enquête doit être faite avec le plus grand soin. S'agissait-il d'un traumatisme violent, du heurt d'un timon de voiture sur la région inguinale, d'un coup de pied de cheval ou d'homme ? Ou bien l'effort qui est invoqué était-il exceptionnel ; a-t-il provoqué une douleur subite, syncopale ? Le blessé a-t-il dû suspendre immédiatement son travail et sans pouvoir le reprendre de la journée ? Une minutieuse interrogation est d'autant plus nécessaire que le dossier est souvent muet sur ces points importants. Mais souvent aussi vous pourrez vous faire une conviction et constater parfois qu'il n'y a pas eu d'accidents au sens propre du mot ; le blessé, de bonne ou de mauvaise foi, a imaginé de toutes pièces une violence à laquelle des témoins bénévoles ont cru assister.

J'ai publié récemment l'histoire d'un ouvrier boulanger qui, un soir, à onze heures, en pétrissant le pain avec son patron, éprouve une douleur dans l'aine ; il y porte la main et y constate l'existence d'une tumeur molle que, le lendemain, le médecin consulté qualifie de hernie. L'ouvrier se réclame de la loi de 1898 et demande une rente viagère à la Compagnie d'assurances. Un premier expert la refuse, car, d'après lui, il s'agit, dans l'espèce, d'une hernie de faiblesse comme en témoigne, dit-il, le peu de résistance de la paroi abdominale et la largeur des anneaux inguinaux. Appelé comme nouvel expert, je trouvais ces assertions de mon collègue un peu contestables, mais je repoussais néanmoins les prétentions du boulanger, car l'effort qu'il invoquait était un effort ordinaire, un effort habituel de cette rude profession ; il le répétait des centaines de fois toutes les nuits lorsqu'il saisissait la pâte et la rejetait à l'avant. D'ailleurs la douleur avait été si tolérable que l'ouvrier n'avait pas interrompu son travail ; il avait fini la fournée commencée et en avait même terminé une seconde.

Il faut se rendre un compte exact de la valeur du mot « exceptionnel ». Vous devez en arriver à cette conception, paradoxale au premier abord, mais logique et nécessaire, que tel effort, le même chez deux ouvriers peut, chez l'un et non chez l'autre, se réclamer de la loi des accidents du travail : un fort de la halle soulève impunément un sac de 200 kilos ; il effectue avec un assez long trajet et si rien d'anormal ne survient, chute, heurt subit, traumatisme ou nouvel effort, le seul fait d'avoir porté ce fardeau ne saurait mettre en jeu la responsabilité du patron, l'effort, dans ce cas, est un effort habi-

tuel. Mais si l'on détourne de son travail ordinaire un distributeur de bulletins ou un faiseur de cornets de papier pour lui mettre sur le dos une poutre de deux quintaux, la compagnie d'assurances devient responsable de la hernie que cet effort exceptionnel pourra faire apparaître. Seulement vous comprendrez sans peine la difficulté qu'éprouve trop souvent l'expert lorsqu'il s'agira de déterminer où finit l'effort professionnel et où commence l'effort exceptionnel.

Nous connaissons au moins un jugement qui sanctionne notre opinion : à propos d'une mort survenue par rupture d'anévrisme, le tribunal d'Auch, « avant faire droit, nommait comme expert un ingénieur des arts et manufactures pour déterminer si on avait imposé à la victime un travail exceptionnel, ne rentrant pas dans ses attributions ordinaires et si ce travail n'exigeait pas des efforts imposant une fatigue anormale, hors de proportion avec les occupations habituelles du sinistré ». Nous avons copié les termes du jugement et vous comprenez sans peine pourquoi le tribunal autorise le médecin à se doubler d'un expert technique, connaissant à fond la profession du blessé.

Cette doctrine n'est pas indiscutée et, le 5 août 1906, la Cour d'appel de Montpellier aurait déclaré que « le juge, pour la fixation de la rente, doit tenir compte uniquement de la diminution de capacité générale de travail, sans s'arrêter à la spécialisation de l'ouvrier », ainsi « qu'il résulte de l'esprit et du texte de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905 ». Nous n'avons aucune autorité pour discuter cet arrêt. Cependant ne serait-il pas injuste d'oublier que tel doigt de telle main, à peu près inutile à un terrassier, est indispensable à la dentelière, à l'orfèvre, au ciseleur? Que pour tel métier l'intégrité des membres inférieurs est indispensable, tandis que les membres supérieurs reprennent leur supériorité dans tel autre ? Ne sait-on pas combien la nécessité de changer de profession est la cause de terribles chômages pour tous les ouvriers, et en particulier pour ceux qui ne sont plus jeunes ? Aussi je ne serais pas étonné que le nombre fût considérable des experts et peut-être aussi des juges dont ces considérations influencent la fixation du déchet professionnel. Du reste, n'y sommes-nous pas incités par la formule même des jugements qui nous demandent de déterminer « quelles seront les conséquences de l'accident au point de vue de l'exercice tant de la profession du demandeur que de toute autre profession ».

Jusqu'ici, messieurs, nous ne nous sommes occupé que d'accidents « objectifs » : traumatisme, effort, inoculation d'un germe pathogène, qui provoquera un phlegmon, une pustule maligne, le tétanos, une affection tuberculeuse ou même syphilitique. Mais voici qu'un facteur nouveau apparaît et les tribunaux et leurs experts ont dû accepter l'admission des causes psychiques. Tous les auteurs rapportent le cas de cette garde-barrière enceinte et affligée d'une maladie de cœur, qui pendant qu'elle fermait la voie éprouva une terreur telle de l'arrivée soudaine d'une automobile qu'elle tomba raide morte. Une indemnité fut accordée aux ayants droit.

Récemment j'ai pu moi-même invoquer la peur comme accident du travail. L'ouvrier que j'ai eu à examiner avait senti tout à coup la manche de sa veste saisie par une roue de transmission. Pendant quelques secondes il eut l'horrible certitude que l'engrenage allait le broyer; heureusement l'étoffe céda sous son effort désespéré. Mais, peu après, un ictère émotif survint qui nécessita un séjour à l'hôpital : la compagnie d'assurances refusait de payer le demi-salaire; pour elle la peur n'était point un accident du travail. Je n'hésitais pas à conclure contre elle dans mon rapport et je ne doute pas que le tribunal n'ait attribué au demandeur son indemnité temporaire.

Messieurs, je me résume : les législateurs n'ont pas défini l'accident du travail, prévoyant peut-être les difficultés que soulève une telle entreprise. Ce n'est pas à des difficultés, mais à une impossibilité que nous nous heurtons, car pour être complète une définition devrait énumérer les contraires : en effet l'accident est de cause extérieure comme la balle d'un revolver ou la pierre d'une fronde, de cause intérieure comme l'effort, de cause psychique comme la peur ; il peut être brutal comme le passage d'une roue de camion, léger comme une piqûre d'aiguille, inaperçu comme un simple soulèvement épidermique; enfin il peut être soudain comme un coup de pistolet, lent dans ses effets comme une froidure et comme certains gaz méphitiques. Aussi vous ai-je donné pour ce qu'elle vaut ma définition de l'accident : elle a le mérite d'être courte et de répondre à la plupart des cas qui incombent aux experts, mais elle laisse en dehors d'elle bien des espèces importantes que la jurisprudence fixe au jour le jour et qu'il était nécessaire de vous signaler.

SÉROTHÉRAPIE

CONTRE

LE RHUME DES FOINS ET L'ASTHME

Par MM. G. BILLARD,

Professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand,

et L. MALTET,

Ancien chef de laboratoire des cliniques de la Faculté de Lyon.

Dans un mémoire publié en mars 1907 par le *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, nous avons défendu cette opinion que la fièvre des foins est due à l'action irritante du pollen des fleurs sur la muqueuse des premières voies respiratoires. Avant nous Ellioston (1831), Blackley (1856-1877), Morell Mackensie (1884), et plus récemment Weichardt, Dunbar et ses élèves avaient soutenu cette idée. Dunbar a pu extraire du pollen du seigle une toxalbumine bien définie capable de provoquer chez les prédisposés un catarrhe oculo-nasal caractéristique.

La netteté des faits observés et exposés par l'auteur

allemand paraît *a priori* ne laisser aucun doute dans l'esprit au sujet de la cause déterminante des crises saisonnières de l'hay-fever. C'est au printemps avec le renouveau que les grains de pollen s'échappent des fleurs, et microscopiques voltigent, poussés par le vent, dans l'atmosphère que nous respirons. Au contact de l'humidité des muqueuses de l'œil et des premières voies respiratoires, ils gonflent et expulsent la toxalbumine irritante qui déterminera le catarrhe oculo-nasal.

Faut-il être surpris de cette toxicité particulière des pollens, alors que les plantes d'où ils proviennent, comme le seigle et les graminées en général, n'ont aucune réputation de nocivité? Mais ne sait-on pas que les œufs de certains poissons sont véritablement vénéneux alors que la chair de ces mêmes animaux constitue un aliment très estimable. S'agit-il pour le pollen de substances vénéneuses comparables à celles de certains champignons, et, s'il en était ainsi, tous les humains ne seraient-ils pas tributaires de la maladie? Sans doute, mais nous vivons tous les jours au contact de microbes très dangereux et qui cependant, même après avoir pénétré dans notre organisme par les voies naturelles, ne deviennent nocifs que chez les prédisposés.

Combien nombreux sont ceux qui au printemps ont du coryza banal et qui ne se doutent pas qu'ils ont une petite atteinte de la fièvre des foins. Pour que celle-ci éclate, bien manifeste, il nous faut supposer la prédisposition et nous avons admis la théorie de Withehill Hinkel (de Buffalo) qui reconnaît trois conditions essentielles à la production des crises :

1° Existence d'un tempérament nerveux héréditaire ou acquis ;

2° Une susceptibilité ou hyperexcitabilité particulière de la muqueuse, ou bien une maladie nasale ;

3° Une cause irritante extérieure.

Parmi les malades ainsi prédisposés, certains ont seulement du coryza, d'autres ont en même temps des crises d'asthme. Une supposition ingénieuse de J.-P. Langlois (*Presse méd.*, 12 sept. 1906) nous permet d'expliquer très simplement ces différences.

« La fièvre des foins, dit Langlois, est un bel exemple de l'anaphylaxie si bien étudiée par Ch. Richet; une première atteinte, loin de conférer l'immunité rend les sujets d'une sensibilité extrême. »

Ainsi donc, pendant plusieurs années de suite, un individu est atteint d'une série de coryzas auxquels il n'attache pas une grande importance; l'anaphylaxie fait son œuvre et un beau jour, placé dans une atmosphère de poussières toxiques, il fait une crise d'asthme. Et il n'est pas nécessaire que ces poussières soient abondantes, puisque, avec le quarante millième d'un milligramme de la toxalbumine de Dunbar, on obtient une conjonctivite caractéristique.

Nous avons jusqu'à ce moment admis comme définitivement établie la théorie pollinique de la maladie des foins et les faits qui paraissent le mieux entraîner la conviction sont ceux observés par Dunbar. Provoquer à volonté au moyen d'une substance déterminée les symptômes d'une maladie, n'est-ce pas pouvoir affirmer avec certitude que l'on tient en main la cause même de cette maladie? Pouvoir enrayer les symptômes provoqués au moyen d'une deuxième substance dérivant de la première, n'est-ce pas encore une certitude plus grande?

Malheureusement, un certain nombre de malades n'éprouvent pas le soulagement désiré avec le sérum de Dunbar. (Cf. Lübbert. *Therapeutische Monatshefte*, déc. 1904.) D'où proviennent les échecs?

1° Dunbar attribue nombre de ses insuccès au défaut de technique dans l'utilisation de sa pollantine. D'après nos propres observations, les malades se soignent souvent très mal, et de ce fait vient peut-être une faible partie des insuccès.

2° Nous attribuons une part bien plus considérable à l'exclusivisme de la conception de Dunbar; pour lui, la toxalbumine extraite du pollen des graminées est l'agent spécifique de la fièvre des foins. Nous ne pouvons admettre qu'avec la toxalbumine du pollen des graminées on puisse obtenir une antitoxine pour les toxalbumines de tous les pollens. Cette chose nous paraît aussi impossible que si nous voulions établir qu'une seule toxalbumine est le principe nocif de tous les champignons vénéneux. Sans doute au printemps le pollen des graminées domine dans les poussières de l'air, par suite du nombre immense de ces plantes; de là viennent les succès de Dunbar, succès dus aussi à ce fait que la plupart des prédisposés sont sensibles à ce pollen.

3° A notre avis, la toxalbumine que Dunbar a extraite du pollen des graminées n'est pas le seul principe nocif de celui-ci. La quinine n'est pas le seul principe actif du quinquina, l'iodothyrine n'est pas le seul principe actif de la glande thyroïde.

Poursuivant vers cette orientation nouvelle, nous avons injecté dans le péritoine d'animaux très résistants (oies, canards) des grains de pollen d'un très grand nombre de plantes que nous avons choisies parmi celles qu'une étude de six années nous a montrées devoir être le plus nocives. Ainsi nous nous sommes placés dans les conditions, croyons-nous, les plus favorables pour que les animaux réagissant produisent un sérum capable de neutraliser les diverses albumines toxiques contenues dans nos pollens. Ce sérum polyvalent a été à l'heure actuelle expérimenté sur une centaine de malades et les résultats que nous avons obtenus confirment absolument l'origine pollinique de la fièvre des foins. Ils la confirment même dans les très rares échecs que nous avons observés. Un de nos malades, pharmacien à Lyon, a eu ses crises de coryza enrayées par le sérum, sauf lorsqu'il allait dans son jardin s'asseoir sous les marronniers en fleurs. Il n'y avait pas en effet de pollen de marronnier dans la poudre injectée à nos animaux cette année-là. Pendant deux années successives trois de nos confrères du Midi ont eu des échecs complets avec notre sérum.

L'observation attentive d'une de nos malades de Clermont nous a permis d'expliquer cet échec. Cette malade qui habite au centre de la ville a eu ses crises de fièvre des foins enrayées au printemps, mais l'an dernier, vers la fin de l'été, s'étant trouvée sous une treille de vigne qui avait une deuxième floraison, elle a eu de nouvelles crises de catarrhe

oculo-nasal, que notre sérum n'a pu arrêter. Il n'y avait pas de pollen de la vigne dans la poudre que nous avions injectée à nos animaux cette année-là.

Les échecs sont donc possibles avec notre sérum, vu le nombre prodigieux des essences variées d'arbres et de plantes qui émettent au printemps les microscopiques organes de la génération dont les méfaits nous paraissent actuellement certains. Nous avons cependant recherché le plus de garanties possibles en nous basant sur nos observations de six années et les résultats que nous avons obtenus nous permettent d'affirmer qu'à l'heure actuelle nous pouvons presque sûrement enrayer la maladie des foins.

Nous disons enrayer et non pas guérir, car notre sérum neutralise seulement les toxalbumines du pollen au niveau des premières voies respiratoires. Ainsi que nous l'avons déjà signalé (1), il se forme dans l'organisme des animaux injectés des précipitines pour la toxalbumine pollinique; par suite le sérum doit être employé aussitôt que possible.

Nous ne pouvons publier dans les limites de ce travail les observations de nos malades, car elles sont trop nombreuses et se ressemblent à peu près toutes. Un petit nombre de celles-ci a déjà paru dans le *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*. Comme type nous reproduisons cependant *in extenso* la lettre d'un de nos confrères, le docteur E. B. de la R.

« Je viens de terminer l'emploi de votre sérum, conformément à vos prescriptions, et je m'empresse de vous faire savoir que les résultats que j'ai obtenus ont été très satisfaisants et je crois bien qu'ici la suggestion doit être écartée, car au sujet du traitement du coryza chronique j'étais devenu fort sceptique.

Je ne suis point encore guéri évidemment et je ne compte guère sur un tel résultat à mon âge. Mais j'éprouve un grand soulagement que nul autre remède ne m'avait encore produit en pareille circonstance. Et cela, je le dois à votre sérum, dont je vous serai profondément reconnaissant le reste de mon existence.

J'ai commencé mon traitement le 29 mai à la dose de trois ampoules par jour. J'étais alors en pleine crise aiguë, caractérisée par une vive irritation rhino-pharyngo-laryngienne qui coïncidait avec des conditions atmosphériques et saisonnières toujours nuisibles pour moi : abaissement subit de température, vent violent du nord-est et sous l'influence de ce vent envahissement des appartements que j'habite par la fumée d'un four voisin et par l'odeur très forte de plusieurs acacias en pleine floraison dans mon jardin. Mes nuits étaient devenues atroces et je ne pouvais fermer l'œil, j'en étais arrivé à un état nerveux que ni la cocaïne en badigeonnages, ni le sirop de morphine ne pouvaient calmer. Je dus abandonner ma chambre à coucher, plus particulièrement exposée à ces influences nocives, et cette émigration a concordé avec le commencement de mon nouveau traitement, c'est-à-dire a eu lieu le 29 mai. Dès le premier soir un mieux sensible s'est produit : la cuisson du pharynx s'est calmée, la toux laryngienne qui était incessante est devenue moins fréquente. Au moment de me mettre au lit, j'eus encore une assez forte crise d'oppression, mais qui fut de courte durée et n'empêcha pas le sommeil qui fut assez bon pendant le reste de la nuit. J'ai continué les trois instillations quotidiennes pendant les trois jours, puis deux pendant trois jours et enfin une seule par jour jusqu'à hier, soit au total vingt-six ampoules en dix-huit jours.

Je n'ai plus eu depuis le 29 mai d'autres crises d'asthme, les accidents de rhinite et de laryngite sont calmés, la dyspnée, qui, chez moi, était presque continuelle et particulièrement gênante au moindre effort et surtout lorsque je montais les escaliers, a beaucoup diminué, et j'ai pu faire depuis quelques jours des promenades à pied dans la campagne, ce qui m'était impossible depuis longtemps.

Tout cela est réel et a pu être observé par mon entourage et mes amis qui en ont été fort surpris, et je suis convaincu que la plus grande partie de tout cela est dû à l'action bienfaisante de votre sérum sur lequel je compte maintenant pour calmer les crises futures. »

Sérothérapie contre l'asthme essentiel. — On sait que la fièvre des foins se manifeste chez certains malades par du catarrhe oculo-nasal ou coryza; chez d'autres après avoir débuté par le coryza, elle se complique de violentes crises d'asthme.

Quelles relations y a-t-il entre l'asthme des foins, saisonnier, périodique, et l'asthme nerveux, idiopathique, apériodique? A notre avis ces affections, d'apparences tout d'abord dissemblables, ne constituent qu'une seule et même maladie ou plus exactement nous offrent le tableau de la réaction de l'organisme à l'action sur les premières voies respiratoires des toxalbumines irritantes contenues dans le pollen des fleurs et les poussières végétales.

Nous ne voulons pas dire que tous les asthmatiques se ressemblent, pas plus qu'on ne saurait affirmer que tous les tuberculeux se ressemblent. Le terrain, si magistralement étudié par Trousseau, Daly, Brisand, peut varier; les asthmatiques peuvent être des névrosés, des neuro-arthritiques, des adénoïdiens, des prétuberculeux, mais ce que nous voudrions démontrer c'est que la cause déterminante de la crise est toujours l'action irritante sur les premières voies respiratoires du pollen ou des poussières végétales.

Partant d'une conception certainement très différente de la nôtre, J. Garel a écrit : « Il n'existe pas la moindre différence entre le coryza apériodique et le rhume des foins. »

En ce qui concerne l'asthme nous trouvons exposée par H. Triboulet cette idée que « l'ensemble clinique décrit sous le nom d'asthme d'été, asthme des foins, est une modalité de l'asthme et nullement une affection à part ».

Il est bien évident que J. Garel et H. Triboulet veulent affirmer que l'ensemble du tableau clinique,

(1) Bellard et Maltet. *Journ. de Phys. et de Pathol. gén.*, mars 1907.

que l'évolution des divers symptômes sont les mêmes, qu'il s'agisse de coryza périodique ou apériodique, d'asthme périodique ou apériodique. Nous ne voyons pas en effet que l'organisme puisse réagir de manière très différente à une action irritante portant sur les muqueuses nasale et oculaire.

A notre avis, le mécanisme de la crise d'asthme se trouve réalisé d'une manière schématique dans une expérience classique de Frédéricq (1883) :

« Les branches du trijumeau, qui donnent la sensibilité à la muqueuse des fosses nasales, sont particulièrement riches en fibres centripètes d'expiration (Schiff, Christiani, etc.). Le contact de l'eau avec cette muqueuse constitue pour les terminaisons de ces nerfs un excitant naturel des plus actifs, il suffit de faire couler un mince filet d'eau sur l'orifice des narines chez le lapin (respirant d'ailleurs par une canule trachéale) pour voir la respiration s'arrêter en expiration passive pendant dix, quinze, vingt secondes. Le même excitant provoque chez le canard des arrêts en expiration dont la durée peut dépasser dix minutes. Le rôle protecteur que jouent ces réflexes d'expiration est manifeste : ils empêchent l'entrée de l'eau, des corps étrangers dans les voies aériennes et provoquent l'expulsion de ceux qui auraient pu y pénétrer (1) ».

Faut-il s'étonner dès lors que chez l'homme l'irritation et la congestion de la muqueuse du nez puissent produire le même effet.

Pour nous, comme pour Garel, aucune différence, dans les symptômes et leur succession ne se manifeste entre le malade qui, en mai, présente une crise due au pollen des graminées et celui qui est atteint au mois de janvier par la poudre d'ipéca. Nous ne voyons pas plus de différence entre la crise d'asthme de Trousseau contractée dans son grenier quand il ouvrit son coffre à avoine et celle contractée par un prédisposé à la saison des foins.

Il n'est pas un asthmatique qui ne redoute la poussière et souvent le plus grand nombre désigne certaines poussières comme provocatrices de ses crises. Ces poussières sont des poussières végétales : poudre d'ipéca, de bois de panama, d'iris, farine de lin, de moutarde, spores des moisissures, de lycopodes, etc. « Un homme fort et replet avait un accès d'asthme quand on battait du riz dans le voisinage de la maison qu'il habitait. Un pharmacien de Tours avait des attaques toutes les fois qu'on remuait dans son officine de la poudre d'ipécacuanha (2) ». Un fait remarquable est le nombre des pharmaciens sensibles à ces poudres. Pour notre part, nous en connaissons six dans ce cas.

Il suffit de lire une monographie sur l'asthme, un traité de pathologie pour y trouver la confirmation des faits que nous avançons. Tel malade avait des crises dans une ville, qui n'en a pas ailleurs; chez deux malades nous avons pu à leur insu déterminer les crises d'asthme avec les poussières auxquelles ils étaient sensibles.

Des faits que nous venons d'exposer il semblerait résulter que les asthmatiques apériodiques sont surtout sensibles aux poussières végétales et les asthmatiques périodiques au pollen des fleurs. Ceci d'après nos observations est exact dans une large mesure mais des malades sensibles aux poussières peuvent avoir aussi des crises avec le pollen. L'un de nous, Maltet, particulièrement touché par les poussières végétales et qui peut se promener impunément dans les prés à la saison des foins, a eu cette année une crise déterminée par le pollen d'un robinier dont les fleurs embaumaient sa fenêtre.

Nous ne pouvons non plus affirmer que les asthmatiques apériodiques n'aient pas en dehors du printemps des crises dues au pollen, puisque :

« En utilisant un aéroscope pour recueillir toutes les poussières de l'air, Liefmann a montré que, même pendant les saisons comprises en dehors de la floraison habituelle, on trouve des grains de pollen dans l'air, même dans l'air des rues de Halle. Or, si ces grains sont en trop petite quantité pour provoquer un accès de fièvre des foins (et nous ajouterons d'asthme) chez un sujet indemne jusque-là, il n'en est pas de même chez les individus anaphylactisés par des attaques antérieures, quoique très anciennes. » (J.-P. Langlois, *loc. cit.*)

Malgré tous les faits et toutes les considérations que nous venons d'exposer, nous ne serions peut-être pas aussi affirmatifs dans nos conceptions, si des preuves qui nous paraissent irréfutables n'avaient forcé notre conviction du rôle pathogénique essentiel des pollens et des poussières végétales dans la détermination des crises d'asthme.

Ces preuves nous ont été fournies par la sérothérapie. Avec notre sérum obtenu en injectant dans le péritoine du canard des pollens et des poussières végétales, nous avons pu enrayer les crises d'asthme essentiel chez cinq malades; chez cinq autres nous avons eu des insuccès. A quoi faut-il les attribuer? A notre avis, ils sont dus à une sensibilité extrême de ces malades chez qui les crises débutent d'emblée sans signes précurseurs (coryza, éternuements).

Mais n'aurions-nous soulagé qu'un seul malade, que cette raison nous paraîtrait suffisante pour affirmer que la crise d'asthme, chez l'asthmatique apériodique, est provoquée par des toxalbumines irritantes provenant du pollen des fleurs ou des poussières végétales.

L'asthme périodique est supprimé par notre sérum, certains asthmatiques apériodiques sont soulagés, et par suite nous estimons que, dans tous les cas, la sérothérapie doit être tentée, mais dès le début même de la crise si possible.

(1) L. Frédéricq et J.-P. Nuel. *Physiologie humaine*, Masson 1893.
(2) Trousseau. *Cliniques II*, p. 515.

FORMULAIRE

HÉMORROIDES

Eviter la constipation : massages, eaux magnésiennes.

Bains de siège le soir, lavements frais. Employer après le bain la pommade suivante :

Chrysarobine	0g60
Thigénol « Roche »	5 grammes.
Vaseline..................	25 —

Badigeonner les fissures avec : Thigénol « Roche » pur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 MAI 1909)

La méningite cérébro-spinale. — M. NETTER nous présente une étude très complète de l'épidémie actuelle. Il a lui-même traité 42 malades à l'hôpital, 9 à la ville et en a vu, au moins une fois, 18 autres. Il estime à 300 le nombre total des malades de Paris et de la banlieue. Ces cas se répartissent assez irrégulièrement et ne forment pas de foyer.

Le travail de M. Netter est divisé en trois parties, la première concernant l'étiologie, la contagion, les porteurs de méningocoques; la seconde concernant la prophylaxie; la troisième, la sérothérapie.

Il résulte des recherches de M. Netter que, comparée à la contagion des fièvres éruptives, celle de la méningite cérébro-spinale est infiniment moins active et s'opère par des mécanismes différents. Elle se fait à distance dans le temps et dans l'espace. La contagion de la méningite cérébro-spinale est surtout le fait de porteurs de germes, convalescents ou sujets étant toujours restés sains.

Un facteur très important dans l'étiologie de cette affection est l'influence saisonnière prouvée par la prédominance de la maladie en hiver et au printemps.

Les conditions qui favorisent la virulence et la diffusibilité du méningocoque peuvent exercer une influence analogue et concomitante sur d'autres agents pathogènes. Ainsi s'explique la coïncidence si fréquente de la méningite avec la grippe, la pneumonie, la scarlatine.

Quelle conclusion tirer de ces faits au point de vue de la *prophylaxie*? Il faut viser les malades et les porteurs de germes. Il faut isoler les premiers et empêcher autant que possible les seconds de pénétrer dane les ateliers, les écoles, leur bien recommander d'éviter, en parlant, en toussant, la projection de gouttelettes dans la direction d'autres personnes. Il n'est guère possible de faire davantage. Il faut poursuivre, autant que possible, la destruction des méningocoques chez les porteurs de germes par la pulvérisation du sérum desséché de Wassermann.

L'efficacité du sérum antiméningococcique ne saurait plus être douteuse. Les chiffres fournis, à ce point de vue, par M. Netter, confirment ceux que nous a donnés M. Vaillard. C'est au sérum de Flexner que M. Netter donne la préférence. Il lui a paru plus efficace que ceux de Wassermann, de Kollé, de Ruppel, de Jochman et de Dopter.

Préservation de la cécité dans le travail. — M. MOTAIS (d'Angers) fait une communication sur ce sujet.

Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés. — Dans une seconde communication, M. MOTAIS dit que le nitrate d'argent fut, pendant de longues années, le seul moyen thérapeutique efficace dans l'ophtalmie des nouveau-nés. Malheureusement ce sel n'est pas sans danger, à dose suffisamment concentrée. On devait naturellement penser à le remplacer par les sels organiques d'argent, protargol, argyrol, etc., dont nous devons la vulgarisation à Darier.

Ces médicaments ont été diversement jugés parce que leur dosage et leur mode d'emploi ont varié. A la clinique ophtalmologique d'Angers, M. Motais est arrivé, par essais successifs, à un emploi méthodique du protargol auquel il s'est définitivement arrêté.

Après un simple lavage, les paupières écartées, avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution de permanganate de potasse au 4/000, il instille II gouttes de collyre de protargol au cinquième (1 gramme pour 5 grammes d'eau distillée), toutes les trois heures, nuit et jour pendant deux ou trois jours, jusqu'à ce que la sécrétion soit devenue plus rare et plus liquide; puis instillations du même collyre toutes les six heures. Après cinq ou six jours de ce traitement régulier, la sécrétion est très faible; le gonflement des paupières n'existe plus. Il instille jusqu'à guérison complète un collyre au dizième (0g5 pour 5 grammes) jusqu'à guérison complète.

L'instillation est faite sur la cornée même sans qu'on observe la moindre action destructive.

Si la cornée est ulcérée avant le traitement, le protargol arrête immédiatement le processus destructif et provoque dès le lendemain les cicatrisations de l'ulcère.

Il n'y a jamais d'à-coup ni de temps d'arrêt dans la marche de la cicatrisation qui est rapide.

Ces résultats consignés dans des observations prises sous les yeux de ses élèves et de ses assistants sont tellement nets et précis qu'ils semblent un schéma de démonstration.

M. Motais ajoute que ce traitement est d'une extrême simplicité et ne présente aucun danger.

L'Académie a permis aux sages-femmes d'employer elles-mêmes la méthode préventive de Crédé par une seule instillation, au moment de la naissance, d'un collyre de nitrate d'argent à 2 p. 100. En fait, le pharmacien ne peut donner une solution de II gouttes. Les sages-femmes auront donc au moins plusieurs doses du collyre. Il n'est pas téméraire d'affirmer que beaucoup d'entre elles ne résisteront pas à la tentation de continuer le traitement si quelque sécrétion survient. Dans ces conditions, il pense qu'il serait prudent de substituer au nitrate d'argent le collyre au protargol au cinquième, au moins aussi actif et parfaitement inoffensif.

— A propos de cette dernière communication, M. LAGRANGE (de Bordeaux) fait connaître le traitement auquel il donne la préférence : instillations d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 200 dans les premiers jours et, ensuite, lavages avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 1 000.

Un traitement de la lèpre. — M. TRUC communique un cas de lèpre oculo-cutanée traité avec succès par des injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

Dysostose cléido-cranienne. — M. MARIE donne la relation d'une autopsie complète d'un cas de dysostose cléido-cranienne héréditaire.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Strauss sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres.

La liste de présentation est ainsi dressée : en première ligne, *ex æquo*, MM. de Fleury et Voisin; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Capitan et Castex; en troisième ligne, MM. Coudray et Valude.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT ZOMOTHÉRAPIQUE

Depuis très longtemps on emploie avantageusement la pulpe de la viande crue, non seulement chez les enfants débiles et amaigris, mais encore chez les jeunes gens et les adultes dans les convalescences difficiles et les états consomptifs. En réalité, et très généralement, la pulpe de viande crue (bœuf ou mouton) est parfaitement tolérée et digérée par des estomacs souvent susceptibles, à des doses que des viandes de préparations culinaires ne sauraient atteindre chez les individus dont il s'agit.

Ce mode de traitement, un moment discrédité par la crainte des parasites, a été soigneusement expérimenté à nouveau par MM. le professeur Ch. Richet et Héricourt. Ces savants physiologistes ont constaté qu'il donnait des résultats très remarquables dans la tuberculose expérimentale, et que le

suc de viande crue ou plasma musculaire créait un véritable état réfractaire à l'infection bacillaire.

C'est là surtout le fait nouveau, et le grand intérêt des études de ces savants réside dans l'action de ce plasma, obtenu par expression, lequel jouit de propriétés à la fois suralimentaires et thérapeutiques spéciales, d'où l'avantage d'enregistrer de grands effets avec un très faible volume de substance active.

Ces savants ont donc proposé de substituer l'extrait à froid du muscle à la viande crue, dans le traitement de tous les états consomptifs et de la tuberculose.

Cette méthode a été, en outre, expérimentée en clinique par un grand nombre de médecins, spécialement par M. Josias, et tous les essais ont prouvé que la méthode, dite zomothérapie, est des plus efficaces dans toutes les maladies de la dénutrition, des affections de la poitrine et les états de faiblesse dus aux causes les plus diverses ; c'est ainsi qu'on a pu constater, grâce à l'application soutenue de ce traitement, de nombreuses guérisons de tuberculeux au premier degré et de réelles améliorations chez des tuberculeux avancés, alors même que des bactéries pyogènes et septiques étaient associées au bacille de Koch.

La préparation du suc de viande paraît tout d'abord très simple et très facile, mais ce n'est là qu'une apparence. En réalité, il faut beaucoup de temps et de grands soins pour réaliser les quantités quotidiennes nécessaires à un traitement, tout en évitant l'altération rapide du plasma musculaire. C'est même aux nombreux inconvénients rencontrés tout d'abord dans la pratique de ces opérations que l'on doit de n'avoir pu retirer plus tôt de cette médication tous les avantages que les essais cliniques avaient promis, car les malades ont dû se contenter de liquides préparés chez eux ou par eux-mêmes, avec les moyens les plus rudimentaires, et sans aucune connaissance des conditions exigées par cette délicate préparation, aussi coûteuse, d'ailleurs, que peu aisée. Le malade toujours susceptible ou anorectique était obligé, en ce cas, d'absorber, quelquefois avec une véritable répugnance, une masse notable d'un liquide fade et fort peu avenant puisqu'il fallait ajouter de l'eau à la viande pour en extraire le suc.

C'est en considération de ce qui précède que M. Byla a songé à préparer le plasma musculaire sous une forme fluide, concentrée et inaltérable, à laquelle il a donné le nom de musculosine, pour bien préciser son origine, et il y a adjoint les oxydases du sang, dont la puissante action favorise encore le métabolisme général. Cette préparation est d'un emploi tout à fait commode ; elle est de plus agréable et représente la forme la plus économique possible d'un traitement dont l'efficacité thérapeutique est absolument équivalente, sous un faible volume, d'une quantité de chair crue telle que le malade serait incapable de la consommer.

La musculosine jouit, en conséquence, de l'action intégrale des ferments musculaires, et à son activité physiologique se surajoute, M. Byla le répète avec insistance, l'action catalytique de diastases oxydantes du sang.

La musculosine s'administre par cuillerée à bouche, délayée dans un peu d'eau de Seltz, au moment ou en dehors des repas et même la nuit. On peut aussi la prendre dans la boisson préférée, mais toujours à une température très modérée, tiède au plus.

La dose varie suivant l'affection du malade, et le médecin doit seul fixer le nombre de cuillerées à administrer par jour, suivant l'âge et les accidents à combattre.

M. Byla insiste sur cette particularité des plus importantes qu'une cuillerée de musculosine agit non seulement par son plasma mais aussi par ses diastases oxydantes qui représentent ensemble les principes actifs de 125 grammes de chair musculaire et de protoplasma globulaire.

ANALYSES

MEDECINE INFANTILE

La Ration alimentaire du nourrisson calculée d'après la taille. (VARIOT et LASSABLIÈRE. *Clin. infant.*, 15 avril 1909, n° 8.) — Il est impossible, pour fixer la ration d'un enfant, de la rapporter au poids comme cela se fait encore actuellement. On voit, en effet, que la quantité de lait ingéré par l'enfant en expérience varie considérablement d'un mois à l'autre. Au contraire, la quantité de lait ingérée par décimètre carré de la surface, ou par centimètre de la taille, est sensiblement constante. Il en découle une application pratique intéressante. En effet, si dans la pratique journalière, on ne peut calculer la ration d'après la surface, la simplicité du calcul suivant permet parfaitement de recourir avec profit à la toise, pour fixer la ration. Si l'on admet (tout au moins à partir du deuxième mois) que la quantité de lait ingérée par centimètre de taille varie très peu autour de 15 grammes, il s'ensuit qu'en multipliant la taille d'un enfant par le coefficient 15, on aura assez exactement la quantité de lait qu'il doit ingérer pour avoir un accroissement normal comme celui de l'enfant examiné.

Il y a là une méthode facile, rapide et relativement très exacte pour fixer la ration d'un enfant à n'importe quel moment de sa naissance.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Paralysies radiales suites de luxations de la tête du radius. (Dewitt STETTEN. *Ann. of Surg.*, vol. XLVIII, n° 2, août 1908, p. 275-295.) — L'auteur attire l'attention sur cette lésion, aussi caractéristique que n'importe quel autre type de paralysie radiale et dont cependant les traités classiques ne font guère mention. En fait, dans toute luxation de la tête du radius, les deux branches de division du nerf radial sont en danger. Cependant, les cas ne sont pas après tout très fréquents, les luxations compliquées du coude étant plutôt rares.

De l'étude des cas publiés (huit en tout, auxquels il ajoute un neuvième), de considérations anatomiques et de recherches expérimentales, l'auteur conclut que : 1° dans la luxation de la tête en avant et un peu en dehors, type qui expose le plus à la blessure du nerf, les deux branches de bifurcation seront lésées, ainsi qu'il arriva dans cinq des neuf cas publiés ; 2° dans la luxation de la tête en avant et en dedans, le nerf échappe généralement ; 3° dans la luxation directement en avant, la branche radiale seule peut être lésée, l'interosseux restant sain : 4° dans la luxation directement en dehors, c'est l'inverse ; 5° dans la luxation en arrière, le nerf ne court aucun danger ; 6° le tronc même du nerf pourrait être lésé dans les cas de luxation en avant et très en haut. Quand la luxation du radius complique une fracture du cubitus, c'est alors que le danger de lésion nerveuse devient maximum, à cause de l'amplitude du déplacement.

Anatomiquement, contusion du nerf; cliniquement, paralysie radiale plus ou moins étendue, n'intéressant pas le long supinateur; thérapeutiquement, précautions en réduisant la lésion causale; dans les vieux cas, la réaction de la tête est généralement nécessaire; suture nerveuse s'il le faut. Pronostic généralement bon.

F. GARDNER.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES DYSPNÉES LARYNGÉES

I. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — A. Il faut d'abord reconnaître le siège laryngé de la dyspnée, grâce aux signes suivants : *a.* le *tirage*, caractérisé par la dépression inspiratoire de la région sus-sternale et de la région épigastrique et déterminé par l'entrée insuffisante de l'air dans les poumons au moment de l'expansion thoracique ; *b.* les *bruits laryngés* (sifflement, bruit serratique, raclement), indiquant l'existence d'un obstacle dans la cavité laryngée ; *c.* les *troubles de la voix* (raucité, voix bitonale, voix éteinte, aphonie) ; *d.* l'*apnée auscultatoire* caractérisée, à l'auscultation, par la diminution considérable de l'inspiration ; *e.* enfin l'*examen laryngoscopique* qui montre l'état des cordes vocales, la présence d'un corps étranger, de fausses membranes, d'ulcérations, de tumeurs.

B. Ces signes, joints aux notions fournies par l'évolution de la maladie et par l'examen des autres appareils, permettront d'éliminer les dyspnées dues à d'autres causes, dyspnées qui peuvent être d'origine : a. *pharyngée* (abcès rétro-pharyngien, végétations adénoïdes...) ; b. *trachéale* (goitre, tumeurs cervicales) ; c. *médiastinale* (anévrisme, goitre plongeant, hypertrophie du thymus, adénopathies bronchiques) ; d. *pleuro-pulmonaire* (épanchements pleuraux, œdème du poumon, etc.) ; e. *cardiaque* (asystolie pulmonaire) ; f. *nerveuse* (hystérie, paralysie du diaphragme, rythme de Cheyne-Stokes...)

II. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — Les causes capables de déterminer une dyspnée ayant son siège dans le larynx peuvent être divisées en trois groupes pathogéniques : dyspnées *par obstacle* (corps étrangers, compressions, tumeurs) ; dyspnées *par lésion organique* du larynx (œdèmes d'origine locale ou générale, infiltration tuberculeuse ou cancéreuse...) ; dyspnées par trouble dans l'appareil d'*innervation* du larynx (spasme ou paralysie).

Etant donnée la fréquence inégale de ces diverses causes, il est plus clinique de les envisager suivant les différents âges.

1° CHEZ LES NOURRISSONS. — Le *spasme de la glotte* s'observe surtout chez les enfants chétifs, souvent rachitiques ; il a un début brusque, nocturne, s'accompagne de pâleur, de cyanose, de convulsions des membres ou des globes oculaires, est caractérisé par un arrêt, une suspension de la respiration, suivis d'une reprise. Il peut y avoir une série de crises.

2° CHEZ L'ENFANT. — La *laryngite catarrhale* simple peut provoquer une dyspnée assez intense mais qui cède assez facilement. Le diagnostic est surtout à faire entre le croup, la laryngite striduleuse, la laryngite de la rougeole : *a.* le *croup* ne succède pas toujours à l'angine, il peut survenir d'emblée ; la dyspnée est progressive, s'accompagne d'extinction de la voix ; la toux est éteinte ; le rejet de fausses membranes emporte le diagnostic, mais il ne faut pas attendre ce signe, et être prêt à pratiquer le tubage avant la période asphyxique ; *b.* la *laryngite striduleuse* n'est pas progressive comme la diphtérie, mais atteint d'emblée une grande intensité ; le début est brusque, souvent nocturne ; la voix et la toux sont bruyantes, les accès consécutifs sont moins violents que le premier ; *c.* la *laryngite morbilleuse* a un début brusque et une évolution rapide, pouvant nécessiter le tubage ou la trachéotomie ; elle peut être précoce (énanthème laryngé) et de diagnostic difficile si l'éruption cutanée n'est pas encore nette, ou tardive et alors souvent ulcéreuse (laryngite sous-glottique) ; *d.* d'autres affections, telles que la *coqueluche*, déterminent une dyspnée laryngée que son caractère spécial permet de reconnaître aisément.

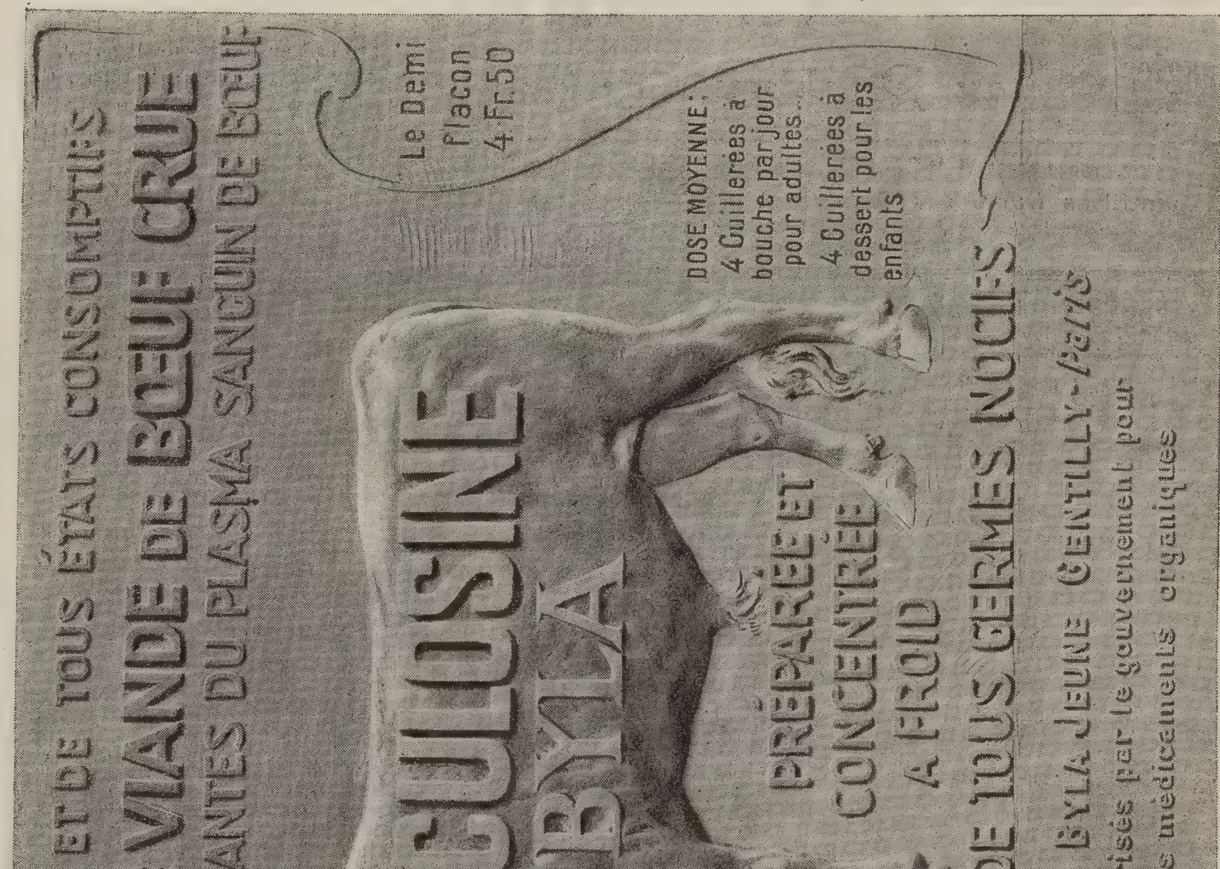
3° CHEZ L'ADULTE. — a. *Dyspnées par obstacle.* — La présence d'un *corps étranger* dans le larynx provoque des accès violents de dyspnée, au cours desquels il peut être rejeté. S'il tombe dans la trachée, il peut déterminer l'asphyxie, ou se fixer plus ou moins haut. A l'auscultation on peut percevoir le bruit de grelot. Les *tumeurs pédiculées intralaryngées* déterminent des symptômes analogues. L'examen laryngoscopique est ici indispensable.

b. *Par lésion organique.* — La *brûlure* par l'absorption d'un liquide trop chaud peut provoquer l'œdème glottique. Une *infection* (à pneumocoque, à streptocoque ou à staphylocoque) peut déterminer un œdème primitif du larynx. Les *affections générales* peuvent être compliquées de localisations laryngées plus ou moins graves : les oreillons, la variole, la tuberculose aiguë, la fièvre typhoïde. Dans cette dernière, la lésion laryngée, tantôt précoce, tantôt tardive, peut aboutir à la nécrose (*laryngo-typhus*) ; elle se manifeste par la douleur locale, les troubles de la voix, la dyspnée paroxystique. Les *affections chroniques* du larynx peuvent, à un moment de leur évolution, présenter la dyspnée au nombre de leurs symptômes, soit sous la forme lente et progressive, soit sous la forme paroxystique ; il en est ainsi dans le cancer du larynx, dans la tuberculose, la lèpre, la syphilis tertiaire (syphilome diffus, ou gommes). La recherche des adénopathies dans le *cancer*, l'auscultation minutieuse des sommets pulmonaires et la recherche des bacilles dans la *tuberculose*, la connaissance des antécédents dans la *syphilis* sont les éléments du diagnostic. L'*œdème du larynx* peut avoir enfin une origine *toxique*, exogène (action de Ki) ou endogène, c'est-à-dire au cours des maladies dyscrasiques : *goutte*, *cachexie cardiaque*, *néphrite chronique*. Citons encore l'*urticaire*, dont la localisation à la muqueuse laryngée peut être fort grave.

c. *Par altération nerveuse.* — α. *spasmodique.* Le spasme intervient presque toujours dans les affections précédentes, mais il peut être seul en cause dans les affections suivantes : hystérie, maladie de Basedow, épilepsie, tabes (ictus laryngé) ; β. *paralytique.* La dyspnée laryngée reconnaît alors soit une origine *périphérique*, comme dans les *paralysies récurrentielles* (a frigore, saturnine, hystérique, par compression due à une tumeur, à un ganglion, à un anévrisme aortique), soit une origine *centrale* comme dans la paralysie labio-glosso-laryngée (lésion bulbaire) ou dans la paralysie pseudo-bulbaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE TOUS ÉTATS CONSOMPTIFS
SUC INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN DE BŒUF
Le Flacon entier 8 Francs
Le Demi Flacon 4 Fr.50
MUSCULOSINE BYLA
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE: 4 Cuillerées à bouche par jour pour adultes... 4 Cuillerées à dessert pour les enfants
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE GENTILLY-Paris
Laboratoires autorisés par le gouvernement pour la préparation des médicaments organiques

N° 53. — SAMEDI 8 MAI 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 8 MAI 1909. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour la nomination a trois places de médecin des hôpitaux. — *Leçon clinique.* — Séance du 6 mai : MM. Hallé, 20; Merklen, 18.

La prochaine séance aura lieu le mardi 11 mai, à quatre heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dix-septième semaine, 1 005 décès, au lieu de 1 065 pendant la semaine précédente et de 1055, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 182 décès, au lieu de 212 pendant la semaine précédente (moyenne 196).

La phtisie pulmonaire a causé 219 décès (moyenne 237).

On a signalé en outre 8 cas de méningite cérébro-spinale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur E. Grosjean (de Montmirail).

POLYCLINIQUE H. DE ROTHSCHILD (199, rue Marcadet). — M. le professeur Dieulafoy fera le lundi 10 mai, à cinq heures du soir, une conférence sur la valeur des cultures du sang dans le diagnostic des maladies infectieuses.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cours libre sur le traitement des fractures. — M. le docteur Dupuy de Frenelle fera son cours le mardi 11 mai 1909, à quatre heures, sur la méthode ambulatoire dans le traitement des fractures (technique et application des appareils de marche).

Ce cours essentiellement pratique a lieu tous les mardis à quatre heures à l'amphithéâtre Cruveilhier de l'Ecole pratique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 MAI 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delbet, Legueu et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Hartmann, Gosset et Proust; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 18 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Raymond, Alb. Robin et Richaud; — (2e série) : MM. Chantemesse, Gilb. Ballet et Carnot; — (3e série) : MM. Gilbret, Fernand Bezançon et Claude; — (4e série) : MM. Thoinot, Desgrez et Balthazard; — M. Nicloux, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. de Lapersonne, Faure et Marion ; — (2e série) : MM. Quénu, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Chauffard, Renon et Gouget; — M. Nobécourt, suppléant.

Mercredi 19 mai, à une heure. — 2e : MM. Gautier, Gley et Mulon.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lepage, Rieffel et Ombrédanne.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Gaucher et Macaigne; — (2e série) : MM. Déjerine, Widal et Desgrez; — M. Legry, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Roger, Marcel Labbé et André Jousset; — (2e série) : MM. Pierre Marie, Sicard et Lœper: — M. Gosset, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Zimmern, suppléant.

Vendredi 21 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delbet, Mauclaire et Gosset; — (2e série) : MM. Hartmann, Proust et Ombrédanne; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 22 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Chantemesse, G. Ballet et Richaud ; — (2e série) : MM. Gilbert, Widal et Balthazard; — M. Nicloux, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Renon et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Gouget et Nobécourt; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Fernand Bezançon et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin ; — M. Launois, suppléant.

LIVRES NOUVEAUX

Le Ventre. Etude anatomique et clinique de la cavité abdominale au point de vue du massage. T. II : *L'estomac et l'intestin* (1), par MM. F. Cautru et M. Bourcart.

Nous avons déjà parlé, en son temps, du premier volume de cet important ouvrage, lequel traitait du rein. La personnalité des deux auteurs est d'ailleurs trop connue pour qu'il soit besoin de faire ici l'éloge de leur œuvre; mais il ne faudrait pas croire non plus qu'elle s'adresse aux seuls spécialistes du massage. On trouvera en effet dans ce livre, après un résumé complet dans sa concision de l'anatomie topographique des organes de la digestion et de leur physiologie, une étude clinique des troubles fonctionnels et des affections dont chacun de ces organes peut être atteint. C'est alors seulement que pour chacun de ces cas les auteurs posent les règles du traitement par le massage. Et ces règles ne sont pas purement théoriques, elles sont au contraire éminemment pratiques, si bien qu'à la lecture de ces pages si claires accompagnées de superbes figures hors texte et de figures schématiques éloquentes, il semble que rien ne soit plus facile que d'être un bon masseur. Il faut certes en déchanter si l'on passe à la pratique, mais avec un tel livre pour guide les difficultés du début sont considérablement aplanies. Le principal est, d'ailleurs, de bien savoir tout ce que l'on peut attendre du massage dans les affections de l'estomac, de l'intestin et des glandes annexes, et on peut affirmer hautement que sous ce rapport MM. Bourcart et Cautru n'ont rien laissé dans l'ombre.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les Merveilles de l'hypnotisme (2), par le docteur Géraud Bonnet, médecin praticien à Oran.

L'ouvrage que nous donne aujourd'hui le docteur Bonnet fait suite aux deux ouvrages antérieurs, déjà parus, sur l'hypnotisme thérapeutique et la transmission de pensée.

Il forme, pourtant, un tout indépendant.

L'auteur commence par justifier le titre choisi. Les résultats que fournit l'hypnotisme, au point de vue scientifique, récréatif ou thérapeutique sont, en effet, merveilleux.

Après un compte rendu historique rapide, il expose la nature des nombreux états hypnotiques, variés, qui se présentent dans la pratique. Il les explique théoriquement, et dans plusieurs chapitres successifs, il fait connaître les applications diverses et multiples dont l'hypnotisme est susceptible. Il en fournit de nombreux exemples et rapporte des observations extrêmement curieuses et intéressantes.

Les personnes qui veulent se perfectionner dans la science de l'hypnotisme liront ce livre avec intérêt et en retireront grand profit.

L. GAYARD.

La Gymnastique raisonnée (3), par Eugène Paz; préface de Jules Simon.

D'après un adage ancien, on ne saurait trouver l'intelligence bien équilibrée que chez les gens bien portants : *mens sana in corpore sano*. Or, pour bien se porter, la pratique des exercices physiques est aussi indispensable à l'homme que l'air qu'il respire, que les aliments dont il se nourrit. La vie, c'est le mouvement, et elle ne s'entretient et se conserve que par le mouvement. Or, la gymnastique n'est autre chose que la pratique du mouvement bien ordonnée. Mais, en gymnastique comme en toute chose, il est nécessaire de s'inspirer des conseils d'un guide sûr et expérimenté, afin de procéder méthodiquement et de retirer des exercices physiques tous les avantages qu'ils comportent.

A ce titre, la nouvelle édition de l'ouvrage de M. Paz sera bien accueillie. Cet ouvrage se divise en trois parties : dans la première, l'auteur démontre la nécessité des exercices physiques; dans la seconde, il démontre l'utilité de la gymnastique, et enfin dans la troisième, il en expose la théorie et la pratique. Exercices sans instruments, courses gymnastiques, exercices de respiration, exercices des haltères, de la barre à sphères, des masses ou mils, des gros haltères; tout cela y est exposé méthodiquement avec nombreuses gravures explicatives. Suivez les conseils et les indications de M. Paz: vous y trouverez de l'attrait, mieux que cela, vous trouverez la santé et la vigueur physique qui vous sont plus que jamais nécessaires par ce temps de névrose et de surmenage.

L. GAYARD.

(1) In-8 de 335 p. avec 81 fig. — Prix : 12 francs. — Paris, F. Alcan; Genève, Kündig.

(2) In-8 de 281 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

(3) In-18, 256 p., avec 120 fig. et 4 pl. anat. — Prix : 2 francs. — Paris, J. Rousset.

Synthèse et constitution des albuminoïdes (1), par M. le professeur Emm. Pozzi-Escot.

L'étude des albuminoïdes, de leur constitution et de leur synthèse offre un intérêt considérable pour la science. Connaître dans leur nature intime ces complexes azotés qui jouent un si grand rôle dans le mécanisme de la vie; tel semble être actuellement le but des chimistes et des physiologistes. Car, malgré les efforts tentés par les savants depuis plus d'un siècle, l'étude de cette question commence à peine à s'éclairer d'une faible lueur qui, demain sans doute, sera le jour définitif.

L'auteur a donc pensé avec raison qu'il pourrait être utile pour ceux qui ne peuvent suivre au jour le jour les travaux de chimie physiologique épars dans les périodiques, de résumer dans leurs grandes lignes les progrès récents faits dans cette voie.

Cet ouvrage, comme ses devanciers, est donc essentiellement une œuvre de vulgarisation. L'auteur y expose la nature et la réaction des substances albuminoïdes, les méthodes suivies dans l'étude de leur synthèse, les produits de la dégradation analytique de la molécule albuminoïde, les amino-acides et leur synthèse, il termine par un essai de synthèse des albumines et par l'étude de leur constitution.

Ces questions si obscures et si compliquées sont exposées sous la forme la plus simple et la plus accessible à tous, d'après l'état actuel de la science et avec tous les développement qu'elles comportent.

L. GAYARD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel pratique du strabisme, par le docteur René Onfray, assistant d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris. Préface du docteur Rochon-Duvigneaud. In-8 carré de 296 pages avec 73 figures. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Steinheil.

Thérapeutique vénérienne, par le docteur Deguy, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de laboratoire. In-8 carré de 280 pages avec 24 figures. — Prix : cartonné, 5 francs. — Paris, G. Steinheil.

Bradycardies et faisceau de His, par Antoine Dumas, ancien interne des hôpitaux de Lyon. — Paris, A. Maloine.

L'Admission des malades aisés dans les hôpitaux (ses abus, remèdes), par le docteur Léon Archambault, membre du Syndicat médical de Paris. — Paris, A. Maloine.

(1) In-8 de 110 pages (collection des Actualités chimiques et biologiques, n° 10). — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Jules Rousset.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES COMPLICATIONS LARYNGÉES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE (2)

Par Marc LECONTE,
Interne des hôpitaux de Paris.

« Tout l'organisme, dans chacune de ses parties, est quelque peu tributaire des atteintes de la fièvre typhoïde; toutefois certains organes sont plus particulièrement et plus manifestement frappés que les autres : c'est l'iléon, c'est la rate, et nous serions tentés d'ajouter, c'est aussi le larynx. Mais tandis que les follicules de l'intestin et de la rate sont affectés au commencement ou dans le décours de la fièvre typhoïde, le larynx restant ordinairement intact, — cet organe peut, à son tour, être frappé, mais plus tard, et beaucoup moins souvent, pendant la convalescence de la maladie » (Sestier).

Et certes, si la fièvre typhoïde en compte de plus fréquentes, elle n'a guère de complications plus graves que ces accidents laryngés, d'autant plus graves qu'il est parfois difficile de les dépister, et trop souvent de les combattre d'une manière efficace, une intervention énergique ne suffisant pas à empêcher la mort du malade.

I

Historique. — Cependant, malgré leur gravité, ces complications laryngées n'ont été étudiées qu'à une date bien récente. Il faut, en effet, arriver à la fin du XVIIIe siècle pour trouver signalés dans Lepecq de la Cloture (1776) des « épiphénomènes laryngés » — suivant la propre expression de cet auteur — au cours de la fièvre typhoïde : « serrement spasmodique du gosier, étranglement, suffocation, aphonie ».

Mais c'est surtout au début du XIXe siècle que l'on trouve les premières observations un peu détaillées d'accidents laryngés typhiques [Petit et Serres (1813), Bayle, Bouillaud, Cruveilhier (1825)].

C'est à Louis (1840) que revient l'honneur d'avoir vraiment attiré l'attention sur ces accidents dont il indique les symptômes et les lésions anatomiques (l'ulcération de l'épiglotte en particulier).

Toutefois, les conclusions de Louis ne sont pas acceptées par tous les auteurs : et si Chomel (*Leçons sur la fièvre typhoïde*, 1834) écrit « que l'inflammation du larynx peut venir quelquefois compliquer de manière fâcheuse l'affection typhoïde, et aggraver singulièrement le pronostic », — si Trousseau et Belloc (1835) signalent la nécrose des cartilages du larynx au cours de la fièvre typhoïde, — si Taupin (1839), Forget (1841) rapportent des observations d'ulcérations laryngées et de croup dans la dothiénentérie, — les auteurs du *Compendium* (1846) restent sceptiques : « Les ulcérations du larynx sont excessivement rares, écrivent-ils; nous ne sommes pas bien convaincus qu'il existe quelque relation de cause à effet entre la fièvre typhoïde et les lésions laryngées. Les ulcérations de l'épiglotte et du larynx trouvées par Louis nous semblent être des complications purement accidentelles. »

En Allemagne, Rokitansky (*Anatomie pathologique*, Vienne 1842), Wunderlich (1846) étudient avec soin la nature de ces lésions ulcéro-nécrosantes, que Rokitansky décrit sous le nom global de « laryngotyphus », et qu'il considère comme le résultat d'une infiltration typhique au niveau du larynx, au même titre que celle qui se fait au niveau de l'intestin. Ce sera également l'opinion de Griesinger (1857).

Dittrich (1850), Charcot et Dechambre (1859) rapportent des cas où, à l'inverse du processus ordinaire, l'inflammation débute par le périchondre d'un des cartilages.

Sestier, dans son *Traité de l'angine laryngée œdémateuse* (1852), montre « que la fièvre typhoïde est une des causes les plus remarquables de l'angine infiltro-laryngée ».

Dès lors les observations se multiplient : de nombreux cas sont publiés dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Nous aurons, d'ailleurs, l'occasion de les signaler au cours de cette étude.

Plusieurs thèses sont consacrées à l'étude de ces complications : Maurin (1865), Obédénare (1869), Dutheil (1869), Chaumel (1877), Wisemans (1876), Blaising (Nancy 1880), Tuffon (Montpellier 1900), etc. Citons également l'article de Tissier [1887 (1)], de C. Jackson [1905 (2)], et enfin l'important mémoire de Boulay et Mendel sur les paralysies laryngées dans la fièvre typhoïde (1894).

II

Anatomie pathologique. — Rokitansky, Griesinger, rapprochaient déjà les lésions laryngées typhiques des lésions intestinales. Et, en effet, dans l'un et l'autre organe, c'est sur les follicules lymphatiques que le processus morbide porte ses coups (3).

On comprend ainsi facilement que le larynx puisse être souvent atteint au cours de la fièvre typhoïde, si l'on se rappelle le développement du tissu lymphatique au niveau de cet organe. On sait en effet que, sur toute l'étendue de la muqueuse laryngée, le tissu sous-épithélial présente normalement dans ses mailles une infiltration leucocytaire plus ou moins accusée suivant les régions [Luschka, Coyne (Thèse de Paris, 1874)]. Peu marquée au niveau des cordes vocales inférieures, cette infiltration est surtout accusée dans la région sus-cordale, notamment dans la muqueuse de la face postérieure de l'épiglotte, de la région aryténoïdienne, dans celle

(2) L'idée de cette Revue générale nous a été donnée par une conférence faite dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé P. E. Launois.

(1) Tissier. *Ann. des mal. des or. et du lar.*, août 1887.

(2) Jackson. *Arch. internat. d'oto-rhino-laryng.*, n° 5, sept.-oct. 1905. (Bibliographie américaine importante.)

(3) Siredey. *Anatomie pathologique des organes lymphatiques dans la fièvre typhoïde*. Thèse de Paris, 1883.

des replis ary-épiglottiques, enfin au niveau de la paroi des ventricules de Morgagni. Mais ce n'est pas tout, outre cette infiltration diffuse, on trouve en certains points de véritables follicules clos (Coyne), sorte de plaques de Peyer laryngées, en particulier à la face postérieure de l'épiglotte et dans la muqueuse ventriculaire. Le tissu adénoïde est même si développé dans les parois de l'appendice, ce diverticule ventriculaire qui monte s'enfoncer dans l'épaisseur des replis ary-épiglottiques, que Frænkel comparait ce récessus à une « amygdale laryngienne ».

Telle est la répartition du tissu lymphatique au niveau de la muqueuse laryngée, répartition qu'il était nécessaire de rappeler ici pour comprendre à la fois la fréquence des lésions laryngées au cours d'une infection qui frappe avec tant de prédilection les tissus adénoïdes, — et d'autre part la topographie même de ces lésions : nous verrons, en effet, qu'au maximum d'infiltration lymphatique correspond le maximum des lésions.

I. Evolution des lésions. — Suivant l'intensité du processus morbide, se produiront, comme au niveau de la muqueuse intestinale, des lésions de gravité croissante : « Il se passe du côté du larynx ce qui se passe vers l'intestin » (Rokitansky, Wissemans, Coyne).

1° A son degré le plus léger, on n'observera qu'une simple inflammation catarrhale superficielle de la muqueuse.

2° Un degré de plus, les follicules lymphatiques que nous avons signalés, s'infiltrent, d'où la formation de véritables nodules lymphatiques (laryngo-adénite de Rokitansky) dans les régions les plus riches en tissu adénoïde.

3° Puis si le processus poursuit sa marche, on voit les follicules infiltrés se mortifier, et finalement la muqueuse s'ulcérer à leur niveau. Les lésions peuvent en rester là, et le malade guérira de ses ulcérations laryngées aussi bien que de ses ulcérations intestinales, — ces ulcérations s'étant révélées cliniquement ou au contraire étant demeurées latentes et méconnues.

4° Mais si le travail ulcéreux persiste ou s'aggrave, le tissu sous-muqueux est atteint, et alors vont apparaître des accidents véritablement redoutables, accidents variables suivant l'allure du processus inflammatoire.

5° Si son évolution est rapide, si les lésions sont localisées ou prédominantes au niveau des replis ary-épiglottiques, c'est l'œdème aigu du larynx qui termine brusquement la scène. La mort survient avant que le larynx ait eu le temps de subir de grands dégâts.

6° Au contraire, si le processus est plus lent, l'inflammation va pouvoir gagner en profondeur et arriver ainsi aux cartilages, entraînant une périchondrite plus ou moins étendue ou plus ou moins rapide; puis le tissu cartilagineux sous-jacent, privé de ses vaisseaux nourriciers, se nécrosera secondairement plus ou moins vite.

7° La nécrose est donc l'aboutissant presque fatal de ces lésions : et alors, pour éliminer les séquestres cartilagineux ainsi formés, va se faire dans le tissu sous-muqueux un travail de suppuration donnant lieu à des abcès plus ou moins collectés qui peuvent s'ouvrir dans le larynx. Mais trop souvent cette suppuration entraîne un œdème de voisinage et cet œdème de la glotte tardif sera alors le terme ultime de ces lésions laryngées typhiques qui, lorsqu'elles arrivent à guérir, laissent, comme on le voit, un larynx profondément altéré.

On peut donc, en résumé, distinguer trois stades dans l'évolution du processus ulcéreux (Krishaber et Peter (1) :

a. Un stade ulcéreux simple;

b. Un stade ulcéro-œdémateux;

c. Un stade ulcéro-nécrosant.

Dans les cas habituels, l'évolution des lésions se fait de la superficie à la profondeur, de la muqueuse aux cartilages. Rappelons que, dans certains cas rares, elle peut se faire en sens inverse [Dittrich (2), Charcot et Dechambre (3)]. On a alors affaire à une *laryngite nécrosique d'emblée*, débutant par le cartilage ou le périchondre, et ce n'est que secondairement que la muqueuse est intéressée et ulcérée, cette ulcération étant due à l'ouverture des abcès consécutifs à la nécrose des cartilages.

II. Description des lésions. A. *Laryngite catarrhale ou érythémateuse.* — On peut dire que le larynx participe à l'état catarrhal général observé dans la fièvre typhoïde au niveau des diverses muqueuses, en particulier au niveau de celle de l'arbre respiratoire. Aussi cet état inflammatoire superficiel sera-t-il fréquent, même dans les cas normaux, — à plus forte raison, presque constant chez les sujets présentant des complications broncho-pulmonaires. C. Jackson l'a noté dans 227 cas sur 360, soit une proportion de 63 p. 100.

A son degré le plus léger, il n'existe qu'une simple injection vasculaire de la muqueuse laryngée.

Dans d'autres cas, l'état catarrhal est un peu plus accusé : la muqueuse, légèrement boursouflée, offre une teinte rouge uniforme plus accentuée au niveau de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques, des cordes vocales supérieures et inférieures. Histologiquement (4) on constate que les couches épithéliales sont épaisses et desquamées. La couche conjonctivo-élastique sous-basale est infiltrée de nombreux leucocytes, et renferme des capillaires dilatés, qui peuvent se rompre dans une quinte de toux, et donner lieu à des ecchymoses.

B. *Infiltration des follicules lymphatiques.* — L'infiltration lymphatique allant toujours en augmentant, de véritables nodules arrivent à se former, — surtout dans les points déjà signalés, — sur la coupe desquels on verra des cellules lymphatiques (surtout des polynucléaires) qui se multiplient rapidement, bourrant les mailles du tissu réticulé qui en constitue

(1) *Dictionnaire Dechambre.* Art. Larynx.

(2) Dittrich. *Prager Vierteljahr*, 1850, vol. III.

(3) Charcot et Dechambre. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1859, nos 30 et 32.

(4) Legry, in *Traité d'Histol. pathol.* de Cornil et Ranvier.

le substratum. Le tissu conjonctif voisin montre des lésions inflammatoires banales. Cette « laryngite folliculaire », comme l'appelle Tissier, n'a d'ailleurs guère qu'un intérêt anatomique, car elle n'entraîne aucun trouble.

C. *Laryngite ulcéreuse.* — Avec les ulcérations laryngées commencent, au contraire, les complications véritablement cliniques de la fièvre typhoïde : l'ulcération représente, en effet, la première étape de cet ensemble de lésions de gravité croissante que les Allemands (Rokitansky entre autres) ont décrit sous le nom de laryngo-typhus, — laryngite nécrosique de Sestier, — laryngite ulcéro-nécrosante de la plupart des auteurs.

Toutefois, il faut avec Griesinger (1) distinguer nettement, au point de vue de leurs conséquences précisément, deux formes tout à fait différentes d'ulcères laryngés :

1° L'ulcération épiglottique, en général superficielle et sans grande gravité ;

2° L'ulcère laryngé proprement dit, au contraire, avec ses redoutables conséquences.

Fréquence. — La fréquence de ces diverses lésions est bien variable suivant les auteurs, et l'écart est grand entre Landgraf (2), d'une part, qui déclare, après examen de 166 larynx de typhiques, que, « même dans les cas mortels, les lésions laryngées sont des plus rares »; — et d'autre part, Brouardel et Thoinot (3), qui écrivent que la dothiénentérie « détermine avec la plus grande fréquence des lésions laryngées », — ou C. Jackson pour lequel « les lésions graves et fatales du larynx dans la fièvre typhoïde sont plus fréquentes qu'on ne le croit ».

Il semble bien que Landgraf en exagère singulièrement la rareté; les chiffres fournis par certains auteurs semblent même encore au-dessous de la vérité : tels sont Rühle, Hoffmann et Heinze pour lesquels ces complications laryngées s'observeraient dans 10 à 11 p. 100 des cas de fièvre typhoïde (Rühle : 17 fois sur 180; Hoffmann : 28 cas sur 250; Heinze : 13 sur 113).

La plupart des auteurs indiquent une proportion beaucoup plus grande, variant de 1/4 à 1/5 des cas. Telle est l'opinion de Zülzer (20 p. 100), de Louis (7 fois sur 35), de Griesinger (31 fois sur 118, soit 25 p. 100 environ), de Kanthack et Drysdale (4), (même proportion, 14 fois sur 53), de C. Jackson (68 fois sur 360, soit 19 p. 100).

Encore doit-on se rappeler qu'on ne signale, en général, que les cas graves, et que, faute d'un examen laryngoscopique systématique, bien des cas restent méconnus, puisque latents.

(1) Griesinger. *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 1841 ; *Maladies infectieuses*, 1877.

(2) Landgraf. *Berl. klin. Woch.*, 13 juin 1887, p. 439; 8 av. 1889, p. 315.

(3) In *Traité de méd.* de Brouardel et Gilbert. (Art. Fièvre typhoïde.)

(4) Kanthack et Drysdale. *St. Barth. hosp., Rep.*, 1895; Soc. de laryng., Londres 9 oct. et 13 nov. 1895; *Journ. of laryngol. a. otol.*, avril 1896.

1° *Ulcération épiglottique.* — « L'épiglotte d'un typhique est aussi digne d'attention que la plupart des organes, et même, sous quelque rapport, en mérite peut-être davantage... L'ulcération ou la destruction partielle de l'épiglotte est, en effet, un des caractères anatomiques secondaires de la fièvre typhoïde; elle est presque exclusivement propre aux sujets qui meurent de cette affection; aussi si l'on venait à l'observer chez un sujet mort d'une maladie aiguë, elle annoncerait d'une manière presque certaine, sans aller plus loin, que l'affection est une fièvre typhoïde. » Ainsi s'exprime Louis (*Recherches sur la fièvre typhoïde*, 1841), qui, le premier, insista sur l'importance et le caractère quasi-spécifique de cet ulcère épiglottique typhique.

Récemment, C. Jackson, ayant, dans 68 cas de lésions laryngées typhiques, noté la localisation des ulcérations, est arrivé au résultat suivant qui met bien en lumière la remarquable fréquence de cette ulcération épiglottique :

42 fois les lésions siégeaient sur l'épiglotte,
22 fois sur les replis ary-épiglottiques,
18 fois sur l'espace inter-aryténoïdien,
10 fois sur les aryténoïdes,
7 fois sur les bandes ventriculaires,
5 fois sur le ventricule de Morgagni,
4 fois sur la commissure antérieure,
4 fois sur la trachée,
2 fois dans la région sous-glottique,
2 fois sur la bifurcation de la trachée,
2 fois sur les bronches.

On remarquera, en outre, que les ulcérations deviennent de plus en plus rares à mesure qu'elles siègent plus bas.

Quand l'épiglotte est atteinte, cet opercule se présente plus ou moins épaissi et rouge, offrant une ou plusieurs ulcérations ovalaires, de quatre à sept millimètres de diamètre, ou allongées en crevasses, superficielles, à bords nets, taillés à pic, à fond inégal, montrant le fibro-cartilage à nu. Ces ulcérations, rares sur les faces, siègent le plus souvent au sommet ou sur les bords de l'épiglotte qui peut même arriver à être partiellement détruite. Ces destructions partielles peuvent s'observer chez des sujets qui guérissent de leur fièvre typhoïde, d'où cette forme carrée et non arrondie de l'extrémité de l'épiglotte, que l'on rencontre chez certains sujets morts d'une autre affection, forme particulière qui pourra parfois permettre le diagnostic rétrospectif de fièvre typhoïde, la destruction de l'épiglotte étant d'une extrême rareté dans les autres maladies aiguës (Louis).

Plusieurs observations signalent la coïncidence de ces ulcérations épiglottiques avec d'autres ulcérations, notamment du pharynx, des piliers du voile du palais, de l'œsophage, et même de l'estomac (Louis, observation XXIV). Les lésions de l'épiglotte sont, en général, les premières en date, elles apparaissent le plus souvent au cours ou à la fin de la seconde semaine, ou pendant la troisième.

2° *Ulcérations laryngées proprement dites.* — Au contraire, l'ulcère laryngé proprement dit est, en

général, un accident plus tardif, et s'il lui arrive de se produire à la période d'état [deuxième ou troisième semaine, « rarement avant le dix-septième jour », Murchison (1)], c'est plus souvent une complication de la convalescence (7 fois sur 9, Maurin; 12 fois sur 14, Sestier), surtout — ce qui est le cas ordinaire — dans sa forme grave ulcéro-nécrosante.

Ces ulcérations siègent au niveau des amas lymphoïdes, sur la paroi postérieure du larynx, au voisinage des aryténoïdes, en particulier à la partie postérieure des cordes vocales (qu'elles peuvent détruire en partie), près de leur insertion sur ces cartilages, au niveau des replis ary-épiglottiques, de la paroi des ventricules, surtout vers leur extrémité postérieure.

Au début, on ne constate qu'un léger œdème de la muqueuse, d'abord pâle, puis qui devient plus rouge au bout de quelques heures. Puis les couches superficielles de la muqueuse altérée se mortifient et se changent en un détritus amorphe, d'aspect pseudo-membraneux. Il se forme ainsi une sorte de mince escarre grisâtre, « comme si la muqueuse avait été badigeonnée légèrement au nitrate d'argent ». En vingt-quatre heures, cette escarre se flétrit, et le jour suivant, elle s'élimine, laissant une perte de substance superficielle, simple érosion à bords mal délimités, à fond gris sale.

Ces érosions, en général multiples et peu étendues tout d'abord, ne tardent pas à gagner en profondeur et en surface, et arrivent ainsi à former de véritables ulcérations irrégulières, de quelques millimètres de diamètre, plus ou moins profondes, arrondies ou plus souvent linéaires, à bords déchiquetés, mous, livides ou au contraire épais, infiltrés, indurés même et taillés à pic, à fond grisâtre recouvert d'un exsudat sanieux, à base indurée. Plusieurs de ces petites ulcérations primitives peuvent, en s'étendant, arriver à se fusionner, formant ainsi de véritables cratères, à bords anfractueux, de l'étendue d'une lentille ou même d'une pièce de cinquante centimes.

Sur une coupe passant au niveau d'une de ces ulcérations, on constate qu'à son voisinage le revêtement épithélial de la muqueuse est en grande partie desquamé. Le tissu sous-muqueux est le siège d'une infiltration leucocytaire diffuse où prédominent les polynucléaires. Les glandes ont leur conduit dilaté et rempli de débris cellulaires. Sur les bords et le fond de l'ulcération, l'épithélium a complètement disparu, les tissus détruits sont remplacés par une couche granuleuse faite d'un amas de leucocytes et de débris cellulaires, couche dans laquelle on a pu déceler des microbes [cocci, bâtonnets, et même bacilles d'Eberth, Lucatello (2)]. Au-dessous s'étend une couche de tissu embryonnaire renfermant des vaisseaux de néoformation. Enfin profondément se retrouve le tissu musculaire nettement altéré, remplacé en certains endroits par du tissu conjonctif.

3° *Lésions des cartilages* (périchondrite, chondrite, nécrose). — Dans certains cas rares, la laryngite peut être simplement ulcéreuse. Tels sont les cas rapportés par Mlle Francillon (1) et par Guinon et Froin (2). Mais en général (3) le processus inflammatoire s'étendra aux cartilages : à l'ulcération s'ajoutent la suppuration et la nécrose.

Dans ces cas, l'ulcération s'étend et se creuse, l'inflammation gagne en profondeur et atteint les cartilages voisins ou sous-jacents, déterminant ainsi une périchondrite presque toujours suppurative; puis peu à peu, le pus décolle le périchondre du cartilage qui, se trouvant ainsi isolé de sa membrane nutritive, ne tarde pas à se mortifier.

Alors, tandis qu'au début l'ulcération laryngée conduisait sur un cartilage simplement dénudé, dépoli, légèrement ramolli [périchondrite et chondrite sans nécrose, Lacaussade (4)], bientôt il se forme un petit abcès sous-muqueux plus ou moins volumineux (noisette, haricot), et le stylet vient alors heurter des fragments de cartilage nécrosé gris verdâtre, friables ou rugueux, véritables séquestres perdus au milieu de tissus lardacés, infiltrés et de plus en plus décollés par le pus. Tantôt le cartilage atteint est simplement aminci ou fragmenté, mais garde sa forme générale : tel est le cas, par exemple, quand, le pus ayant gagné tout autour du cricoïde, en le dépouillant de son périchondre, ce cartilage ne forme plus qu'un anneau ramolli, aminci, irrégulier, ou comme dans nombre de cas dans lesquels on le trouva sectionné verticalement sur la ligne médiane. D'autres fois, le cartilage est partiellement détruit : par exemple, une moitié du cricoïde ou l'apophyse antérieure des aryténoïdes. Dans certains cas enfin, le cartilage est totalement détruit : cela s'observe surtout pour les aryténoïdes, dont il peut ne rien subsister, ou qu'un simple petit débris flottant librement au milieu du pus et que la moindre pression fait sortir par l'ulcération laryngée, comme chez le malade de Souques, chez lequel on trouva, pour toute lésion, les deux aryténoïdes transformés en deux petits séquestres de ce genre.

Parfois aussi le cartilage mortifié s'ossifie plus ou moins complètement, et l'on peut ainsi voir le cricoïde ossifié dans sa totalité, ou sur l'une de ses moitiés, alors que l'autre, nécrosée, a disparu [Barthez (5)]. Colin (6) rapporte un cas de ce genre où les facettes du cricoïde correspondant aux aryténoïdes détruits étaient transformées en deux véritables apophyses osseuses recourbées d'un centimètre de long.

Les cartilages le plus souvent atteints sont le cricoïde et les aryténoïdes (ceux-ci parfois symétriquement); plus rarement le thyroïde; exceptionnellement les premiers anneaux de la trachée ou le fibrocartilage épiglottique. Ainsi Rokitansky, sur 59 cas de périchondrite suppurée avec nécrose des carti-

(1) Murchison. *La fièvre typhoïde*. 1878.
(2) Lucatello. *Gaz. d. Ospit.*, 4 nov. 1893, et *Berl. klin. Wochens.*, 16 avril 1894.

(1) Mlle Francillon. *Soc. anat.*, 27 fév. 1903.
(2) Guinon et Froin. *Soc. de pédiat.*, avril 1900.
(3) Sur 28 cas, Hoffmann signale 22 fois des altérations des cartilages.
(4) Lacaussade. *Gaz. des hôpit.*, 1866, p. 457.
(5) Barthez. In Th. Dutheil. Cf. *Union méd.*, 14 juillet 1860.
(6) Colin. In Th. Chaumel. Cf. *Union méd.*, 1863.

lages, a trouvé le cricoïde atteint 44 fois, les aryténoïdes 26 fois, le thyroïde 10 fois. Même proportion dans la thèse de Dutheil : cricoïde 16 fois, aryténoïdes 11 fois, thyroïde 3, épiglotte 2. D'après Barthez, la moitié gauche du cricoïde serait atteinte plus souvent que la droite (6 fois sur 9).

Quel que soit le cartilage atteint, les séquestres ainsi formés vont tendre à s'éliminer avec le pus qui les baigne. Celui-ci fuse, en effet, peu à peu dans le tissu sous-muqueux, achevant de délabrer les articulations intercartilagineuses (crico-thyroïdiennes ou crico-aryténoïdiennes surtout), jusqu'à ce que ces fusées purulentes soient arrivées à proéminer du côté de la muqueuse laryngée ou du pharynx ou des téguments, suivant leur direction ou leur lieu d'origine, les abcès du thyroïde, par exemple, tendant plutôt vers les téguments. Ces petits foyers pourront quelquefois rester assez longtemps sous-muqueux, refoulant la muqueuse laryngée ou pharyngée et rétrécissant ainsi plus ou moins la cavité voisine [Frey (1), Schiele (2), Gellé (3), Spillmann (4), etc.]. En général, l'abcès finit par s'ouvrir, donnant issue au pus et aux fragments cartilagineux qui pourront ainsi tomber dans le pharynx [Beck (5)] ou dans le larynx, et alors soit être immédiatement expulsés dans une quinte de toux (Hérard), soit au contraire, tomber dans les voies aériennes inférieures et donner lieu à des accidents secondaires graves (abcès, gangrène du poumon). Si l'issue se fait du côté de la peau, on voit un œdème inflammatoire précéder l'ouverture, puis celle-ci a lieu, pouvant, dans certains cas rares, s'accompagner d'un emphysème sous-cutané plus ou moins étendu, comme dans les observations de Wilkes (6) et de Libermann (7), où le thyroïde était perforé.

Mais le plus souvent, le malade n'arrive pas jusqu'à ces complications lointaines, car il est emporté auparavant dans un accès d'œdème glottique.

Telle est l'évolution de la périchondrite secondaire à l'ulcère laryngé. Mais n'oublions pas que quelquefois la périchondrite peut se développer d'emblée, en dehors de toute ulcération (laryngonécrose d'emblée). L'évolution est d'ailleurs la même : le pus s'accumule entre le périchondre et le cartilage, puis déchire le périchondre pour fuser dans le tissu sous-muqueux et y rester quelque temps collecté ou s'ouvrir comme nous l'avons vu, à moins que l'œdème laryngé de voisinage ne soit venu terminer brusquement la scène dans un accès d'étouffement.

Ajoutons que dans cette forme l'évolution est si rapide que les cartilages mortifiés n'ont pas le temps de s'ossifier.

4° *Œdème de la glotte.* — Ainsi, à part les cas tout à fait exceptionnels de guérison par ouverture spontanée des abcès (Foot), le laryngo-typhus, abandonné à lui-même, aboutit presque toujours à l'œdème de la glotte. On comprend en effet que des lésions aussi profondes déterminent dans un organe aussi sensible, pourvu d'une sous-muqueuse aussi lâche, un œdème de voisinage intense. Aussi sera-t-il bien rare de ne pas constater une infiltration œdémateuse plus ou moins accusée des replis ary-épiglottiques surtout, qui peuvent acquérir un volume considérable et former deux bourrelets énormes réduisant au minimum l'orifice supérieur du larynx, ou des cordes vocales, des bandes ventriculaires, des bords de l'épiglotte ou de l'épiglotte tout entière qui peut, comme dans une observation de Féréol, prendre l'aspect d'une cerise.

Suivant les cas, l'infiltration sera purement séreuse : ce sera la véritable laryngite œdémateuse des auteurs, l'angine laryngée œdémateuse ou infiltro-laryngée de Sestier; ou séro-purulente; ou même purulente (véritable laryngite phlegmoneuse de Bouillaud). Enfin il faut bien savoir que l'œdème de la glotte peut venir compliquer la laryngite purement ulcéreuse [Emmet (1)] et même la simple laryngite érythémateuse (Chaumel). On voit donc que le typhique, dont le larynx est atteint, est dès le début sous la menace de cet accident redoutable.

5° *Forme gangréneuse.* — Dans des cas exceptionnels, la forme ulcéro-nécrosante s'est compliquée d'une véritable gangrène : la muqueuse laryngée était alors plus ou moins complètement sphacélée, présentant des placards noirs, d'odeur infecte, véritables escarres; les tissus voisins, sous-muqueux, muscles, étaient également gangrenés, formant dans la cavité laryngée un putrilage noirâtre s'enlevant comme une pulpe [Caisso (2), Sédillot (3)]. Les cartilages étaient détruits; les régions voisines présentaient même parfois des ulcérations sphacéliques : pharynx, luette, voile du palais, amygdales (Caisso, Louis, Chippendale). Des foyers purulents ou gangréneux s'observaient plusieurs fois dans les poumons [Barthez, Brühl (4), Greffier (5), Halbron (6)]. Les ganglions trachéo-bronchiques étaient eux-mêmes envahis dans l'observation de Genouville (7).

III

Etiologie. — A. Causes déterminantes. — La nature des lésions laryngées dans la fièvre typhoïde a donné lieu à diverses opinions qui n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique : desquamation générale et décomposition de la muqueuse (Wunderlich); stagnation de mucosités amenant les altérations de la muqueuse (Haller et Koch, Gietl). Pour Virchow et Maudl enfin, ces lésions résulteraient

(1) Frey. In Th. Dutheil.
(2) Schiele. In Th. Maurin. Cf. *Milit. med. Bericht. med. Zeit.*, 28 juillet 1858.
(3) Gellé. *Soc. anat.*, 1859.
(4) Spillmann. *Revue méd. de l'Est*, 15 mai 1880, obs. I.
(5) Beck. In art. de Tissier, 1887.
(6) Wilkes. In Th. Maurin. Cf. *Lancet*, 1857, II, 649; *Med. Times a. Gaz.*, 1858.
(7) Libermann. In Th. Chaumel. Cf. *Union méd.*, 1877.

(1) Emmet. In Th. Dutheil.
(2) Caisso. In Th. Maurin (obs. XXXI.). Cf. Caisso. Th. de Montpellier, 1864.
(3) Sédillot. In Th. Chaumel et Th. Dutheil. Cf. *Gaz. méd.*, 1837, p. 354.
(4) Brühl. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, juillet 1888.
(5) Greffier. *Soc. anat.*, mai 1882.
(6) Halbron. *Soc. anat.*, oct. 1903.
(7) Genouville. *Soc. anat.*, avril 1857.

« de la métamorphose régressive de lymphomes des glandes muqueuses » (fonte caséeuse aboutissant à l'ulcération).

Il semble bien que la cause en soit plus simple et que l'on doive avec Louis, Rokitansky et la plupart des auteurs, les considérer comme le résultat d'une infiltration typhique laryngée au même titre que les lésions intestinales; ce serait une localisation surajoutée, si bien que, suivant le mot de Rokitansky, « le typhus du larynx apparaîtrait en quelque sorte comme la terminaison du typhus abdominal ». De même qu'au niveau des plaques de Peyer, on retrouverait là cette tendance ulcéreuse propre à la fièvre typhoïde, cette diathèse ulcéreuse dont parlait Trousseau, et qui faisait dire à Louis que « sous ce rapport, la fièvre typhoïde était aux autres maladies aiguës ce que la tuberculose est aux maladies chroniques ». « Les abcès et la nécrose du larynx ne sont que des expressions locales de la diathèse purulente, gangréneuse et nécrosique qui caractérise la fièvre typhoïde, à en juger par les abcès qui se développent si souvent sur diverses parties du corps, et surtout les ulcérations gangréneuses de l'intestin et les escarres des régions sacrée et trochantérienne » (Sestier). On peut également rapprocher de cette laryngite nécrosique la perforation de la cloison du nez (rhino-nécrose) au cours de la fièvre typhoïde, fait exceptionnel signalé par H. Roger (1), Pfeiffer, Le Cœur et Putégnat (2).

De multiples constatations bactériologiques ont mis hors de doute le rôle du bacille d'Eberth. Telles sont les observations de Tuffon; de Weill-Hallé et H. Lemaire (3); de Schutz (4), qui a pu isoler et cultiver le bacille recueilli dans le larynx et l'identifier par la séro-réaction de Widal; de Blumenau qui avait également ensemencé le produit de raclage des ulcérations laryngées et obtenu ainsi du bacille d'Eberth pur; de Lucatello qui l'a retrouvé dans les coupes, etc.

Toutefois le bacille d'Eberth ne suffit pas, à lui seul, pour déterminer les altérations profondes que nous venons d'étudier. Il infiltre, puis il ulcère, ouvrant ainsi une porte d'entrée aux infections secondaires : sur l'infection éberthienne primitive vient se greffer une infection pyogénique banale qui va achever les dégâts commencés par le bacille d'Eberth. Et en effet, dans bien des cas, l'on a pu déceler au niveau des ulcérations ou dans les mucosités laryngées, des microbes pyogènes vulgaires : streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, tétragènes, cocci et bâtonnets divers.

Cette invasion locale provient en général de la cavité buccale. Dans deux cas cités par Jackson, il existait une otite moyenne suppurée dont le pus s'écoulait par la trompe d'Eustache dans le pharynx et le larynx. L'incision du tympan avec drainage par le conduit auditif externe guérit les ulcérations de l'épiglotte et du cricoïde.

(1) H. Roger. *Soc. méd.*, déc. 1869, nov. 1862.
(2) Le Cœur et Putégnat. *Soc. méd.*, 1860.
(3) Weill-Hallé et H. Lemaire. *Soc. de pédiat.*, 1906, p. 71.
(4) Cité par les précédents.

Quant au bacille d'Eberth, il est amené au larynx par le torrent sanguin, soit qu'il y circule librement soit qu'il y arrive par l'intermédiaire d'une embolie infectée.

Ajoutons enfin que dans certains cas de lésions laryngées survenues tardivement, quelques auteurs rattachent l'origine de ces altérations, soit à des érosions purement traumatiques, soit à une thrombose par un caillot aseptique des vaisseaux laryngés (endartérite). Cette thrombose, atteignant une muqueuse déjà altérée par la toxémie typhique, en déterminerait la gangrène : puis les infections secondaires entreraient en scène.

Pour Jackson, cette thrombose des vaisseaux laryngés serait l'origine la plus fréquente.

B. Causes prédisposantes. — 1° *Age*. — La grande majorité des cas observés (71 p. 100) se rapporte à des sujets de dix-huit à trente ans, et correspond par conséquent à la période de fréquence maxima de la fièvre typhoïde elle-même.

Ces complications sont assez rares chez l'enfant, surtout au-dessous de quatre à cinq ans. Sur 611 fièvres typhoïdes, Ollivier en a observé 45 cas (3 seulement avant deux ans) ; sur 300 cas, Hanshalter en relève 10 observations avant quatre ans, 1 avant deux ans. Citons encore les observations de : Taupin (1), Gellé et H. Roger (neuf ans), Rilliet et Barthez (huit ans et demi), Wilkes (douze ans), Lambert (2) [quatre ans et demi], Chippendale (3) [huit ans], Homolle (4), Ziemssen (quatre ans), Guinon et Froin (dix ans), Weill-Hallé et H. Lemaire (quatre ans et demi), Spillmann (quatre ans), Haushalter (dix-huit mois).

2° *Sexe*. — La majorité des observations (4/5) se rapporte à des hommes.

3° *Terrain*. — Comme toujours, le terrain a une grande importance.

Aussi verra-t-on plus ces complications à l'hôpital que dans la clientèle de ville, chez des individus pauvres, misérables, réduits à une hygiène des plus défectueuses. De même, les sujets atteints seront le plus souvent des surmenés ou des débilités : signalons ici l'observation citée par Maurin qui concerne une jeune nourrice, et les deux cas recueillis par Blumenau (5) et par Mlle Francillon (6), qui se rapportent à des femmes enceintes.

Des affections antérieures locales ou générales ayant pu amener une irritation de la muqueuse laryngée sont également signalées dans plusieurs observations. Nombre de ces malades étaient atteints de laryngite chronique ; un malade de Féréol « était sujet aux extinctions de voix et sa voix était toujours rauque et enrouée » ; d'autres étaient, de par leur profession (marchand des quatre saisons), obligés à

(1) Taupin. *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, nov.-déc. 1839, janv. 1840.
(2) Lambert. *Soc. anat.*, 1853-1858 ; — Th. de Paris, 1854.
(3) Chippendale. *Union méd.*, 1859, t. I, p. 367.
(4) Homolle. *Dict. Jaccoud*, art. larynx.
(5) Blumenau. *Wratch*, 1899, n° 21 (*Gaz. des hôpit.*, 1899, n° 103).
(6) Mlle Francillon. Loc. cit.

des efforts de voix continuels; le petit malade de Weill-Hallé et H. Lemaire avait eu le croup et venait d'avoir la rougeole quinze jours avant. La syphilis, l'alcoolisme sont notés dans quelques cas (Lovy, Pater).

Enfin, un élément constamment relevé dans les observations, est l'infection buccale dont nous avons vu l'importance à propos des infections secondaires.

4° *Intensité de l'infection générale, de la toxémie.* — Mais plus encore que tout, c'est l'infection typhique qui représente le facteur primordial. Plus cette infection sera grave, plus la toxémie sera profonde, et moins les tissus seront résistants, moins activement se fera la phagocytose. D'où la vulnérabilité plus grande de la muqueuse respiratoire, plus que toute autre exposée aux microbes pyogènes, ses parasites normaux, dont la virulence s'exaltera ainsi rapidement. L'infection va ainsi s'aggraver et se généraliser plus rapidement encore, donnant libre cours à cette « tendance naturelle ulcéro-nécrosante » dont parlait Sestier.

Ainsi s'explique que ces complications laryngées s'observent surtout dans les *formes graves* de la fièvre typhoïde : formes ataxo-adynamiques avec prostration, soubresauts des tendons, carphologie, délire, fièvre élevée; formes prolongées (trente, quarante jours et plus); formes thoraciques avec signes pulmonaires marqués et étendus; ou enfin, formes compliquées ayant présenté dans le cours de leur évolution d'autres accidents dont certains témoignent de l'intensité du processus ulcéreux : otite moyenne aiguë suppurée (11 fois sur 68 cas, Jackson), plus souvent à gauche, signalée également dans l'observation de Galliard (1), où elle fut bilatérale, dans celles de Louis (2), de Liouville (3), de Germain (4), de Chaumel, de Koch (5), de Lemaître et Leconte (6); hémorragies intestinales [observations de Schiele (7), Ory (8), Souques (9), Spillmann (10)]; érythème purpurique intense et pleurésie purulente dans le cas de Glatard (11); escarre sacrée [Féréol (12), Galliard, Cornil (13), Liouville, Tuffon, Haushalter (14)], dont on peut rapprocher l'ulcération de la commissure labiale du malade de Liouville; phlegmon diffus gazeux et gangréneux du bras, consécutif à une injection de caféine, dans l'observation de Pater, dont on peut rapprocher également le malade de Féréol qui présentait des plaques de gangrène au niveau de vésicatoires qu'on lui avait placés aux mollets; phlegmatia (6 fois sur 68 cas, Jackson); enfin abcès divers, ou même parotidite suppurée, comme chez le petit malade de Spillmann (1).

(1) GALLIARD. *Soc. anat.*, oct. 1880.
(2) LOUIS. Obs. XXXIX *bis*.
(3) LIOUVILLE. In Th. MAURIN, obs. XIV.
(4) GERMAIN. *Gaz. hebd.*, 12 août 1859, n° 32.
(5) KOCH. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1878, n°s 2 et 3, p. 63, 162 et 265.
(6) LEMAITRE et LECONTE. *Soc. anat.*, déc. 1907.
(7) SCHIELE. In Th. MAURIN, obs. XXVII.
(8) ORY. *Soc. anat.*, janv. 1875.
(9) SOUQUES. *Soc. anat.*, déc. 1888.
(10) SPILLMANN. *Revue méd. de l'Est*, 15 mai 1880, obs. II.
(11) GLATARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 3 mai 1907.
(12) FÉRÉOL. *Soc. anat.*, avril 1858, obs. I.
(13) CORNIL. In Th. MAURIN, obs. III.
(14) HAUSHALTER. *Revue méd. de l'Est*, 1900.

5° *Epidémies.* — C'est encore par la gravité de l'infection primitive, dissimulée sous le nom de « génie épidémique », qu'il faut expliquer la fréquence des complications laryngées au cours de certaines épidémies; c'est ainsi que de nombreux cas furent signalés en 1870-1871 dans l'armée allemande (Brand); qu'elles furent des plus fréquentes en 1876 à Lyon (Mollière), alors qu'elles étaient des plus rares à Paris. Tous les auteurs signalent l'épidémie de Vienne de 1853, où Heschl (2), Hassinger observèrent des ulcérations laryngées dans presque tous les cas qui s'étaient déclarés dans les casernes aux environs de Vienne, alors qu'on n'en constatait aucun chez les malades de la ville.

6° *Saison.* — Notons que ces diverses épidémies eurent lieu en hiver, et que c'est aussi presque toujours durant cette période de l'année que se produisirent les cas rapportés par les auteurs.

7° Enfin, il est certaines *causes accessoires* dont l'influence semble plus secondaire encore.

Ainsi pour Dittrich, Gietl, Haller, Koch, les lésions laryngées seraient favorisées par le décubitus dorsal prolongé qui, en déterminant la pression du larynx contre le rachis, en amènerait mécaniquement l'ulcération; celle-ci serait ainsi analogue aux escarres du sacrum ou du talon, aux phénomènes pulmonaires hypostatiques. Il suffirait, pour les prévenir, de tenir le malade la tête haute. Le décubitus déterminerait en outre la stagnation, dans l'arrière-gorge, des mucosités que le malade n'a plus la force d'avaler ou de cracher, et celles-ci, outre qu'elles favoriseraient la pullulation des microbes parasites, provoqueraient, par leur décomposition, l'ulcération de la muqueuse.

Il n'est pas jusqu'à la diète dont Trousseau n'ait incriminé l'influence néfaste, basant son opinion sur les expériences de Chossat qui avait obtenu des ulcérations analogues chez des animaux soumis à un jeûne prolongé.

De l'effet de la balnéothérapie nous n'avons rien à dire; cependant, d'après certains auteurs anglais, la fréquence de ces accidents aurait beaucoup diminué depuis l'introduction de la méthode de Brand.

Signalons enfin, en terminant, l'influence fâcheuse habituelle de l'encombrement des salles de malades, et celle des courants d'air, dont Jackson rapporte un exemple typique : dans un lit placé près d'une porte qui donnait sur un corridor riche en courants d'air se succédèrent sept cas de laryngo-typhus successifs !

(*A suivre.*)

(1) SPILLMANN. Loc. cit., obs. III.
(2) HESCHL. *Zeits. der k. k. Gesells. der Ærtzte z. Wien.*, 1853, n° 5.

A PROPOS DU TÉTANOS

Par L. VAILLARD,

Médecin inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de médecine.

Il me paraît nécessaire de donner une conclusion à la discussion soulevée dans la *Gazette des hôpitaux* (1) par un travail de MM. Vennat et Micheleau, *sur deux cas de tétanos développés malgré l'emploi préventif du sérum.*

Cette discussion a déjà établi que, dans deux faits tout au moins, des accidents purement sériques en avaient imposé pour des accidents tétaniques; l'erreur a été maintes fois commise. Reste à examiner l'observation I qui, selon les auteurs, demeure un exemple authentique de tétanos survenu après l'injection du sérum. Si j'insiste une dernière fois sur ce sujet, c'est moins pour discuter encore le diagnostic porté que dans le but de déduire du fait en lui-même un enseignement pratique.

Il s'agit, je le rappelle, d'un médecin de l'île de Ré qui, se croyant contaminé par la salive d'un sujet tétanique, s'injecte préventivement du sérum et présente ensuite des accidents imputés au tétanos; un traitement conforme à ce diagnostic est institué et la mort s'ensuit. Le fait remonte au mois de février 1908, et l'enquête rétrospective obligeamment poursuivie par le docteur Lejonne n'a pu avoir toute la précision voulue; elle permettra cependant de compléter sur certains détails importants l'observation produite par MM. Vennat et Micheleau.

Je ne dirai rien de la contamination par la salive d'un sujet tétanique, sinon qu'elle était réellement impossible.

Le docteur H..., émotif et surmené, hanté par la crainte de l'infection, s'injecte le 4 février 10 centimètres cubes de sérum. Dans les huit à dix jours qui suivent apparaissent les premiers accidents sériques : malaise général, fièvre, éruption ortiée. Le 19 février, H... ressent un peu de trismus, de la raideur de la nuque, de la dyspnée et, selon MM. Vennat et Micheleau, « des contractures des membres supérieurs »; dès le moment il se considère comme atteint de tétanos et fatalement perdu. Traitement : chloral à hautes doses; injection sous-cutanée d'acide phénique; *20 centimètres cubes de sérum anti-tétanique.* Cette injection intervenant *quinze jours après la première* et au cours d'accidents sériques ne pouvait que les exagérer.

20 février. Persistance du trismus et de la raideur de la nuque; pas de dysphagie, ni les jours suivants. Une crise d'opisthotonos (?) d'une durée de vingt minutes se serait produite au cours de la journée. Chloral et acide phénique à hautes doses.

21. Légère amélioration.

22. *Troisième injection de sérum* : 20 centimètres cubes.

Il est spécifié par MM. Vennat et Micheleau que durant la période du 19 au 22 « les contractures cessent à certains moments ». Il résulte même d'un renseignement donné par la famille que le *malade a pu se lever pour écrire une lettre.* En serait-il donc ainsi dans le tétanos? Les contractures y sont au contraire permanentes; elles peuvent s'exagérer au moment des crises paroxystiques, mais non disparaître pour reprendre ensuite. Le seul fait de l'intermittence des contractures démontre que dans le cas particulier il ne s'agissait certainement pas de tétanos.

23. *Quatrième injection de sérum* : 10 centimètres cubes.

24. Aggravation. Reprise des accidents sériques, nouvelle éruption d'urticaire; augmentation de la dyspnée; rétention d'urine. *Cinquième injection de sérum.*

25. Exagération de la dyspnée. Reprise des contractures dans l'après-midi. Urines albumineuses. Mort dans la nuit.

Ne semble-t-il pas vraiment que, chez ce malade en état d'*anaphylaxie* évidente, chaque nouvelle injection de sérum ait été suivie d'une aggravation des symptômes observés.

Quelle a donc été la cause de la mort? S'il est difficile de le préciser, on peut du moins affirmer qu'elle n'est point due au tétanos, lequel n'a jamais existé. J'avais pensé de prime abord à la possibilité d'une méningite cérébro-spinale ; je n'y crois plus après de nouveaux renseignements. Faudrait-il, comme certains l'estiment, faire intervenir pour une part l'action du sérum ? La question mérite d'être examinée.

Par certaines réflexions de leur travail initial, MM. Vennat et Micheleau laissent entendre que le sérum antitétanique peut, en raison même de son mode de préparation, contenir de la toxine tétanique (*Gaz. des hôpit.* du 15 déc. 1908, p. 1722). Il est vrai que dans leur note du 2 mars 1909 pareille hypothèse est abandonnée pour le cas particulier. Mais l'impression produite par l'insinuation première pouvant persister chez quelques lecteurs, je crois devoir m'expliquer très nettement à ce sujet.

Tout d'abord, si le tétanos (en admettant qu'il eût existé) avait été produit par de la toxine contenue dans le sérum, ses symptômes n'auraient pas apparu quinze jours après l'injection, mais au plus tard dans les quatre jours qui l'ont suivie.

En second lieu, *il ne peut se trouver de toxine tétanique libre dans le sérum recueilli sur un cheval immunisé.* La saignée pour la récolte du sérum est pratiquée de dix à quinze jours après la dernière injection de toxine tétanique. Si la dose de toxine introduite par cette injection avait suffi à saturer l'antitoxine circulant dans les vaisseaux de l'animal, l'excédent de poison, demeuré libre, eut infailliblement provoqué le tétanos; le cheval s'éliminerait par cela même de la fourniture du sérum. L'immunisation des grands animaux est si méthodique en ses règles que jamais pareil accident ne se produit. Mais il s'observe parfois aux débuts de la vaccination des petits animaux de laboratoire (lapins, cobayes), et l'on voit alors des animaux dont le sang est déjà antitoxique prendre le tétanos et en mourir lorsque la dose de toxine injectée a dépassé la mesure. D'autre part le sérum est *chauffé* et *éprouvé*

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 144; 1909, n°s 2, 7, 19 et 25.

avant la livraison; si ce sérum contenait de la toxine libre, il tuerait l'animal sur lequel l'épreuve est pratiquée au lieu de le préserver. Bien plus, à un flacon de sérum antitétanique tel qu'il est délivré *on pourrait ajouter des milliers de doses mortelles de toxine tétanique et l'injecter ensuite sans risquer de produire le tétanos chez celui qui le recevrait.*

On doit donc tenir comme matériellement impossible que le sérum employé puisse provoquer le tétanos par une toxicité inhérente à la présence de la toxine, et il faut regretter que de pareilles légendes trouvent parfois à s'accréditer.

Mais ce qu'il est permis de dire c'est que le sérum a été administré peu judicieusement au médecin de l'île de Ré. Celui-ci, injecté pour la première fois le 4 février, présente après quatorze jours des accidents sériques intenses, fièvre, urticaire, arthropathies, myalgies; à ce moment il est sensibilisé à l'égard du sérum et toute nouvelle injection ne peut qu'aggraver les manifestations dont il souffre. Cependant, du 19 au 25 février, il reçoit au moins trois doses nouvelles. S'il est difficile de démêler la part qui revient au chloral et à l'acide phénique dans les symptômes observés, j'incline cependant à croire que les injections répétées de sérum chez un sujet en état d'*anaphylaxie* ont pu provoquer l'angoisse, les troubles respiratoires et la cyanose notés dans le cas dont il s'agit.

Les accidents sériques apparus le 19 février se seraient sans doute dissipés comme cela a lieu d'ordinaire, si notre malheureux confrère, confondant avec le tétanos la raideur des mâchoires et de la nuque causée par les arthralgies temporo-maxillaires et vertébrales, n'avait intempestivement induit son entourage médical à des injections supplémentaires de sérum. Il semble d'ailleurs que les membres de la famille du docteur H... présentent une sensibilité particulière vis-à-vis du sérum de cheval, car son frère, après deux injections pratiquées à six jours d'intervalle, a souffert lui aussi d'accidents sériques très intenses.

Puisque l'*anaphylaxie* est ici en cause, il sera bon de rappeler que l'on doit en tenir compte dans la pratique de la sérothérapie.

Une personne qui reçoit du sérum étranger quelconque pour la première fois n'en éprouve aucun effet fâcheux, même si la quantité introduite est considérable. Chez un certain nombre de sujets, du huitième au douzième jour, surviennent les accidents sériques bien connus : fièvre, urticaire, éruptions variées, parfois arthralgies. A partir du dixième jour environ, que les manifestations sériques se soient ou non produites, s'établit une modification de l'organisme qui peut persister *pendant des mois et même des années*. Elle se traduit par l'apparition *rapide* d'accidents sériques à la suite d'une nouvelle injection. La tuméfaction locale, les éruptions, la fièvre, etc., peuvent se manifester *aussitôt après* l'introduction du sérum. Dans l'immense majorité des cas les accidents se dissipent promptement; on a cependant cité des exemples, très rares il est vrai, où ils deviennent graves et auraient même pu entraîner la mort par des troubles de la respiration et de la circulation.

Faudrait-il en conclure qu'il est dangereux de recourir à *des injections répétées* de sérum au cours d'une maladie? Assurément non, la pratique courante dans le traitement des affections auxquelles la sérothérapie s'applique est là pour le démontrer. Une seconde injection de sérum ne cause d'accidents sériques que si elle est faite *de dix à douze jours après la première*. Avant ce délai, elle ne présente aucun inconvénient; elle a même pour effet de retarder la production de l'état anaphylactique, de sorte que l'on peut éviter indéfiniment ce dernier en pratiquant une série d'injections à de courts intervalles, deux, quatre, six, huit jours par exemple.

Mais lorsque la question se pose d'utiliser un sérum thérapeutique pour traiter ou prévenir une maladie, il faut toujours s'enquérir si le patient a déjà reçu du sérum antérieurement. S'il en est ainsi on ne lui en injectera que dans le cas de réelle nécessité. On pourra même, sans doute, éviter au sujet tout accident résultant de son état d'anaphylaxie en employant un des procédés qui ont si bien réussi à M. le docteur Besredka chez les animaux, c'est-à-dire, par exemple, l'injection d'une très faible dose de sérum (1 ou 2 centimètres cubes) pratiquée cinq ou six heures avant l'injection thérapeutique.

Du débat soulevé par le travail de MM. Vennat et Micheleau, je déduirai simplement la conclusion suivante : *il en est des sérums comme de tous les autres médicaments, il faut les connaître et savoir s'en servir.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 MAI 1909)

Chirurgie des artères. — M. MORESTIN rapporte l'histoire d'un homme de soixante-treize ans qui vit survenir brusquement, sans cause appréciable, une tuméfaction considérable de la cuisse gauche, avec douleur très vive. Il avait dans cette cuisse une grande quantité de sang épanché. Le malade était très pâle et très anémié. On percevait un souffle rude, râpeux, intermittent au niveau du canal de Hunter, souffle qui disparaissait sous l'influence de la compression de la fémorale à l'arcade crurale. Il n'y avait pas de refroidissement du pied; rien du côté du cœur. M. Morestin porta le diagnostic d'anévrisme diffus. Il crut devoir intervenir immédiatement par une longue incision le long du couturier; il trouva au-dessous du vaste interne une grande poche remplie de caillots; il put, au fond de cette poche, saisir la fémorale entre deux doigts; il vit alors qu'il n'y avait aucune poche anévrismale. Il s'agissait d'une déchirure de la paroi de l'artère au niveau de l'origine de la poplitée. La perforation était récente. L'artère s'était crevée brusquement au niveau d'une plaque d'athérome. M. Morestin fit la suture à l'aide d'une aiguille fine et de soie triple zéro. Il avait eu soin de placer un catgut sur l'artère, au-dessus. Il put se convaincre que la circulation était parfaitement rétablie après la suture. Il referma sous drainage en ayant eu soin de laisser dans la plaie le catgut d'attente placé sur l'artère. Le pied fut placé dans une position élevée.

Bien qu'il ne se produisît pas de nouvelle hémorragie et

que la circulation fût parfaitement rétablie dans le membre inférieur, ce malade succomba après trente-six heures dans une faiblesse extrême.

Paralysie radiculaire consécutive par cal de fracture de la clavicule. — M. Robert Picqué communique l'observation d'un homme tombé de 14 mètres et s'étant fait une fracture de la clavicule. Guérison après vingt jours. Trois semaines après il revient avec un bras impotent, une paralysie radiculaire au niveau de la formation du cal. Réfection du cal, relèvement des fragments de la clavicule. Suites opératoires simples. Après dix mois, récupération fonctionnelle complète.

M. Picqué fait suivre cette observation de réflexions générales sur l'origine de ces paralysies par compression du plexus ou élongation du nerf.

Une discussion s'élève sur ce sujet entre MM. Delbet, Lucas-Championnière, Morestin et Robert Picqué.

Traitement des tumeurs blanches par la méthode de Bier. — M. Chaput a soigné toute une série de malades atteints de tumeurs blanches, par la méthode de Bier pure, c'est-à-dire sans adjonction d'immobilisation ni d'injections.

Il a fait des séances d'hyperémie de douze heures par jour, et les membres ont été légèrement immobilisés soit dans une gouttière en fil de fer, soit dans une simple écharpe.

M. Chaput n'a pu retrouver tous ses malades et il ne citera pas les améliorations rapides qui ont été perdues de vue.

Quelques malades dans un état désespéré, chez lesquels il avait essayé la méthode de Bier sans aucun espoir, se sont terminés par l'amputation.

Parmi les observations les plus intéressantes qu'il a relevées, M. Chaput compte d'abord 5 cas graves présentés antérieurement à la Société de chirurgie et parfaitement guéris; ce sont : 3 cas de tumeurs blanches du poignet et 2 faits de synovite des gaines de la main.

Les observations suivantes sont inédites : ce sont cinq tuberculoses graves du poignet ou des gaines de la main, deux tumeurs blanches du coude et deux tumeurs blanches du pied.

La plupart de ces malades étaient atteints de formes graves de tumeurs blanches fistuleuses ou à marche rapide semblant devoir conduire rapidement à l'amputation.

Tous ces cas ont guéri très rapidement par la méthode de Bier employée seule, c'est-à-dire sans immobilisation et sans injections intra-articulaires.

La communication de M. Chaput a soulevé une discussion d'où il ressort que la méthode de Bier, essayée consciencieusement dans plusieurs services, n'a pas donné partout d'aussi bons résultats qu'à M. Chaput.

M. Delbet, dans le service duquel M. Dupont, après deux voyages chez l'auteur de la méthode, l'a rigoureusement appliquée, déclare qu'elle a donné des résultats nettement défavorables. Il apporte plusieurs faits à l'appui de son opinion. Si M. Chaput, dit-il, a obtenu d'aussi bons résultats, cela tient à ce que nous faisons tous trop légèrement le diagnostic d'arthrite tuberculeuse. Pour M. Delbet, ce sont pour la plupart des arthrites gonococciques, ce qui expliquerait la différence des résultats obtenus.

M. Arrou a essayé la méthode de Bier pendant quatre ans. Pour lui les résultats diffèrent suivant qu'il s'agit de tumeurs blanches fermées ou ouvertes. Il n'a jamais constaté de résultats favorables pour les arthrites tuberculeuses fermées. Il n'en dit pas autant des cas avec fistulisation. Dans ces cas, il a eu d'assez bons résultats. M. Arrou résume donc ainsi son opinion : Recourez à la méthode de Bier dans les cas de tuberculose ouverte; n'y recourez jamais dans les cas de tuberculose fermée.

M. Routier n'en est pas partisan dans ces cas, et il a vu se produire un phlegmon qui a nécessité l'amputation. Il a complètement renoncé à la méthode de Bier.

M. Tuffier après deux années d'expériences y a également renoncé.

M. Quénu n'a pas été très satisfait des résultats qu'il a obtenus.

La discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (15 avril 1909.) A. Deschamps : La question des doses dans les états neurasthéniques. — G. Bardet : Gaz rares des eaux minérales.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 avril 1909.) Kendirdjy : Indications générales et technique de l'anesthésie locale.

Lyon médical. — (N° 15, 11 avril 1909.) Cl. Regaud et G. Dubreuil : Relations fonctionnelles des corps jaunes avec l'utérus non gravide. — (N° 16, 18 avril.) L.-M. Bonnet et Courjon : Artérites syphilitiques. — Leclerc-Montmoyen : Coupure du nez par chute sur un bec d'arrosoir.

Marseille médical. — (N° 8, 15 avril 1909.) Dupeyrac : La radiothérapie dans les adénites. — Anastay : Un procédé rapide de prise de température.

Nord médical. — (N° 349, 15 avril 1909.) O. Pasteau : Les conditions d'intervention dans les tumeurs de la vessie. — Desbonnets et Vanverts : Luxation du radius en avant. Paralysie temporaire de la branche musculaire terminale du radial. Guérison par le traitement électrique. — Gaehlinger et Repellin : Un cas de méningite cérébro-spinale.

Pédiâtrie pratique. — (N° 8, 15 avril 1909.) Louis Mencière : Modelage par évidement des os et des articulations. — Marois : Les consultations de nourrissons dans l'Yonne en 1908.

Province médicale. — (N° 15, 10 avril 1909.) S. Arloing et L. Thévenot : Des caractères anatomiques de l'infection tuberculeuse. — Finck : Les origines de l'acide urique. — (N° 16, 17 avril.) Ingelrans : Le monde à l'envers (sur quelques troubles de l'orientation et leur origine corticale présumée). — Sargnon : De l'endoscopie directe du sinus maxillaire par les fistules.

Revue de chirurgie. — (N° 4, 10 avril 1909.) De Beurmann, Gougerot et Vaucher : Sporotrichose osseuse et ostéo-articulaire (9 fig.). — P. Mocquot : La réanimation du cœur (*à suivre*). — E. Quénu et G. Küss : Etude sur les luxations du métatarse (luxations métatarso-tarsiennes) ou diastasis entre le premier et le deuxième métatarsiens (44 fig.). — M. Patel et A. Chalier : Les tumeurs du cordon spermatique (*suite*). — G. Piquand : Les abcès sous-phréniques (*à suivre*).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH 819 52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 7 mai : MM. Bouchet, 9 ; Schwartz, 18 ; Mercadé, 17 ; Grégoire, 18.

ÉCOLE DE MÉDECINE. — AMIENS. — Après concours devant la Faculté de Lille, M. Flament a été proposé pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — L'Association organise un meeting contre le favoritisme dans la profession médicale le jeudi 13 courant, à huit heures et demie du soir, à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE. — La prochaine réunion de la Société aura lieu le mercredi 12 mai, à cinq heures. Par exception, la Société tiendra séance dans la bibliothèque de l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot,

Ordre du jour. — I. MM. Lindenberg, Carini et Paranhos : Identification de l'ulcère de Bauru du Brésil avec le bouton d'Orient. — M. H. Gros : Le traitement préventif de l'intolérance quinique par le chlorure de calcium ; — La durée de l'immunité conférée par la variolisation vis-à-vis de la vaccine. — M. Robledo : Deux cas de pian en Colombie

II. *Communications annoncées.* — M. Nattan-Larrier : Voies de pénétration des spirochètes. — M. Morax : Inoculation intra-cornéenne des trypanosomes. — M. Gauducheau : Sur une culture amibienne.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du médecin inspecteur général Dujardin-Beaumetz, du cadre de réserve, décédé à Montpellier.

M. Dujardin-Beaumetz qui était le frère du sous-secrétaire d'Etat des Beaux-Arts et le beau-père de M. le professeur Forgue, était né le 10 décembre 1835 à Paris ; il était entré dans le service de santé de l'armée le 30 décembre 1856. Il fut promu inspecteur le 13 avril 1889, et inspecteur général le 18 avril 1895.

Il était grand officier de la Légion d'honneur.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. (Asile Sainte-Anne, professeur Gilbert BALLET). — A partir du samedi 15 mai inclus le cours de clinique aura lieu le samedi à dix heures au lieu du dimanche. Comme par le passé, la leçon de démonstration aura lieu le mercredi.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL (Rome, 23-27 mai 1909). — Les membres du Congrès international médical des accidents du travail, qui doit se tenir à Rome le 23 mai 1909, pour obtenir la réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer P.-L.-M. sont priés d'envoyer avant *le jeudi 13* leur nom et la ligne qu'ils préfèrent employer (Paris-Modane ou Paris-Pontarlier) à M. le docteur Desjardins, secrétaire général pour la France, 205, boulevard Saint-Germain, où ils pourront retirer leur permis à partir du samedi soir 15 mai.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *De Paris en Orient* (*viâ Marseille*). — La Compagnie P.-L.-M., d'accord avec les Compagnies des messageries maritimes, Fraissinet et Paquet, délivre des billets simples valables quarante cinq jours, pour se rendre, par Marseille, de Paris à l'un quelconque des ports ci-après : Alexandrie, Beyrouth, Constantinople, Le Pirée, Smyrne, Jaffa, Port-Saïd, Batoum, Salonique, Odessa, Samsoun, etc.

Les agences de la Compagnie des Messageries maritimes et de la Compagnie Paquet délivrent des billets d'aller et retour, valables cent vingt jours, pour se rendre, viâ Marseille, de Paris aux principaux ports du Levant.

Arrêts facultatifs sur le réseau P.-L.-M. (par la Bourgogne ou par le Bourbonnais).

Ces billets donnent droit à une franchise de 30 kilogs de bagages par place sur le chemin de fer ; sur les paquebots, cette franchise est de 100 kilogs par place de première classe et de 60 kilogs par place de deuxième classe.

Pour plus amples renseignements, consulter le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M. mis en vente au prix de 0 fr. 50 dans les gares de la Compagnie.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES CHEFS DE CLINIQUE
DES INTERNES ET EXTERNES

A DATER DU 15 MAI 1909

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Dieulafoy ; chef de clinique : M. Gaultier ; chef de clinique adjoint : M. Nathan ; interne : M. Paillard ; externes : M. Kamenzer, Mlle Hertz, MM. Thiers, Figowski, Lelièvre, Gardies.

2. Médecin : M. Muselier ; interne : M. Ch. Chatelin ; externes : M. Bailleul, Mlle Le Scornet, MM. Zaeptfel, Lenoël, Mlle Aronovitch.

3. Médecin : M. le professeur Brissaud ; internes : MM. Salin, Foix, externes : MM. Ferrand, Dubois (Robert), Leblanc (Albert), Fourmaud, Mlle Kœssler, MM. Gastaud, Maleyx, Mitrany.

4. Médecin : M. Faisans ; interne : M. Durand ; externes : MM. Kemhadjian, Pellissier, Pierret, Ribo.

5. Médecin : M. Chantemesse ; interne : M. Cawadias ; externes : MM. Gonthier (André), Moriez, Maurel (Emile), Masselot.

6. Médecin : M. Petit ; interne : M. Railliet ; externes : MM. Boulan, Judel, Gaston, l'Hirondel.

7. Chirurgien : M. le professeur Reclus ; chef de clinique : M. Schwartz ; internes : MM. Loubeyre, Bith, Coryllos, Séjournet ; externes : MM. Marchand, Deguignand, César, Mlle Miannce de Saint-Firmin, M. Boucheron, Mlle Chabert, MM. Chamlian, Lory.

8. Chirurgien : M. le professeur de Lapersonne ; assistant : M. Joseph ; chef de clinique : M. Cantonnet ; chef de clinique adjoint : M. Coutelas ; internes : MM. Bourdier, Duverger ; externes : MM. Prieur, Chardin, Odoul, Ségaux, Goulfier, Sauty, Bonhoure.

9. Chirurgien : M. Guinard ; internes : MM. Jacoulet, Josset-Moure ; externes : MM. Mouflet, Lavaud, Morigny, Frézé, Edelmann, Galop.

Consultation. — 10. Médecin : M. Sicard ; suppléant : M. Bloch ; interne provisoire : M. Desbouis ; externes : Mlle Weil, MM. Feil, Bridoux, Plaisant.

11. Chirurgien : M. Labey ; suppléant : M. Belgrand ; externes : MM. Thibout, Vincent (Max), Rousselot (Henri).

B. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. Babinski ; interne : M. Barré ; interne provisoire : M. Morance ; externes : MM. Paley, Durand, Moricand, Pichard, Delort.

2. Médecin : M. Dalché ; interne : M. Bloch (Marcel) ; externes : M. Ducrotoy, Mlles Blanchier, Monbiot, Protopow, MM. Brouet, Coustère.

3. Médecin : M. Lion ; interne : M. Le Blaye ; externes : MM. Marchak, Melamet, R. Garnier, Toffin, Camboulives.

4. Médecin : M. Rénon ; interne : M. Marre ; externes : MM. Morestin, Bel, Lucas-Championnière, Rousseau (Ferdinand), Vaudescal, Sébillotte.

5. Médecin : M. Claisse ; interne : M. Gastinel ; externes : MM. Guillermain, Devineux, Baisoin, Gatellier, Brenot.

6. Médecin : M. Thiroloix ; interne : M. Jacob ; externes : MM. Frette, Albertin, L. Mallet, P. Daniel.

7. Chirurgien : M. Walther ; internes : MM. Lerat, Lévêque, Brisset ; externes : MM. Gallas, Pierquin, Hudelo, Arnaudon, Petit-Dutaillis, Richard (Georges), Raymondaud.

8. Chirurgien : M. Arrou ; internes : MM. Chenot, Guyader, Bienvenue ; externes : MM. Féret, Bisson, Dutheillet de Lamothe, Lambert, Claude, Durand, Rabut, Truffert.

9. Accoucheur : M. Potocki ; interne : M. Leveuf ; externes : MM. Mornet, Marey.

Consultation. — 10. Médecin : M. Ramond (F.) ; suppléant : M. F. Lévy ; externes : MM. Pinchon, Gazel, Haristoy.

11. Chirurgien : M. Fredet ; suppléant : M. Alglave ; externes : MM. Francey, Marmier, Paillard.

12. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Delherm ; externe : M. Dagnau.

C. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : Mlle Neveux ; externes : Mlle Delage, MM. Vernemouze, Fuselier, Auregan, Chapuis.

2. Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Cain ; externes : Mlle Nicolsky, MM. Corre, Courjon, Verrier.

3. Médecin : M. Oulmont ; interne : M. Philbert ; externes : MM. Tartois, Bufin, Devaux, Viguerie.

4. Médecin : M. Morel-Lavallée ; interne : M. Blechmann ; externes : MM. Testard, Pierrot, Duval (Paul), Bardet (Georges).

Service temporaire de médecine. — 5. Externe : M. Morlot.

6. Médecin : M. Toupet ; interne : M. Sevestre ; externes : MM. Larcher, Théry (Louis), Nahan, Roulliès.

7. Médecin : M. le professeur Roger ; interne : M. Levy-Valensi ; externes : MM. Vignal, Steinmetz, Godlewski, Coppin.

8. Chirurgien : M. Demoulin ; internes : MM. Fabre, Le Mée, Lebras ; externes : MM. Saglier, Broussolle, Blum, Strassnie, Boyer, Chatellier, Lauriat.

9. Chirurgien : M. Mauclaire ; internes : MM. Burnier, Lamouroux, Donay ; externes : MM. Mégnin, Baudin, Bloch (Sigismond), Poitrinal, Delavierre.

10. Accoucheur : M. Tissier ; interne : M. Deroye ; externes : MM. Guéniot, Duchâteau, Rabourdin (G.), Labourdette.

Consultation. — 11. Médecin : M. Milian ; suppléant : M. Bourgoignon ; externes : MM. Besançon, Besset.

12. Chirurgien : M. Gosset ; suppléant : M. Marcille ; externes : MM. Sebencq, Massart.

D. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le professeur Hayem ; chef de clinique : M. Rivet ; chef de clinique adjoint : M. Pater ; internes : MM. Bricout, Weill (André) ; externes : MM. Routfignac, Schilmann, Dognon, Juin (G.), Mme Pertat.

2. Médecin : M. Siredey ; interne : Mlle Déchaux ; externes : Mlle Ricard, Mme Barbe, MM. Dedet, Luquet, Mme Huard.

3. Médecin : M. Béclère ; interne : M. Léon Kindberg ; externes : MM. Philardeau, Parin, Brun (G.), Sondag, Monod (Lorenz), Aujay de la Durre.

4. Médecin : M. Vaquez ; interne : M. Foy ; externes : MM. Teisset, Onfroy de Bréville, Rosenwald, Magniel, Mlle Trélat.

5. Médecin : M. Jacquet ; interne : M. Saint-Girons ; externes : MM. Amyot, Chassin (H.), Bulliard, Castex.

6. Médecin : M. Le Noir ; interne : M. Petit (Paul) ; externes : MM. Ardillier, Coulon, Massé, Faveret, Guillermin (G.), Mme Henri.

7. Médecin : M. Mosny ; interne : M. Portocalis ; externes : MM. Usse, Bonnet (Flavien), Birat, Vallerant.

8. Médecin : M. Mathieu ; interne : M. Glénard ; externes : MM. P. Larue, R. Mathieu, Mazzoléni, Beloux, Marcorelles.

9. Médecin : M. Legry ; interne : M. Lagane ; externes : MM. Kletstad-Sillonville, Rehm, Bouquier, Laplanche.

10. Médecin : M. Lermoyez ; assistant : M. Laurens ; adjoint : M. Hautant ; interne : M. Combier ; externes : MM. Perron (Fernand), Boutin, Patenostre, Kuenemann, Gastal.

11. Chirurgien : M. Lejars ; internes : MM. Duval, Petel, Woimant ; externes : MM. Bruneau (Robert), Camino, Bontemps, Benoiste-Pilloire, Bourdeaux, Quénu.

12. Chirurgien : M. Ricard ; internes : MM. Lemarchal, Hovelacque, Dumas ; externes : MM. Thomas, Beck, Buquet, Powilewicz, Jangeas, Bilot.

13. Accoucheur : M. Doléris ; adjoint : M. Funck ; interne : M. Fenestre ; externes : M. Huard, Mlle Parisse, MM. Espagnon, Chevallier (Pierre).

Consultation. — 14. Médecin : M. Lereboullet ; suppléant : M. Faure-Beaulieu ; interne provisoire : M. Dournay ; externes : MM. Delfins, Feuillet (Gustave).

15. Chirurgien : M. Lapointe ; suppléant : M. Lemaître ; externes : MM. Kuhn, Monin, Pujos, Lévy (Georges).

Consultation d'ophtalmologie. — 16. Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps ; externes : MM. Babiaud, Faure.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Huchard ; interne : M. Jolivet; externes : MM. Mercier, Guillaume (Joseph), Béraud (Armand), Mlle Tretchenkow.

2. Médecin : M. Barth; interne : M. Cottenot; externes : MM. Philippon (Emm.), Gouyou-Beauchamps, Lartigau, J. Reynier, A. Desaux.

3. Médecin : M. Hirtz; internes : M. Vigneron d'Heucqueville (1er semestre), Mme Debré (2e semestre); externes : MM. Pinault, Amblard, Bodineau, Lorreyte, Béraud (Henri).

4. Médecin : M. Achard; interne : M. Bénard (Henri); externes : MM. Boutet, François (Maurice), Trifaud, Vinay.

5. Chirurgien : M. le professeur Delbet; chef de clinique : M. Iselin; interne lauréat : M. Caraven; internes : MM. Basset, Moch, Girode; externes : MM. Hébrard, Dragatzis, Eudel, Lantuéjoul, Meaux Saint-Marc, Gautruche, Fournier.

6. Chirurgien : M. le professeur Albarran; chef de clinique : M. Heitz-Boyer; chef de clinique adjoint : M. Papin; internes : MM. Eliot, Doré, Marsan ; externes : MM. Richard (Georges), Versepuech, Gegernacher, Desvignes, Grandjean, Greytié de Bellecombe, Guinet, Quinquandon, Bergès, Monceau.

7. Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Pénard, Petit (J.); externes : M. Renard, Mlle Bouderligue, MM. Murga, Hischmann, Le Rochais.

Consultation. — 8. Médecin : M. Sergent; suppléant : M. Armand-Delille; interne provisoire : M. Pignot; externes : MM. Pineau (Alfred), Touchard.

9. Chirurgien : M. Guibé ; suppléant : M. Bonneau; externes : MM. Derancourt, Baudet.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. Chauffard ; interne lauréat : M. Vincent; interne : M. Laroche ; externes : MM. J. Dubois, Vallery-Radot, Noël (André), Lancrenon, Cassard, Poirot-Delpech.

2. Médecin : M. Widal; internes : MM. Bénard (René), Vaucher; externes : MM. Gutmann, Génil-Perrin, Moulonguet, Thibierge, Girault (Albans), Lehmann (Pierre), Darrieux, Fège, Vayssières.

3. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Sorrel, Wilhem; externes : MM. Besnard (Jean), Berlioz, Hertz, Mlles Schapiro, Etinger, M. Gaymard.

4. Chirurgien : M. le professeur Quénu; internes : MM. Toupet, Pascalis, Barbet ; externes : MM. Fey, Hérisson-Lafarre, Phélip, Vallery-Radot, Haguenau, Gilson, Kahn.

5. Chirurgien : M. Faure ; internes : MM. Pottet, Levant; externes : Mlle Lavergne, MM. Lépine. Galland Vazeux.

Consultation. — 6. Médecin : M. Guillain; suppléant : M. Tessier; interne provisoire : M. Routier; externes : MM. Delagenière, Schneider.

7. Chirurgien : M. Duval; suppléant : M. Mathieu; externes : MM. Garnier (Gaston), Guillaumont, Jacob, Deffaux.

G. Hôpital Cochin annexe. — 1. Médecin : M. Renault; interne : M. Brodin; externes : MM. Kahn (Alb.), Pernet, Dupradeau, Teulière.

2. Médecin : M. Queyrat; interne: M. Ménard; externes : MM. Saxe, Ignard, Petaud, Audain, Nidergang.

3. Médecin : M. Michon ; interne : M. Boulard; externes : MM. Giraud (Pierre), Pilatte, Denoyelle, Dupont.

H. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le professeur Debove; chef de clinique : M. Rathery ; chef de clinique adjoint : M. Trémolières; interne : MM. Chabrol (1er sem.), Parturier (2e sem.); externes : M. Donnelot, Mlle Peltier, MM. Libert. Couinaud, Mlle d'Argent. M. Balland (M.).

2. Médecin : M. le professeur Robin; chef de clinique : M. Coyon; chef de clinique adjoint : M. Claret; interne : M. Lyon-Caën; externes : MM. Déjardin, Leroy (René), Alexandre (P.), Labernadie.

3. Médecin : M. Troisier; interne : M. Guggenheim; externes : M. Pasquet, Mlle Dreyfus, MM. Maurer, Busson (G.).

4. Médecin : M. Lacombe; interne : M. Baufle; externes : MM. Delaplane, Bloch (René), Faux, Moreau.

5. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Froget, Moyrand; externes : MM. Gaillard (Ph.), Audebert, Minvielle, Mlle Michalowsky, MM. Pouget, Debray, Legrain.

6. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Bailly ; externe : M. Lucas.

7. Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Saissi, Roux (Jean); externes : M. Weisweiller, Mlle Athanassiu, MM. Daniel (Charles), Baudouin (Roger), Monguilan.

8. Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. Le Moine, Debertrand; externes : MM. Hanriot, Blanchès, Robert, Bénit, Ferréol.

9. Accoucheur : M. le professeur Ribemont-Dessaignes ; chef de clinique : M. Le Lorier; chef de clinique adjoint : M. Theuveny ; interne : M. Martingay.

Consultation. — 10. Médecin : M. Gasne; suppléant : M. Ramond (L.); interne provisoire : M. Bernard; externes : Mlle Defiol, MM. Vincent (R.), Lévy (Alfred).

11. Chirurgien : M. Herbet; suppléant : M. Nau; externes : MM. Leblanc (Marcel), Corbineau, Guillemet.

Consultation d'ophtalmologie. — 12. Ophtalmologiste : M. Poulard ; externe : MM. Lataillade, Fourrière.

Service de radiologie. — 13. Radiologiste : M. Desternes ; externe : M. Ollé.

I. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Tapret; interne : M. Regnard ; externes : MM. Bernard (Ulric), Castang, Perrin (Paul), Morize, Mlle Kosloff, M. Bion.

2. Médecin : M. Brault ; interne : M. Boncour (Paul); externes : MM. Baudouin (H.), Lefranc (Pierre), Bardon, Fontanel, Pruvost (Paul), Moineau.

3. Médecin : M. Galliard; interne : M. Boyé ; externes : MM. Penet, Monod (Raoul), Guerche, Lelongt (Marc), Cambessédès, Kudelski, Escalier (Paul).

4. Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Lasnier; externes : MM. Péroni, Mougenc de Saint-Avid, Colleville, Autier, Krebs, Hadengne, Cleisz.

5. Médecin : M. Launois ; interne : M. Pinard ; externes : MM. Duraux, Grahaud, Mlle Campergue, MM. Quénot, Vilfroy, Dogny.

6. Chirurgien : M. Reynier ; internes : MM. Lechevallier, Gendron (André), Pont; externes : MM. Reignard, Socquet, Mlle Albessard, M. Mozer, Mlle Nowicka, M. Queyroi, Mlle Schmiergeld.

7. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Pépin; externes : MM. Bernard-Gerrier, Guillemin (André).

8. Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. Bertier, Chambard ; externes : Mlle Konichowsky, MM. François (Bernard), Delattre, Stépanoff, Vincentelli, Mlle Duplan.

9. Chirurgien : M. Picqué; assistant : M. Baudet; internes : MM. Métivet, Chevallier (Gabriel) ; externes : MM. Madelaine, Roy (Jean), Mar, Rocher, Richon, Dauphin.

10. Chirurgien : M. Marion ; assistant : M. Lavenant; internes : MM. Wolfrom, Mascarenhas; externes : MM. Lesueur, Silva, Mlle Borch, MM. Rougier, Jeudi de Grissac, Bénassy, Périn (Lucien), Fuselier.

11. Chirurgien : M. Sébileau; assistant : M. Gibert; adjoint : M. Lemaître; internes : MM. Halpben, Mlle Bouteil; externes : MM. Didier, Ruaud, Sarkis, Bogeau, Wagon, André (Albert).

12. Ophtalmologiste : M. Morax ; assistant : M. Magitot; adjoint, M. Carlotti ; internes : MM. Velter, Fimbel; externes : MM. Monbrun, Laudrieux, Paynel, Potiron.

13. Accoucheur : M. Bonnaire; interne : M. Brac ; externes : MM. Surun, Mlle Roy, MM. Vouzelle, Lapeyre.

Service d'électrothérapie. — 14. Médecin : M. Hischmann; internes : MM. Dariaux, Meyer.

Consultation. — 15. Médecin : M. Bergé; suppléant : M. Villaret; interne provisoire : M. François (René); externes : MM. Feuillet (Raoul), Lehmann (René), Weisgerber, Rol.

16. Chirurgien : M. Cunéo; suppléant : M. Chifoliau; externes : MM de Lafargue-Barès, Sécheret, Marqueste.

J. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Mallet; externes : MM. Villatte, Reynold, Meurisse, Videau, Delotte.

2. Médecin : M. Klippel; interne : M. Stroehlin; externes : M. Bastard-Bogain, Mlle Bouteil, MM. Hattat, Kœchlin (Fernand).

Service temporaire de médecine. — 3. Externes : MM. Photiadès, Galliot.

4. Médecin : M. Florand; interne : M. Blanc ; externes : MM. Jacquot, Françon, Rongier, Thibault.

5. Médecin: M. Caussade; interne : M. Cotoni; externes : MM. Lebas, Géraud, Michaux, Goret, Héricourt.

6. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Marcorelles; externes : MM. Berthod, Wilmet, Lebrun, Istria, Toussaint, Guelfucci.

7. Médecin : M. Gouget; interne : M. Pélissier; externes : MM. Lecat, Speth, Mossé, Guinaud.

8. Médecin : M. Hudelo; interne : M. Mallein; externes : MM. Winaver, Decrop, Gontier (Jean), Mouradian.

9. Médecin : M. F. Bezançon; internes : MM. de Brunel de Serbonnes (1er semestre), Weill (Pierre) (2e semestre); externes : MM. Fallot, Casalis, Sanjurjo, Blutel, Mlle Lévi-Alvarès.

10. Chirurgien : M. Morestin; internes : MM. Périer, Ferran, Mornard; externes : MM. Rouché, Hémery, Bouvier, Crozet, Guyonnaud, Mlle Vasseur.

11. Chirurgien : M. Thiéry; internes : MM. Deroide, Brocq, Nicaud; externes: MM. Sikorav, Lavedan, Boulay (Ed.), Rousselot (Georges), Thierry, Leporcq.

12. Chirurgien : M. Souligoux; internes : MM. Fouquiau, Mondor; interne provisoire : M. Dufourmentel; externes : MM. Girardot, Desprez, Fricker, Gheorghiu, Panciulesco.

13. Accoucheur : M. Demelin; interne : M. Maisons; externes : MM. Piot (Albert), Trémolières, Cabre.

Consultation. — 14. Médecin : M. G. Brouardel; suppléant : M. Lebar; interne provisoire : M. Mignot; externes : MM. Fenard, Roussel (René).

15. Chirurgien : M. Chevrier; suppléant : M. Bouchet; externes : MM. Braye, Monnier (Henri), Besnard (J.).

Service de radiologie. — 16. Radiologiste : M. Legros; externe : M. Demonchy.

K. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. le professeur Landouzy; chef de clinique : M. Thaon; chef de clinique-adjoint : M. Halbron; internes : MM. Tinel, Debré; externes : MM. Chatelin (Ph.); Mlle Rabuteau, MM. Ducastaing, Chardon, Villette.

2. Médecin : M. Barié; interne : M. Cléret (Maurice); externes : MM. Regnault (M.), Castex, Barety, Leroy (Maxime).

3. Médecin : M. Bourcy; interne : M. Mora; externes : MM. Chastel, Caux, Gérard (Lucien), Filâtre.

4. Médecin : M. Thoinot; interne : M. Duvoir; externes : MM. Latour, Lenormand, Faure-Beaulieu, Vinchon.

5. Chirurgien : M. Leguen; internes : MM. de Chiara, Houzel, Deverre; externes : MM. Percepied, Prunier (M.), de Champ de Saint-Léger, Hanriot (Arm.), Bouttier, Réau.

6. Ophtalmologiste : M. Rochon-Duvigneaud; assistant : M. Onfray; adjoint : M. Caillaud; interne : M. Liébault; externes : MM. de Quimper de Lamascol, Guinoiseau, Godechaux.

Consultation. — 7. Médecin : M. Labbé; suppléant : M. Aubertin; externes : MM. Levrat, Maréchal.

8. Chirurgien : M. Baumgartner; suppléant : M. Siégel; externes : MM. Berthomier-Lamer, Grestet.

Service de radiologie. — 9. Radiologiste : M. Passier; externe : M. Borel (Alph.).

L. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Talamon; interne : M. Schreiber; externes : MM. Arnal, Vincotte, Bilbault, Brehier.

2. Médecin : M. Bruhl; interne : M. Galup; externes : MM. Garriguenc, Michel, Morin, Mallet (François).

3. Chirurgien : M. Hartmann; internes : MM. Cruet, Metzger, Henry (R.); externes : MM. Balland, Vérut, Lubetzki, Bettinger, Parisi, Salles, Chazalnoël, Tison (Marcel).

Consultation. — 4. Médecin : M. Laffitte; suppléant: M. Chiray; interne provisoire : M. Jumon; externes : MM. Ecot, Vosy.

5. Chirurgien : M. Lecène; suppléant : M. Grégoire; externes : MM. Grosjean, Denet.

Service de radiologie. — 6. Radiologiste : M. Beaujard; externe : M. Gallet.

M. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Gilbert; internes : MM. Parturier (1er semestre), Chabrol (2e semestre); externes : MM. Salès, Jacquemin (Paul), Pichancourt, Gouverneur, Tzanck.

2. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Sauphar; externes : MM. Chamorro, Dufau, de Baric, Koechlin (Jean), Barraud.

3. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Pakowski, Ségard; externes : MM. Renaud (Maurice), Cuny, Géry, Ferté, Chataing, Lemuet (Alphonse).

Consultation. — 4. Médecin : M. Carnot; suppléant : M. Jomier; externes: MM. Brésard, Porak.

5. Chirurgien : M. Wiart; suppléant : M. Morlet; externes : MM. Wiart (Louis), Prigent.

Service de radiologie. — 6. Radiologiste : M. Bonniot; externe : M. Besnard (Ch.).

N. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle; interne : M. Leconte; interne provisoire : M. Baumgartner; externes : MM. Farah, Monod (A.), Larroque, Philippon (Louis), Langlet, Michaut, Mersey, Mlle Lempert.

2. Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Rafinesque, Berger; externes : MM. Gaulène, Deville, Garcin (Em.), Cadoul, Taphanel, Jacquemin (Edouard), Duru, Briault.

3. Accoucheur : M. Lepage; interne : M. Willette; externes : MM. Oudart, Lefévre (Louis), Foisy.

Consultation. — 4. Médecin : M. Fournier; suppléant : M. Beauvy; externes : MM. Gautier, Bertrand.

5. Chirurgien : M. Dujarier; suppléant : M. Desjardins; externes : MM. Butel, Hussiaux, Petit (Ch.), Astruc.

Service de radiologie. — 6. Radiologiste : M. Aubourg; externe : M. Parent (Robert).

O. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Gaucher; chef de clinique : M. Fouquet; chef de clinique adjoint : M. Druelle; internes : MM. Brin, Joltrain (1er semestre), Flurin (2e semestre); externes : MM. Sigwalt, Chaufour, Dragoesco, Vernière, François (Paul).

2. Médecin : M. Danlos; interne : M. Flandin; externes : MM. Gros, Magron, Rouyer, Pimpaneau, Mme Boulan.

3. Médecin : M. Balzer; internes : MM. Maillet, Guénot; externes : MM. Dive, Bader, Mlle Loiser, M. Durand (Gustave), Mlle Koch.

4. Médecin : M. de Beurmann; internes : MM. Verdun, Vernes; externes : MM. Eissen, Boé, Doucet, Chopin, Smolizansky.

5. Médecin : M. Brocq; internes : MM. Fernet, Lutenbacher; externes : MM. Sellet, Moutrier, Dubus, Besnard (Gustave), Gouin, Mounier (Paul), Chaperon.

6. Médecin : M. Thibierge; interne : M. Gaudicheau; externes : MM. Cuvillier, Gaillard (Camille), Routhier, Lelongt (Paul), Frenckel.

7. Chirurgien : M. Rochard; internes : MM. Rais, Dehelly, Stern; externes : MM. Marmonteil, Baudot, Strauss (Léon), Lecœur, Feldstein, Sartre.

8. Chirurgien : M. Beurnier; internes : MM. Martin, Chenier, Guillaume; externes : MM. Théoharide, Jacquet, Chenet, Warey, Breuillet, Devilliers.

9. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. d'Halluin, Riberol, Saiget; externes : MM. Jaisson, Lœwy, Grodvolle, Desvaux de Lyf, Antony, Majour.

10. Accoucheur : M. Boissard; interne : M. Verdoux; externes : MM. Escallier, Torné, Bobrie, Parent (Remy).

Consultation. — 11. Chirurgien : M. Lenormant; suppléant : M. Morisetti; externes : MM. Lefranc, Lebouc, Lemoussu.

Service d'enfants convalescents. — 12. Médecin : M. Apert; interne provisoire : M. Pruvost; externes : MM. Schoofs, Avezou, Noël (A.), Apard.

Service de radiologie. — 13. Radiologiste : M. Gastou; externe : M. Hubert.

Service de chirurgie de l'hôpital Hérold (provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis). — 13. Chirurgien : M. Ombrédanne; internes : MM. Cadenat, Houdard, Miginiac; externes : MM. Liacre, Verdier, Duponchel, Le Maux, Richard (André), Quercy, Feygin.

Service d'ulcères variqueux. — 14. M. Rochard; interne provisoire : M. Philippon; externes : MM. Marro, Cousin.

P. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Darier; interne : M. Lévy-Bruhl; externes : MM. Lambour, Verne, Mlle Lenormand, MM. Lévy (Isaac), Bénard (Louis), Reilly, Brisson, Léger (Fernand), Duprey, Lehmann (Paul).

2. Médecin : M. Jeanselme; interne : M. Touraine; exter-

nes : MM. Bruel (Paul), Chichmanian, Porte, Matéias, Lamy (Lucien). Mlle Vigor, M. Vilbort.

3. Chirurgien : M. le professeur Pozzi; chef de clinique : M. Bender; internes : MM. Bachy, Louin, Baron; externes : MM. Hugon, Houttelette, Ruelle, Coudray, Hauras, Hugon, Mérine.

Q. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit; interne : M. Dubosc; externes : MM. Bourgeois, Gassier, Jamin, Perron (Auguste-Louis), Richard (André).

2. Médecin : M. Enriquez; interne : M. Weil (Pierre); externes : MM. Escudié, Réchad, Tornesco.

3. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Cotillon, Luzoir, Perdoux; externes : MM. Papillon, Lafage, Piémont, Paulet, Meyer, Cavaillon, Lepoittevin, Ramadier.

4. Chirurgien : M. Auvray; internes : MM. Samson, Caudrelier; externes : MM. Delot, Angot, Achard, Mme Wolkenheim, MM. Flandrin, Lautier.

Service de radiologie. — 5. Radiologiste : M. Bouchacourt; externe : M. Ohanianz.

R. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel; chef de clinique : M. Babonneix; chef de clinique adjoint : M. R. Voisin; interne : M. Troisier; externes : MM. Clogne, Vielle (Albert), Barthélemy (Paul), Rouillard, Barthélemy (Raymond), Garcin (André).

2. Médecin : M. Comby; interne : M. Charrier; externes : Mlle Condat, MM. Chevassu-Périgny, Bideaux, Zielinski.

3. Médecin : M. Richardière; interne : M. Merle; externes : M. Strehaïano, Mme Honnoré, Mlle Gourilew, MM. Miriel, Danton.

4. Médecin : M. Marfan; interne : M. Debré; externes : MM. Ledermann, Chabert (Jean), Roubeau, Mlle Leven.

5. Médecin : M. Méry; interne : M. Roux (Georges). externes MM. Heuyer, Teyssier, Legal Lassalle, Guignard, Mlle Landesmann.

6. Médecin : M. Aviragnet; interne : M. Marie (1er semestre), Jolivet (2e semestre); externes : MM. Dorlencourt. Léchelle, Girard (Alf.), Bobeau.

Crèche. — 7. Interne provisoire : M. Weissenbach.

8. Chirurgien : M. le professeur Kirmisson; chef de clinique : M. Auffret; chef de clinique adjoint : M. Gasne; internes : MM. Fouchet, Caillé, de Vaugiraud; externes : Pataud Devalenciennes, Bertaux, Bricaire, Delestre, Durand-Fardel, Fitte, Mlle Cang, M. Huguet.

9. Chirurgien : M. Broca; assistant : M. Capette; internes : MM. Phelip, Levy (Edm.); interne provisoire : M. Le Grand; externes : Mlle Reichenecker, MM. Rigoulet, Steibeil, Mlle Abramovitch, MM. Guillaumot, Radenau, Boubermann, Colson.

Service ophtalmologique. — 10. Ophtalmologiste : M. Terrien; assistant : M. Monnet; interne : M. Prélat; externes : MM. Follet, Schatzmann, Trousset.

Service de la sélection. — 11. Interne provisoire : M. Petit (H.).

S. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Netter; internes : Mlle Giry; externes : MM. Adler, Sourdille, Mlle Cosmovici, M. Laisney, Mlle Blanc, M. Gastaldi.

2. Médecin : M. Triboulet; interne : M. Perineau; externes : MM. Girod (Fernand) Vivier, Alary, Floquet, Jeannest, Lanos.

3. Chirurgien : M. Savariaud; internes : MM. Bonvoisin, Pellot, Vuillet; externes : MM. Fourrey, Trotain, Rouèche, Zaepffel (Léon), Sidoun, Sarrazin, Guillot, Drouet.

Service de la diphtérie. — 4. Interne provisoire : M. Bloch (Jacques); externe : Mlle J. Lévy.

Consultation. — 5. Médecin : M. Rist; suppléant : M. Ball; interne provisoire : M. de Cumont; externes : MM. Sérin, Guédeney, Mlle Celnick.

Service de radiologie. — 6. Radiologiste : M. Ménard; externe : M. Simon.

T. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. Variot; internes : MM. Robert, Roudinesco; externes : MM. Boulet, Brisset des Nos, Chedeville, Huc, Marcou, Chamard.

2. Chirurgien : M. Jalaguier; internes : MM. Olivier, Lamy; externes : MM. Borel, Fredault, Marx, Huguet, Lemoine, Chalet, Thouvenin.

Service de radiologie. — 3. Radiologiste : M. Barret; externe : M. Liberge.

U. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Claude; interne : M. Sourdel; externes : MM. Deron, Baude, Achard.

2. Médecin : M. Renault; interne : M. Gendron; externes : MM. Chalard, Faige (Maurice), Cheyron-Lagrèze.

Consultation. — 3. Médecin : M. Jousset; suppléant : M. Deglos; interne provisoire : M. Gillard; externes : MM. Donzé, Gougelet.

V. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. le professeur P. Marie; internes : MM. Brissaud, Boudet (1er semestre), Joltrain (2e semestre).

2. Chirurgien : M. Riche (Paul); internes : MM. Garsaux, Mutel, Weber.

Service des aliénés. — 3. Médecin : M. Chaslin; interne : M. May; interne provisoire : M. Desplas.

4. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Rolland; interne provisoire : M. Monod (Rober).

5. Médecin : M. Roubinovitch; interne : M. Fontorbe; interne provisoire : M. Bruslé.

6. Médecin : M. Riche (André); interne : M. Carrié; interne provisoire : M. Bloch (Andre).

X. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le professeur Raymond; chef de clinique : M. Touchard, chef de clinique adjoint : M. Français; internes : MM. Chené, Schæffer, Merle (P.); externes : MM. Collet, Weber, Garban, Berthomier, Bessière.

2. Médecin : M. le professeur Déjerine; internes : MM. Jumentié, Chenet; externes : Mlle Kononoff, Mme Wolfrom, M. Le Savoureux, Mlles Gaton-Galowski, Tschoumakowa.

3. Chirurgien : M. le professeur Segond; chef de clinique : M. de Martel de Janville; internes : MM. Monsaingeon, Ehrenpreis, Bazy; externes : MM. Poisson (Louis), Toutey, Potherat, Dubois (Maurice) Renaud, Daudet.

Service des aliénés. — 4. Médecin : M. Voisin; interne : M. Clarac; externes : MM. Cardot, Lenoir.

5. Médecin : M. Deny; interne : M. Logre; externes : MM. Bedel, Lafont (Paul).

6. Médecin : M. Séglas; interne : M. Collin; externes : MM. Durville, Siguret.

Y. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guinon; interne : M. Hamel; externes : MM. Baille, Barnathan, Engel, Maugis, Blacque, Mlle Sabin.

2. Médecin : M. Boulloche; interne : Mme Debré (1er semestre). M. Vigneron d'Heucqueville (2e semestre); externes : M. Lamy (Pierre), Mlles Raphaël, Baillet, MM. Dietz, Roux (Armand), Rudelle.

3. Chirurgien : M. Villemin; internes : MM. Pironneau, Rouget, Séguinot; externes : MM. Tribes, Rousseau (Ferdinand), Partitch, Huc, Allard, Baudson, Roudergues.

Consultation — 4. Médecin : M. Papillon; interne provisoire : M. Ecalle, externes : MM. Guerrero, Minoret.

Service de radiologie. — 5. Radiologiste : M. Lobligeois; externe : M. Wahimann.

Z. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M Souques; interne : M. Silbert; interne provisoire : M. Nadal; externe : M. Thibon de Courtry.

2. Chirurgien : M Robineau; internes : MM. Montet, Passot; externe : M. Bijon.

Aa. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. Maygrier; assistant : M. Macé; accoucheur-adjoint : M. Bouffe; internes : MM. Lenoir, Haller.

2. Médecin : M. Dufour; interne : M. Détré; externes : MM. Delivet, Chasseray, Pottecher.

Ab Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier; interne : M. Garban; externes : MM. Dumas (Julien), Renault (André), Huc (Edouard), Bonnet, Baudouin (Emile), Netter (René).

2 Médecin : M. Lesage; interne : M. Chamard-Bois; externes : MM. Fau, Chameaux, Tripier, Queste, Colbert, Pougaud.

Le service de chirurgie est provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis (voir O)

3. Service de la garde et de la sélection : internes provisoires : MM. Tissier, Virenque.

Service de radiologie. — 4. Radiologiste : M. Chicotot; externe : M. X....

Ac. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. Teissier; internes : MM. Flurin, Stévenin, Richet; externes : Mlle Goldentan, MM. Coanéri, Lamare, Rœbrich, Lacau Saint-Guily, Gerber, Portret, Chomanet.

Ad. Hôpital de la Clinique d'accouchements (Tarnier). — 1. Accoucheur : M. le professeur Bar; chef de clinique : M. Cathala; chef de clinique adjoint : M. Lequeux; externes : MM. Decay, Berthon, Bellin du Coteau, Rabourdin (André), Roux (Etienne).

Ae. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Mouchotte; chef de clinique adjoint : M. Lacasse; externes : Mme Schechtmann, MM. Champeau, Paoli, Bouhey, Mlle Rosoff, M. Brunet.

Af Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Wurtz; interne : M. Thibaut; interne provisoire : M. Villechaise; externe : M. Meyer-Heine.

Ag. Hospice Debrousse. — 1. Médecin : M. Belin; interne : M. Ferry.

Ah. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne : M. Braun; externes : MM. Chabrol, Morisson-Lacombe, Gautrot, Bourdette.
Service de l'érysipèle. — 2. Médecins : MM. R. Marie, Griffon; interne provisoire : M. Lévy; externes : MM. Dujarric de la Rivière, Maurel (Gérard), Plée, Bourrouillou.

Ai. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Macaigne; interne : M. Dufour.

Aj. Maison de retraite de Larochefoucauld. — 1. Médecin : M. Dupré; interne : Mme Long; externe : M. Théry (André).

Ak. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Ménard; adjoints : MM. Calvé, Andrieu; internes : MM. Boudol, Toulant, Aine, Girou, Amaudrut.

Al. Hospice de Brévannes. — 1. Médecin : M. A. Marie; adjoints : MM. Clément, Carton, Ferrand; internes : MM. Casteran, Durand, Jullien, Ghys, Ferry (Ch).

Am. Asile Sainte Anne. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert Ballet; chef de clinique : M. Charpentier; chef de clinique adjoint : M. Delmas.

An. Fondation Vallée. — 1. Médecin : M. Bourneville; interne : M. Chevallier (Paul).

Ao. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Küss.

Ap. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Camino; internes : MM. Finot, Bougeaud.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs, service des consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° internes titulaires; 4° internes provisoires; 5° externes.

N.-B — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*
Exemple : M. Barré, B-1 = B. Hôpital de la Pitié, 1. Service de M. Babinski.

Coyon, H-2.
Fouquet, O-1.
Gaultier, A-1.
Heitz-Boyer, E-6.
Iselin, E-5.
Le Lorier, H-9.
Martel de Janville (de), X-3.
Mouchotte, Ae-1.
Rathery, H-1.
Schwartz, A-7.
Thaon, K-1.
Touchard, X-1.

Adjoints.

Claret, H-2.
Coutelas, A-8.
Delmas, Am-1.
Druelle, O-1.
Français, X-1.
Funck, D-13.
Gasne, R-8.
Halbron, K-1.
Hautant, D-10.
Lacasse, Ae-1.
Lemaître, I-11.
Lequeux, Ad-1.
Nathan, A-1.
Papin, E-6.
Theuveny, H-9.
Trémolières, H-1.
Voisin (R.), R-1.

INTERNES

Aine, Ak-1.
Amaudrut, Ak-1.
Bachy, P-3.
Bailly, H-6.
Barbet, F-4.
Baron, P-3.
Barré, B-1.
Basset, E-5.
Baufle, H-4.
Bazy, X-3.
Bénard (Henri), E-4.
Bénard (René), F-2.
Berger, N-2.
Bertier, I-8.
Bienvenue, B-8.
Bith, A-7.
Blanc, J-4.
Blechmann, C-4.
Bloch (Marcel), B-2.
Boncour (Paul), I-2.
Bonvoisin, S-3.
Boudet (1er sem.), V-1.
Boudol, Ak-1.
Bougeand, Ap-1.
Boulard, G-3.
Bourdier, A-8.
Bouteil (Mlle), I-11.
Boyé, I-3.
Brac, I-13.
Braun, Ah-1.
Bricout, D-1.
Brin, O-1.
Brissaud, V-1.
Brisset, B-7.
Brocq, J-11.
Brodin, G-1.
Brunel de Serbonnes (de), J-9.
Burnier, C-9.
Cadenat, O-13.
Caillé, R-8.
Cain, C-2.
Caraven (lauréat), E-5.
Castéran, Al-1.
Caudrelier, Q-4.
Cawadias, A-5.
Carrié, V-6.
Chabrol (1er sem.), H-1.
Chabrol (2e sem.), M-1.
Chamard-Bois, Ab-2.
Chambard, J-8.
Charrier, R-2.
Chatelin, A-2.
Chéné, X-1.
Chenet, X-2.
Chénier, O-8.
Chenot, B-8.
Chevallier (G.), I-9.
Chevallier (Paul), An-1.
Clarac, X-4.
Cléret (Maurice), K-2.
Collin, X-6.
Combier, D-10.
Coryllos, A-7.
Cotillon, Q-3.
Cotoni, J-5.
Cottenot, E-2.
Cruet, L-3.
Dariaux, I-14.
Debré (Mme) (1er sem.), Y-2; (2e sem.), E-3.
Debré, K-1.
Debré, R-4.
Déchaux (Mlle), D-2.
Dehelly, O-7.
Deroide, J-11.
Deroye, C-10.
Détré, Aa-2.
Deverre, K-5.
Di Chiara K-5.
Doré, E-6.
Douay, C-9.
Dubertrand, H-8.
Dubosc, Q-1.
Dufour, Ai-1.
Dumas, D-12.
Durand, Al-1.
Durand, A-4.
Duval, D-11.
Duverger, A-8.
Duvoir, K-4.
Ehrenpreis, X-3.
Eliot, E-6.
Fabre, C-8.
Fenestre, D-13.
Fernet, O-5.
Ferran, J-10.
Ferry, Ag-1.
Ferry (Ch.), Al-1.
Fimbel, I-12.
Finot, Ap-1.
Flandin, O-2.
Flurin, Ac-1.
Flurin (2e sem.), O-1.
Foix, A-3.
Fontorbe, V-5.
Fouchet, R-8.
Fouquiau, J-12.
Foy, D-4.
Froget, H-5.
Galliot, J-3.
Galup, L-2.
Garban, Ab-1.
Garsaux, V-2.
Gastinel, B-5.
Gauducheau, O-6.
Gendron, U-2.
Gendron (André), I-6.
Ghys, Al-1.
Girode, E-5.
Girou, Ak-1.
Giry (Mlle), S-1.
Glénard, D-8.
Guénot, O-3.
Guggenheim, H-3.
Guillaume, O-8.
Guyader, B-8.
Haller, Aa-1.
Halluin (d'), O-9.
Halphen, I-11.
Hamel, Y-1.
Henry (R.), L-3.
Houdard, O-13.
Houzel, K-5.
Hovelacque, D-12.
Jacob, B-6.
Jacoulet, A-9.
Jolivet, E-1.
Jolivet (2e sem.), R-6.
Joltrain (1er sem.), O-1.
Joltrain (2e sem.), V-1.
Josset-Moure, A-9.
Jullien Al-1.
Jumentié, X-2.
Kindberg (L.), D-3.
Lagane, D-9.
Lamouroux, C-9.
Lamy, T-2.
Laroche, F-1.
Lasnier, I-4.
Le Blaye, B-3.
Lebras, C-8.
Lechevallier, I-6.
Leconte, N-1.
Lemarchal, D-12.
Le Mée, C-8.
Le Moine, H-8
Le Noir, Aa-1.
Lerat, B-7.
Levant, F-5.
Lévêque, B-7.
Leveuf, B-9.
Lévy (Edmond), R 9.
Lévy-Bruhl, P-1.
Lévy-Valensi, C-7.
Liébault, K-6.
Logre, X-5.
Mme Long, Aj-1.
Loubeyre, A-7.
Louin, P-3.
Lutembacher, O-5.
Luzoir, Q-3.
Lyon-Caen, H-2.
Maillet O-3.
Maisons, J-13.
Mallein, J-8.
Mallet, J-1.
Marcorelles, J-6.
Marie (1er sem.), R-6.
Marre, B-4.
Marsan, E-6.
Martin, O-8.
Martingay, H-9.
Mascarenhas, I-10.
May, V 3.
Ménard, G-2.
Merle, R-3.
Merle (Pierre), X-1.
Metivet, I-9.
Metzger, L-3.
Miginiac, O-13.
Moch, E-5.
Mondor, J-12.
Monsaingeon, X-3.
Montet, Z-2.
Mora, K-3.
Mornard, J-10.
Moyrand, H-5.
Mutel, V-2.
Neveux (Mlle), C 1.
Nicaud, J-11.
Olivier, T-2.
Paillard, A-1.
Pakowski, M-3.
Parturier (1er sem.), M-1.
Parturier (2e sem.), H-1.
Pascalis, F-4.
Passot, Z-2.
Pélissier, J-7.
Pellot, S-3.
Pénard, E-7.
Pépin, I-7.
Perdoux, Q-3.
Périer, J-10.
Périneau, S-2.
Petel, D-11.
Petit (Paul), D-6.
Petit (J.), E-7.
Phélip, R-9.
Philbert, C-3.
Photiadès, J-3.
Pinard, I-5.
Pironneau, Y-3.
Pont, I-6.
Portocalis, D-7.
Pottet, F-5.
Prélat, R-10.
Rafinesque, N-2.
Railliet, A-6.
Rais, O-7.
Regnard, I-1.
Riberol, O-9.
Richet, Ac-1.
Robert, T-1.
Rolland, V-4.
Roudinesco, T-1.
Rouget, Y-3.
Roux (Georges), R-5.
Roux (Jean), H-7.
Saiget, O-9.
Saint-Girons, D-5.
Saissi, H-7.
Salin, A-3.
Samson, Q-4.
Sauphar, M-2.
Schæffer, X-1.
Schreiber, L-1.
Ségard, M-3.
Séguinot, Y-3.
Séjournet, A-7.
Sevestre, C-6.
Silbert, Z-1.
Sorrel, F-3.
Sourdel, U-1.
Stern, O-7.
Stévenin, Ac-1.
Stroehlin, J-2.
Thibaut, Af-1.
Tinel, K-1.
Toulant, Ak-1.
Toupet, F-4.
Touraine, P-2.
Troisier, R-1.
Vaucher, F-2.
Vaugiraud (de), R-8.
Velter, I-12.
Verdoux, O-10.
Verdun, O-4.
Vernes, O-4.
Vigneron d'Heucqueville (1er sem.), E-3.
Vigneron d'Heucqueville (2e sem.), Y-2.
Vincent (laur.), F-1.
Vuillet, S-3.
Weber, V-2.
Weill (André), D-1.
Weill (Pierre), Q-2.
Wilhelm, F-3.
Willette, N-3.
Woimant, D-11,
Wolfromm, I-10.

INTERNES PROVISOIRES

Baumgartner, N-1.
Bernard, H-10.
Bloch (André), V-6.
Bloch (Jacques), S-4.
Bruslé, F-5.
Cumont (de), S-5.
Desbouis, A-10.
Desplas, V-3.
Dournay, D-14.
Dufourmentel, J-12.
Ecalle, Y-4.
François (René), I-15.
Gillard, U-3.
Jumon, L-4.
Le Grand, R-9.
Levy, Ah-2.
Mignot, J-14.
Monod (Robert), V-4
Morancé, B-1.
Nadal, Z-1.
Petit (Henri), R 11.
Philippon, O-14.
Pignot, E-8.
Pruvost, O-12.
Routier, F-6.
Tissier, Ab-3.
Villechaise, Af-1.
Virenque, Ab-3.
Weissenbach, R-7.

EXTERNES

Abramovitch (Mlle), R-9.
Achard, Q-4.
Achard, U-1.
Adler, S-1.
Alary, S-2.
Albertin, B-6.
Albessard (Mlle), I-6.
Alexandre (Paul), H-2.
Allard, Y-3.
Amblard, E-3.
Amyot, D-5.
André (Albert), I-11.
Angot, Q-4.
Antony, O-9.
Apard, O-12.
Ardillier, D-6.
Argent (Mlle d'), H-1.
Arnal, L-1.
Arnaudon, B-7.
Arnovitch (Mlle), A-2.
Astruc, N-5.
Athanassiu (Mlle), H-7.
Audain, G-2.
Audebert, H-5.
Aujay de la Dure, D-3.
Aurégan, C-1.
Autier, I-4.
Avezou, O-12.
Babiaud, D-16.
Baille, Y-1.
Baillet (Mlle), Y-2.
Bailleul, A-2.
Baisoiü, B-5.
Balland (M.), H-1.
Balland, N-3.
Barat, D-7.
Barbe (Mme), D-2.
Bardet (Georges), C-4.
Bardon, I-2.
Barély, K-2.
Barnathan, Y-1.
Barie (de), M-2.
Barraud, M-2.
Barthélemy (Paul), R-1.
Barthélemy (Raymond), R-1.
Bastard-Bogain, J-2.
Baude, U-1.
Baudet, E-9.
Baudin, C-9.
Baudouin (Émile), Ab-1.
Baudouin (Henri), I-2.
Baudouin (Roger), H-7.
Baudson, Y-3.
Bader, O-3.
Baudot, O-7.
Beck, D-12.
Bedel, X-5.
Bel, B-4.
Bellin du Coteau, Ad-1.
Beloux, D-8.
Benair (Louis), P-1.
Bénassy, I-10.
Bénit, H-8.
Benoist-Pilloire, D-11.
Béraud (Armand), E-1.
Béraud (Henri), E-3.
Bergès, E-6.
Berlioz, F-3.
Bernard Gerriet, I-7.
Bernard (Ulric), I-1.
Bertaux, R-8.
Berthod, J-6.
Berthomier, X-1.
Berthomier-Lamer, K-8.
Berthon, Ad-1.
Bertrand, N-4.
Besançon, C-11.
Besnard (Ch.), M-6.
Besnard (J.), J-15.
Besnard (Gustave), O-5.
Besnard (Jean), F-3.
Besset, C-11.
Bessière, X-1.
Bettinger, L-3.
Bideaux, R-2.
Bijon, Z-2.
Bilbault, L-1.
Bilot, D-12.
Bion, I-1.
Bisson, B-8.
Blacque, J-1.
Blanc (Mlle), S-1.
Blanches, H-8.
Blanchier, B-2.
Bloch (René), H-4.
Bloch (Sigismond), C-9.
Blum, C-8.
Blutel, J-9.
Bobeau, R-6,
Bobrie, O-10.
Bodineau, E-3.
Boé, O-4.
Bonhoure, A-8.
Bonnet, Ab-1.
Bonnet (Flavien), D-7.
Bontemps, D-11.
Borch (Mlle), I-10.
Borel, T-2.
Borel (Alph.), K-9.
Boubermann, R-9.
Boucheron, A-7,
Bouderligne (Mlle), E-7.
Bouhey, Ae-1.
Boulan (Mme), O-2.
Boulan, A-6.
Boulay (Ed.), J-11.
Boulet, T-1.
Bourdeaux, D-11.
Bourdette, Ah-1.
Bourgeois, Q-1.
Bouquier, D-9.
Bourrouillan, Ah-2.
Bouteil (Mlle), J-2.
Boutet, E-4.
Boutin, D-10.
Boultier, K-5.

ACTES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 MAI 1909

THESES

Mercredi 19 mai 1909, à une heure. — M. Pépin. Du traitement des abcès non tuberculeux de la prostate, en particulier du traitement par l'incision rectale. (MM. Segond, président; Nicolas, Hartmann et Branca.) — M. Planson. Etude sur les contusions et ruptures traumatiques de la rate. (MM. Segond, président; Nicolas, Hartmann et Branca.) — M. Alvergnat. Observations sur le développement du tissu musculaire des batraciens. (MM. Nicolas, président; Segond, Hartmann et Branca.) — M. Herisson. Les lipomes rétropéritonéaux. (MM. Hartmann, président; Segond, Nicolas et Branca.)

Samedi 22 mai, à une heure. — M. Doury. De la dessidence épileptique chez les enfants et les adolescents. (MM. Dieulafoy, président; Bar, Chauffard et Brindeau.) — M. Plesse. Contribution à l'étude de la dystocie par atrésie cicatricielle du col. (MM. Bar, président; Dieulafoy, Chauffard et Brindeau.) — M. Pateau. Contribution à l'étude des crises hypodermiques de la fièvre typhoïde. (MM. Chauffard, président; Dieulafoy, Bar et Brindeau.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de technique chimique à l'usage des laboratoires médicaux. Guide de l'étudiant et du praticien dans les recherches chimiques, physiologiques et cliniques, par M. Albert Morel, docteur ès sciences, professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. Préface du professeur Hougounenq. In-18 colombier, cartonné toile, de 840 pages, avec 160 figures dans le texte et 2 planches hors texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique médicale et médecine journalière, par G. Lemoine. In 8 de 1113 pages, 5e edition. — Paris, Vigot.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **4** fr. **50**.	— 6 mois : **8** fr.	— 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE..	3 mois : **7** fr.	D. — 6 mois : **13** fr.	— 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR LA NOMINATION A TROIS PLACES DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Leçon clinique.* — Séance du 11 mai : MM. Rathery et Lœper, 20.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 14 mai, à quatre heures trois quarts, à la Charité (séance de classement).

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 10 mai : MM. Iselin, 16; Chevassu, 15; Kendirdjy, 12.

CONCOURS D'INTERNAT DE NANTERRE. — ÉPREUVE CLINIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE. — Ont obtenu : MM. Fenard, 13; Cardot, 10; Humbert, 9; Le Roux, 17; Crépin, 9; Le Roy, 19; Vautier, 15; Lafon, 19.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BOULOGNE-SUR-MER. — Il sera ouvert à Lille, en l'une des salles de la Faculté, rue Jean-Bart, n° 1, un concours public pour l'emploi de médecin-chirurgien-adjoint à l'hôpital de Boulogne-sur-Mer.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 18 juin.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — M. Rispal, agrégé libre et chargé d'un cours complémentaire de bactériologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

M. Soulié, agrégé libre et chargé d'un cours d'anatomie topographique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

M. Suis, docteur en médecine, chargé d'un cours de zoologie médicale et micrographie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 11 mai 1909 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Villedary est nommé médecin chef de l'hôpit. milit. de Rennes.

Médecins-majors de première classe. — MM. Dommartin est nommé médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte d'Amiens; Lespinasse, passe à l'hôpit. milit. Saint-Martin à Paris et détaché au ministère de la guerre; Roy, à l'hôpit. milit. de Toulouse.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Dellac, passe au 34e d'inf.; Ragnaud, au 35e d'inf.; Costa, à l'hôpit. milit. de Marseille (bactériologie); Rouffiandis, au 16e escad. du train des équipages milit.; Delacroix, au 10e d'inf.; Wyart, aux hôpit. de la division d'Alger; Massip, à la place de Belfort; Boigey, au 5e escad. du train des équipages milit.; Champeaux, au 8e huss.; Metzger, au 6e cuir.; Delmas, à la direction du service de santé du 15e corps d'armée; Cristiani, maintenu aux hôpit. de la division de Constantine et détaché au corps de débarquement de Casablanca.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Guénot, passe au 35e d'inf.; Guiot, au 121e d'inf.; Pouponneau, au 113e d'inf.; Donet, au 1er tir. alg.; Dumoulin, aux hôpit. de la division d'Oran.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Debombourg, passe au 86e d'inf.; Guerrier, au 67e d'inf.

SOCIÉTÉ POUR LA PROPAGATION DE L'INCINÉRATION. — Une conférence de M. le docteur Cornet sur l'incinération, avec accompagnement de projections par M. Mesnard, aura lieu le vendredi 14 mai 1909, à huit heures et demie du soir, à la mairie du VIe arrondissement, place Saint-Sulpice.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Journeault (de Paris).

RENSEIGNEMENTS

FULGURATION ET CHIRURGIE DU CANCER

Par M. C. JUGE,
Chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Je me propose d'exposer ici la question du traitement chirurgical du cancer, appuyée sur la fulguration, telle que je l'ai réalisée lors de la collaboration de Keating Hart avec moi, et surtout telle que je la conçois à l'heure actuelle où j'ai uni dans mes seules mains et dans un acte harmonique l'action chirurgicale proprement dite et l'acte de la fulguration.

Qu'est-ce que la méthode de la fulguration? Essentiellement la combinaison d'une action électrique particulière et d'une intervention chirurgicale qui, s'appuyant sur les réactions physiologiques si curieuses, déterminées par l'étincelle de haute fréquence, peut dans bien des cas et malgré une exérèse insuffisante, prétendre à un résultat appréciable.

A vrai dire, surtout électrique au début, la méthode est devenue vraiment électro-chirurgicale, et c'est telle que je la développais en octobre dernier avec Keating Hart. Je la définissais en ces termes (1):

« La méthode de la fulguration se propose non pas une cautérisation qu'elle n'est à aucun degré, peu une action de destruction qui n'est chez elle que secondaire, mais surtout un effet de réaction des tissus et une véritable action de vitalisation. »

Les deux éléments chirurgical et électrique se combinent suivant les phases suivantes : un étincelage préalable, l'opération chirurgicale proprement dite, et enfin l'étincelage définitif.

Ces trois temps d'ailleurs ne constituent pas pour moi, à l'heure actuelle, une formule obligatoire. Ils varient surtout d'importance suivant les cas : nature du néoplasme, rapidité de son évolution et enfin réactions physiologiques du sujet. C'est là une question d'expérience et d'appréciation personnelle.

J'exposerai successivement :

L'instrumentation et la technique électriques;

Les réactions si curieuses déterminées par la fulguration;

Les principes chirurgicaux;

Les indications et les contre-indications de la méthode et je terminerai par l'étude de ses inconvénients et de ses dangers.

Technique électrique. — Quelques mots sur l'instrumentation :

Par l'intermédiaire d'un tableau de distribution, une bobine ou transformateur, muni d'un interrupteur rapide, est relié par les bornes de l'inducteur au courant d'un secteur urbain d'une part, et de l'autre par les bornes de son induit aux armatures internes de deux condensateurs à diélectriques très résistants. Des armatures externes des deux condensateurs partent deux fils qui aboutissent à un petit solénoïde connu en électrothérapie sous le nom de résonnateur de Oudin.

(1) C. Juge. *Arch. prov. de chir.*, sept. 1908, p. 68 du tiré à part.

L'un des fils s'attache à la borne inférieure du résonnateur, mais l'autre vient se greffer plus ou moins haut sur l'échelle des fils du résonnateur.

L'instrumentation se complète : par une électrode creuse permettant le passage d'un courant d'air stérilisé, par un tréteau en bois et par une table d'opération également en bois.

Le courant du secteur à basse tension (à ma clinique j'emploie le 220 volts) parcourt interrompu le primaire de la bobine et fait naître dans l'induit un courant également interrompu d'un potentiel fort élevé déjà.

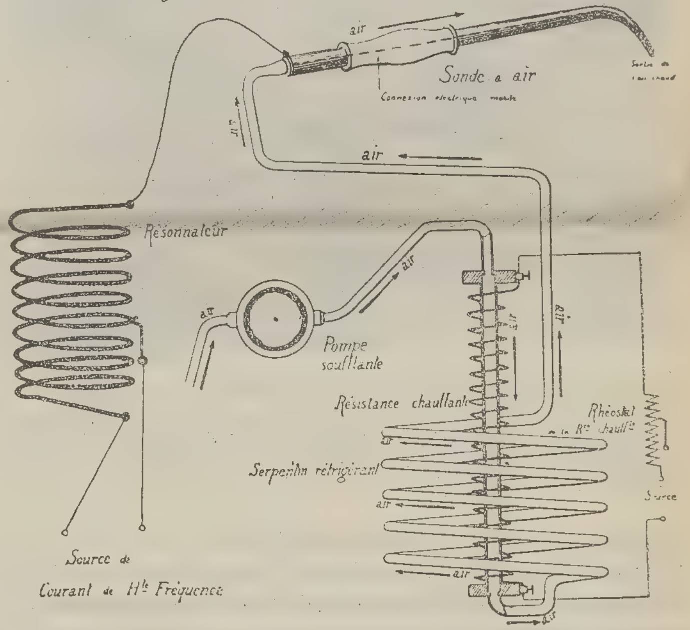


Fig. 1. — *Schéma montrant l'électrode dans sa double connexion avec un résonnateur d'une part et un appareil à soufflerie d'air stérilisé d'autre part* (*Arch. d'élec. méd.*, 22 mai 1908).

Entre les pôles de l'éclateur jaillit une véritable pluie d'étincelles violemment crépitantes dont le résultat est la production d'oscillations de *très haute tension*, dans la partie fermée du résonnateur, et finalement, dans sa partie libre, d'où part le fil vecteur de l'étincelle unipolaire (1), l'étincelle à fulguration, *véritable foudre en miniature.*

Sur ce groupe d'organes, l'opérateur dispose de trois *commandes* (2) :

La manette du rhéostat au primaire;

L'écartement des pôles à l'éclateur;

La résonance.

En faisant varier ces trois éléments ensemble ou séparément, j'obtiens *toute une gamme d'énergies* que je gradue suivant l'effet que je veux obtenir et les réactions du sujet.

J'ajoute que l'anesthésie est indispensable.

Rien n'est plus simple en apparence que la fulguration d'une plaie. Il suffit, semble-t-il, de promener l'électrode de façon à ne laisser aucune notable partie des tissus qui ne soit soumise au choc de l'étincelle.

(1) Je ne parle pas de l'étincelage bipolaire. Pour produire celui-ci il suffirait de placer le malade ou un point quelconque de son corps dans le circuit fermé du résonnateur.

(2) Et même d'une quatrième, celle de l'interrupteur.

Tel est le schéma; mais l'application aux mille contingences de la clinique m'en apparaît de plus en plus délicate, à mesure que mon expérience se développe.

Tout d'abord l'étincelage préalable à l'acte chirurgical est-il utile ?

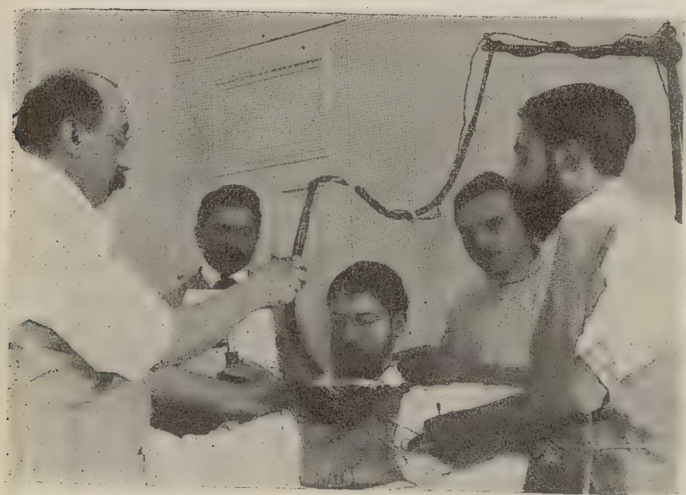


Fig. 2. — *Fulguration de la brèche opératoire* (temps final). *En raison de l'absence de connexions dangereuses et les réactions cardiaque et respiratoire du sujet ayant été tâtées, l'appareil est réglé à son maximum de rendement* (étincelles = 8 à 9 centimètres).

Contrairement à diverses opinions, j'accorde à cet acte une place des plus importantes dans ma technique, non dans le but de faciliter l'énucléation de la tumeur ou l'hémostase, faits que je considère comme illusoires ou dépourvus de tout avantage.



Fig. 3. — *L'opération est terminée. Type de rapprochement incomplet, drainage soigneux. De L part un pointillé qui aboutit à une goutte de lymphe presque pure que je fis remarquer aux assistants à l'extrémité supérieure de la ligne de suture.*

Tout au contraire, je dépasse cette période d'ischémie qui marque les premiers instants de la fulguration et n'arrête mon action électrique que lorsqu'une congestion intense et d'une coloration particulière, sanguine et lymphatique à la fois ou simplement lymphatique, a été réalisée.

C'est qu'en effet cette phase congestive est la première manifestation du processus réactionnel de l'organisme que je m'efforce de stimuler.

Telle est d'ailleurs la réalité de ce phénomène que dès ce moment je réussis à faire perler sur la peau des *gouttes de lymphe absolument pure* dont la composition cytologique vient d'être étudiée dans une note que j'ai communiquée avec Hawthorn à la Société de biologie.

L'exérèse chirurgicale vient de se terminer, ne laissant plus aucun noyau néoplasique appréciable.

A ce moment je passe à l'étincelage définitif.

Abandonnant le bistouri, je prends l'électrode. Mon assistant amarre les bords de la plaie avec des pinces et *développe la région.*

Tous les coins et recoins en sont successivement exposés et asséchés.



Drain en verre. Drain.

Fig. 4. — *Autre type de rapprochement après exérèse moins large. Les bords de la plaie ne sont pas exactement affrontés mais seulement* juxtaposés, *en raison de l'œdème. Un gros tube en verre assure le drainage du creux axillaire. Un autre ressort à la partie inférieure et antérieure de la ligne de rapprochement.* (Ce dernier a donné pendant plusieurs jours un goutte à goutte de lymphe absolument pure, riche en leucocytes polynucléaires.) Apyrexie complète de la courbe.

Dès lors, je peux conduire mon action électrique d'une façon rationnelle sous le contrôle de la vue.

En effet, il faut y voir clair dans une plaie où souvent se cachent des organes délicats, afin de n'imposer *à chacun d'eux que l'intensité électrique qu'il est capable de supporter.*

A cet égard, l'électrode à bout très effilé, que j'emploie, me rend de très grands services, en me permettant de localiser le jet électrique, pendant que le courant d'air, variable de puissance, dépouille plus ou moins l'étincelle de ses effets calorifiques.

Il ne saurait être question dans ma technique de reprises incessantes d'exploration avec le doigt, des tissus un instant soumis à l'étincelage, dans la pensée que celui-ci rend palpables des noyaux qui auraient échappé à l'instrument tranchant. Je ne crois pas à

cette action si pleine d'à-propos de l'étincelle; du moins, je ne l'ai jamais constatée!

Ces manipulations m'apparaissent tout à fait inutiles quand l'évidement chirurgical est pratiqué par une main exercée. Elles sont même dangereuses par les contusions multiples qu'elles infligent aux tissus.

Que ma main tienne l'électrode ou le bistouri, je me crois obligé au respect des principes élémentaires de la chirurgie.

Ainsi donc, plaie bien étalée et asséchée, étincelle à potentiel plus ou moins élevé, plus ou moins nourrie, plus ou moins refroidie, appliquée plus ou moins longtemps, soigneusement canalisée par une électrode à fine pointe capable de localiser les effets de percussion, et maniée sans meurtrissures inutiles des tissus; tels sont les éléments qui me permettent de *doser* et de *conduire* mon agent électrique.



Drain en verre.

Fig. 5. — *Type de rapprochement éloigné* (après exérèse large (3 gros fils d'argent). *Un gros tube en verre assure le drainage du creux axillaire qui a été soigneusement fulguré.*

Mais quelles doses employer?

L'indication en est fournie par les deux facteurs suivants :

La qualité du néoplasme;

Le degré des réactions du sujet.

La nature du néoplasme est en effet un facteur important à considérer, ainsi que son évolution. Il est des cas, tels certains sarcomes à marche rapide, où une longue étincelle à potentiel élevé me paraît désirable pour obtenir un maximum d'effet; d'autres fois, au contraire, en présence d'un néoplasme à évolution plus lente, un étincelage moins mordant, recherchant beaucoup plus la réaction que la destruction, sera suffisante et permettra souvent une réunion *par première intention, à condition de drainer avec soin.* C'est ce que je fais de plus en plus.

Les réactions individuelles de chaque sujet, et, sur un même sujet de chaque tissu, conditionnent également les modalités de la fulguration. Ce point est l'objet de mes recherches actuelles. Qu'il suffise de savoir que la franchise de la congestion, au moment de la fulguration préalable, m'apparaît de plus en plus comme un élément de pronostic important au point de vue des *réactions conjonctives* et par suite capable de commander dans son intensité, dans son potentiel et dans sa durée la percussion électrique.

De même du tissu sur lequel on frappe. Le tissu graisseux est particulièrement fragile; les gaines des vaisseaux et des nerfs le sont aussi, mais à un moindre degré.

Les parois elles-mêmes des veines offrent une certaine résistance; quant aux cordons nerveux ils sont très difficilement entamés mais peuvent devenir le point de départ de réflexes dangereux.

C'est donc à prévoir et à produire ces réactions suivant les exigences de la lésion traitée, les susceptibilités anatomiques de la région et les modalités des réactions individuelles que l'opérateur devra s'appliquer.

Je pourrais synthétiser ma pensée dans cette formule un peu schématique, que, pour obtenir un effet donné, il s'agit de proportionner le *coefficient d'action électrique* au coefficient *néoplasique et à celui de la réaction des tissus.*

Donc, sous son apparence de grande simplicité, la fulguration demande une expérience sérieuse.

Celle-ci acquise, on pourra, comme je le pratique couramment devant mes confrères, porter l'énergie de la fulguration directement sur les organes les plus délicats, tels que les veines et même le *pneumogastrique, sans avoir à réséquer celui-ci.*

Réactions physiologiques. — Je les ai divisées en phénomènes immédiats, consécutifs et éloignés. Je ne fais qu'indiquer rapidement les réactions immédiates de la peau sous le choc de l'étincelle : l'ischémie avec « chair de poule » si accusée, et lui succédant, la phase de congestion sous forme de placard d'un rouge fauve, orange, et enfin l'infiltration lymphatique.

Parfois, phénomène singulier, l'œdème de réaction se produit seul sans congestion sanguine.

Dès cette première période peut se manifester la *lymphorrée.*

Je tiens à établir que ce liquide séreux, citrin, *rapidement coagulable*, est un phénomène d'une objectivité certaine.

Ma technique actuelle me permet de déterminer cette sécrétion souvent sept à huit minutes après le début de la fulguration, mieux encore à la fin même de l'opération sous forme de gouttes perlant de la peau.

La peau sue de la lymphe. De la lymphe en effet ce liquide a les éléments figurés, comme je viens de l'établir.

Ceux-ci sont représentés d'abord par quelques rares éosinophiles, puis dès le deuxième jour exclusivement par une polynucléose neutrophile.

Son abondance et sa durée très variables sont en rapport non seulement avec l'adipose, mais surtout



Fig. 6. — *Avant l'opération.* — Cancer végétant ayant dévoré la plus grande partie du pavillon de l'oreille et menaçant le conduit.

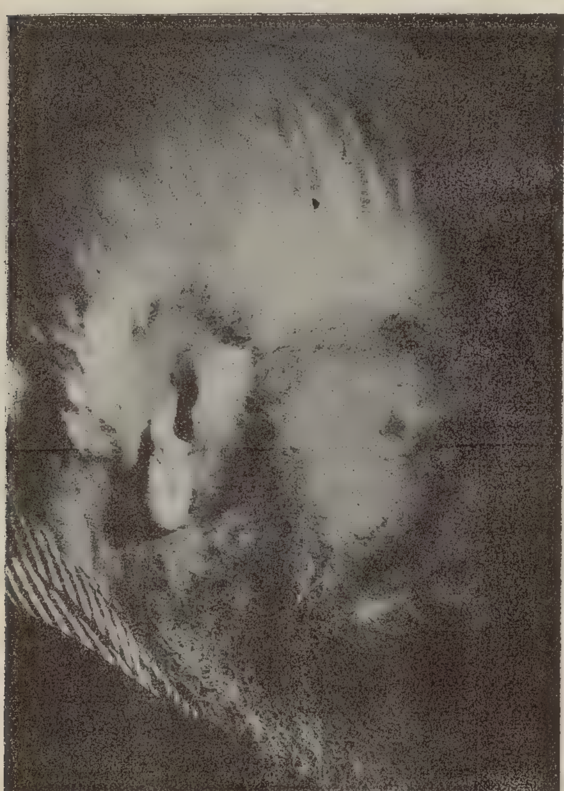


Fig. 7. — *Quatre semaines après l'opération.* — La guérison se maintient depuis six mois. On voit que mon exérèse a été très limitée et que j'ai pu *conserver de l'oreille tout ce qui n'était pas la tumeur elle-même.* (Malade présenté à la « Ligue contre le cancer », le 18 janvier, à la Société médicale des hôpitaux, le 22, et à la Société de médecine de Paris, le 23.)

avec l'activité réactionnelle du sujet et le mode de fulguration, car ma technique me permet d'en prévoir et d'en régler l'intensité dans une large mesure.

L'apparition immédiate de la lymphorrée, sa coïncidence avec des courbes thermiques normales et enfin dans un cas, son asepsie au moment même où elle atteignait son maximum d'intensité me permettait de relever *tout au moins pour mes malades et ma technique*, l'erreur absolue de cette allégation qui tendrait à voir en elle une manifestation de l'infection.

Je ne fais que signaler l'*escarre*, que je réussis aujourd'hui à éviter le plus souvent.

L'activité de bourgeonnement est merveilleuse, c'est vraiment « une fougue de cicatrisation » (1), suivant l'image que m'avaient suggérée ces comblements, d'orbite évidé et de larges pertes de substance à la face. Tout cela aboutit à de véritables *autoplasties spontanées* et souvent à un processus d'infiltration fibreuse de *fibrose* que j'ai trouvé s'irradiant loin des plaies autrefois fulgurées, et qui se montre « capable d'entamer la virulence du cancer, de l'encercler et de le rendre inoffensif (2). Zimmern (3) d'abord sous le nom d'*ouloplasie*, P. Fredet (4) ensuite, exposent et adoptent ces idées, déduites, elles, de longues et minutieuses observations des faits.

Si j'ajoute que Bergonié et Tribondeau ont noté un afflux énorme de leucocytes dans les tissus fulgurés, et que moi-même avec Hawthorn (5) ai montré des variations de la formule hémo-leucocytaire dans le sens d'une polynucléose parfois considérable, on pourra mesurer l'intensité de cette réaction conjonctive, qui va depuis la lymphorrée des premières minutes de la fulguration, en passant par les modifications sanguines et l'activité des bourgeons, jusqu'à l'étouffement des vestiges néoplasiques et à l'amélioration parfois si rapide de l'état général.

Je signale l'effet analgésique si remarquable de la fulguration.

Principes chirurgicaux — Telles sont les curieuses réactions sur lesquelles est basée ma technique chirurgicale.

Celles-ci aboutissent à une double conséquence, arrêt du processus cancéreux et activité cicatricielle considérable aboutissant à de véritables autoplasties spontanées (6).

Toute ma chirurgie de la fulguration en découle. Elle s'impose un rôle d'élimination des masses néoplasiques et laisse à l'étincelle le soin d'achever la tâche.

Tel est le principe que j'ai exposé avec Keating Hart dans mes communications et publications (7). On

(1) Juge. *Arch. prov. de Chir.*, sept. 1908.

(2) *Loc. cit.*

(3) Zimmern. *Presse méd.*, n° 8, 1909.

(4) P. Fredet. *Presse méd.*, n° 19, 1909.

(5) Juge et Hawthorn. *Soc. de Biol.*, avril 1909.

(6) Voir fig. 11 à 14, 19 à 22, 39 à 41 de mon mémoire des *Arch. prov. de Chir.*, sept. 1908.

(7) Communication et présentation de : 4 malades, Congrès pour l'avancement des sciences, Clermont-Ferrand, août 1908 ; — 12 ma-

a pu croire que j'avais érigé en *dogme* l'exérèse du néoplasme toujours et nécessairement limitée à ses contours macroscopiques. La vérité est que m'attaquant à des lésions presque toujours inopérables, que je ne pouvais largement dépasser, cette condition m'avait paru le minimum exigible pour obtenir un résultat appréciable.

Et de fait bien des résultats qui se maintiennent encore prouvent qu'elle était suffisante, au moins dans certains cas.

Mais aujourd'hui que mon expérience m'a démontré la valeur de la fulguration, je n'ai pas de raisons pour ne pas élargir le cadre de mon action opératoire que je proportionne aux circonstances (1).

Cas opérables dans les conditions normales. — Y a-t-il lieu d'utiliser la fulguration dans ces cas? Sans aucun doute, car si la méthode a de la valeur pour les mauvais cas, elle sera plus efficace *a fortiori* dans les cas encore maniables. On ne peut pas invoquer que la destruction supplémentaire d'une mince lame de tissus soit un avantage insignifiant.

Je crois en effet avoir accumulé assez d'arguments et de faits pour faire renoncer à cette explication vraiment trop simpliste des effets surprenants de la fulguration.

D'autre part, ma technique me permettant d'éviter la formation des escarres, je recherche et obtiens souvent la réunion par première intention. (Voir les figures.)

Malgré tout, je pense qu'en bien des circonstances les exérèses massives et mutilantes pourront être évitées ou du moins atténuées.

Cas sur la limite de l'opérabilité et cas inopérables. — Ici la chirurgie pure est à peu près impuissante.

Grâce à la fulguration, *j'ai reculé considérablement les limites de l'opérabilité.*

Désormais je considère comme pouvant être opérée avec *chances de succès, du moins temporaires*, la majorité des malades chez lesquels il n'est pas possible d'extirper les masses néoplasiques, *au moins* dans leurs limites macroscopiques.

Je citerai dans cet ordre de faits un cancer massif et récidivé de la langue et plusieurs cancers du rectum dont l'un, d'une masse de 330 *grammes*, remplissait le bassin, englobant le vagin et le cul-de-sac de Douglas.

Cette dernière malade (2), opérée il y a quatre mois, est encore en état de *guérison apparente*.

Drainage. — Il est d'absolue nécessité pour assurer l'écoulement de ce flux lymphorréique *aseptique*.

Je l'établis en des points multiples avec des tubes de caoutchouc ou de verre, et grâce à lui je réalise la réunion par première intention (voir figures).

En cas de large perte de substance, je ne fais que rapprocher la plaie par de gros fils d'argent.

Inconvénients et dangers de la fulguration. — Maintes fois, j'ai observé des retentissements de la fulguration sur les fonctions organiques, mais je n'ai pas eu d'accident sérieux.

Ces phénomènes prouvent combien il importe d'acquérir l'expérience consommée de cette méthode pour *doser* l'action électrique, je ne saurais trop insister sur ce point. Ce n'est qu'à ce prix qu'on pourra attaquer avec le bistouri et l'électrode les cancers intéressant les grandes régions vasculo-nerveuses, et faire bénéficier les malades de survies notables et inespérées.

lades, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9 oct. (voir *Bulletin* du 22); Congrès de Chirurgie, 10 oct. (voir *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, article de Lucas-Championnière, 25 nov); *Soc. de Chir.*, 14 oct.; — 4 malades, *Soc. de méd.*, Paris, 28 nov; *Soc. de Derm.*, 3 déc; Comité médical des Bouches-du-Rhône, 23 et 30 oct., 6 et 13 nov., 18 déc.; — 20 malades.

(1) Cette idée est déjà formulée dans une de nos publications précédentes, *Marseille médical*, 15 janv. 1909.

(2) Considérée comme inopérable par le professeur Forgue (de Montpellier) qui lui créa un anus iliaque.

Cette observation sera publiée *in extenso*. J'ai à peine besoin d'ajouter que ma formule exclut naturellement les cancers généralisés ou en voie de généralisation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1909)

Les microbes pathogènes invisibles et les preuves physiques de leur existence. — M. A. CHAUVEAU. Les inoculations d'humeur vaccinale en *dilution progressive* continuent à démontrer, dans l'humeur, l'existence d'éléments solidiens remplissant le rôle d'agents virulents.

D'autre part, les expériences de diffusion continuent à exclure de toute participation à ce rôle les *colloïdes* que l'humeur vaccinale contient à l'état d'extra fini émulsion.

D'où il résulte que les *agents invisibles* de la virulence de la vaccine, ainsi que leurs nombreux congénères, indéfiniment transmissibles *in vivo*, ont conservé tous leurs droits à être considérés comme des êtres vivants parasites.

Ces agents virulents tiennent une place des plus considérables dans le domaine de l'histoire naturelle du monde animé, quoique leur *invisibilité* ne permette pas au naturaliste d'en étudier la morphologie.

La respiration chez les chanteurs. — M. MARAGE. Pour qu'une respiration soit bonne, il faut que la cage thoracique se dilate suivant ses dimensions.

Pour qu'elle soit suffisante, il faut qu'elle se dilate assez de manière à obtenir une capacité vitale en rapport avec l'âge, la taille et le poids du sujet.

Chaque élève de chant on de diction devrait avoir une fiche respiratoire donnant non seulement sa taille, son poids, son périmètre thoracique et sa capacité vitale, mais encore la courbe représentant son genre de respiration.

Il est inutile d'apprendre à chanter ou à parler si l'on ne sait pas respirer, et la plupart des voix se perdent non pas tant par une mauvaise méthode que par une mauvaise respiration.

Influence de l'âge sur la quantité et la répartition chimique du phosphore contenu dans les nerfs. — MM. CH. DHÉRÉ et H. MAURICE.

(SÉANCE DU 3 MAI 1909)

Des corps indologènes de l'urine. — M. CH. PORCHER.

Sur la bilirubine. — M. PIETTRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 MAI 1909)

Appendicite chronique. — M. Richelot revient sur cette question. Il rappelle les troubles si divers auxquels peut donner lieu l'appendicite chronique, combien souvent on a attribué aux annexes, au foie, au rein, au système nerveux, à l'intestin lui-même, des accidents dont le point de départ était l'appendice seul. Ce qui le prouve c'est qu'une fois l'appendice enlevé, tous ces accidents disparaissent. Souvent aussi on prend pour une appendicite pure toute autre affection de cet organe. M. Richelot cite l'exemple d'une jeune fille de vingt-trois ans qui lui avait paru présenter des crises d'appendicite nette. Il l'opère et trouve un épithélioma de l'appendice. Il s'est donc félicité d'avoir insisté, dans ce cas, pour pratiquer l'opération.

La conclusion que M. Richelot tire de ces faits c'est qu'en présence de malades qui souffrent du ventre, il faut les examiner de très près, s'appliquer à déceler l'appendicite chronique, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit et ne pas hésiter à intervenir dans ces cas. Les exemples sont très nombreux de malades qu'on est arrivé ainsi à débarrasser de maux très divers dont ils souffraient depuis longtemps et qu'on attribuait à tout autre cause qu'à l'appendicite chronique.

Le succès définitif de l'opération a montré que c'était pourtant bien elle la vraie cause.

Rapports de la phtisie et de l'alcoolisme. — M. Bertillon, chef des travaux statistiques de Paris, fait une lecture sur la relation qui existe entre la fréquence de la phtisie et l'alcoolisme, d'après des statistiques récentes (1).

Il distribue aux académiciens deux cartes de France relatives l'une à l'alcool, l'autre à la phtisie.

Sur la première, on voit au premier coup d'œil que les départements du nord de la France boivent incomparablement plus d'eau-de-vie (par tête d'habitant) que ceux du centre ou du midi. La ligne de séparation des deux contrées est exactement la limite de la culture de la vigne. Nous donnerons idée de la différence en disant que le Calvados, l'Eure, la Somme, etc., boivent, par tête en un an, plus de 9 litres d'alcool pur sous forme d'eau-de-vie (la Seine-Inférieure dépasse même 12), tandis que, immédiatement au sud de la Loire, l'Indre-et-Loire, l'Indre, la Vienne, etc., n'en boivent que 1 ou 2 litres au plus. Il en est de même des départements du midi. Ainsi, dans les pays où se boit le vin, on boit relativement peu d'eau-de-vie ; daus les pays de cidre et de bière, on en boit énormément. « Le vin, dit M. Bertillon, est l'ennemi de l'eau-de-vie. » Dans l'Est, on boit moins d'eau-de-vie que dans le Nord, mais plus que dans le Centre (exemple : Vosges, 4 litres; Jura, 3 litres, etc.) On fait pis : on boit de l'absinthe.

Ainsi, énormément d'eau-de-vie dans les pays de cidre et de bière; passablement dans l'Est; relativement peu dans le Centre et dans le Midi.

La seconde carte de M. Bertillon, relative à la phtisie dans les campagnes, ressemble exactement à la première relative à l'alcool. Beaucoup de phtisie dans tous les départements du Nord ; beaucoup aussi dans l'Est; bien moins dans le Centre et dans le Midi (sauf quelques exceptions). Plusieurs cliniciens, notamment le professeur Lancereaux, ont montré que « l'alcool fait le lit de la tuberculose ». Il n'en est assurément pas la seule cause, mais il apparaît comme étant un de ses principaux facteurs.

M. Bertillon le démontre plus directement encore; la fréquence de la phtisie chez les cabaretiers de trente-cinq à quarante-cinq ans est de 579 morts annuelles pour 100000 vivants. Chez les autres boutiquiers de même âge, elle est de 245. Moins que la moitié ! Cependant les conditions de logement et la manière de vivre sont identiques chez les uns et chez les autres; l'alcool est la seule cause de l'énorme différence.

C'est l'alcool aussi qui est probablement cause qu'à Paris la phtisie est deux ou trois fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme (ce que montre un diagramme de M. Bertillon).

La conclusion est celle-ci : si vous voulez combattre en France la plus terrible des maladies, qui est la phtisie, combattez l'eau-de-vie (non pas le vin, mais l'eau-de-vie et ses similaires), car de tous les facteurs de la phtisie c'est, numériquement, de beaucoup le plus important.

(1) C'est seulement pour 1906 que l'on a une statistique de la phtisie pour l'ensemble du pays. Cette maladie a causé 71 496 décès.

Election. — L'élection d'un membre associé libre avait attiré un nombre insolite d'académiciens; 90 votants sur lesquels 51 ont porté leurs suffrages sur M. Maurice de Fleury. Après lui, M. Voisin a obtenu 21 voix; M. Castex, 9; M. Capitan, 6; M. Valude, 2 ; M. Coudray, 1.

Nous sommes heureux d'adresser nos amicales félicitations à notre collègue de Fleury.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Chauffard sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 MAI 1909)

Erythème noueux et intra-dermo-réaction. — MM. H. Barbier et C. Lian présentent une fillette atteinte d'érythème noueux et chez laquelle l'intra-dermo-réaction n'a été positive qu'avec la tuberculine, elle a été négative avec les sérums antidiphtérique et antiméningococcique. D'autre part, tandis que les lésions d'érythème noueux étaient limitées aux deux membres inférieurs, l'intra-dermo-réaction a été positive à la fois aux membres inférieurs et supérieurs ainsi qu'à l'abdomen. Toutefois, la morbidité locale s'est traduite par ce fait que la réaction a été beaucoup plus intense à la jambe, et là seulement a reproduit nettement un élément typique d'érythème noueux.

Les auteurs admettent donc, après MM. Thibierge et Gastinel, la tendance réactionnelle spéciale de la région atteinte par la dermatose et conseillent, en pareil cas, d'employer simultanément la tuberculine et un sérum antitoxique ou mieux une autre toxine diluée, et d'injecter non seulement dans les régions atteintes par la dermatose, mais aussi dans les territoires restés indemnes.

Cette observation vient s'ajouter à celle de MM. Chauffard et Troisier, et tend à montrer qu'il y a lieu de faire une place à l'intoxication tuberculeuse dans l'étiologie de l'érythème noueux.

Insuffisance surrénale au cours d'une diphtérie grave. Opothérapie; guérison. — MM. Louis Martin et Henri Darré rapportent une observation de diphtérie grave au cours de laquelle apparut brusquement, neuf jours après le début de la maladie, un syndrome d'insuffisance surrénale aiguë, caractérisé essentiellement par une asthénie profonde identique à l'asthénie des addisonniens, un abaissement considérable de la pression artérielle, de la tendance aux syncopes, une légère hypothermie. Sous l'influence de l'opothérapie surrénale, l'asthénie et la plupart des autres symptômes fonctionnels disparurent très rapidement; mais cette médication n'eut aucune action sur la tension artérielle qui ne revint que lentement à la normale. Il existait en même temps

d'autres accidents de l'intoxication diphtérique (albuminurie, paralysies, etc.).

Cette observation prouve que certains accidents qui font partie du complexus symptomatique décrit par Sevestre et Marfan sous le nom de syndrome secondaire de la diphtérie maligne sont parfois la conséquence de l'insuffisance surrénale déterminée par la surrénalite diphtérique. L'importance pratique de cette nouvelle notion pathogénique est très grande, elle conduit à associer l'opothérapie surrénale au traitement sérothérapique dans le traitement des diphtéries graves qui déterminent ces accidents (syndrome cardio-gastrique, paralysie cardiaque, mort subite).

Sur un cas de dermatite polymorphe douloureuse de Dühring-Brocq survenu chez un enfant atteint de mal de Pott. — MM. P. Teissier et René Benard rapportent l'observation d'un enfant de quatre ans, à antécédents tuberculeux des plus nets, présentant une gibbosité pottique dorsale, chez qui, au déclin d'une rougeole, apparut brusquement, et par poussées successives, une éruption polymorphe (macules, papules, vésicules, vésico-pustules, bulles) prurigineuse, douloureuse et altérant l'état général. Cette éruption était, dans sa topographie, étroitement en rapport avec le siège de la gibbosité. Elle dura trente-six jours et fut compliquée par une kérato-conjonctivite purulente double, due au transport du pus par les doigts de l'enfant, qui détermina un leucome adhérent double, lequel nécessita une iridectomie double.

Le liquide céphalo-rachidien était normal.

Il n'y eut ni éosinophilie sanguine, ni éosinophilie locale. Le liquide des bulles renfermait un microcoque (genre staphylocoque) extrêmement virulent, et le pus oculaire, un microcoque analogue qui, prenant le gram en culture, cessait de le prendre lorsqu'il était intra-cellulaire.

Les auteurs pensent qu'il faut faire rentrer cette affection dans le cadre élargi de la dermatite herpétiforme de Dühring et qu'elle constitue un cas de dermatite polymorphe douloureuse, variété subaiguë de Brocq.

Ils font remarquer les caractères bactériologiques un peu spéciaux des microbes trouvés (grande virulence, caractères de coloration).

Ils attirent l'attention sur ce fait que, conformément aux recherches d'un certain nombre d'auteurs, ils n'ont observé ni éosinophilie sanguine, ni éosinophilie bulleuse, ce qui tend à montrer que ce caractère n'est pas aussi primordial que le croit M. Leredde.

Relativement à la pathogénie, tout en faisant des réserves sur l'action de l'infection morbilleuse, ils insistent sur l'existence d'un mal de Pott, et la topographie des lésions, caractères qui plaident en faveur de l'origine nerveuse de la dermatose de Dühring-Brocq.

Méningite cérébro-spinale. — M. Barbier fait une communication sur la méningite cérébro-spinale, à la suite de laquelle s'engage une discussion à laquelle prennent part surtout MM. Netter et Dopter. Cette communication sera analysée ultérieurement

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 6 mai 1909)

Méningite post-traumatique à pneumobacille. — M. Perrier rapporte l'observation d'un cavalier qui fit une chute sur la tête et ne présenta aucun symptôme immédiat autre qu'un écoulement sanguin par l'oreille. Six jours après l'accident, apparition des signes de méningite; la ponction lombaire fournit un liquide céphalo-rachidien, trouble, contenant des leucocytes polynucléaires et des cocci qui furent identifiés et reconnus comme pneumobacilles de Friedländer. A noter qu'en même temps que la méningite furent observés des signes d'hépatitation pulmonaire. L'infection fut bénigne et la guérison survint rapidement.

Un cas d'albuminurie transitoire est rapporté ensuite par M. Labougle.

Etiologie de la fièvre typhoïde (discussion). — M. Schuttelaere apporte deux observations à l'appui de la théorie fécale de l'étiologie de la fièvre typhoïde.

M. Piot a observé à Tours une épidémie ayant la même origine qui donna lieu à quatorze cas et à un décès. La fièvre typhoïde disparut dès qu'on eut condamné la latrine infectante.

M. Visbecq entretient la société de l'épidémie qui vient de sévir à Cherbourg et qui s'est manifesté par trois cents cas dont cinquante-cinq furent mortels.

Ainsi que M. Collignon l'avait déjà montré dans une précédente séance, l'épidémie est incontestablement d'origine hydrique et due à la consommation de l'eau de la Divette. Bien que de l'eau épurée par des stérilisateurs soit mise à la disposition des hommes, ceux-ci boivent malgré toutes les défenses de l'eau de rivière qui ne doit servir normalement qu'aux soins de propreté. Cette eau de la Divette est notoirement polluée par les riverains.

M. Chupin regrette que dans la lutte que l'on mène depuis quelques années contre la fièvre typhoïde, on se soit un peu trop exclusivement préoccupé de détruire on de supprimer le bacille d'Eberth et qu'on ait négligé les causes secondes qui à son avis sont des plus importantes. Il estime que lorsqu'on aura remédié à l'encombrement des casernes, quand on donnera aux soldats une alimentation saine et abondante, quand enfin on aura réglementé le travail de façon à éviter le surmenage, on aura fait faire un grand pas à la lutte antityphoïdique.

Tuberculose et traumatismes. — M. Sieur rappelle la discussion de 1907 au Congrès de chirurgie qui s'éleva à la suite du rapport de M. Jeanbrau sur les rapports de la tuberculose et du traumatisme chez les accidentés du travail. La question est intéressante au point de vue de la médecine légale militaire surtout, en ce qui concerne la recherche de la relation étiologique qui peut exister entre un traumatisme et les foyers tuberculeux.

Les conclusions émises par Max Schuler ont été infirmées depuis et modifiées à la suite des expériences de MM. Lannelongue et Achard, de Pétrow, et aussi par la clinique; on sait maintenant que le traumatisme n'a qu'un rôle limité, qu'il est ou révélateur, ou aggravateur, ou localisateur d'une tuberculose déjà préexistante, et qu'en tous cas il ne joue jamais un rôle créateur. L'auteur cite de nombreuses observations à l'appui.

Comme d'autre part dans l'état actuel de la science, malgré les perfectionnements récents des moyens d'exploration, on ne peut affirmer qu'un sujet, ayant toutes les apparences de la santé la plus florissante, n'est pas entaché de tuberculose latente, il résulte que, au point de vue légal pur, la responsabilité de l'Etat est limitée; mais comme le rôle provocateur du traumatisme est indéniable, le blessé doit être indemnisé en raison de la diminution de l'incapacité de travail. C'est du reste la pratique habituellement suivie dans l'armée chaque fois que l'origine de l'accident peut être rapportée à un fait de service.

NOTES POUR L'INTERNAT

APOPLEXIE PULMONAIRE

DÉFINITION. — L'apoplexie pulmonaire (*syn.* : pneumo-hémorragie, infiltration sanguine du poumon, hémorragie parenchymateuse du poumon, hémorragie pulmonaire) est l'hémorragie qui se produit dans le parenchyme pulmonaire. Pour qu'il y ait apoplexie pulmonaire, il faut qu'il y ait extravasation, dans le poumon, de tous les éléments du sang : hématies et leucocytes. Les cas où il y a simple diapédèse des globules rouges (œdème du poumon, pneumonie) ne rentrent donc pas dans le cadre de l'apoplexie pulmonaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Depuis Laënnec, il est classique de décrire *deux formes* d'apoplexie pulmonaire : foyers par infiltration, foyers par déchirure.

Foyers par infiltration. — Ils peuvent affecter eux-mêmes deux aspects : A. INFILTRATION SYSTÉMATIQUE (syn. : *infarctus hémoptoïque*). Le plus souvent, les infarctus hémoptoïques sont unilatéraux, différence capitale avec les noyaux de la broncho-pneumonie mamelonnée (Rilliet et Barthez), et se localisent aux *parties postéro-inférieures des poumons*. Superficiels, ils soulèvent la plèvre, au-dessous de laquelle ils apparaissent comme une tache ecchymatique. Profonds, ils ne sont décelés que par la palpation. Plongés dans l'eau, ils gagnent immédiatement le fond. Leur nombre est très variable; leur volume varie d'une tête d'épingle à un œuf de poule; leur couleur est noirâtre. Les superficiels ont la forme d'une pyramide à base externe, les profonds sont ovoïdes. Nettement délimités (Laënnec), ils offrent une surface de section noir de jais (Cruveilhier), où l'on peut (Laënnec) distinguer trois zones : une centrale, noire, une intermédiaire, rouge, une externe, jaunâtre. Le tissu de l'infarctus est *extrêmement dense*; il est *granuleux*.

Histologiquement, les alvéoles pulmonaires sont gorgés d'hématies, auxquelles se joignent quelques leucocytes, de la fibrine, des granulations pigmentaires, des cellules à poussières, parfois des cristaux d'hématoïdine. Tous les vaisseaux et les bronchioles de la région occupée par l'infarctus sont bourrés des mêmes éléments. L'*artère pulmonaire correspondante est oblitérée*.

Complications anatomiques. — 1° La *pneumonie*, consécutive à l'infarctus, siège autour de lui et affecte généralement le type de la pneumonie interstitielle; 2° La *suppuration* débute par la périphérie de l'infarctus; elle aboutit à la formation d'une caverne à parois villeuses, contenant un liquide rougeâtre; 3° La *gangrène* ne s'observe que lorsque l'embolie qui a causé l'infarctus contient des anaérobies; 4° La *sclérose*, soit primitive, soit consécutive à la suppuration, peut arriver (Vulpian) à rendre l'infarctus énucléable; 5° La *pleurésie* est généralement hémorragique. Chez le vieillard, toute pleurésie est due à un infarctus sous-pleural (Charcot).

Evolution anatomique de l'infarctus. — Il est classique de distinguer trois éventualités :

1° *L'artère pulmonaire redevient perméable, les artères bronchiques l'étant restées*; la fibrine et les hématies subissent la fonte graisseuse, l'infarctus se ramollit et, finalement, redevient perméable à l'air. Il est donc *restitutio ad integrum*.

2° *L'artère pulmonaire reste définitivement oblitérée, les artères bronchiques étant perméables.* Il y a prolifération connective, et, en fin de compte, substitution à l'infarctus d'une cicatrice pigmentée qui peut ultérieurement (Pitres) subir l'infiltration calcaire.

3° *Artères pulmonaires et bronchiques restent oblitérées;* l'infarctus se ramollit et s'élimine, laissant à sa place une caverne.

B. INFILTRATION DIFFUSE, NON SYSTÉMATIQUE. — Deux types :

a. Foyers peu volumineux, mais très nombreux, arrondis, à bords nets, de couleur rouge noirâtre, occupant surtout les parties postéro-inférieures de la plèvre, fréquemment accompagnés d'ecchymoses péricardiques, résistant longtemps à la putréfaction; ce sont les *taches de Tardieu*, que cet auteur considérait comme caractéristiques de l'asphyxie par suffocation, opinion erronée, puisque : α. elles peuvent manquer chez des sujets morts de suffocation; β. elles peuvent s'observer sur des individus chez lesquels l'asphyxie n'a pas été le fait de la suffocation.

b. Foyers ayant la forme festonnée des lobules et indépendants de toute oblitération vasculaire : *infarctus diffus festonné* de Renaut.

Foyers par déchirure. — Ils succèdent à un traumatisme ou à la rupture d'une ectasie aortique. Etendus, à parois irrégulières, ils contiennent des masses hématiques volumineuses et s'accompagnent fréquemment de pleurésie hémorragique.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Avec G. Sée et Talamon, on distingue trois groupes d'apoplexie pulmonaire :

1° Apoplexie pulmonaire d'origine cardio-vasculaire;
2° Apoplexie pulmonaire dans les maladies générales;
3° Apoplexie pulmonaire d'origine nerveuse.

A. **Apoplexie pulmonaire d'origine cardio-vasculaire.** — Elle peut : 1° être d'origine embolique; 2° succéder à une thrombose; 3° résulter de l'infiltration hémorragique d'un noyau de broncho-pneumonie.

1° APOPLEXIES D'ORIGINE EMBOLIQUE. — Ce sont, *de beaucoup, les plus importantes* comme les plus fréquentes. Elles peuvent elles-mêmes survenir au cours : α. d'une affection mitrale; β. d'une endocardite aiguë du cœur droit; γ. d'une phlébite périphérique.

α. *L'A. P. survient presque toujours au cours d'une affection mitrale* et est la conséquence d'une moyenne embolie pulmonaire formée par un caillot détaché du ventricule droit. Ce caillot, dont le développement a été favorisé par la dilatation du cœur droit que détermine la lésion mitrale est, à un moment donné, mis en liberté; il passe dans le tronc de l'artère pulmonaire, puis dans ses branches, et va oblitérer une ramification de moyen volume.

β. *L'A. P. peut aussi, quoique plus rarement, succéder à une endocardite aiguë* végétante du cœur droit; son mécanisme ne diffère pas de celui que nous venons d'exposer.

γ. *Exceptionnellement, l'A. P. survient au cours d'une phlegmatia alba dolens.* — Le caillot, détaché de la veine malade, passe alors dans la veine cave inférieure, le cœur droit, le tronc de l'artère pulmonaire, avant de s'arrêter dans une artère pulmonaire de moyen volume.

Comment comprendre que l'oblitération brusque d'une branche de l'artère pulmonaire détermine la production, dans le territoire correspondant du poumon, d'un épanchement sanguin?

Plusieurs théories : 1° *théorie de la fluxion collatérale* : « Lorsqu'un tronc artériel est oblitéré, les branches situées en deçà du point d'oblitération reçoivent une plus grande quantité de sang qu'à l'état normal; et, par suite, la tension sanguine y devient assez considérable pour déterminer la rupture de la paroi des bronches » (Duguet). A cette théorie, on a objecté : *a.* que l'hémorragie se fait, non dans les départements vasculaires voisins du tronc artériel oblitéré, mais bien dans le territoire qui devrait, théoriquement, être anémié par suite de l'oblitération de son artère nourricière (Duguet); b. l'hémorragie devrait se produire tout de suite : or (Ranvier), elle ne survient qu'au bout d'un certain temps; 2° *théorie du reflux passif.* La pression devenant égale à zéro au delà du point oblitéré, le sang reflue de la veine dans les capillaires et des capillaires vers le territoire vasculaire embolisé; 3° *théorie des lésions artérielles* (Ranvier, Duguet). Sous l'influence de l'irritation produite par l'embolus, la paroi artérielle s'ulcère et se rompt immédiatement en deçà de l'embolus, par l'action de la pression sanguine.

2° APOPLEXIE LIÉE A LA THROMBOSE DE L'ARTÈRE PULMONAIRE. — L'artérite pulmonaire chronique, liée elle-même à l'athérome, à la dégénérescence amyloïde peut, dans un nombre de cas qu'il est assez difficile d'évaluer, aboutir à l'oblitération d'une artère pulmonaire de moyen volume, et, par suite, à l'A. P.

3° EXCEPTIONNELLEMENT, l'A. P. est due soit à l'infiltration sanguine d'un noyau broncho-pneumonique (Balzer et Joffroy), soit à la rupture, en plein poumon, d'un anévrisme, soit à un traumatisme : plaie perforante de la poitrine, thoracentèse, etc. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 56. — SAMEDI 15 MAI 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 15 MAI 1909. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour la nomination a trois places de médecin des hôpitaux. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Hallé, Lœper et Rathery.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 12 mai : MM. Chifoliau, 17 ; Descomps, 12 ; Schwartz, 18 ; Piquand, 10.

CONTRE L'ENCOMBREMENT DES ÉTUDES MÉDICALES. — Le *Journal officiel* du 13 mai 1909 publie un décret en date du 12 mai 1909 ainsi conçu :

« Article premier. — Tout étudiant qui poursuit l'obtention d'un des grades ou titres établis par l'Etat ne peut s'inscrire à cet effet dans les différentes facultés ou écoles d'enseignement supérieur que s'il justifie du diplôme, brevet ou certificat sans lequel, d'après les règlements, nul n'est admis à postuler le grade ou titre auquel il aspire, aucune dispense ne peut être accordée.

Art. 2. — Les étudiants de nationalité étrangère qui veulent entreprendre des études en vue de la licence ou du doctorat en droit, ou de la licence ès sciences ou de la licence ès lettres, ne sont autorisés à s'inscrire dans les facultés ou écoles que sur la production en original des diplômes, brevets ou certificats à eux délivrés par les universités ou établissements étrangers où ils ont accompli leurs études et subi les examens. Ces documents, accompagnés de la traduction qui en sera faite par un traducteur juré, seront visés et certifiés véritables par le consul général de France pour le pays dont ils proviennent.

Le comité consultatif de l'enseignement public (première section) jugera si ces diplômes, brevets ou certificats peuvent être acceptés comme équivalents au baccalauréat de l'enseignement secondaire ou au diplôme de licencié en droit après avis motivé de la faculté ou école où l'étudiant demande à s'inscrire.

Art. 3. — Il n'est point dérogé aux conventions internationales relatives aux étudiants français résidant à l'étranger et aux étudiants originaires de Roumanie.

Ne sont point modifiées les règles suivies jusqu'ici à l'égard des étudiants originaires de l'île Maurice, à l'égard des étudiants inscrits à l'école française de droit du Caire et à la Faculté française libre de médecine de Beyrouth. »

GUERRE. — Un concours aura lieu, le 1er décembre 1909, à l'école d'application du service de santé colonial, à Marseille, pour l'admission de quatre docteurs en médecine et de deux pharmaciens de première classe à des emplois de médecin et de pharmacien aide-major de deuxième classe des troupes coloniales.

Les renseignements relatifs à ce concours ont été insérés au *Journal officiel* du 24 avril 1909 et adressés, sous forme d'affiches, à toutes les facultés et écoles de médecine et de pharmacie, où les candidats pourront les consulter.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Avis. — MM. les étudiants sont priés de vouloir bien, jusqu'à nouvel ordre, venir retirer au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, les différentes correspondances qui leur sont destinées : convocations pour examen, travaux pratiques, etc.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. — Service du professeur Dieulafoy. — Le docteur René Gaultier, chef de clinique, fera à partir du 3 juin 1909, à cinq heures du soir, une série de conférences sur les nouvelles méthodes cliniques utilisées dans la séméiologie du tube digestif.

I. Exploration de l'œsophage (œsophagoscopie).

II. Exploration de l'estomac (chimisme gastrique, motricité gastrique, examen radioscopique).

III. Exploration de l'intestin, du foie et du pancréas, méthodes de coprologie clinique (examen macroscopique des fèces, présentation de moulages de garde-robes de nourrissons, examen microscopique, projection de microphotographies, examen chimique, réaction de Weber pour le diagnostic du sang, réaction du sublimé acétique pour l'exploration des fonctions biliaires chez l'enfant, d'après Triboulet. Stéarrhée et hypostéatolyse et le syndrome pancréatico-biliaire. Examen bactériologique. Examen parasitologique. Sigmoïdoscopie et restoscopie cliniques.

Les élèves seront exercés individuellement aux méthodes de laboratoire (docteurs français et étrangers, étudiants ayant terminé leur scolarité).

S'inscrire au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de neuf à onze heures du matin et de deux à cinq heures du soir.

ERRATUM. — Dans le n° 54 de la *Gazette des hôpitaux* contenant le classement des hôpitaux de Paris, au lieu de Mlle Cang, R-8, lire : Mlle Lang, R-8.

PRATIQUE MÉDICALE

LES MALADIES DE CROISSANCE ET LEUR TRAITEMENT

Par M. Hamonier.

La croissance des enfants est de cinq centimètres par an en moyenne, mais il y a de nombreux exemples où vers la douzième et quinzième année, l'allongement de la taille est plus intensif. Il y a dans ce fait une cause d'affaiblissement pour l'organisme, une cause de troubles morbides variés. Ce sont les maladies de croissance que le médecin doit bien connaître parce qu'elles peuvent être l'origine de malformations définitives.

D'une façon générale, l'enfant sort affaibli et vulnérable d'une poussée exagérée de croissance. Il est amaigri, pâle, anémique, sujet à contracter les maladies infectieuses comme la tuberculose, la typhoïde, l'ostéomyélite aiguë. En outre, des manifestations morbides particulières peuvent surgir du côté des os, de la circulation, du système nerveux.

Sur le système osseux apparaîtront des douleurs sourdes, profondes, souvent accompagnées d'accès fébriles. On a tort de considérer ces phénomènes comme de l'*ostéalgie* pure, car souvent ils sont les signes avant-coureurs d'une ostéite épiphysaire pouvant aboutir à la suppuration. Les articulations aussi peuvent devenir douloureuses, et des scolioses vertébrales se développent aisément.

Sur le système circulatoire apparaissent des troubles anémiques, des palpitations, de l'hypertrophie cardiaque, des épistaxis répétées. Il semble que le nervosisme du sujet doive être surtout incriminé, mais ce nervosisme est mis en évidence, et devient pathologique par les seuls effets défavorables de la croissance sur la nutrition générale.

Aussi observe-t-on de nombreuses manifestations nerveuses. A part la chorée et l'hystérie qui se rencontrent surtout chez les petits névropathes, on observe des accès intenses, parfois incessants, de céphalalgie frontale ou temporale. Le caractère se modifie. Les enfants deviennent impatients, irritables, ils se fatiguent rapidement et sont incapables d'efforts soutenus. Souvent les études doivent être interrompues.

Enfin, il faut noter aussi les dyspepsies et les troubles de la menstruation.

Que doit faire le médecin pour enrayer cet ensemble de symptômes morbides qui trop souvent ont une influence désastreuse sur l'avenir des enfants? Il doit s'adresser à l'hygiène et à une médication reconstituante et tonique.

Les principes hygiéniques seront les suivants : grand air, exercices physiques, repos cérébral au moins momentané. Les aliments devront être choisis parmi ceux qui se digèrent aisément. Quelques cuillerées à soupe de nutrigène mélangées, chaque jour, à du bouillon dégraissé, représenteront un bon moyen de suralimenter sans danger ces malades.

Comme médication directe, il faut insister avant tout sur les phosphates. Ils agissent à la fois sur la nutrition, le système nerveux et les os. Aux jeunes enfants deux à trois cuillerées à dessert du sirop de neurogénol représenteront un moyen pratique de faire absorber une association polyphosphatée d'activité supérieure et constante. Chez les jeunes gens de quinze ans, on pourra utiliser simplement le neurogénol à raison de deux cuillerées à café par jour avec le potage. L'expérience a montré que ce remède, constitué par des phosphates naturels, purs et sans sucre, amène en peu de temps une restauration manifeste des tissus, tonifie la cellule nerveuse et facilite l'accroissement des os. Nous avons souvent utilisé nous-mêmes ce remède et nous pensons, en effet, qu'il est parmi les stimulo-reconstituants l'un des plus actifs, et, sous un faible volume (deux cuillerées à café par vingt-quatre heures), l'un des meilleurs reminéralisateurs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 24 AU 29 MAI 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 24 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delbet, Mauclaire et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Hartmann, Gosset et Proust ; — M. André Jousset, suppléant.

Mardi 25 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; — (2e série) : MM. Quénu, Morestin et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Claude ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 26 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Widal et Lœper ; — (2e série) : MM. Pierre Marie, Desgrez et Macaigne ; — Zimmern, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Branca, suppléant.

Jeudi 27 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Gilb. Ballet et Fernand Bezançon ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard ; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 28 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delbet, Legueu et Gosset ; — (2e série) : MM. Hartmann, Proust et Ombrédanne ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 29 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Renon et Claude ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Gouget et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin ; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 26 mai 1909, à une heure. — M. Lafont. La médecine mentale dans les œuvres de Georges Courteline. (MM. Brissaud, président ; Roger, Marcel Labbé et Sicard.) — M. Toujeras. Indosé urinaire à l'état normal et dans certains états pathologiques. (MM. Roger, président ; Brissaud, Marcel Labbé et Sicard.) — M. Lévy-Frankel. De l'aortite chronique et de l'athérome aortique infantiles en particulier dans l'hérédo-syphilis. (MM. Gaucher, président ; Delbet, André Jousset et Ombrédanne.) — M. Dupont. Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique. (MM. Delbet, président ; Gaucher, André Jousset et Ombrédanne.)

Jeudi 27 mai, à une heure. — M. Farcy. Contribution à l'étude des septicémies éberthiennes non dothiénentériques. (MM. Debove, président ; Raymond, Chauffard et Castaigne.) — M. Blanchetière. Contribution à l'étude biologique de quelques variétés du genre sporotrichum pathogènes pour l'homme. (MM. Raymond, président ; Debove, Chauffard et Castaigne.) — M. Hirtz. Valeur nutritive des blés. (MM. Chauffard, président ; Debove, Raymond et Castaigne.) — M. Denais. Folie. Dégénérescence. Dépopulation. (MM. Thoinot, président ; Bar, Quénu et Claude.) — M. Gayet. Contribution à l'étude de la pleurésie purulente chez les nouveau-nés. (MM. Bar, président ; Thoinot, Quénu et Claude.) — M. Buizard. Du traitement chirurgical de la perforation intestinale typhique. (MM. Quénu, président ; Thoinot, Bar et Claude.)

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES COMPLICATIONS LARYNGÉES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE (2)

Par Marc LECONTE,
Interne des hôpitaux de Paris.

IV

Symptômes. — I. Forme érythémateuse. — Dans sa forme simple, catarrhale, la laryngite typhique peut ne donner lieu à aucun trouble et passer ainsi complètement inaperçue si un examen laryngoscopique ne vient révéler l'état congestif de la muqueuse.

Dans d'autres cas, toutefois, elle se manifeste par les signes de la laryngite catarrhale aiguë banale, c'est-à-dire que les malades accusent une sensation de cuisson, de brûlure à l'arrière-gorge, un peu de douleur à la déglutition ; la toux est nulle ou sèche, quinteuse, spasmodique. La voix est un peu enrouée ou rauque, parfois même l'aphonie est presque complète. L'examen de la gorge montre souvent une rougeur diffuse avec tuméfaction des amygdales et dépôts pultacés dans les cryptes. Le laryngoscope permet de voir un larynx rouge, sec, comme vernissé ; la muqueuse est plus ou moins fortement hyperémiée, boursouflée, l'épiglotte en particulier est rouge, gonflée et finement granulée. Parfois, par suite de cette inflammation de l'épiglotte qui gêne son fonctionnement normal, des parcelles alimentaires ou des gouttes de liquide peuvent tomber dans le larynx et provoquer une toux convulsive des plus pénibles.

Cette laryngite catarrhale simple qui survient en général dans le cours de la fièvre typhoïde, parfois dès la première semaine, guérit habituellement dès que les phénomènes aigus de l'affection commencent à s'amender, pouvant d'ailleurs réapparaître s'il y a une rechute de celle-ci, comme dans une observation citée par Maurin (3). La thérapeutique en sera simple et consistera dans des fumigations ou inhalations émollientes et antiseptiques.

Parfois cependant, ce n'est que le premier stade de la forme ulcéreuse, et c'est pourquoi il faudra toujours se méfier de tout symptôme laryngé, même banal en apparence, survenant au cours d'une dothiénentérie, et ne pas le négliger.

Enfin, dans certains cas, surtout quand elle se produit pendant la convalescence, cette forme elle-même peut se terminer par un accès foudroyant d'œdème de la glotte (Bayle, Cornil).

II. Forme ulcéro-nécrosante (laryngo-typhus). — A. *Date d'apparition.* — La laryngite ulcéro-nécrosante peut, comme nous l'avons vu, se produire à deux périodes différentes de la fièvre typhoïde. Et sans parler des cas exceptionnels où les phénomènes laryngés ont apparu dès le début de la maladie [Maurin, Pater (1)], il est classique de distinguer deux formes :

a. Une forme *rapide ou précoce*, dans laquelle les troubles apparaissent au cours de la seconde ou troisième semaine de l'affection (5 fois sur 23, Sestier).

b. Une forme *lente ou tardive*, survenant plus tardivement pendant la convalescence (18 fois sur 23, Sestier). C'est alors souvent à la suite d'un refroidissement que les troubles laryngés font leur apparition comme le fait est noté dans plusieurs observations [Caisso (2), Cruveilhier (3), Dutheil, Barthez (4), etc.]; ou à la suite de cris violents [Féréol (5)]. D'autres fois enfin, les phénomènes apparaissent sans cause appréciable.

A côté de cette forme tardive, nous devons également placer les cas rares où ces complications laryngées sont survenues au cours d'une rechute de fièvre typhoïde.

B. *Début.* — Les lésions laryngées peuvent, dans quelques cas, évoluer d'une manière absolument silencieuse et ne se traduire cliniquement par aucun phénomène anormal, jusqu'au jour où, brusquement, après quelques heures seulement de dyspnée, le malade est emporté dans un accès de suffocation.

En général cependant, elles s'annoncent par une série de troubles qu'il faudra savoir rechercher et dépister, car si, dans certains cas, ils « ressortent » nettement dans le tableau clinique, il en est d'autres où ils pourront être confondus et masqués dans l'ensemble des symptômes de la maladie. Ils attireront donc d'autant plus l'attention que le patient sera plus près de la convalescence.

Les *troubles de la voix* sont presque toujours les premiers en date : on remarque que la voix du malade se voile peu à peu, s'enroue, devient de plus en plus faible, rauque et étouffée.

En même temps, la *respiration* devient à la fois plus gênée et plus bruyante, et dans quelques observations, l'attention fut attirée par les voisins du malade qui remarquèrent que, pendant la nuit, celui-ci avait ronflé d'une manière anormale et semblait étouffer en respirant [Féréol (6), Toussaint (7)].

La *déglutition* devient douloureuse et chez des délirants incapables de manifester leurs sensations, le refus de boire, le retour des liquides par le nez seront parfois des indices précieux (Louis). Le malade se plaint, en outre, d'avoir la sensation d'un corps étranger obstruant la gorge, que la déglutition comme la toux n'arrive pas à chasser.

La *pression du larynx* peut, de bonne heure, réveiller une légère douleur.

Enfin, la *toux* change de caractères ; ce n'est plus la toux bronchique banale des typhiques, c'est une

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 53, p. 665.
(3) Maurin. Th. de Paris, 1865, obs. XII.

(1) Pater. *Soc. anat.*, janv. 1904.
(2) Caisso. In Maurin, obs. XXIII.
(3 et 4) Cruveilhier et Barthez. In Th. Dutheil, 1869.
(5) Féréol. Loc. cit.
(6) Féréol. Loc. cit., obs. II.
(7) Toussaint. *Soc. anat.*, fév. 1885 et *Progrès méd.*, 1885.

toux irritante, fréquente, provoquée par les picotements que le malade ressent au larynx, c'est une toux éteinte et un peu rauque comme la voix. L'expectoration est insignifiante, ou muqueuse, avec parfois des stries sanguinolentes.

Tels sont les symptômes qui, constatés chez un sujet en pleine période d'état d'une fièvre typhoïde ou accusés par un convalescent de cette affection, devront mettre le clinicien en éveil et attirer son attention sur le larynx du malade.

C. *Période d'état.* — Rapidement, d'ailleurs, tous ces signes vont s'accuser, à mesure que les lésions progressent, et si les troubles du début ont pu être méconnus, bientôt les symptômes laryngés seront assez intenses pour dominer le tableau clinique et révéler, tardivement, le danger qui menace le malade.

1° *Troubles vocaux.* — La voix de plus en plus rauque et enrouée, devient de plus en plus faible : un simple effort pour parler est douloureux, le malade chuchote d'une voix « soufflée », haletante, qui s'entend à peine et qui finit par s'éteindre complètement. Parfois elle reparaît par intervalles, mais toujours rauque et voilée ; puis elle disparaît à nouveau, et ces alternatives d'amélioration et d'aggravation marchent quelquefois parallèlement avec les autres signes généraux [Liouville (1)].

Cette *aphonie*, qui manque bien rarement, est en rapport avec le siège et l'étendue des lésions. C'est ainsi que dans l'observation de Souques elle demeura le seul signe, et l'autopsie montra qu'en effet les ulcérations étaient localisées au niveau de l'insertion des cordes vocales sur les aryténoïdes. Elle est, en effet, due à la fois aux ulcérations des cordes vocales qui empêchent leur affrontement et leurs vibrations normales, aux lésions des cartilages gênant le jeu physiologique des muscles qui peuvent eux-mêmes être atteints, aux altérations enfin des régions sous-jacentes (ventricules, cordes vocales supérieures, pharynx) qui achèvent de modifier le timbre de la voix.

2° *Toux.* — La toux violente, convulsive, quinteuse, devient comme la voix, de plus en plus rauque, aboyante, « croupale », rappelant cette toux férine des rougeoleux, ou même celle du croup, comme dans le cas rapporté par Guinon.

L'expectoration est variable, soit simplement muqueuse, soit, quand il existe un abcès du larynx ou quand les cartilages sont atteints, purulente avec des stries sanguinolentes ; elle peut même être parfois assez fortement sanglante par suite d'effusions sanguines qui se font à la surface de la muqueuse (forme hémorragique de Blumenau).

Enfin dans certains cas rares, le malade expulse dans une quinte de toux des fragments de cartilage nécrosé [Boulai (2)], parfois au milieu de signes assez dramatiques, comme dans l'observation remarquable de Hérard (3), où le malade éprouvant une gêne considérable au niveau du larynx, « ayant la sensation d'un corps mobile qui se mettrait en travers de la gorge », fut pris d'un violent accès de suffocation qui se termina par une forte quinte de toux, laquelle amena le rejet de deux petits séquestres où il fut facile de reconnaître les deux aryténoïdes totalement nécrosés.

La nécrose des tissus donne souvent à l'haleine une odeur fétide assez prononcée.

3° *Troubles de la déglutition.* — La dysphagie également, s'accentue de plus en plus. Le malade a la sensation d'avoir « le gosier bouché » (Porter) : la déglutition, même des liquides, surtout quand ils sont froids, est de plus en plus difficile et douloureuse. Elle peut même finir par devenir impossible, soit que l'épiglotte, rigide et déformée, ne joue plus son rôle d'opercule, soit que les replis ary-épiglottiques ou les gouttières latérales du pharynx (gouttière des boissons) soient trop infiltrés. La moindre tentative de déglutition suffit d'ailleurs pour augmenter l'anxiété du malade et peut même provoquer la mort subite (Morgagni, Morel-Lavallée).

4° *Douleur à la pression du larynx.* — La douleur au niveau du larynx, soit par la pression au niveau d'un des cartilages (cricoïde, thyroïde), soit même spontanée, est habituelle. Elle indique en général que ces cartilages sont atteints, et peut ainsi renseigner sur l'étendue des lésions.

5° *Troubles respiratoires.* — Mais les phénomènes qui, rapidement, prennent l'allure la plus inquiétante, sont les phénomènes respiratoires. Tantôt ils sont dus à l'œdème des voies aériennes, tantôt à leur rétrécissement par un abcès saillant à l'intérieur de la cavité laryngée, tantôt à l'affaissement de la charpente cartilagineuse rongée par la nécrose, tantôt à la destruction ou à la paralysie des cordes vocales, etc. C'est dire qu'ils seront surtout accusés dans la forme nécrosante. Dans tous les cas, leur intensité rapidement croissante ne tarde pas à nécessiter une intervention énergique.

Au début, la respiration se fait encore sans trop de gêne ; toutefois, si l'expiration est libre et facile, l'inspiration est plus longue et légèrement sifflante. En outre, le malade a de plus en plus cette sensation de corps étranger qui obstrue son larynx, de constriction qui l'étouffe, qui lui fait sans cesse porter instinctivement la main à son cou pour enlever cet obstacle; mais en vain, malgré tout effort de toux pour l'expulser, tout effort de déglutition pour le faire descendre, la sensation persiste.

Bientôt les phénomènes s'accentuent : l'inspiration de plus en plus pénible, laborieuse, profonde et prolongée, s'accompagne d'un ronflement guttural bruyant, surtout accusé la nuit, tantôt strident, rauque (bruit de scie, Frey (1), sifflement), tantôt « étouffé, dur et âpre comme le son d'une corde de basse » [Bouillaud (2)], parfois assez fort pour empêcher les voisins du malade de dormir [Chaumel, Spillmann (3)].

(1) Liouville. In Th. Maurin, obs. XIV.

(2) Boulai. *Arch. internat. d'oto-rhino-laryng.*, n° 6, nov.-déc, 1904.

(3) Hérard. *Union méd.*, 14 juil. 1859 et *Gaz. des hôpit.*, 27 aoû 1859.

(1) Frey. In Th. Maurin, observation XXII.

(2) Bouillaud. In Th. Dutheil.

(3) Spillmann. *Rev. méd. de l'Est*, 15 mai 1880, observation I.

Puis l'expiration devient à son tour difficile et pénible, l'inspiration ne se fait plus qu'au prix de véritables efforts, couverte par un cornage intense, le tirage apparaît (sus-sternal, sus-claviculaire, épigastrique), et c'est alors au milieu de cet état d'angoisse respiratoire permanente, de cette orthopnée croissante, plus accusée encore la nuit, qu'éclate l'accès de suffocation dont Trousseau a si magistralement décrit le tableau dramatique.

Brusquement — en général sans cause appréciable — le malade étouffe : il s'assied sur son lit, s'accroche à ce qui l'entoure, la tête renversée en arrière, le cou tendu, les veines gonflées, le visage pâle, livide, ou rouge, vultueux, baigné de sueurs visqueuses, les lèvres et les pommettes cyanosées, les yeux humides, saillants, hagards, le regard anxieux, terrifié, les narines béantes, la bouche ouverte... L'inspiration s'allonge, « n'en finit plus », s'accompagne d'un sifflement rauque et d'un tirage intense, le pouls est petit, rapide, l'asphyxie imminente, et si le spasme tarde à céder, le malade peut être emporté au premier accès.

Mais en général, l'accès se calme au bout de quelques minutes à un quart d'heure, une demi-heure (trois quarts d'heure, Ory), et la respiration se rétablit, mais de plus en plus gênée, jusqu'à ce qu'éclate un nouvel accès, quelques heures ou quelques jours plus tard.

D. *Terminaison.* — Ainsi les accès vont se répéter, de plus en plus intenses, surtout la nuit, de plus en plus rapprochés et fréquents, jusqu'à plusieurs par jour; dans leur intervalle, la respiration s'embarrasse de plus en plus, et le malade prostré, épuisé, tombe peu à peu dans ce collapsus asphyxique avec cyanose et refroidissement des extrémités, dans lequel il finit par s'éteindre, à moins qu'il ne soit emporté dans un dernier accès de suffocation ou par un spasme foudroyant, comme le malade de Lovy (1) qui mourut brusquement en avalant un peu de lait.

Enfin, même si le malade échappe à ces accès de suffocation, il faut encore compter avec certaines complications, dues aux progrès de la suppuration ou de la nécrose laryngée : ouverture d'abcès dans le larynx ou le pharynx, phlegmon périlaryngé avec fusées dans le cou le long des vaisseaux, perforation d'un cartilage et emphysème sous-cutané consécutif [Wilks (2), Libermann, Ziemssen (3)], d'abord cervical puis pouvant s'étendre assez loin (de la mastoïde à la crête iliaque chez le petit malade de Ziemssen).

Dans tous les cas, il est rare que, depuis l'apparition des premiers signes jusqu'à ces accidents redoutables, s'écoulent plus de huit à quinze jours [trois semaines dans l'observation de Halbron (4)], et la rapidité de cette évolution montre assez la nécessité d'intervenir de bonne heure.

(1) Lovy. *Soc. Anat.*, déc. 1889.
(2) Wilks. *Lancet*, 1857, II, 649.
(3) Ziemssen. *Handb. der speciell. Pathol. u. Therap.*, 1876.
(4) Halbron. *Loc. cit.*

V

Diagnostic. — Malheureusement, nous l'avons vu, les signes d'alarme manquent trop souvent, ou plutôt passent inaperçus au milieu des signes généraux, si bien que la localisation laryngée arrive à n'être dépistée qu'à une époque où les lésions sont déjà très avancées. On ne saura donc trop insister sur les signes précédemment décrits : troubles vocaux, dysphagie, troubles respiratoires. On se souviendra que, dans le cours de la fièvre typhoïde, c'est surtout à la forme ulcéreuse pure, dont l'aphonie est le symptôme le plus caractéristique, qu'on a affaire, alors que dans la convalescence, c'est plutôt la forme nécrosante que l'on devra redouter, et par suite les troubles respiratoires, indices de l'œdème laryngé, que l'on devra surveiller. Une vive douleur à la pression du larynx, une expectoration purulente indiqueront en général l'atteinte des cartilages.

Mais il faut bien savoir que, chez les malades profondément intoxiqués, la prostration peut considérablement atténuer, masquer même les troubles fonctionnels, les accidents respiratoires notamment, « le malade mourant asphyxié aussi tranquillement qu'un enfant qui s'endort » (Boyce); — que, d'autre part, dans certains cas suraigus, l'accès de suffocation foudroyant peut éclater brusquement sans qu'aucun prodrome ait permis de le prévoir, — si bien que, dans ces deux circonstances, « le malade peut mourir sans que le diagnostic ait été fait, alors cependant que le larynx est la cause de la mort » (Boyce). Pour Jackson, on ne ferait pas plus d'une fois sur dix, le diagnostic des lésions laryngées, si l'on se fiait uniquement aux signes fonctionnels.

C'est dire que toutes les fois que cet examen sera possible, on pourra et on *devra* faire l'examen laryngoscopique, dès qu'un symptôme quelconque attirera l'attention du côté du larynx d'un typhique. Le miroir permettra ainsi de se rendre compte de l'état de la muqueuse, révélant tantôt une simple laryngite érythémateuse, tantôt des ulcérations, tantôt un œdème plus ou moins étendu, masquant bien souvent les ulcérations. Malheureusement cet examen est presque toujours assez pénible, parfois même impossible, vu l'état de prostration du malade. Il peut du reste, dans certains cas, ne pas permettre d'apprécier exactement l'étendue et la profondeur des lésions (Toussaint).

A défaut d'examen laryngoscopique, quelques observateurs ont tenté le toucher laryngé : le doigt porté sur l'orifice supérieur du larynx permettrait ainsi parfois de sentir une épiglotte plus ou moins tuméfiée, rigide, formant un bourrelet qui se continue de chaque côté avec les replis ary-épiglottiques également gonflés, et résistants. Mais cette exploration, outre qu'elle est des plus pénibles pour le malade, est dangereuse, car elle peut provoquer par réflexe un accès de suffocation mortel, elle doit par conséquent être déconseillée et rejetée.

Dans quelques cas enfin, le simple examen direct a pu permettre d'apercevoir au fond de la gorge le sommet de l'épiglotte tuméfié.

VI

Pronostic. — On voit donc combien le pronostic du laryngo-typhus est grave, — triplement grave pourrions-nous dire, puisque, d'une part, abandonnées à elles-mêmes, ces complications aboutissent presque fatalement à la mort (Sestier : 10 cas, 10 morts; Rokitansky : 52 cas, 48 morts; Dutheil : 25 cas, 22 morts; Bayle : 17 cas, 16 morts; Valleix : 31 cas, 25 morts); grave, d'autre part, puisque le diagnostic en est trop souvent difficile à une période où la thérapeutique « pourrait » encore quelque chose; grave enfin, puisque même l'intervention la plus active demeure trop souvent impuissante.

Mais ce qui, de plus, fait la gravité de ce pronostic si sombre, c'est l'état général du malade, c'est la gravité de l'infection typhique; c'est, parce que ces accidents le saisissent à un moment où son pouvoir de résistance est à son minimum, qu'il succombe, si bien qu'on peut dire que bien souvent le malade meurt non de ses lésions laryngées, mais de sa toxémie.

Naturellement, on devra aussi tenir compte de l'étendue et de l'intensité des lésions. C'est dire que, si la guérison est possible dans les formes ulcéreuses pures, elle sera bien exceptionnelle dans le laryngo-typhus avec nécrose des cartilages. « La laryngite typhique est toujours mortelle si elle s'accompagne de lésions des cartilages » [Cornil (1)].

Ainsi, dans bien des cas, une intervention précoce pourra, en évitant les accidents redoutables de l'œdème laryngé, sauver la vie du malade, l'empêcher, du moins, de mourir « par son larynx ». « Mort par lésions laryngées = mort par trachéotomie trop tardive » (Jackson). C'est dire une fois de plus toute l'importance d'un diagnostic précoce permettant d'intervenir alors qu'il en est temps encore. « Aucun malade ne doit mourir de complications laryngées, le plus grand danger pour la vie, c'est qu'on ne reconnaisse pas l'existence de la lésion laryngée... Mais si on les surveille de près et qu'on les traite avec jugement, aucun ne doit arriver à la nécrose des cartilages et à la déformation ultérieure du larynx par sténose. Ces accidents surviennent dans les cas découverts tardivement, et dans ceux où une trachéotomie trop longtemps différée, favorise une vaste destruction des tissus. Au contraire, la trachéotomie précoce non seulement sauve la vie, mais aussi les fonctions vocale et respiratoire du larynx... » (Jackson).

Car ce n'est pas tout : il ne faut pas oublier que, même si le danger immédiat est conjuré, si le malade survit, il va, dans bien des cas, garder une maladie chronique du larynx avec toutes ses conséquences. Et si Jackson a pu voir 45 cas de guérison complète sur 68, Dutheil 7 sur 13, combien d'autres malades ont conservé, après leur « guérison », une ankylose des articulations de leurs cartilages (ary-cricoïdiennes surtout), une paralysie de certains de leurs muscles laryngés atrophiés ou dégénérés, une sténose laryngée plus ou moins étroite, ces diverses lésions entraînant des troubles vocaux ou respiratoires variables, condamnant trop souvent le malade à garder longtemps, sinon indéfiniment, sa canule trachéale, sous peine de suffocation immédiate, et nécessitant enfin de nouvelles interventions.

(1) Cornil. *Soc. Anat.*, oct. 1903 (Halbron).

VII

Traitement. — 1° Traitement prophylactique. — Nous avons vu le rôle important des infections bucco-pharyngées dans la genèse des lésions laryngées. Ce sera donc une nouvelle raison de combattre ces infections par une antisepsie soigneuse de la bouche des malades (nettoyage avec des solutions antiseptiques, gargarismes émollients). Des pulvérisations nasales seront indiquées si des croûtes desséchées obstruent les fosses nasales. Le cou sera entouré d'ouate. Des fumigations antiseptiques pourront être faites dans la chambre des malades.

2° Traitement local. — Si quelque phénomène inquiétant se montre, si la respiration notamment semble plus gênée, on fera de la révulsion laryngée : sangsues, ventouses scarifiées, cataplasmes sinapisés appliqués devant le cou. Des pulvérisations de tannin, d'alun, ont donné de bons résultats dans quelques cas. On pourra encore badigeonner l'orifice supérieur du larynx au moyen d'une solution de nitrate d'argent au quart (Féréol). Si les accidents d'œdème laryngé s'accentuent, on pourra tenter des pulvérisations de solution d'adrénaline à 1/1000, ou même la scarification des parties tuméfiées, ce qui a valu deux succès à Lisfranc et à Gordon Burk (1). Les vomitifs sont à rejeter.

Du reste, ces divers moyens ne représentent qu'une thérapeutique d'attente, et si l'on voit que ce traitement local n'amène pas la moindre amélioration, on ne temporisera pas davantage, on ne laissera pas le malade continuer à s'affaiblir par l'anhématose croissante, par les accès de suffocation que la morphine ne parvient plus à calmer, et l'on recourra, sans tarder, à la trachéotomie.

3° Trachéotomie. — Ainsi donc, dès que la gêne respiratoire deviendra permanente, dès que les accès de suffocation apparaîtront, on ouvrira la trachée. « Tout milite en faveur de cette opération qui est le dernier et presque le seul espoir des malades, et qui n'a de chances de réussir qu'autant qu'elle ne sera pas faite trop tard » (Dutheil). Et qu'on ne vienne pas dire que la trachéotomie est une opération dangereuse. « On a mis à son passif trop de morts qui devaient en réalité être attribuées à l'état qui réclamait cette intervention » (Jackson).

« Les lésions pulmonaires concomitantes, si fréquentes, rendent bien douteux le résultat de la trachéotomie », disait Cornil (2). Et pourtant, même dans les cas en apparence les plus désespérés, on doit encore intervenir. On a vu l'opération faite in extremis rappeler à la vie des individus asphyxiés. Tant qu'il reste le moindre espoir, on doit agir.

(1) Gordon Burk. In Th. Maurin, 1865, obs. IX. — Cf. *Revue méd.-chir.*, 1850, t. VIII.

(2) Cornil. *Soc. anat.*, mai 1882 (Greffier).

« Discuter s'il faut opérer un malade qui va mourir par un obstacle situé au larynx, c'est comme si, voyant un homme se noyer et ayant une perche dans les mains, on discutait pour savoir s'il faut la lui tendre » (Axenfeld). La vie d'un malade vaut bien une tentative, même dût-elle demeurer inutile.

Et d'ailleurs, les statistiques nous montrent qu'il est loin d'en être toujours ainsi. Car si Guyot (3 cas), Demme, Heinz (1 cas) comptent autant d'échecs que de trachéotomies, en revanche Charcot et Dechambre ont eu 7 succès sur 19 cas, Sestier (1), 20 sur 50; Lailler, 12 sur 25; Kühn, 9 sur 25; Ebhart et Braun, 2; Dinstl, Blondeau, 1; Emmet, 4 sur 5; Obédénare, 13 sur 24; Lüning, 70 sur 147; Dutheil, 13 sur 32 (un malade mourut quarante-quatre jours plus tard, deux autres vingt-cinq jours, l'un de péricardite, l'autre de gangrène pulmonaire); Pachmayr, 20 sur 46 (ses 26 échecs se répartissant ainsi : 6 morts pendant l'opération, 6 après quelques heures, les autres du troisième au cinquième jour : 13 par asphyxie, 3 par hémorragie, 3 par pyohémie, 3 par pneumonie, 3 par gangrène pulmonaire, 1 par péricardite); soit une moyenne générale de 45 p. 100 de succès environ, et il est permis d'espérer que ces statistiques deviendront meilleures encore quand on n'opérera plus in extremis, alors que la trachéotomie arrive trop tard pour pouvoir sauver le malade.

Dans tous ces cas, nous avons parlé de trachéotomie et non de tubage. Celui-ci n'a d'ailleurs été employé que très rarement (Weill-Hallé et Lemaire, Tuffon), et en effet la trachéotomie lui est bien préférable, comme le disent Weill-Hallé et Lemaire, étant donné d'une part la profondeur des lésions, d'autre part le contact du tube qui serait nuisible à la cicatrisation : or, le tube devant être laissé tant que les ulcérations ne seraient point cicatrisées, on voit combien le tubage devrait être prolongé.

C'est donc à la trachéotomie qu'on aura recours : l'anesthésie locale suffira et n'aura pas les dangers de l'anesthésie générale, celle-ci, vu la faiblesse du malade, pouvant entraîner sa mort au cours même de l'opération (Féréol). On incisera les trois premiers anneaux de la trachée, de manière à éviter le cricoïde, au cas où il serait nécrosé (Koch). (Lüning, au contraire, conseillait de le sectionner.) On aura soin de bien s'orienter, de manière à ne pas ouvrir simplement une poche purulente prélaryngée [Hextor (2), Germain], ou à ne pas introduire la canule sous la muqueuse décollée par le pus [Schrötter (3)]. Les jours suivants, on verra le pus sortir par la canule et parfois de petits séquestres cartilagineux.

Séquelles. — Mais, nous l'avons vu trop souvent, si le malade échappe aux dangers de l'œdème laryngé et guérit, il va garder un larynx profondément altéré et cette infirmité entraînera à son tour, toute une série d'accidents.

Dans certains cas, la canule trachéale ne peut être retirée sans que le malade suffoque [Emmet (4), Genouville (1), accès mortel], si bien que celui-ci est condamné à la garder souvent très longtemps ; obligé, pour parler, de la boucher avec le doigt, d'où une parole courte, haletante, entrecoupée. Ainsi un malade de Porter (2) conservait sa canule deux mois et demi après la trachéotomie, un autre de Catterina (3) deux mois après, un autre de Dechange (4) dix-sept mois après, un autre de Koch (5) deux ans plus tard. Trousseau rapporte les observations de deux malades dont l'un avait encore sa canule au bout de six semaines, l'autre au bout de deux ans. Dans 5 cas cités par Lüning (6), on ne put l'enlever de sept mois à six ans après. Sur les 70 malades qu'il cite, 11 seulement purent en être délivrés.

Dans d'autres, la canule a pu être retirée, mais le malade conserve une voix basse, sourde, éraillée, enrouée, gutturale, une toux rauque, une respiration plus ou moins sifflante, une parole lente rendant impossible toute longue conversation. Le laryngoscope montre des altérations diverses : gonflement de la paroi postérieure du larynx (Boulai), épaississement et demi-immobilité de l'épiglotte, épaississement des bandes ventriculaires obstruant plus ou moins la glotte, cordes vocales plus ou moins immobiles pendant la phonation, assez mobiles pendant la respiration, ou inversement (et alors les troubles respiratoires prédominent sur les troubles vocaux).

Ces divers troubles vont en augmentant pendant plus ou moins longtemps (une à plusieurs années). Ils peuvent finir avec l'ouverture à la peau ou par les voies naturelles d'un abcès secondaire avec ou sans fragments cartilagineux [trois ans après la trachéotomie, Koch (7)]. Mais dans d'autres cas, la sténose laryngée va en se rétrécissant de plus en plus : la respiration devient de plus en plus difficile, un véritable cornage apparaît peu à peu, puis des accès de suffocation éclatent, obligeant à une nouvelle trachéotomie.

On aura donc soin, pour éviter ces accidents tardifs, de veiller à la sténose laryngée possible, de manière à lui opposer de bonne heure le traitement ordinaire (thyrotomie, dilatation lente et progressive par les tubes de Schrötter). Si les cordes vocales ont été détruites, on pourra appliquer au malade un appareil de phonation [Kœrte (8)].

Rappelons enfin que la trachéotomie précoce, lors des accidents primitifs, peut éviter ces complications tardives : « Avec une trachéotomie faite de bonne heure, les lésions s'évanouissent comme par enchantement ; la nécrose des cartilages et ses conséquences, tout peut être prévenu... L'impossibilité de supprimer la canule indique que l'on a trop tardé » (Jackson).

---

(1) SESTIER. *Arch. gén. de méd.*, 1850.
(2 et 3) HEXTOR et SCHRÖTTER. In art. de TISSIER.
(4) EMMET. *Amer. Journ. of med. Sc.*, juillet 1856.

(1) GENOUVILLE. Loc. cit.
(2) PORTER. In Th. MAURIN, obs. XXXIV.
(3) CATTERINA. *Il Morgagni*, 1892, n° 10.
(4) DECHANGE. In Th. MAURIN, obs. XXXV. — Cf. *Revue méd.-chir.*, 1850.
(5) KOCH. *Ann. des mal. des oreilles et du larynx*, mai-juillet 1880, p. 90 et 150.
(6) LÜNING. *Berl. klin. Woch.*, 8 avril 1889.
(7) KOCH. Loc. cit.
(8) KŒRTE. *Berl. klin. Woch.*, n° 55, 26 janv. 1881.

***

A côté de ces localisations ulcéro-nécrosantes de la fièvre typhoïde au niveau du larynx, il nous faut encore étudier deux autres groupes de complications qui peuvent atteindre cet organe au cours ou à la suite de cette affection : la laryngite pseudo-membraneuse et les paralysies laryngées.

Laryngite pseudo-membraneuse. — Pendant longtemps on a décrit sous ce terme commun les cas où la laryngite typhique prend un aspect pseudo-membraneux — la nécrose superficielle de la muqueuse donnant lieu à une sorte de fausse membrane (diphtérite au sens allemand du mot) — et la laryngite diphtérique vraie secondaire à la fièvre typhoïde. C'est uniquement cette dernière que nous aurons en vue.

La laryngite diphtérique est très rare au cours de la fièvre typhoïde. Libermann donne une proportion de 1 p. 100 ; Sanné (1) n'en signale que 8 cas sur 247 diphtéries secondaires ; Mollière (2) ne l'a vue que 6 fois sur 234 fièvres typhoïdes (Lyon 1876).

La fièvre typhoïde, en effet, en déprimant si profondément l'organisme, le rend apte à contracter plus facilement toute autre infection ; localement, en outre, par l'inflammation de la muqueuse laryngée, elle favorise la localisation de la diphtérie.

C'est au début ou à la période d'état (troisième, quatrième semaine) de la fièvre typhoïde qu'apparaît la diphtérie. Elle revêt les caractères d'une malignité extrême, entraînant rapidement la mort au milieu de phénomènes violents : toux et voix étouffées, dyspnée intense mais sans accès de suffocation, facies terreux, livide, prostration profonde. Celle-ci peut même être telle, et la dyspnée si peu marquée, que cette complication reste latente et n'est reconnue qu'à l'autopsie. Il faudra donc examiner avec soin le pharynx des malades afin d'y reconnaître les fausses membranes.

D'ailleurs, la trachéotomie est d'ordinaire inutile, car les fausses membranes sont en général trop étendues pour que le malade puisse en bénéficier. Elles commencent en effet dans le pharynx et se propagent d'ordinaire au delà de l'épiglotte jusque dans la trachée ou même jusque dans les bronches, formant un revêtement continu « comme si l'on avait coulé un vernis grisâtre » [Oulmont (3)], épais, résistant, peu adhérent à la muqueuse dans la région sous-glottique et la trachée, plus difficile à détacher au niveau des cordes vocales et au-dessus. Histologiquement, elles offrent la structure habituelle. Le chorion sous-jacent se montre fortement infiltré.

Paralysies laryngées. — Signalées par Türck, Griesinger, Liebermeister, Morell-Mackensie, Traube, Ziemssen, Chaumel, Libermann, Paulin (Th. 1879), Le Marchant (Th. 1879), Weber (4), les paralysies laryngées post-typhiques ont pour la première fois fait l'objet d'un mémoire très complet dans les *Archives générales de médecine* en décembre 1894 (17 observations). A ce travail de Boulay et Mendel, nous ajouterons les cas rapportés par Lüblinski (1), et par Mollard et Bernoud (2).

(1) Sanné. *Traité de la diphtérie.*
(2) Mollière. *Lyon méd.*, 15 oct. 1876.
(3) Oulmont. *Soc. méd. des hôpit.*, 1859.
(4) Weber. *Berl. klin. Wochens.*, 1880.

Ces paralysies représentent une complication des plus rares (4 à 5 p. 100 pour Libermann). Toutefois elles seraient peut-être moins exceptionnelles qu'on le croit, étant souvent méconnues ; un certain nombre d'accidents laryngés rapportés à des lésions ulcéreuses de la muqueuse ou des cartilages (sans le contrôle du miroir) relèvent probablement d'une paralysie des cordes vocales. Et Boulay et Mendel donnent comme exemple l'observation de Cornil citée par Maurin, où chez un malade qui avait été pris d'enrouement puis d'aphonie, on ne constata à l'autopsie aucune altération du larynx.

Cette complication s'observe parfois au début ou en pleine période fébrile. En général, elle survient après la défervescence, pendant la convalescence (du cinquième jour au cinquième mois), surtout après des fièvres typhoïdes graves. Elle frappe ordinairement les deux cordes vocales, très rarement une seule, et se manifeste par des symptômes variables suivant les muscles atteints. On en décrit quatre formes.

A. *Paralysie des dilatateurs.* — La plus fréquente (6 fois sur 17, Boulay et Mendel ; un cas, Lüblinski), et aussi la plus grave, vu les troubles respiratoires intenses qu'elle détermine, et qui ont, dans 5 cas sur 6, nécessité la trachéotomie.

Dans certains cas elle est annoncée par des fourmillements, des douleurs au niveau du larynx, parfois intenses. Puis brusquement ou progressivement éclatent les phénomènes graves : la voix reste à peu près normale, mais la respiration devient de plus en plus difficile, et cette gêne respiratoire prend une allure rapidement inquiétante, l'inspiration étant bientôt presque impossible, enfin des accès de suffocations terribles pouvant éclater, avec angoisse, battement des ailes du nez, tirage sus et sous-sternal, cornage bruyant.

L'examen laryngoscopique montre, dans ces cas, des cordes vocales de coloration et d'aspect normal, se rapprochant normalement pendant la phonation, s'écartant au contraire très faiblement, ou même se rapprochant pendant l'inspiration, ne laissant ainsi entre elles qu'une fente glottique notablement (et constamment) rétrécie, d'un demi-centimètre à un millimètre, « comme une fine ligne » [Rehn (3)].

Le pronostic de cette paralysie est des plus sérieux, non seulement de par la gravité des troubles respiratoires nécessitant presque toujours la trachéotomie, mais encore vu sa durée : elle est en effet bien souvent d'une ténacité extrême, et si, sur les six malades de Boulay et Mendel, l'un put retirer sa canule trachéale au bout d'un mois [Jurasz (4)] et un

(1) Lüblinski. *Ann. des mal. des or. et du lar.*, avril 1895.
(2) Mollard et Bernoud. *Progrès méd.*, 31 mars 1897, p. 297.
(3) Rehn. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1876, p. 136.
(4) In Boulay et Mendel. Obs. V. Cf. *Deuts. med. Wochens.*, 1879.

autre au bout de quatre, les quatre autres durent la conserver indéfiniment. Cependant, même après des accès intenses et répétés, on peut voir survenir la guérison complète, comme chez le malade de Mollard et Bernoud qui guérit au trente et unième jour, sans avoir eu à subir la trachéotomie.

B. *Paralysie des constricteurs.* — (4 cas sur 17.) Cette forme, qui s'observe d'ordinaire avant la convalescence (cinquième, quinzième, vingt-cinquième jour), est beaucoup moins grave que la précédente, puisqu'elle n'entraîne que des troubles de la phonation, c'est-à-dire une aphonie plus ou moins complète, survenant brusquement ou après quelques jours pendant lesquels la voix baisse de plus en plus. La respiration, au contraire, n'est en rien entravée. Le laryngoscope montre, en effet, que l'abduction des cordes vocales se fait normalement; au contraire, pendant les efforts de phonation, elles ne peuvent arriver à s'affronter : leur bord libre, non tendu, n'est plus rectiligne, mais décrit une légère courbe à concavité interne. Cette paralysie guérit dans la moitié des cas, soit spontanément, brusquement comme elle a débuté (Traube), soit sous l'influence du traitement électrique.

C. *Paralysie d'un récurrent.* — (5 cas sur 17, Boulay et Mendel; 3 cas, Lüblinski.) L'un des cas de Boulay et Mendel a guéri par l'électricité en quelques jours.

D. *Paralysie des deux récurrents.* — (2 cas, Lüblinski.) Elle survient pendant la convalescence et se manifeste par l'apparition brusque d'une dyspnée assez vive. Au laryngoscope, on constate, si la paralysie est totale, que les cordes vocales se maintiennent en position cadavérique, que l'une des deux continue à se mouvoir plus ou moins, si la paralysie est incomplète [Thomas (1)] ou unilatérale. La paralysie bilatérale peut déterminer une dyspnée assez intense pour nécessiter la trachéotomie. Dans l'un des cas cités, le malade guérit après vingt-sept mois de faradisation.

VII

Pathogénie. — La nature de ces paralysies est encore très obscure : pour les uns, il s'agirait d'une névrite périphérique due aux toxines éberthiennes, et cette opinion se base sur la coexistence, dans certains cas, d'une paralysie du cubital [Pennato (2)].

Pour d'autres, le système nerveux central lui-même serait atteint; il y aurait notamment des lésions bulbaires, ce qui expliquerait l'association plusieurs fois signalée d'une paralysie du voile du palais [Löri (3), Gottstein (4), Lüblinski, Mollard et Bernoud].

Une troisième théorie incrimine l'arthrite des articulations crico-aryténoïdiennes; une autre considère ces paralysies comme de nature hystérique; leur localisation si nette, leur évolution si fréquente vers l'amyotrophie plaident fort contre cette opinion.

Une dernière enfin conclut qu'il s'agit de lésions musculaires produisant une impotence fonctionnelle. Rehn en rapproche la faiblesse du myocarde et la parésie des membres inférieurs [Rehn (1), Alexander (2)]. Cette théorie semble, elle aussi, bien insuffisante : on connaît des myosités typhiques, mais non localisées à un groupe musculaire commandé par le même nerf. Et d'ailleurs, ne relèvent-elles pas d'une lésion nerveuse causale ?

VIII

Diagnostic. — Comme nous l'avons déjà signalé, le diagnostic de ces paralysies peut être méconnu : elles se présentent, en effet, avec des symptômes très analogues à ceux qui déterminent les lésions ulcéro-nécrosantes que nous avons décrites — à la même date — et en raison de la fréquence plus grande de celles-ci, c'est à elles que l'on songera le plus souvent. On peut toutefois remarquer que, alors que dans les paralysies, il y a en général troubles vocaux *ou* troubles respiratoires, suivant les muscles atteints, il y a le plus habituellement, dans le laryngo-typhus, *association* des deux ordres de phénomènes. Rappelons cependant que, dans certains cas, par suite de la localisation des lésions nécrosantes, ou, au contraire, de la prédominance de l'œdème laryngé, l'un ou l'autre de ces deux groupes de symptômes peut seul s'observer; tel le cas de Souques, où « autant les troubles de la voix étaient nets et caractériques, autant ceux de la respiration étaient peu marqués, absents presque ». C'est dire, une fois de plus, la nécessité de l'examen laryngoscopique pour trancher un diagnostic clinique incertain.

IX

Traitement. — Les cas légers s'améliorent en général vite spontanément (quelques jours ou semaines) : il en est ainsi le plus souvent des paralysies précoces. Au contraire, les paralysies de la convalescence sont des plus tenaces, et nécessitent pendant des mois ou même des années, l'électrisation faradique intra et extra-laryngée.

(1) Thomas. In Boulay et Mendel. Obs. XI. Cf. *Revue d'oto-rhino-lar.*, 1893, n° 20, p. 865.
(2) Pennato. *Ibid.* Obs. X. Cf. *Rev, ven. d. sc. med.*, mars 1893.
(3) Löri. *Jahrb. f. Kind.*, 1882, XIX, 1.
(4) Gottstein. *Traité des mal. du lar.*, traduct. Rougier, 1888.

(1) Rehn. In Boulay et Mendel. Obs. III.
(2) Alexander. *Ibid.* Obs. VIII. Cf. *Deuts. med. Wochens.*, 1886, n° 31.

FORMULAIRE

HERPÈS GÉNITAL

Injections, matin et soir, contenant pour un litre d'eau une cuillerée à soupe de biborate de soude; pansement avec un tampon d'ouate imbibé de :

Thigénol.............. 30 grammes.
Glycérine.............. 170 —

Deux fois par semaine, prescrire un bain au Thigénol (100 grammes par bain).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 MAI 1909)

Psychoses traumatiques. — M. PICQUÉ a fait une communication intéressante sur la paralysie générale d'origine traumatique. Il a rappelé que l'école de la Salpêtrière et son grand maître, Charcot, étaient arrivés à nier complètement la paralysie générale traumatique. Dans les cas où il y avait un traumatisme avant l'apparition de la paralysie générale, on admettait qu'il avait dû y avoir une syphilis antérieure au traumatisme. Dans ces dernières années, le traumatisme semble avoir repris un peu plus de place dans l'étiologie de la paralysie générale. Cette question a pris surtout de l'intérêt depuis la loi sur les accidents du travail et certains experts, en particulier Brouardel et Thoinot, accordent au traumatisme une certaine importance étiologique dans l'histoire de la paralysie générale. La difficulté est de savoir si les blessés ont présenté, avant le traumatisme, quelques-uns des signes précurseurs de la paralysie générale. On sait, en effet, combien sont insidieux les débuts de cette affection et avec quelle facilité les premiers signes peuvent échapper aux cliniciens les plus sagaces. On ne peut attacher trop d'importance à l'absence de syphilis dans les antécédents du blessé, la syphilis ayant pu passer inaperçue. Le temps écoulé entre le trauma et l'apparition de la paralysie générale n'a pas non plus une grande signification ; ce temps, en effet, peut être très long.

M. Picqué fait observer que la démence traumatique, décrite par Dubuisson, démence caractérisée par un effondrement très rapide des facultés intellectuelles, a souvent été confondue avec la paralysie générale dont elle diffère cependant d'une façon absolue.

En résumé, en présence d'une paralysie générale survenue à la suite d'un traumatisme cranien, faut-il admettre que ce traumatisme n'a agi que comme cause occasionnelle ? Telle est la question qu'il est de toute importance de résoudre et qui présente un grand intérêt au point de vue médico-légal. Cela ne fait pas de doute si le traumatisé est un de ces *dégénératifs*, de ces sujets atteints de dégénérescence mentale héréditaire qui les prédispose à saisir la moindre occasion de délirer. Chez ceux-là un traumatisme extra-cranien peut exercer la même influence qu'un traumatisme intra-cranien. Il s'agit, dans ces cas, de véritables prédisposés.

En terminant, M. Picqué se rattache à cette opinion qui admet que le traumatisme peut conduire le prédisposé à la paralysie générale. Le traumatisme préparerait le terrain et permettrait à la syphilis d'aboutir à la paralysie générale. C'est ainsi que le traumatisme prendrait une place importante dans l'étiologie de la paralysie générale.

M. TUFFIER signale ce fait que bien d'autres d'ailleurs ont déjà remarqué : dans un cas d'amnésie complète consécutive à un traumatisme cranien, il a constaté que ce sont les faits les plus proches de l'accident qui disparaissent le plus longtemps de la mémoire et que ce sont les faits les plus anciens qui reviennent les premiers.

La fulguration dans le traitement du cancer. — La Société aborde le procès de la fulguration dans le traitement du cancer. C'est M. SÉBILEAU qui, à propos du fait présenté dans la dernière séance par M. Nélaton, ouvre le feu. Il fait d'abord cette observation générale très juste qu'en matière de traitement du cancer, c'est souvent le public qui pousse le chirurgien à tenter telle ou telle méthode que, de lui-même, il ne choisirait pas. Il se passe là pour les chirurgiens ce qui se passe pour les médecins à l'égard de la tuberculose. M. Sébileau n'entend pas juger d'ores et déjà et encore moins condamner la fulguration. Il veut seulement faire connaître les résultats qu'il a obtenus. Il y a eu recours une douzaine de fois. Dans deux cas de laryngo-fissure pour épithéliomas du larynx, il a fait l'opération qui a été suivie de la fulguration. Ces deux malades sont morts de broncho-pneumonie. Or, depuis longtemps, M. Sébileau n'avait plus observé un seul cas de broncho-pneumonie consécutivement à la même opération sans fulguration.

Nous résumons aussi brièvement que possible les autres faits apportés par M. Sébileau : un cas d'extirpation totale de la langue, fulguration, pas encore de récidive ; un cas d'épithélioma du larynx, pas encore récidivé ; un cancer du maxillaire inférieur, mort après dix jours ; un sarcome du maxillaire inférieur, pas encore de récidive.

M. Sébileau cite encore ce fait : un malade a été opéré en Angleterre pour un épithélioma laryngé par la laryngo-fissure, récidive ; M. Sébileau fait la laryngectomie suivie de fulguration. Après un mois, récidive sur une petite portion de l'os hyoïde qui avait été laissée. Récidive très rapide, très large. On insiste pour que M. Sébileau intervienne de nouveau. Il fait, dans une dernière tentative, l'évidement total de la région cervicale suivi de fulguration. Hémorragie mortelle de l'artère carotide primitive.

Voilà les faits observés par M. Sébileau. Il n'oserait dire que la fulguration aggrave les interventions chirurgicales ou le pronostic au point de vue des récidives. Il croit toutefois qu'il vaut mieux s'en tenir aux règles chirurgicales antérieures. Les indications restent ce qu'elles étaient.

Rapports de la péritonite et de l'érysipèle. — M. VALLAS (de Lyon) communique l'observation d'une femme de quarante-cinq ans qui, à la suite de troubles gastro-intestinaux, fut prise d'un frisson, d'une brusque élévation de température, et d'une douleur dans la fosse iliaque gauche. Le ventre cependant restait souple, pas de vomissements, pas d'indication d'intervenir. Les phénomènes s'apaisent de nouveau, élévation brusque de la température à 40 degrés. Le séro-diagnostic était resté nul. Les douleurs réapparaissent, le ventre se météorise. M. Vallas se décide à intervenir immédiatement ; laparotomie à droite ; pas de liquide, appendice sain ; l'iléon, sur une étendue de 30 centimètres environ, est rouge, parsemé de fausses membranes analogues à celles de la diphtérie, près de se perforer. Tamponnement au niveau des anses altérées, fermeture du ventre, suites bonnes. En somme péritonite de cause inconnue ; tel avait été le diagnostic porté. Quatre jours après la laparotomie, la petite fille de la malade présentait un érysipèle de la face.

M. Vallas rapporte trois faits qui semblent démontrer un rapport entre l'érysipèle et la péritonite suppurée.

Plaie du cou. — M. Robert PICQUÉ présente un jeune soldat qui avait eu une plaie occupant le tiers supérieur de la région carotidienne ; débridement, plaie de la carotide et de la jugulaire ; suture latérale veineuse, guérison.

Autoplastie. — M. MORESTIN nous présente une femme chez laquelle il a enlevé les deux joues pour un épithélioma. Il a reconstitué la joue gauche avec un lambeau cervical et la joue droite avec un lambeau emprunté à la région temporale. Enfin les lèvres ont été refaites avec un lambeau emprunté à l'avant-bras, fixé sur la région malade. Le résultat obtenu par M. Morestin chez cette malade est vraiment merveilleux.

Kyste hydatique du rein. — M. ROUTIER présente un kyste hydatique du rein qui avait été pris pour un kyste de l'ovaire. Au cours de l'opération on vit que l'uretère était appliqué contre la paroi du kyste et formait un Z. Cependant cette malade n'avait jamais présenté d'hydronéphrose.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 MAI 1909)

Méningite bactérienne ambulatoire. — MM. BRISSAUD et SICARD. Un homme souffrait d'une névralgie faciale avec anesthésie du trijumeau, diplopie, hypo-acousie; signes qui firent porter le diagnostic de néoplasme, et décidèrent à une intervention. Celle-ci montra, en effet, un néoplasme du rocher. Au cours de l'opération, la trompe à eau qui servait à absorber le sang s'étant brisée, le liquide céphalo-rachidien fut contaminé par l'eau de Seine. Néanmoins, le malade guérit, mais présenta une sinusite du maxillaire supérieur et une otite purulente, avec un peu de signe de Kernig, sans clonus ni signe de Babinski. Une série de ponctions lombaires révéla l'existence d'une méningite à coli-bacilles et à staphylocoques, avec liquide trouble contenant de nombreux polynucléaires avariés. Actuellement, cette méningite est en voie de rétrocession. — M. SICARD rappelle qu'il a vu un cas semblable chez un garçon de quinze ans, à la suite d'une angine légère. — M. ACHARD compare ces faits aux ascites infectées, sans signes de péritonite.

Diagnostic des anesthésies par le diapason. — M. TINEL. Dans les hypotonies musculaires, certaines positions, en diminuant le contact des surfaces articulaires, diminuent la sensibilité au diapason. Les malades anesthésiques, qui disent ne plus entendre les vibrations, peuvent être considérés comme donnant une interprétation erronée, par conséquent d'origine psychique.

Radiculite lombo-sacrée à méningocoques. — MM. TINEL et DÉJERINE. Il y a six semaines, un homme vigoureux fut pris de douleurs à caractère fulgurant, dans les deux sciatiques, surtout le droit, avec, des plus nettement, l'exaspération lors des efforts de toux. Diminution du réflexe rotulien, du côté le plus atteint, puis de tous les réflexes des deux côtés. Pas de fièvre ni de parésie. La ponction lombaire montra une lymphocytose, avec méningocoques. Il ne s'agit pas d'une méningite cérébro-spinale, mais d'une méningite localisée.

Hématomyélie à foyers successifs. — M. TINEL. Un homme, en pleine santé, fut pris, brusquement, d'abord, d'une hémiplégie des membres du côté droit, puis d'hémiplégie pharyngo-laryngée du même côté. — M. THOMAS insiste sur l'existence d'une amyotrophie diffuse, avec altérations des réactions électriques et d'une dissociation de la sensibilité, plus nette sur le côté externe des membres que sur l'interne.

Signes organiques dans un cas de chorée de Sydenham. — M. THOMAS. Dans ce cas, consécutif à un rhumatisme, chez un garçon de treize ans, et prédominant à droite, existent le signe de Babinski, un peu de flexion combinée de la cuisse sur la hanche, et des mouvements associés plus énergiques, lorsque le malade serre la main. Le liquide céphalo-rachidien présente une lymphocytose discrète. — M. SICARD, sur 18 chorées de Sydenham, n'en a vu que quelques-unes avec lymphocytose. — M. CLAUDE se demande si ce cas ne représente pas une transition entre les faits de chorée aiguë, avec signes encéphaliques et les faits chroniques ordinaires?

Tabes fruste avec arthropathie. — M. FOIX. Le tabes se réduit à l'abolition des réflexes rotuliens, quelques douleurs fulgurantes et la lymphocytose. L'arthropathie est à marche lente. — M. BRISSAUD se demande si ces arthropathies ne dépendent pas de la syphilis plus que du tabes. — MM. RAYMOND, MARIE et DÉJERINE répondent par la négative.

Paralysie de la branche externe du spinal dans le tabes. — M. LÉRI. Brusquement, un ancien tabétique fut pris, sans perte de connaissance, de paralysie des membres du côté droit, avec paralysie de la branche externe du spinal, et de l'hypoglosse du même côté, et tachycardie habituelle. L'auteur croit à l'origine radiculaire de ces paralysies.

Traitement par le radium de la syringomyélie et de la sciatique. — M. TOUCHARD a amélioré rapidement une sciatique rebelle, par l'application sur les racines sacrées, d'un appareil à sels collés, d'activité 500000. Dans un cas de syringomyélie, une quinzaine d'applications du même appareil ont amené l'amélioration des troubles objectifs de la sensibilité et de la motilité. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par les rayons X par MM. Lhermitte et Beaujard.

Un cas de sciatique traité par le radium. — M. Paul TOUCHARD et Mme FABRE. Une malade de quarante-sept ans, qui présente actuellement un petit fibrome de l'utérus s'accompagnant de métrorragies abondantes, a eu une première atteinte de sciatique il y a trois ans, guérie complètement en trois semaines.

En novembre dernier survient une nouvelle crise de sciatique extrêmement violente qui pendant deux mois empêche tout sommeil et détermine une gêne considérable de la plupart des mouvements, particulièrement de la position assise. Pendant ces deux mois, tous les analgésiques, toutes les méthodes usitées habituellement dans le traitement de la sciatique ont été employées sans succès.

Une première application d'une heure d'un appareil de radium à sels collés d'une activité de 500000, d'une surface de 4 centimètres carrés ne laissant passer que les rayons ultra-pénétrants, amena une amélioration considérable; le sommeil fut possible dès la première nuit, le membre inférieur put se fléchir sans douleur et la malade put enfin s'asseoir. L'appareil avait été appliqué au niveau de l'émergence des racines sacrées.

Après une interruption de traitement d'une quinzaine de jours, les douleurs reparurent, mais bien moins violentes. L'appareil fut appliqué cette fois sur le trajet du tronc du nerf sciatique et deux applications n'amenèrent aucune sédation des douleurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Essai sur la psychologie de la main, par N. VASCHIDE, directeur adjoint du laboratoire de psychologie pathologique de l'école des Hautes Etudes, avec une préface de Ch. RICHET. In-8 de 504 pages avec 37 pages hors texte (de la bibliothèque de philosophie expérimentale dirigée par M. Peillaube). — Prix : broché, 12 francs; relié, 13 fr. 50. — Paris, Marcel Rivière.

Manuel de neurologie à l'usage des praticiens et des étudiants, par L. MARCHAND, médecin des asiles publics d'aliénés. Grand in-18 jésus, cartonné toile, de 550 pages, avec 34 figures dans le texte. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 57. — MARDI 18 MAI 1909. 82e ANNÉE. MARDI 18 MAI 1909. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des Fêtes de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 14 mai : MM. Kendirdjy, 16 ; Alglave, 15 ; Hallopeau, 17 ; Gernez et Chevassu, 19.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 19 mai, à quatre heures et demie, à la Charité.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés membres de la commission instituée au ministère de l'Intérieur, à l'effet de donner son avis sur le caractère balnéaire, thermal ou climatique des stations de France, en vue de l'autorisation des jeux, MM. les professeurs A. Robin et Debove.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dix-huitième semaine, 1 027 décès, au lieu de 1 005 pendant la semaine précédente et de 947, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 52 au lieu de 66 pendant la semaine précédente (moyenne 37).

La scarlatine a causé 11 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 228, au lieu de 238 pendant la semaine précédente (moyenne 189).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 163 décès, au lieu de 182 pendant la semaine précédente (moyenne 145).

La phtisie pulmonaire a causé 224 décès (moyenne 212).

On a signalé en outre 11 cas de méningite cérébro-spinale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ernest Besnier, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de soixante-dix-huit ans, et Paul Cavaillon, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de Lyon.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (directeur : M. Pierre Sébileau, agrégé de la Faculté, chirurgien de Lariboisière). — *Semestre d'été 1909.* — COURS ET EXERCICES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. — *Opérations sur les organes génitaux de la femme*, par M. Jean-Louis Faure, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin et par M. Robert Proust, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Ce cours commencera le mardi 25 mai. Il aura lieu à deux heures et demie les mardis, jeudis et samedis.

I. Anatomie chirurgicale de l'appareil génital de la femme. Technique générale. Instrumentation.

II. Hystéropexie. Raccourcissement des ligaments ronds. (Déviations utérines.)

III. Opérations sur la vulve et le périnée. (Prolapsus génitaux. Déchirures du périnée.)

IV. Fistules vésico-vaginales et recto-vaginales.

V. Colpotomie. Amputation du col. (Suppurations pelviennes. Métrites.)

VI. Curettage. Opérations plastiques sur le col. (Rétention placentaire. Dysménorrhée. Stérilité.)

VII. Salpingectomie unilatérale. (Inflammations et tumeurs des annexes. Grossesse tubaire.) Hystérectomie subtotale ; procédés divers. Décollation. Procédé américain. Procédé de Terrier. Hémisection.

VIII. Hystérectomie totale. Hystérectomie pour cancer (opération de Wertheim et opération par voie combinée).

IX. Hystérectomie vaginale. Colpohystérectomie.

X. Indications et choix des procédés. (Fibromes. Myomectomie. Annexites. Tumeurs ovariennes. Prolapsus génitaux. Cancers.)

Le nombre des élèves est limité. Le droit à verser est de 80 francs pour les docteurs en médecine et de 50 francs pour les étudiants en médecine. Le cours est gratuit pour les internes des hôpitaux.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. le docteur Savariaud commencera le mardi 1er juin, à dix heures et demie, des conférences de chirurgie infantile et d'orthopédie, qu'il continuera les mardis et samedis suivants à la même heure, pendant les mois de juin et juillet.

Sujet des conférences. — Coxalgie. Mal de Pott. Pied bot congénital. Bec-de-lièvre et fentes palatines. Hernies chez l'enfant. Rachitisme. Scoliose. Luxation congénitale de la hanche.

Moyens de communication : métropolitain, stations de Vincennes et Bel-Air ; tramways, Saint-Augustin-Cours de Vincennes, Louvre-Vincennes.

UN CAS

DE

PARALYSIE RADICULAIRE TYPE ERB

D'ORIGINE OBSTÉTRICALE

Par MM. L. BABONNEIX et ROGER VOISIN.

(Travail du service du professeur Hutinel.)

Les paralysies radiculaires du plexus brachial que l'on observe au cours de l'accouchement sont assez souvent méconnues; les accidents persistent alors indéfiniment et déterminent des infirmités qui peuvent gêner considérablement le développement et diminuer par suite la capacité ouvrière de l'enfant.

C'est un de ces cas de paralysie méconnue du plexus brachial que nous désirons rapporter ici.

Le 17 mars 1909, est amené à la consultation de la policlinique du service du professeur Hutinel un jeune garçon de dix ans et demi, M... (Alexandre), parce que, nous dit la mère, il a de la peine à mouvoir le bras droit.

Cette impotence date de la naissance, mais la mère ne s'en est pas jusqu'ici autrement inquiétée.

Le père est mort à cinquante-trois ans; c'était un alcoolique, la mère est bien portante. Il a deux frères plus âgés, assez bien portants également. Trois autres enfants ont succombé, un de méningite, deux de broncho-pneumonie. Quant à notre sujet, il a déjà fait de nombreuses maladies, la rougeole, la scarlatine, la diphtérie. Actuellement il est en bonne santé.

Mais, ce que nous apprend d'important l'interrogatoire de la mère de l'enfant, c'est que l'*accouchement a été très difficile*. Il s'est effectué à terme après une grossesse pénible, et l'on dut utiliser le forceps. Dès la naissance, on remarqua que le bras droit était paralysé, que l'enfant ne le soulevait pas, qu'il pendait le long du corps; mais on n'a jamais traité cette paralysie.

Le jeune Alexandre est un garçon bien constitué; on ne note que de minimes traces de rachitisme. Mais le facies adénoïdien est assez marqué, la voûte palatine est ogivale, et l'on remarque que, si les incisives sont très larges, il manque les incisives latérales supérieures. De plus un tic fréquent fait plisser les paupières.

Le membre supérieur, siège de la paralysie, est le membre droit. Le moignon de l'épaule de ce côté paraît abaissé, il est nettement atrophié, et lorsqu'on fait appliquer à l'enfant ses bras le long du tronc, on s'aperçoit que le membre droit est plus court que le membre gauche.

La mensuration rend compte de ce raccourcissement; du sol à l'extrémité des doigts dans la position décrite ci-dessus, on relève 46,5 à gauche contre 48,5 à droite. Cette diminution de longueur de 2 centimètres porte sur le segment proximal du membre. Tandis que l'on note 20 centimètres des deux côtés de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus, on relève 25 centimètres à gauche et 23 centimètres à droite de l'acromion à l'épicondyle. Par contre, la circonférence du membre n'est pas modifiée; au niveau du bras, on note 19,2 de deux côtés, et, au niveau de l'avant-bras, les mêmes chiffres de 18,5 et de 13,5 aux extrémités supérieure et inférieure.

Les membres des éminences thénar et hypothénar paraissent également un peu atrophiés.

Enfin les muscles des fosses sus et sous-épineuses du côté droit sont nettement atrophiés, mais l'omoplate droite n'est pas diminuée de volume, les deux angles descendent au même niveau.

Les mouvements des membres sont nettement altérés, du moins ceux qui sont provoqués par les muscles de la racine des membres. En effet l'enfant fléchit et étend facilement les doigts, les écarte et les rapproche sans difficulté. Mais si l'extension de l'avant-bras sur le bras est également normale, il n'en est plus de même de la flexion. Celle-ci est possible, il est vrai, mais elle est pénible et incomplète. Elle s'accompagne toujours d'un mouvement de demi-pronation. La supination de la main est impossible, si on supprime l'action du biceps. Dans la flexion forcée, on ne peut sentir à la face externe du coude la corde normale du long supinateur.

Les mouvements d'adduction du bras sont complets, mais ceux d'abduction sont incomplets. L'enfant ne peut mettre le bras dans le sens horizontal; il ne peut porter la main à la bouche. Cette gêne de mouvements rend l'écriture très difficile.

Les muscles trapèze et sterno-cléido-mastoïdien sont normaux.

La sensibilité, sous ses trois modes, est absolument normale.

Le réflexe des extenseurs est normal, le réflexe tricipital est un peu diminué.

Rien à signaler au niveau des membres inférieurs et de la face.

L'examen électrique des muscles des membres est pratiqué par le docteur Larat.

La contractilité faradique est conservée, mais amoindrie dans les muscles suivants : deltoïde, biceps, brachial antérieur, long supinateur.

La contractilité galvanique est amoindrie également dans les mêmes muscles. Le seuil de la contraction apparaît vers 8 milli-ampères, au lieu de la normale 4 1/2 à 5. Pas d'inversion de la formule normale, c'est-à-dire que la contraction négative conserve sa prépondérance normale. Il n'existe donc pas au moins actuellement de névrite secondaire.

Nous avons fait pratiquer la radiographie des deux membres supérieurs.

Il ne peut y avoir de doute sur l'affection que présente notre malade : il s'agit évidemment d'une paralysie du plexus brachial, type Duchenne-Erb et cette paralysie est d'origine obstétricale.

Et pourtant ce diagnostic ne paraît pas avoir été posé par les médecins qui, soit au moment de la naissance, soit pour diverses maladies, ont été appelés à donner des soins à l'enfant. C'est en effet que la paralysie radiculaire du plexus brachial est une affection rare; pourtant l'existence de la paralysie dès la naissance, le fait que l'accouchement fut difficile et nécessita l'usage du forceps devaient suffire pour le diagnostic.

La méconnaissance de la nature de cette paralysie entraîne des conséquences très importantes pour l'enfant. Autant en effet, et c'est un point sur lequel nous désirons insister, les accidents peuvent s'amender, lorsqu'on les traite dès leur apparition par l'électricité, sauf bien entendu si les racines sont complètement arrachées; autant à présent, étant donnée l'ancienneté des lésions, tout traitement est illusoire. Il faut que le praticien soit bien convaincu de la valeur thérapeutique de l'électricité appliquée de bonne heure dans ces paralysies obstétricales.

La localisation supérieure de la paralysie obstétricale du plexus brachial, celle que nous constatons chez notre malade est la plus fréquente; elle relève d'une lésion des premières racines cervicales. Par

contre, il n'est pas constant d'abaisser dans ces cas, comme chez notre malade, une modification atrophique du squelette osseux. Celle-ci indique une lésion marquée des racines antérieures et probablement aussi une lésion secondaire des centres trophiques de la moelle. Nous ferons remarquer la continuité de cette atrophie au niveau de l'humérus, alors que l'autre bras conserve sa longueur normale. On sait en effet que les centres médullaires des membres correspondent aux centres radiculaires et que les racines supérieures du plexus brachial se terminent surtout dans le bras, alors que les racines inférieures commandent l'extrémité du membre.

MÉDECINE PRATIQUE

EMPLOI DE L'IODE EN CHIRURGIE

Le pouvoir antiseptique de l'iode est connu de longue date. Dès 1840, Boisset vantait son pouvoir désinfectant. Quelques années après, Dupierris, puis Réveil insistaient sur sa valeur comme antiputride. Mais ce sont surtout les travaux de Davaine (1860-1870) qui prouvèrent l'intensité du pouvoir bactéricide de l'iode dans la septicémie et le charbon : 7 milligrammes d'iode suffisent pour neutraliser l'action des bactéries charbonneuses dans un litre de liquide où l'on a mis 1 centimètre cube de sang charbonneux. Ces résultats ont été confirmés par les recherches de Koch, de Warrikoff. Puis Tarnier et Vignal montrent que ce pouvoir microbicide s'étend au vibrion septique, aux streptocoques et staphylocoques : à dose de 0g25 par litre, il rend le bouillon imputrescible et 0g90 par litre arrêtent le développement des streptocoques et staphylocoques. A la dose de 3 grammes par litre son pouvoir égale celui de la liqueur de van Swieten. Sternberg (*Amer. Journ. of the Med. Sc.*, avril 1883) a montré que le gonocoque est détruit rapidement par une solution d'iode à 1/4000.

Tous les tableaux comparatifs de valeur des antiseptiques (Jalan de la Croix, Miquel, Vignal) concordent à placer l'iode parmi les antiseptiques les plus puissants, immédiatement après l'eau oxygénée, le sublimé, le nitrate d'argent, le chlore, avant le brome, le sulfate de cuivre, et loin devant l'acide sulfureux, le permanganate de potasse, le thymol, et surtout l'acide phénique, l'alcool et l'acide borique, désinfectants peu actifs.

A cette action microbicide intense, il faut joindre un très grand pouvoir de diffusibilité et une action cytogénique indéniable et que montre bien l'expérience suivante : si on rase la patte d'un lapin et qu'on la badigeonne de teinture d'iode, on constate, après quelques heures, une abondante leucocytose dans le tissu cellulaire sous-cutané, entre les muscles, sous le périoste et même dans la moelle osseuse. Il y a une véritable diapédèse leucocytaire qui dure plusieurs jours puis entre en régression. Les leucocytes tendent alors à se résorber sous forme de fins globules graisseux. Les éléments du voisinage participent à cette dégénérescence, ce qui explique l'action du médicament sur certaines productions néoplasiques, sur la formation des cicatrices, action révulsive et résolutive.

La diffusibilité de l'iode s'exerce de diverses manières. La teinture alcoolique possède un pouvoir de pénétration considérable des espaces intercellulaires et lymphatiques. Sur la peau, au bout d'une vingtaine de minutes on retrouve dans l'épiderme et le derme de fines particules d'iode. Cette action est encore plus marquée sur les muqueuses (F. J. Porter, *Brit. med. Journ.*, 6 fév. 1909; Grossich, *Centralbl. f. Chir.*, 1908; Walther et Touraine, *Soc. de chir.*, 15 et 24 mars 1909). A ce pouvoir de pénétration cellulaire il faut ajouter que l'iode par sa volatilité et sa diffusibilité est dans le cas d'application locale absorbé par l'organisme et vient joindre à son action stérilisante locale un pouvoir antitoxinique général (Rambuteau, Pouchet, *Précis de pharmacol.*, 1907).

Si l'on joint à ces qualités la faible toxicité de l'iode aux doses chirurgicales, on s'explique mal le peu d'emploi que l'on a fait en chirurgie jusqu'à ces dernières années.

On lui a reproché surtout son prix élevé. Selon les cours, l'iode de premier choix vaut de 0f35 à 0f45 le gramme, ce qui pour la teinture à 1/10 dans l'alcool à 95 degrés donne : 0f40 d'iode + 0f45 d'alcool, soit 0f95 au total, avec laquelle on peut faire 330 grammes de solution aqueuse aussi antiseptique que la liqueur de van Swieten (soit 1f35 pour un litre de cette solution). C'est évidemment plus cher que le sublimé qui coûte 0f06 le gramme, ou que le formol (1f60 le litre de solution mère à 40 p. 100). Mais on se rapproche du prix de l'eau oxygénée à 12 vol, pure et neutralisée, qu'on n'hésite pas à employer tous les jours.

Tarnier a aussi objecté la « vilaine couleur » des solutions (??). Ce qui contribue à détourner de l'emploi de l'iode, ce sont les méfaits d'un de ses dérivés, l'iodoforme, qui joint à son odeur aussi déplaisante que tenace, à sa causticité, à sa toxicité notable, un pouvoir antiseptique remarquablement faible.

Nous ne nous occuperons d'aucun des produits dérivés de l'iode : biiodure de Hg, iodoforme (96 p. 100 d'I), iodoformogène, airol, aristol (46 p. 100 d'I), iodol, nosophène, eudoxine, etc. Nous rappellerons seulement que de tous les composés de l'iode, c'est le trichlorure d'iode qui possède le pouvoir microbicide le plus puissant, plus puissant que celui de l'iode lui-même, puisqu'une solution à 1/1 000 détruit en quelques minutes les microbes pyogènes les plus résistants et même les spores, action bien plus active à doses égales que le sublimé lui-même; mais c'est un corps caustique, instable, qui détériore les instruments et est complètement inutilisé en chirurgie.

Nous ne nous occuperons que de l'iode en nature sous toutes ses formes, en particulier en solutions.

Il semble que son emploi en chirurgie, modeste jusqu'à ces dernières années, prenne un essor rapide, et qu'il soit en passe de tenir le rang qu'ont occupé successivement l'acide phénique et les sels mercuriels (sublimé, biiodure, oxycyanure) et qu'occupent actuellement le formol et ses dérivés (lusoforme, protéol, etc.), l'oxygène gazeux et les oxygénogènes (bioxyde d'H ou eau oxygénée, perborate de soude, peroxyde de zinc, permanganate de potasse, etc.).

Un des moyens les plus puissants d'action de l'iode est celui des vapeurs qu'il émet à la température du corps, c'est ce que donne le coton iodé qui contient 1/100 d'iode qu'il émet graduellement quand on l'applique sur la peau. C'est sous cette forme que l'iode pénétrerait le plus facilement les tissus, mais son utilisation est délicate et jusqu'ici très limitée.

Nous ne connaissons aucun document sur l'utilisation de l'iode par ionothérapie.

Pratiquement, c'est en solutions que l'iode s'emploie.

Il faut 5525 grammes d'eau à 15 degrés pour dissoudre 1 gramme d'iode, ce qui constitue l'eau iodée, solution trop faible pour l'usage externe. Aussi il est nécessaire d'ajouter de l'iodure de potassium qui augmente la solvabilité de l'eau ou d'autres dissolvants : alcool, éther, benzine, acétone, glycérine. Voici les principales formules employées en chirurgie et auxquelles nous ferons allusion dans le cours de ce travail.

Solutions aqueuses, iodurées ou alcooliques.

Solution iodo-iodurée forte :

Iode........................	1 gramme.
KI........................	2 —
Eau........................	100 —

Solution de Lugol-gram :

Iode	1 gramme.
KI	2 —
Eau	300 —

Solution alcoolique n° 1, forte :

Teinture d'iode	6 grammes.
Eau	1000 —

Solution alcoolique n° 2, moyenne :

Teinture d'iode	3 grammes.
Eau	1000 —

Solution alcoolique n° 3, faible :

Teinture d'iode	$1^{g}50$
Eau	1000 grammes.

Solution alcoolique n° 4, étendue :

Teinture d'iode	$0^{g}33$
Eau	1000 grammes.

Solution alcoolique et iodurée très forte :

Teinture d'iode .... 20 à	40 grammes.
KI	4 —
Eau	100 —

Solutions alcooliques. Teintures, ancien Codex :

Alcool à 90 degrés	12 grammes.
Iode	1 —

Donc en poids au 1/13, nécessité de l'employer fraîche.

Solutions alcooliques. Teintures, nouveau Codex :

Alcool à 95 degrés	10 grammes.
Iode	1 —

Un peu plus stable, plus active.

Solutions diverses (éther, benzine, acétone).

Solution d'Elsberg :

Iode	2 grammes.
Ether	5 —
Alcool à 90 degrés	5 —

Solution de Heusner :

Iode	10 grammes.
Benzine	750 —
Paraffine	250 —

Iodacétone :

Iode	1 gramme.
Acétone	10 —

Solution glycérinée forte :

Teinture d'iode	4 grammes.
Glycérine	40 —

Solution glycérinée faible :

Teinture d'iode	4 grammes.
Glycérine	120 —

Passons maintenant en revue les principales indications chirurgicales de l'iode. Tout d'abord la stérilisation du matériel. Depuis plusieurs années on a employé la solution iodurée de Lugol-gram à la préparation du catgut. Fort simple, la méthode consiste à tremper dans la solution les bouts de catgut dégraissés pendant un temps variable. Claudius de Copenhague, le promoteur de la méthode, les laissait jusqu'au moment où il en avait besoin, mais à la longue le catgut devenait cassant. A. Mochcowitz les laisse huit jours, puis les met dans un flacon enroulés dans de la gaze. Ce catgut est non seulement parfaitement aseptique, mais encore antiseptique, très solide, souple, peu coûteux, et met un peu plus de temps à se résorber que le catgut ordinaire (quatorze jours environ pour le n° 2). W. Bartlett pour le rendre encore plus solide et souple, avant de les plonger dans le gram, chauffe les bouts de catgut à 160 degrés pendant une heure dans l'albolène liquide, sur un bain de sable.

Le catgut iodé est très employé en Allemagne et surtout aux Etats-Unis et tous les chirurgiens qui s'en sont servis vantent ses qualités (Bovée, *Amer. Journ. Obst.*, 1907, VI, 366-370 et disc. 397). Personnellement, depuis cinq ans, je me sers de l'immersion dans le lugol pour stériliser les sondes et bougies en gomme. Après nettoyage à l'eau savonneuse et un courant de robinet, les sondes sont laissées cinq ou six heures dans la solution. On les rince à l'eau bouillie au moment de servir.

L'iode est de plus en plus employé pour la préparation des mains du chirurgien et du champ opératoire.

Pour la désinfection des mains voici le procédé employé par Dannreuther (Walter T. Dannreuther. *Med. Record*, 25 janv. 1908, p. 142, et 16 janv. 1909, p. 99) : après brossage au savon liquide pendant cinq minutes, puis rinçage, on plonge les mains pendant une à deux minutes dans la solution aqueuse de teinture d'iode n° 2. Les examens de Jeffries ont montré que l'immersion dans cette solution rend les mains stériles en trente secondes. On s'y rincera fréquemment les mains au cours de l'opération. Les mains sont à peine colorées, et si on le veut, on les décolorera rapidement par l'eau ammoniacale. L'immersion dans la teinture d'iode a aussi été souvent employée après le savonnage et brossage (F. J. Porter). D'après M. Reclus, les médecins militaires japonais, lors de la guerre de Mantchourie, l'ont employée fréquemment pour la désinfection rapide du bout des doigts. Elle est d'un usage courant dans tous les services de chirurgie pour toucher après le lavage les points douteux du pourtour des ongles, avant d'opérer. Dans le même but, Heusner (XXXVII[e] Congrès de la Soc. all. de chir., 21 mai 1908) a préconisé la solution de benzine-paraffine, mais elle serait un peu caustique pour les mains du chirurgien (von Brunn).

Le badigeonnage de la peau à la teinture d'iode pour la désinfecter rapidement est d'un précieux concours lorsqu'il s'agit de nettoyer des plaies à pourtour encrassé comme on le voit aux mains, pieds, jambes des ouvriers, ou encore au cuir chevelu, dans l'aisselle, au scrotum. Comme le fait justement remarquer M. Lejars (*Sem. méd.*, 4 nov. 1908), le brossage au savon risque de contaminer la plaie ; au contraire, sans laver, en rasant à sec, en badigeonnant le pourtour de la plaie de teinture d'iode, on peut suturer, recouvrir de gaze stérilisée et on aura une réunion par première intention.

Ici la solution de Heusner est préférable à la teinture d'iode car la benzine dissout mieux les corps gras que l'alcool, mais il faudra se défier de sa causticité dans les endroits à peau fine (scrotum).

On comprend l'importance que cette méthode peut prendre dans la chirurgie de guerre.

Il en est de même de la préparation du champ opératoire sur la peau saine. La récente discussion de la Société de chirurgie a montré que, après le brossage, savonnage, lavage à l'alcool et éther, l'emploi du badigeonnage de teinture d'iode était très répandu dans les services de chirurgie. Le brossage au savon fait pénétrer des particules graisseuses dans les espaces intercellulaires, aussi faut-il le faire suivre d'un dégraissage à l'éther (Delbet) après lequel la teinture d'iode pénétrera très bien. Enfin, Grossich a montré que le savonnage n'était pas nécessaire à la stérilisation, que le badigeonnage de teinture suffisait. C'est une notion à retenir pour les cas d'urgence (Routier) afin de gagner un temps précieux.

La pénétration de la peau par l'iode n'amène pas seulement, nous l'avons vu, de la désinfection, mais un appel leucocytaire, une hyperémie intense, suivie de résorption des éléments. C'est dans ce but qu'on l'a employé dans le traitement des érysipèles, lymphangites, bubons et adénites.

Dans l'érysipèle, on badigeonne de teinture d'iode, non seulement la plaque, mais une large zone de peau saine tout autour pour arrêter la progression. Les résultats ont aussi été très bons dans le traitement des lymphangites et même des bubons (Gœlet), naturellement avant la formation de pus.

Pour les adénites bacillaires, il est classique d'appliquer des pommades iodurées. Rambuteau a montré depuis longtemps que l'iodure est décomposé dans les tissus et que de l'iode est éliminé par les urines. L'efficacité du procédé est très douteuse, et il y a inconvénient souvent à irriter la peau.

Dans les hygromas, synovites, ténosites, arthrites, les badigeonnages de teinture d'iode agissent comme révulsifs et aussi par pénétration du médicament. On obtiendra encore des résultats supérieurs en utilisant la solution éthéro-alcoolique d'Elsberg qui est plus puissante.

Beaucoup d'infections de la peau sont traitées actuellement par l'emploi de l'iode. La teinture d'iode ou mieux l'iodacétone (Gallois) fait avorter les furoncles au début. On traite avec succès (Barlach. *Münch. med. Woch.*, 1907, n° 15) les anthrax par l'incision suivie d'injections interstitielles de teinture d'iode.

L'iode agit comme parasiticide de choix contre la pustule du charbon, le chancre farcineux et les abcès de la morve, par injections interstitielles de solution iodo-iodurée forte et des pansements avec la même solution. C'est encore cette solution qui servira comme traitement quasi-spécifique de toutes les affections mycosiques : actinomycose, sporotrichose, blactomycose.

Les collections purulentes sont ponctionnées, on injecte interstitiellement la solution, et on panse avec elle les ulcérations et trajets.

Les ulcérations lépreuses sont heureusement modifiées par la teinture d'iode, et nous avons vu à la consultation de Saint-Louis les bons résultats qu'elle donnait en attouchements sur le chancre mou.

Une autre action de la teinture d'iode est la stimulation des plaies granuleuses et atones, des ulcères indolents. Dans les ulcères gangréneux son emploi en limite l'extension et favorise l'élimination de l'escarre (decubitus acutus). Enfin, c'est ici un remarquable désodorisant.

Son emploi donne aussi d'excellents résultats pour le traitement des abcès tuberculeux ouverts, fistules glandulaires ou osseuses, ulcères tuberculeux (W.-A. Tatchell. *Brit. med. Journ.*, 13 fév. 1909).

Rappelons aussi l'application faite aux goitres du rôle modificateur de l'iode (injections interstitielles de teinture d'iode Luton-Duguet).

C'est surtout comme caustique que l'iode est employée en injection dans les hygromas et l'hydrocèle. Ici on emploie après anesthésie locale soit la teinture d'iode pure, suivie de lavage, soit la solution iodo-iodurée forte, soit la glycérine iodée forte. C'est dans le même but que Schiassi (de Bologne) injecte de la solution iodo-iodurée forte dans la saphène contre les varices du membre inférieur. On dénude la veine sur 3 ou 4 centimètres, on injecte 5 à 10 centimètres cubes de la solution, puis la veine est liée et le bout dénudé réséqué. Il se produit une réaction plus ou moins intense avec oblitération du vaisseau suivie dans la majorité des cas d'une amélioration notable.

En gynécologie, Gœlet (de New-York), s'appuyant sur l'action de l'iode sur le gonocoque, l'a employé avec succès pour le traitement de la blennorragie chez la femme à la période de début. La solution aqueuse de teinture d'iode n° 3 est injectée dans la vessie, laissée une minute ou deux, puis rejetée. On répète le lavage chaque jour jusqu'à ce que l'on observe du gonflement de la vulve, alors on prend les lavages au permanganate à 1/5 000.

Dans les infections utérines et pelviennes l'emploi classique du tampon trempé dans la glycérine iodée à 1/10, 1/20, 1/30 a fait ses preuves.

Après curettage, dans l'endométrite, l'écouvillonnage avec un tampon de teinture d'iode ou une injection intra-utérine de solution n° 2 limite le suintement, fait contracter les muscles, aseptise la cavité. Après une fausse couche, si un curettage a été nécessaire par rétention de débris placentaires, la même technique est indiquée. Dans les avortements septiques, les bons effets de l'injection intra-utérine de teinture d'iode coupée de moitié d'eau, renouvelée deux ou trois fois par jour donne d'excellents résultats. Sans curettage, dans deux cas, nous avons vu, quelques heures après la première injection, l'utérus se vider spontanément et en six et huit heures, la température revenir à la normale.

En obstétrique, l'emploi des solutions iodées n'est pas nouveau. Dès 1857, Dupierris (de la Havane) en avait préconisé l'emploi dans le traitement des hémorragies post partum et pour prévenir le développement de l'infection. Un peu plus tard, Réveil rapporta les bons effets des solutions iodées comme agent de désinfection pour faire disparaître l'odeur des lochies. En cas d'infection utérine puerpérale, dans certaines maternités on s'en sert d'une façon courante. Cette technique est très employée en Italie, sous le nom de méthode de Mergari (Ortali. *Gazz. degli osp.*, Milan, 22 nov. 1908).

Dans l'accouchement normal, Dannreuther emploie systématiquement la technique suivante : après expulsion du placenta, il donne une injection intra-utérine de solution aqueuse n° 1 à 40 degrés, faisant ainsi la prophylaxie de l'infection et de l'hémorragie, par stimulation des contractions, agent d'occlusion des vaisseaux utérins. Dans deux cas d'hémorragies post partum et trois cas d'infection puerpérale entrés dans cet état à l'hôpital, il a pratiqué cette injection à 47 degrés. Les cinq malades ont guéri.

Pour toutes les injections vaginales et utérines iodées il faut avoir soin de lubréfier la peau vulvaire et fessière avec de la vaseline, sans quoi on pourrait observer des excoriations, ce que Tarnier ajoutait à ses critiques sur leur emploi.

Chez l'homme, le traitement de la blennorragie par des solutions d'iode n'a pas encore été tenté. Nous rappellerons seulement pour les organes génito-urinaires le traitement du chancre mou, des bubons et de l'hydrocèle, déjà cités.

Enfin, certains chirurgiens (Dannreuther, Gœlet) emploient depuis trois ans exclusivement l'iode comme antiseptique dans la technique des grandes opérations. Nous avons déjà indiqué comment le chirurgien et ses aides, les mains savonnées, les tenaient une à deux minutes dans la solution aqueuse n° 2. Le champ opératoire est savonné, passé à l'alcool, éther, puis à la teinture d'iode pure laissée en place trente secondes. Pour les ligatures et les sutures on n'emploie que le catgut iodé. Si on rencontre au cours de l'opération une cavité purulente, elle est épongée avec des compresses imbibées de la solution aqueuse n° 2, ce qui n'entraîne aucunement la formation d'adhérences. Avant de refermer le péritoine, Gœlet, dans certains cas, le lave à la solution aqueuse n° 4. Le péritoine suturé, Gœlet badigeonne la plaie avec la solution n° 1, puis suture les muscles et aponévroses. La peau est fermée par un surjet intra-dermique de catgut iodé très fin.

Schang (de Dresde) recommande de badigeonner toutes les plaies suturées avec de la teinture d'iode. On recommencera du troisième au cinquième jour après l'opération, puis au moment de l'ablation des fils. L'hyperleucocyte ainsi obtenue dans la plaie entraîne la formation d'une cicatrice linéaire idéale.

Tels sont les principaux emplois que l'iode a conquis en chirurgie surtout dans ces dernières années. Ce rôle est-il destiné à s'étendre encore ? En tout cas la place qu'il occupe déjà le met au rang des antiseptiques les plus précieux pour le chirurgien.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 MAI 1909)

Sur un remède populaire du cancer. — M. R. ODIER a trouvé sur les pépins des fruits du *Sambacus racemosa* un *Saccharomyces* particulier se rapprochant du *Saccharomyces Pastorianus* et faisant fermenter les hexoses, le maltose et le saccharose.

Les fruits du *Sambacus racemosa* seraient employés par certains empiriques à préparer un sirop et des décoctions contre le cancer.

Régularisation des excrétions par la d'Arsonvalisation. — M. FOVEAU DE COURMELLES. Depuis 1895, l'auteur a fait analyser les urines de malades divers, arthritiques, obèses, artério-scléreux placés dans le solénoïde de haute fréquence. Ces analyses faites au commencement et à la fin du traitement indiquent une augmentation constante de l'urée, une augmentation de l'élimination de l'acide urique et des chlorures et une diminution des phosphates. Le tout allant vers la normale.

Flux hémorrhoïdaire déplétif dans l'hypertension artérielle. — M. E. DOUMER. On rencontre assez souvent des cas de flux hémorroïdaire qui, ou bien sont réfractaires à la méthode de traitement par les applications intra-rectales de courants de haute fréquence et de haute tension que M. Doumer a préconisé en 1900, ou bien même sont augmentés par elle.

L'auteur a constaté que dans la plupart de ces cas le flux était symptomatique d'une tension artérielle exagérée et semblait jouer le rôle de phénomène déplétif. De tels flux suivent d'assez près les variations de la tension artérielle, et il est sage de s'abstenir de toute intervention directe dirigée contre eux.

On conçoit, dès lors, pourquoi et comment le traitement intra-rectal par les courants de haute fréquence et de haute tension, dont les propriétés hypertensives sont bien connues, peut, dans certains cas, les exagérer.

Il était facile de prévoir que, au contraire, l'action hypotensive de la d'Arsonvalisation pourrait les atténuer et même les faire disparaître. C'est ce que l'expérience a montré d'une façon positive à M. Doumer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 MAI 1909)

Méningite cérébro-spinale et sérum anti-méningococcique. — Au nom de MM. Follet et Bourdinière (de Rennes), M. DOPTER communique cinq cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques. Sur ces cinq malades, deux traités par les moyens usuels n'ont pas tardé à succomber.

Sur les trois autres malades, deux ont guéri, à la suite d'injections intra-rachidiennes de 20 centimètres cubes de sérum de Dopter. Le troisième, atteint d'une méningite à forme foudroyante, a succombé quelques heures après l'injection; les deux autres, quoique atteints de formes graves, ont survécu. Peu de temps après l'intervention, les malades ont vu leur céphalalgie diminuer rapidement, ils ont recouvré le sommeil absent depuis plusieurs jours, et éprouvé une sensation de bien-être général. Enfin, la chute de température a été rapide, et la guérison est survenue sans laisser à sa suite les complications habituelles.

Le contraste entre les cas traités et non traités par le sérum est assez saisissant, pour qu'on soit impressionné par l'efficacité de la sérothérapie.

De leur côté, MM. BARBIER et VAUCHER relatent huit observations de méningite cérébro-spinale, dont cinq ont été traitées par le sérum de Dopter. Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic avec certains cas de rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant. De plus, ils signalent la multiplicité des localisations de l'agent causal, et rapprochent leurs observations de certains cas de septicémie méningococcique, bien que, chez deux de leurs malades, la culture du sang ait été négative.

Les cas traités par le sérum ont guéri rapidement, à la suite d'injections de quantités relativement peu considérables de sérum. La sérothérapie s'est montrée particulièrement efficace sur les trois éléments : température, phénomènes méningés, durée de la maladie.

Un dernier malade — non compris dans les cas précédents — a été considérablement amélioré sous l'influence du sérum, mais a succombé aux suites d'un érysipèle qui est venu compliquer la méningite. Le liquide céphalo-rachidien et le sang de ce malade ont donné une culture pure de *diplococcus crassus*. Néanmoins, son sérum ayant agglutiné un échantillon connu de méningocoque, on peut penser qu'il s'est agi, dans ce cas, d'une méningite à méningocoques de Weichselbaum, avec infection secondaire par le *diplococcus crassus*.

Méningite cérébro-spinale épidémique compliquée d'hémiplégie et traitée successivement par l'électrargol et le sérum de Dopter. — MM. J. CASTAIGNE et L. RIVET présentent un jeune homme de dix-sept ans, qui fut amené à l'hôpital le 15 février, au troisième jour d'une méningite cérébro-spinale typique à méningocoques. Sous l'influence des bains chauds et des injections intra-musculaires et intra-rachidiennes d'électrargol, une amélioration graduelle se produisit, en même temps que le liquide céphalo-rachidien s'éclaircissait, sans cependant cesser de contenir du méningocoque. Au bout de neuf jours de traitement, l'amélioration était telle que la guérison semblait imminente, lorsqu'apparurent des oscillations thermiques d'amplitude croissante, en même temps que l'état général s'aggravait rapidement, malgré la continuation du traitement par l'électrargol, au point que le pronostic paraissait des plus sombres. C'est alors que, au *vingt et unième jour* de la maladie, on commença les injections intra-rachidiennes de sérum anti-méningococcique de Dopter, dont le malade reçut 140 centimètres cubes en huit jours, en sept injections. Les oscillations thermiques, puis la fièvre elle-même, diminuèrent puis disparurent rapidement. Mais en même temps que l'on commençait le traitement sérothérapique était apparue une hémiplégie gauche, dont il persiste actuellement une contracture très marquée. Il est vraisemblable que de telles séquelles deviendront très rares avec une sérothérapie précoce. Cytologiquement, ce cas rentrait dans la règle, avec polynucléose initiale, qui fit place à une lymphocytose encore persistante aujourd'hui.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er MAI 1909)

Lésions encéphaliques dans la tétanie expérimentale. — MM. BABONNEIX et HARIRER. L'examen de l'encéphale des animaux morts de tétanie consécutive à une thyroparathyroïdectomie y décèle l'existence de lésions surtout vasculaires et cellulaires. Les premières consistent en congestions et hémorragies surtout localisées aux vaisseaux de la pie-mère. Les secondes portent sur les cellules nerveuses, particulièrement sur les grandes cellules de l'écorce. Les unes comme les autres ne possèdent pas la moindre spécificité et ressemblent aux altérations produites au niveau du névraxe par les intoxications et par les infections les plus diverses.

Toxicité comparée des peptones et des produits abiurétiques. — M. H. Roger montre que les peptones, qui sont toxiques, ne sont pas le dernier terme de la dégradation des albumines, et que celles-ci sont absorbées sous forme de produits abiurétiques, non toxiques.

Sur la fonction du corps jaune. MM. Bouin et Ancel.

Thionine picriquée après imprégnation argentique des spirochètes. — MM. J. Sabrazès et R. Dupérié. Pour se rendre compte des réactions histologiques de l'hérédo-syphilis et des rapports réciproques des parasites et des cellules, on a cherché de tous les côtés à combiner diverses réactions à l'imprégnation argentique. On n'avait pas, jusqu'à présent, obtenu de très bons résultats. L'utilisation de la thionine picriquée, suivant la technique simple et rapide indiquée par l'un des auteurs, s'est montrée bien supérieure aux autres procédés; grâce à elle, il devient aisé de topographier les spirochètes, de caractériser les lésions, de pénétrer plus avant dans l'étude des tares provoquées par les parasites et des moyens de défense que leur opposent les organes et les tissus.

Expérience de transfusion réciproque par circulation carotidienne croisée, entre chiens diabétiques et chiens normaux. M. Hédon.

Xantochromie du liquide céphalo-rachidien dans un ictère par rétention avec urobiline et hyperglucose. Passage tardif des pigments biliaires dans ce liquide. MM. Mestrezat et Anglada.

(Séance du 8 mai 1909)

Sur la méthode des oscillations et les conditions correctes de son emploi en sphygmomanométrie clinique. — M. V. Pachon. La méthode des oscillations a l'avantage de donner à la fois la valeur de la pression artérielle *maxima* et celle de la pression *minima*. Mais les appareils indicateurs des pulsations doivent avoir une *sensibilité constante*, sinon on ne saurait comparer entre elles des pulsations, dont l'amplitude est donnée par un appareil de sensibilité différente aux diverses pressions auxquelles il fonctionne. Ce desideratum n'a pas été satisfait jusqu'à ce jour. L'auteur présente un *oscillomètre sphygmométrique* qui répond à cette condition indispensable.

M. Weiss dit *qu'il a déjà employé* un appareil construit d'après le même principe.

Altérations de la contractilité musculaire au cours de l'ostéopsathyrose. — MM. Larat, Roger Voisin et L. Tixier, ont étudié au moyen de l'électro-diagnostic les réactions musculaires d'un enfant de trois ans et demi ayant eu des fractures multiples des membres inférieurs, fractures pour la plupart en apparence spontanées. Ils ont trouvé un affaiblissement considérable de l'excitabilité faradique et des modifications importantes dans la grandeur de la courbe et dans la forme de l'excitabilité galvanique. Le graphique se rapproche de celui qu'on observe au cours de certains traumatismes neuro-musculaires et ont la signification d'une dégénérescence incomplète.

Les auteurs insistent sur ce que ces modifications sont généralisées et qu'elles ne semblent pas être le fait d'une altération secondaire aux fractures. On peut donc les considérer comme des lésions musculaires contemporaines des modifications osseuses.

Sur l'état de la circulation périphérique dans la crise d'éclampsie. — M. Roger Voisin a constaté, en effectuant une saignée dans un cas d'éclampsie scarlatineuse chez un garçon de douze ans, un arrêt du sang pendant toute la durée de la crise convulsive et même dans le moment précédant cette crise. Cet arrêt du sang provient évidemment d'un spasme des petits vaisseaux périphériques et est une preuve de l'existence durant ces accès d'hypertension artérielle.

Diagnostic de l'état de vie ou de mort des leucocytes dans les liquides pathologiques. — MM. Achard et Louis Ramond ont fait agir le rouge neutre sur des liquides pathologiques immédiatement au sortir de l'organisme. Les leucocytes vivants restent incolores ou montrent des vacuoles teintées de rouge. Ceux qui sont morts présentent une coloration de leur noyau qui est d'un rose pâle tirant sur le brun.

Les auteurs n'ont pas rencontré de leucocytes morts dans le sang. Mais ils en ont trouvé dans quelques exsudats. Sur 21 sérosités, comprenant 2 hydarthroses, 8 pleurésies, 6 ascites, 5 liquides céphalo-rachidiens, ils ont constaté la coloration du noyau leucocytaire dans cinq cas, qui concernent un pyopneumothorax tuberculeux, une pleurésie purulente diaphragmatique, une pleurésie métapneumonique, une méningite tuberculeuse et une méningite cérébro-spinale. Les pleurésies purulentes renfermaient respectivement une proportion de 60 et 80 p. 100 de leucocytes morts. Dans la méningite cérébro-spinale, 17 p. 100 des leucocytes étaient morts, puis, après l'injection de sérum antiméningococcique, tous les leucocytes étaient vivants; mais, plus tard, l'amélioration n'ayant pas persisté, les leucocytes morts reparurent dans la proportion de 6 p. 100, qui s'éleva à 12 p. 100 la veille du décès.

Les leucocytes morts étaient toujours des polynucléaires. La résistance leucocytaire dans les épanchements qui en contenaient était toujours très amoindrie.

Sauf le cas de pneumothorax, dans lequel les leucocytes morts n'étaient qu'en faible proportion (4 p. 100), les cadavres leucocytaires se sont rencontrés dans des processus aigus. Leur présence témoigne que, dans la lésion examinée, la lutte entre cellules et microbes tourne au désavantage des cellules. Elle peut donc acquérir une certaine valeur pour le pronostic.

Urobilinémie et urobéligénie. — M. Jean Troisier a constaté fréquemment la présence de l'urobiline dans le sérum sanguin par la technique de A. Grigant (perchlorure de fer acétique). L'urobilinémie est habituelle dans l'asystolie, dans l'ictère par rétention. De même les épanchements pleuraux et ascitiques peuvent contenir une forte proportion d'urobiline.

L'auteur insiste particulièrement sur l'urobilinémie qu'il a constatée dans l'ictère hémolytique, et qu'il compare à la production d'urobiline au sein des épanchements hémorragiques. Dans les deux groupes de faits — urobiligénie hémolytique générale (ictère hémolytique) ou locale (hémothorax par exemple) — la diminution de la résistance des hématies est la preuve directe de l'origine hémolytique de ces cas d'urobllinémie.

M. Widal voit là une preuve de plus de la possibilité de l'origine purement hématique des pigments biliaires, sans intervention de la cellule hépatique, alors que la présence des acides biliaires dans le sang suppose une altération de la fonction hépatique.

Communication faite à la réunion biologique de Bordeaux :

Sceptico-pyohémie tuberculeuse avec bacilles dans le sang. — MM. J. Sabrazès, K. E. Eckenstein et L. Muratet (de Bordeaux) attirent l'attention sur une modalité de tuberculose aiguë, évoluant comme une pyréxie, du type typhobacillose ou granulie, à grandes oscillations quotidiennes, mais caractérisée en outre et surtout par l'explosion d'un très grand nombre de localisations extérieures, nodules, gommes, empâtements, petits abcès froids, périostites torpides, lésions épididymaires, micro ou macropolyadénopathies généralisées, parfois prédominantes, pyurie, dactylites avec acrocyanose. Tous ces foyers d'extériorisation de la bacillémie se caséifient et restent généralement enkystés sans s'ulcérer. Dans un de ces cas vu avec M. Cl. Martin, particulièrement difficile à interpréter, la constatation du bacille de Koch dans l'urine et dans le sang circulant — dont 5 centi-

mètres cubes furent citratés et examinés par centrifugation — vint éclairer le diagnostic resté jusqu'alors en suspens.

(SÉANCE DU 15 MAI 1909)

Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la méningite cérébro-spinale. Rôle phagocytaire des cellules endothéliales. — MM. SALSBERT et LOUIS, après avoir rappelé les caractères cytologiques du liquide céphalo-rachidien dans la méningite cérébro-spinale, étudient un cas où le liquide étant clair, la réaction leucocytaire fut trouvée réduite au minimum; mais ils constatèrent la présence de larges cellules endothéliales, en partie dégénérées, contenant une foule de méningocoques.

Ces éléments peuvent donc, comme les polynucléaires, jouer le rôle de phagocytes vis-à-vis de ces germes.

Action anti-endotoxique du sérum anti-méningococcique anti-microbien. — M. DOPTER a immunisé des chevaux contre l'extrait autolytique de cultures de méningocoques, et d'autres contre les microbes seuls. La recherche expérimentale du pouvoir antitoxique des sérums obtenus permet d'affirmer qu'un sérum anti-microbien est aussi, sinon plus, anti-endotoxique que le sérum antitoxique. Les résultats obtenus en thérapeutique humaine plaident encore en ce sens, car c'est le sérum antimicrobien qui semble avoir donné entre ses mains les meilleurs effets.

Ces faits sont importants à retenir pour la préparation du sérum anti-méningococcique et plus généralement pour la préparation des sérums à l'aide de microbes à endotoxine. Ils confirment enfin les données essentielles mises en évidence par Besredka à l'égard des sérums antipesteux, antidysentérique, etc.

Influence des ferments lactiques sur l'absorption des albuminoïdes. — MM. H. LABBÉ et G. VITRY ont étudié ce que devenait l'assimilation de l'azote alimentaire sous l'influence de la bactériothérapie lactique. Avec un même régime exactement connu, la quantité d'azote absorbée diminue pendant l'ingestion de bacilles lactiques. Cette constatation a une double importance : d'une part, elle explique que la quantité absolue des sulfo-éthers urinaires totaux puisse diminuer sous cette influence, puisqu'elle représente un témoin de l'absorption des albumines; mais le rapport des sulfo-éthers à l'azote total reste constant (Amami) malgré la médication. D'autre part, la bactériothérapie lactique se trouve contre-indiquée chez les individus où il importe d'obtenir la meilleure assimilation de l'azote.

Lésions des vaisseaux, des cylindraxes et de la névroglie dans la sclérose en plaques. — MM. J. LHERMITTE et A. GACCIONE. Les lésions des vaisseaux sont pour ainsi dire constantes au niveau des plaques de sclérose et existent parfois avant la formation du foyer de démyélinisation.

Elles sont constituées dans l'encéphale par une infiltration de lymphocytes et surtout de cellules plasmatiques dans la gaine lymphatique et la paroi des vaisseaux.

Les plasmazellen contribuent par leur transformation en cellules conjonctives à épaissir les parois vasculaires. Les cylindraxes sont constamment altérés au niveau des plaques de sclérose; ils perdent leur régularité, deviennent tortueux, moniliformes. A leur diminution volumétrique s'ajoute une évidente diminution numérique. La névroglie prolifie sous forme de fibrilles parallèles aux fibres nerveuses dans les faisceaux spinaux et sous forme de fibrilles et de cellules dans l'encéphale. Ces lésions irritatives et destructives indiquent nettement l'existence d'un processus inflammatoire chronique à la base de la sclérose en plaques.

Comparaison de la voie sous-cutanée et de la voie veineuse au point de vue des doses minima mortelles. — M. MAUREL résume les expériences faites sur le lapin avec douze substances, trois minérales, cinq alcaloïdes et quatre glucosides, dont les résultats ont été communiqués antérieurement. Sa principale conclusion est la suivante :

A ce point de vue, le rapport entre ces deux voies est très variable. La voie veineuse a été 7 fois plus toxique que la voie sous-cutanée pour le bromhydrate de quinine et seulement 2 fois plus toxique pour beaucoup d'autres agents. Par conséquent, il est indispensable de déterminer ce rapport pour chaque agent pour passer sans danger, soit sur l'animal, soit surtout sur l'homme, d'une de ces deux voies à l'autre.

Solubilité dans l'alcool de l'antigène échinococcique. Simplification de la méthode du séro-diagnostic des kystes hydatiques. — M. PARVU confirme les constatations de Levaditi et Mutermilch au sujet de la solubilité des antigènes dans l'alcool à 85 degrés. Il a expérimenté avec l'antigène spécifique contenu dans le liquide des kystes hydatiques et a constaté que cet antigène tout comme celui des vibrions cholériques est soluble dans l'alcool aqueux. Avec M. Levaditi, l'auteur a pu simplifier la méthode du séro-diagnostic des kystes hydatiques en se servant comme antigène de l'extrait alcoolique et comme substances hémolytiques pour les globules de mouton le complément et l'ambocepteur du sérum humain frais.

Sphygmomanométrie clinique des malades traités par les vapeurs sulfureuses de Luchon. — M. B. DE GORSSE (de Luchon) rapporte le résultat de recherches entreprises depuis deux ans à Luchon sur les modifications apportées aux tensions sanguines par l'emploi des vapeurs sulfureuses. L'auteur s'est servi des appareils de Bouloumié et du pulsocardioscope de Lagrange qui décèlent surtout une diminution de la tension maxima et une augmentation de la tension minima.

Mécanisme de la dénitrification chez les bactéries dénitrifiantes indirectes. — MM. L. GRIMBERT et BAGROS.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 13 MAI, CONSACRÉE A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE)

Lésions des racines dans le tabes. — M. THOMAS a étudié les racines dans un cas, à l'aide de la méthode de Ramon y Cajal, et constaté, dans les antérieures, des signes de prolifération, caractérisés par l'hypertrophie de certains cylindraxes, puis leur division en fibrilles, selon le mode indiqué par Ranvier dans ses expériences sur la régénération des nerfs. Ce processus remonte jusqu'à la moelle, et ne s'accompagne d'aucune lésion interstitielle. Dans un autre cas, l'auteur a constaté une lésion tout à fait exceptionnelle : sur les racines antérieures et postérieures existait une prolifération interstitielle péritubulaire, rappelant celle de la névrite interstitielle hypertrophique.

Sur l'importance des moelles d'amputés pour l'étude des localisations cellulaires dans la moelle. — Mme DÉJERINE rappelle l'état actuel de nos connaissances sur la localisation des centres musculaires dans le renflement cervical, et montre que, dans un cas de désarticulation de l'épaule, dont elle apporte les préparations, la topographie des cellules atrophiées ne concorde pas exactement avec ce qu'on devrait attendre; les différences tiennent, croit-elle, à l'activité plus ou moins grande de prolifération des fibres du moignon.

Lésions cordonales dans un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial par arrachement. — Mme DÉJERINE donne les résultats de l'étude histologique faite dans un cas déjà publié par elle à la Société de neurologie (v. *Gaz. des*

hôpit., juin 1908, n° 67, p. 801), l'arrachement du plexus brachial détermina une lésion limitée du faisceau pyramidal, et des lésions ascendantes du cordon postérieur s'épuisant en partie dans le cordon de Burdach, en partie remontant par le corps restiforme, pour aboutir à l'olive cérébelleuse opposée. Enfin, les fibres courtes des parties lésées sont aussi dégénérées et se placent, d'abord contre la corne postérieure, puis, dans le bulbe, en arrière de l'olive, puis, dans le faisceau latéral.

Autopsie d'une myasthénie bulbo-spinale. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et BOUDON. La malade étant morte de dyspnée, peu après son entrée à l'hôpital, l'autopsie montra un thymus volumineux, le corps thyroïde pesait 50 grammes et renfermait de nombreuses vésicules de faible volume; les muscles du pharynx seuls étudiés présentaient des lésions importantes de régression et de dégénérescence graisseuse, avec infiltration interstitielle à lymphocytes et à plasmazellen. — M. THOMAS a, dans un cas, rencontré des lésions semblables du système musculaire.

Etude des lésions dégénératives dans un cas de sclérose latérale amyotrophique. — MM. ROUSSY et ROSSI apportent un nouveau cas confirmant les conclusions de leurs travaux antérieurs sur l'état du faisceau pyramidal dans la sclérose latérale. Ce faisceau aboutit presque entièrement à la frontale ascendante, quelques fibres seulement allant à la pariétale (étude par la méthode de Marchi). La partie moyenne du corps calleux montre des fibres dégénérées, qui, pour certains, appartiendraient à la voie pyramidale. Enfin, les cellules et fibres de certains nerfs craniens (dix-neuvième, dixième, septième) sont dégénérées, ainsi que le faisceau longitudinal postérieur.

Dégénérations consécutives à une lésion de l'étage antérieur de la protubérance. — M. JUMENTIÉ montre que l'atteinte partielle du ruban de Reil constatée dans ce cas, est, en réalité, due à un faisceau aberrant du pyramidal, qui va rejoindre le ruban de Reil.

Lésions radiculaires dans les méningites. — M. TINEL montre que, dans divers cas de méningite syphilitique, paralysie générale, méningite tuberculeuse et cérébro-spinale, les infiltrats cellulaires s'accumulent dans les culs-de-sac radiculaires, et qu'en ces points, les racines, surtout les postérieures, sont lésées; l'encre de Chine, injectée sur le cadavre s'accumule de même dans les culs-de-sac radiculaires. — M. SICARD rappelle que les recherches qu'il avait entreprises, sur le même sujet, il y a quelques années, avec R. Cestan, aboutirent aux mêmes résultats.

Deux tumeurs de l'acoustique enlevées chirurgicalement. — M. LANNOIS (de Lyon). Le diagnostic clinique ayant pu être établi, l'intervention fut pratiquée et suivie de mort, dans un cas en quelques heures, et en deux jours dans l'autre; les progrès apportés actuellement à la technique de l'intervention pourraient, dit l'auteur, permettre d'espérer des résultats plus satisfaisants.

PHARMACOLOGIE

SUR L'ISOVALÉRIANATE DE L'ISOBORNÉOL

On obtient l'isovalérianate de l'isobornéol en faisant agir par un procédé spécial l'acide isovalérianique sur l'isobornéol.

L'isovalérianate de l'isobornéol est un liquide neutre, incolore, d'odeur aromatique et dont la saveur est douce et oléagineuse. Son point d'ébullition est situé entre 132 et 138 degrés, sous 12 millimètres de pression. Sa densité est de 0,952-0,957 à 15 degrés centigrades. Il est presque insoluble dans l'eau, facilement soluble dans l'alcool, l'éther, l'acétone, le pétrole, le benzol et le chloroforme. Il se dissout dans l'acide sulfurique concentré en produisant une coloration rouge brun, et il dégage, en même temps, une odeur d'acide valérianique et d'acide sulfureux. Chauffé pendant plusieurs heures, sous pression avec de la lessive alcoolique de potasse, cet éther est entièrement dédoublé. Si l'on étend avec de l'eau le liquide saponifié ainsi obtenu, l'isobornéol se précipite, pendant que l'acide valérianique reste dissous à l'état de sel potassique. Les résultats des essais pharmacologiques ont montré que son action était celle d'une préparation caractéristique de valériane.

Quoique très difficilement soluble dans l'eau, l'isovalérianate d'isobornéol agit nettement sur les poissons en solution saturée à la température de 15 degrés.

A peine le poisson a-t-il été mis dans la solution qu'une hyperexcitabilité se manifeste chez lui. Cet état dure pendant plusieurs heures, après lesquelles une excitation intense se manifeste. Le poisson nage en décrivant continuellement des cercles, puis, tout à coup, il se précipite en avant; il est alors pris de légères convulsions, enfin, il se couche épuisé sur le flanc. Bientôt après, des phénomènes identiques d'excitation se reproduisent, pour finir par un épuisement complet.

Transporté dans de l'eau fraîche, le poisson reprend, cependant, peu à peu, ses forces.

Chez le chat, l'effet est moins marqué. Ordinairement, à la dose de 1 gramme, aucun symptôme visible n'apparaît; 2 grammes provoquent une excitation semblable à celle causée par l'extrait de valériane.

La toxicité est faible, car les chiens en supportent très bien 4 grammes, administrés en une seule fois.

Cet éther présente l'avantage de ne pas irriter l'estomac et de ne pas causer de renvois.

Le produit s'emploie dans les états nerveux de toute nature (agrypnie nerveuse, hystérie, neurasthénie, troubles nerveux du cœur, etc.); dans les manifestations de l'âge critique, surtout les troubles vaso-moteurs; dans les pseudo-dyspepsies, les battements de cœur et autres troubles nerveux des femmes enceintes.

La dose ordinaire est de 0g25, répétée trois ou quatre fois par jour, une heure après les repas. Dans les insomnies nerveuses, on donne 0g50 à la fois, à prendre avant de se coucher.

LIVRES NOUVEAUX

Les Origines sociales de la maladie (1), par le docteur Jean BRON. Avec une préface du docteur A. MARIE.

Ce petit volume fait partie de la section : démographie, de l'Encyclopédie internationale d'assistance, prévoyance, hygiène sociale et démographie.

L'idée directrice ressort nettement de l'épigraphe choisie par l'auteur : « Notre corps est le martyr de nos passions. Notre estomac est le tyran de notre corps. »

Le dernier chapitre, qui résume l'ouvrage, arrive en effet à ces conclusions que la vie de l'esprit, comme celle du corps, doit être simple et naturelle, que le cerveau commande à l'estomac, et que l'estomac c'est l'homme.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 207 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Giard et Brière.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 58. — JEUDI 20 ET SAMEDI 22 MAI 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 20 ET SAMEDI 22 MAI 1909. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 19 mai : MM. Iselin, 15 ; Cauchoix, 19 ; Grégoire, 18 ; Mercadé, 15.

La prochaine séance, épreuve opératoire, aura lieu le lundi 24 mai, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

CONCOURS D'INTERNAT DE NANTERRE. — Séance du 12 mai : *Epreuve clinique de pathologie externe.* — MM. Fenard et Cardot, 15 ; Humbert, 9 ; Le Roux, 16 ; Crépin, 11 ; Le Roy, 19 ; Vautier, 9 ; Lafon, 18.

Séances du 13 mai : *Epreuve d'obstétrique.* — Question posée : « Délivrance incomplète. »

MM. Fenard, 13 ; Cardot, 16 ; Humbert, Le Roux et Crépin, 13 ; Le Roy, 15 ; Vautier, 12 ; Lafon, 14.

Epreuve de thérapeutique. — Questions posées : « 1° Traitement de la syphilis congénitale chez un enfant d'un an ;

2° Indications en cas d'obstruction intestinale chez un adulte ;

3° Traitement de l'ulcère variqueux chez un vieillard. »

MM. Fenard, 5-4-5 (14) ; Cardot, 4-7-6 (17) ; Humbert, 2-2-4 (8) ; Leroux, 5-5-5 (15) ; Crépin, 7-5-5 (17) ; Le Roy, 5-9-5 (19) ; Vautier, 5-5-4 (14) ; Lafon, 7-8-7 (22).

Séances du 14 mai : *Anatomie pathologique.* — MM. Fenard, 13 ; Cardot, 10 ; Humbert, 9 ; Le Roux et Crépin, 10 ; Le Roy, 17 ; Vautier, 12 ; Lafon, 14.

Epreuve de médecine opératoire. — Question tirée : « Ligature de l'artère humérale au pli du coude. »

MM. Fenard, 17 ; Cardot et Humbert, 6 ; Le Roux, 15 ; Crépin, 6 ; Le Roy, 14 ; Vautier, 16 ; Lafon, 18.

Ont été proposés pour être nommés :

Internes titulaires. — MM. Lafon, Le Roy, Le Roux, Fenard et Vautier.

Internes provisoires. — MM. Cardot, Crépin et Humbert.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Morer ; M. le médecin principal de deuxième classe Stoupy.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — L'assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine s'est réunie le 9 mai 1909, au palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Plus de 400 médecins assistaient à la réunion.

La discussion a porté sur le secret professionnel.

Après une longue discussion des rapports de MM. Gallois et Wicart, l'assemblée a voté les ordres du jour suivants :

Considérant que le secret professionnel est une garantie intangible et nécessaire de l'exercice de la médecine, qui ne devrait jamais être abandonnée ;

Considérant, d'autre part, la nécessité d'obéir aux lois du pays et de sauvegarder la santé publique ;

Considérant enfin que le médecin exerçant librement ne peut être un agent de la force publique, et ne doit jamais être astreint qu'à des actes ressortissant strictement à la pratique médicale, émet les vœux suivants :

1° La déclaration des maladies contagieuses ne sera jamais imposée aux médecins, cette déclaration pouvant être assurée légalement par les chefs de famille ou par toute autre personne directement responsable devant les pouvoirs publics ;

2° La désinfection, conséquence obligatoire de la déclaration, faite jusqu'à présent sans aucun contrôle médical, a contribué à la plus flagrante violation du secret professionnel, s'est montrée, comme le disait récemment M. Comby, « odieuse, vexatoire et parfaitement inutile ». L'intérêt général et le secret professionnel, intimement liés sur ce point, réclament d'autres procédés ;

3° Le mode suivant rendra sans vexation les efforts des pouvoirs publics véritablement utiles :

Le médecin traitant avertit le chef de famille de la contagiosité de la maladie ; il lui prescrit toutes les mesures que réclament l'hygiène et la prophylaxie : il lui fait connaître la nécessité de la désinfection ;

4° Considérant que l'utilité des fiches scolaires est très discutable ; que ces fiches ne pourraient être rédigées utilement par le médecin inspecteur, vu le nombre énorme des écoliers et la spécialisation médicale nécessaire pour certains examens, yeux, oreilles, etc. ; qu'elles seraient une violation du secret professionnel que le médecin a le devoir de respecter dans l'intérêt des familles ;

5° Mais, considérant d'autre part que certains renseignements peuvent être utilement donnés, dans l'intérêt de l'écolier, par le médecin de la famille ;

Emet le vœu que la seule création utile et pratique est une fiche facultative fournie par les familles, et contenant seulement les renseignements médicaux utiles pour la pratique scolaire de l'écolier ;

6° La fiche scolaire restera la propriété de la famille et demeurera entre ses mains ;

7° Le questionnaire d'enfant imposé aux médecins des dis-

pensaires d'écoles, et tout autre questionnaire imposé à des médecins constitue habituellement une violation inutile du secret professionnel, est une fiche de police et d'indications qui n'est pas du ressort médical. Il y a lieu de protester contre toute obligation ainsi conçue, et qui ne peut être utilement remplie par des personnes n'exerçant pas la médecine;

8° En conséquence, le Syndicat des médecins de la Seine décide de présenter et d'appuyer ces vœux près des pouvoirs compétents, et d'en obtenir la réalisation par tous les moyens légaux;

9° *Le Syndicat des médecins de la Seine* : Considérant que les rigueurs dont on use à l'égard de M. Thiéry (de Saint-Mihiel), en le poursuivant, font un étrange contraste avec la tolérance dont ont bénéficié jusqu'ici de nombreux experts et médecins légistes, adresse à ce confrère l'expression de sa sympathie, et attend avec confiance le verdict qui lui rendra justice.

Pour copie conforme,
Le secrétaire général,
A. GUILLEMONAT.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie de Paris aura lieu le jeudi 27 mai, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charbonnier (d'Alger) et Jules Gaillardon (de Belleville).

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — SERVICE CIVIALE. — M. le docteur Marion, professeur agrégé, chef de service, reprendra, le mardi 25 mai, ses conférences sur les maladies des voies urinaires.

Mardis, samedis à neuf heures un quart, amphithéâtre Civiale : Conférences de séméiologie et de pathologie.

Jeudis à neuf heures un quart, amphithéâtre Civiale : Conférences de thérapeutique et de technique opératoire.

Opérations les mardis, jeudis, samedis, après la conférence (amphithéâtre Civiale).

Visites dans les salles (salles Civiale et Lailler) les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures.

Examen et traitement des malades externes (hommes et femmes), tous les jours, salle de la consultation, sous la direction de M. le docteur Lavenant, assistant du service.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE. — Le docteur A. Terson fera, à partir du jeudi 3 juin, à deux heures et demie, à sa clinique, 52, rue Jacob, un cours pratique de revision du *Traitement des maladies des yeux*, et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure.

Présentation de malades et exercices opératoires par les élèves sur des yeux d'animaux.

Le cours durera six semaines.

S'inscrire, pour renseignements, à la clinique, 52, rue Jacob, tous les jours (samedi excepté), à deux heures, ou par lettre, avant le 2 juin.

PRATIQUE MÉDICALE

LA MÉDICATION IODIQUE PAR LES IODORGANIQUES

Dans une leçon consacrée à l'étude des procédés modernes utilisés pour la médication iodique, M. le docteur Bardet (1) montre que les inconvénients plus ou moins sérieux, désignés sous le nom d'*iodisme*, sont dus aux doses trop élevées d'iodures alcalins que l'on est obligé de faire absorber aux malades pour obtenir l'action thérapeutique recherchée. Les iodures alcalins ont en effet une double action : d'abord, ils agissent directement à l'état de sels sur les tissus ainsi que sur les glandes, dans lesquels ils provoquent une irritation plus ou moins vive; ensuite, une très faible partie de l'iode de l'iodure est réduite par les ferments de l'économie, et se fixe à l'état d'iodalbumine. C'est cette iodalbumine qui, assimilée par les organes lymphoïdes, exerce la médication iodique proprement dite.

(1) Leçons de Pharmacologie clinique, par M. G. BARDET (*Bulletin général de Thérapeutique*, 15 juin 1908).

Il était donc tout indiqué de présenter l'iode sous une forme moins irritante, et de chercher à introduire directement dans l'économie ces iodalbumines préformées. Dans ce but, de nombreux produits à iode dissimulé ont été introduits dans la thérapeutique; mais, seules les combinaisons directes à base de peptone, connues depuis la communication du professeur Gilbert et de M. Galbrun au Congrès de médecine de 1900 (1), répondent vraiment à ces indications, et permettent d'obtenir les effets de l'iode sur l'organisme sans provoquer les phénomènes d'iodisme, c'est-à-dire sans irriter la muqueuse digestive, les glandes d'élimination et les reins en particulier.

Ainsi s'explique, qu'avec des doses faibles de vingt à cent gouttes de la solution titrée du Peptoniode (l'*Iodalose*), correspondant seulement à 5 et 25 centigrammes d'iode, on obtienne de meilleurs effets qu'avec des doses quinze et vingt fois plus fortes d'iode des iodures alcalins.

Depuis l'époque de cette communication beaucoup d'autres cliniciens, en France et à l'étranger, ont reconnu dans leurs essais, tant à l'hôpital que dans leur clientèle, que l'on devait préférer l'iode combiné à la peptone (l'*Iodalose*), toutes les fois qu'il faut agir profondément sur l'organisme, dans le lymphatisme, la scrofule, l'arthritisme, l'artério-sclérose, la syphilis, en un mot dans toutes les affections constitutionnelles où l'action de l'iode doit être longtemps prolongée. On évite ainsi les effets d'intolérance qui se manifestent toujours au bout d'un certain temps avec les iodures alcalins.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 31 MAI AU 5 JUIN 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 1er juin, à une heure. — 1er (oral) : MM. Prenant, Retterer et Morestin.

2e : MM. Gley, Launois et André Broca.

4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard; — M. Maillard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Faure et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Castaigne; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 2 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Lejars, Gosset et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

2e : MM. Gariel, Gley et Mulon.

3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Branca et Couvelaire; — M. André Jousset, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Delbet, Legueu et Proust; — (2e série) : MM. Walther, Mauclaire et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Roger, Widal et Lœper; — M. Sicard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 3 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Auvray et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Faure, Launois et Marion.

3e (oral, 1re partie) : MM. de Lapersonne, Ribemont-Dessaignes et Lenormant; — M. André Broca, suppléant.

(1) Compte rendu du Congrès international de médecine de Paris (1900), section de thérapeutique (A. GILBERT et E. GALBRUN : *Etude sur la Peptone iodée*, p 493).

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES OPSONINES

Par J. MILHIT,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Immunité et opsonines. — Pour lutter contre les germes pathogènes qui peuvent l'envahir, l'organisme fait appel à des moyens de défense d'autant plus nombreux, que les moyens d'attaque employés par les microbes sont eux-mêmes plus variés : l'organisme sain, normal, dispose de défenseurs naturels, les globules blancs, leucocytes polynucléaires, dont le rôle est d'englober et de détruire les microbes; il dispose également de substances spéciales, contenues dans le sérum, douées de propriétés défensives particulières, exerçant leurs multiples effets directement sur les bactéries, appelées pour cette raison substances bactéricides. Ces substances ont reçu des noms différents. Ehrlich les a nommées *complément*, Büchner *alexine*, Metchnikoff *cytase*. Leurs propriétés caractéristiques sont les suivantes : 1° *présence* dans le sérum des individus normaux; 2° *destruction* totale par un chauffage de quinze minutes à 55 degrés; 3° *non spécificité*.

A l'aide des polynucléaires et de ces substances, l'organisme résiste aux infections banales et sans gravité, qui viennent l'assaillir à chaque instant; mais qu'il devienne la proie d'un germe plus virulent, et aussitôt pour résister aux toxines sécrétées par ce microbe, aux endotoxines mises en liberté, de nouvelles substances vont entrer en scène, substances provoquées, pour ainsi dire, par la présence même du microbe incriminé : ce sont les *anticorps*.

Tout sérum riche en anticorps est constitué par la combinaison de deux substances, l'alexine (complément ou cytase) et la sensibilisatrice, encore appelée, ambocepteur, fixateur.

Leurs propriétés essentielles, caractéristiques, sont d'appartenir en propre au sérum des organismes *immunisés*, d'être *spécifiques*, de *résister à un chauffage* prolongé à 60 degrés, et d'agir même à des doses très minimes. Elles ont pour action d'*exagérer*, de renforcer le rôle des substances bactéricides contenues à l'état normal dans le sérum. En réalité il ne s'agit pas seulement d'un simple renforcement; l'alexine et la sensibilisatrice combinent en effet leur action en vue du même but, puissantes quand elles sont unies, impuissantes quand elles sont isolées, constatation qui est le fond même des expériences sur la déviation du complément de Bordet et Gengou. En un mot dans un tel sérum, la sensibilisatrice s'interpose entre les substances bactéricides (alexine) et les bactéries, opérant une véritable combinaison entre les unes et les autres.

Mais en même temps que cette sensibilisatrice, l'on peut déceler dans le sérum d'autres substances qui s'interposent, celles-là, entre les leucocytes polynucléaires et les bactéries, et favorisent ainsi la phagocytose.

Pour Metchnikoff il s'agit de substances spéciales dont l'action s'exerce sur le globule blanc, et qu'il appelle des *stimulines*. Pour Neufeld et la plupart des auteurs anglais et allemands, il s'agit de substances dont l'action s'exerce spécialement au contraire sur les bacilles : ce sont ces substances que Wright a étudiées sous le nom d'OPSONINES. Par définition, les *opsonines* (du grec οψονεω, je prépare, j'apprête) sont donc des *substances solubles contenues dans le sérum normal et les immunserums, intermédiaires aux phagocytes et aux microbes, et qui interviennent dans l'acte de la phagocytose pour l'exagérer et la rendre plus efficace*.

HISTORIQUE. — Bien avant Wright, Denys et l'école de Louvain d'une part, Metchnikoff et Sawtchenko d'autre part, avaient décrit des faits ayant plus d'un point commun avec la théorie des opsonines; néanmoins c'est à Wright que revient le mérite d'avoir eu l'idée d'appliquer (en 1902), à la clinique et au traitement des maladies infectieuses, l'étude du phénomène de la phagocytose; et d'avoir fait connaître un dispositif ingénieux permettant d'observer, *in vitro*, l'influence exercée par le sérum sur l'absorption des microbes par les leucocytes. Il faut signaler également les recherches de Hektoen et Ruediger, de Bulloch et Atkin, de Sauerbeck, et spécialement en France, les recherches et les travaux de vulgarisation de MM. Jousset, Levaditi, Ricklin, etc.

POUVOIR OPSONIQUE. INDICE OPSONIQUE. DÉFINITIONS. — Le principe de la méthode imaginée par Wright consiste essentiellement à mettre en contact pendant un temps déterminé des quantités égales : 1° de globules blancs lavés, 2° d'une émulsion de bacilles, 3° du sérum à étudier. Le tout est mélangé, puis aspiré dans le tube capillaire d'une pipette et mis à l'étuve à 37 degrés, pendant quinze minutes; on fait ensuite avec ce mélange des préparations que l'on colore par les méthodes usuelles; on compte alors le nombre moyen de bacilles englobés par un leucocyte polynucléaire. Si l'on a compté, par exemple, cent polynucléaires ayant englobé sous l'influence du sérum étudié deux cent vingt microbes, on obtient pour un leucocyte une moyenne de 2,20. Ce chiffre mesure *le pouvoir opsonique* du sérum étudié. On calcule alors par le même procédé, le pouvoir opsonique du sérum d'un individu normal, en employant la même émulsion microbienne et les mêmes globules blancs. Supposons que l'on compte cent polynucléaires ayant phagocyté cent cinquante bacilles; on dira que le pouvoir opsonique du sérum normal est de 1.50. A l'aide de ces deux résultats, il est possible de calculer l'indice opsonique.

L'indice opsonique est le RAPPORT entre le pouvoir d'englober des bacilles dont jouissent les leucocytes polynucléaires actionnés par un sérum normal, et le pouvoir dont ces mêmes leucocytes sont revêtus quand ils reçoivent l'impulsion d'un sérum provenant d'individus en état d'infection. Dans l'exemple

(1) Reproduction interdite.

pris plus haut, $\frac{2,20}{1,50} = 1,47 =$ (*indice opsonique*). Il est facile de comprendre tout l'intérêt qui s'attache à de pareilles recherches.

Pouvoir évaluer d'une manière palpable, précise, l'énergie avec laquelle les polynucléaires d'un individu infecté par une bactérie quelconque, entrent en lutte, c'est à « chaque instant de l'évolution de cette affection, être renseigné sur le fond même de l'état morbide, c'est assister au combat incessant que se livrent dans ses humeurs, phagocytes et bactéries, c'est être en mesure de prévoir la résistance de cet individu, c'est suivre *in situ* l'effet direct de telle ou telle thérapeutique, c'est peut-être en cas de doute permettre de juger le diagnostic ». Telle est l'importance de cette méthode et la diversité des problèmes qu'elle soulève. Faut-il ajouter qu'elle est loin de donner une réponse absolument satisfaisante dans tous les cas? Néanmoins, sans la considérer comme la clef de tous les mystères, elle peut fournir en maintes occasions de précieux renseignements.

II

Généralités sur les opsonines (1). — Les opsonines existent dans le sérum des individus et des animaux *normaux*. Néanmoins à l'état normal, la quantité d'opsonines contenue dans le sérum est susceptible de varier chez un même individu, spécialement à l'occasion de la digestion, du jeûne, etc., à l'occasion de certaines modifications physiologiques, la grossesse par exemple, ou au cours de certains états constitutionnels, le diabète (Nathan-Larrier), les états thyroïdiens (Marbé), etc.

Les opsonines des individus *infectés ou immunisés* présentent des variations de quantité et de qualité particulièrement intéressantes. Avant d'aborder l'étude de ces variations, il importe de préciser la nature, l'origine, la spécifité de ces opsonines.

Nature. — Les opsonines ne constituent pas un *principe chimique isolable*, nettement *défini* du sérum, aussi ne peut-on qu'énumérer toute une série de propriétés leur appartenant plus ou moins en propre. Les opsonines ne sont pas *dialysables*, elles paraissent associées aux albumines du sérum, de préférence aux *globulines*; elles agissent en *impressionnant* directement le *bacille* et non le leucocyte. Il importe de distinguer : 1° les opsonines des sérums *normaux* qui se rapprochent beaucoup du *complément*, sans toutefois que l'on soit en droit d'identifier absolument ces deux principes; 2° les opsonines des immunsérums qui se rapprochent des *sensibilisatrices*, sans qu'il s'agisse non plus d'une identification absolue. D'une manière générale les opsonines sont *thermolabiles* à 56 degrés; il faut admettre cependant, dans les immunsérums, la présence d'une faible partie thermostabile.

Les autres propriétés des sérums (*agglutinines*, *aggressines*, *précipitines*, etc.) n'ont pas avec les opsonines une identité d'action assez évidente, pour que l'on soit en droit de refuser toute individualité aux opsonines, en raison de cette constatation. Les agglutinines seules ont un rôle assez incontestable; néanmoins elles n'exercent pas une tutelle étroite et de tous les instants sur les opsonines. Ainsi la chaleur à 60 degrés détruit l'opsonine et non l'agglutinine, et certains sérums riches en opsonines sont pauvres au contraire en agglutinines.

En résumé, les opsonines sont un mélange à la fois de complément et de sensibilisatrice, en faible partie thermostabile, et surtout thermolabile, et non un principe parfaitement isolable; ajoutons d'ailleurs que toutes ces propriétés du sérum ne sont, peut-être, qu'une traduction de l'état physique instable *des colloïdes constitutifs* du sérum sanguin. (V. Henri.)

Origine. — Levaditi, Metchnikoff assignent aux opsonines une origine leucocytaire. En fait, les preuves établissant d'une manière irréfutable cette origine font défaut, et il est difficile d'admettre la réalité de cette *origine exclusivement leucocytaire* des opsonines, soit qu'elles résultent de la sécrétion, soit qu'elles résultent de la désagrégation de ces leucocytes; cependant pour de multiples raisons cliniques et expérimentales en particulier, on n'est pas autorisé d'autre part à négliger totalement le rôle de ces organes hématopoiétiques. Aussi proposons-nous la théorie suivante, qui nous a été inspirée par toute une série de recherches, effectuées en vue d'élucider cette origine des opsonines.

Les opsonines existent dans le plasma en un certain état primitif vague, indéterminé, analogue aux PROFERMENTS; *dans cet état, elles résultent probablement d'une sécrétion active et permanente des* ENDOTHÉLIUMS VASCULAIRES. *A l'état normal une faible partie serait seule susceptible d'être transformée en opsonine vraie, et elle ne le serait encore que d'une manière très peu stable, très variable suivant les sujets, le moment de la journée, etc.* Opsonine du sérum normal.

Au contraire, au cours d'une infection, d'une vaccination, d'une immunisation, sous l'influence de substances spéciales venues surtout des organes hématopoiétiques en hyperfonction, et peut-être aussi d'autres organes, le FOIE, *le* CORPS THYROÏDE, *cette préopsonine se transformerait en opsonines vraies telles que nous les connaissons.* Opsonine des immunsérums.

Il se passerait là quelque chose d'analogue aux actions réciproques de la kinase, de l'entérokinase, sur l'activité, la qualité du suc intestinal, du suc pancréatique.

Spécificité. — Il importe de préciser si, à l'occasion de la pénétration dans l'organisme d'un germe pathogène, les opsonines qui apparaissent dans le sérum sont spéciales au germe incriminé, en d'autres termes si les opsonines sont spécifiques. Pour Wright et Douglas, Bulloch, les opsonines sont

(1) En ce qui concerne les différentes techniques, nous nous contentons de renvoyer le lecteur aux articles de Jousset, de Levaditi, etc. Signalons toutefois en y insistant les nombreux facteurs susceptibles de venir modifier le résultat d'une de ces expériences (action du froid, de la chaleur, alcalinité ou acidité du sérum, virulence spéciale des germes servant à l'émulsion, etc.), toutes causes dont il faut savoir prévoir l'effet pour être en mesure, soit de les éviter, soit d'en tenir compte dans l'interprétation des résultats;

étroitement spécifiques; pour Simon, Lamar, Bispham, au contraire, elles ne sont nullement spécifiques. Entre ces deux opinions, nettement contradictoires, il est possible d'adopter une théorie moins exclusive, que viennent appuyer des considérations expérimentales et cliniques et qui tend à attribuer aux opsonines une spécificité relative.

III

Résultats obtenus par la recherche des opsonines au cours de différentes maladies infectieuses. — La mesure de l'*indice opsonique*, au cours des maladies infectieuses aiguës et chroniques, peut permettre quelques conclusions au triple point de vue : diagnostic, pronostic, thérapeutique, et fournir quelques renseignements au cours de l'évolution générale de la maladie.

I. Opsonines et tuberculose. — A ces recherches sont attachés les noms de Wright, Bulloch, Sauerbeck, Kämmerer; les résultats obtenus par ces auteurs ont été signalés en France par M. Jousset.

a. *Diagnostic opsonique dans la tuberculose.* — La valeur du pouvoir opsonique du sérum d'individus normaux pour le bacille de Koch oscille entre 0,80 et 1,20, par conséquent est très voisine de l'unité. Si la détermination de l'indice opsonique, chez un individu suspect, accuse, plusieurs fois, des valeurs normales, l'hypothèse d'une infection tuberculeuse doit être écartée. Si l'indice, au contraire, accuse des valeurs *subnormales*, on en conclura que l'intéressé est atteint soit d'*une affection tuberculeuse circonscrite*, soit d'une infection *tuberculeuse latente*. Les tuberculoses chirurgicales possèdent toutes un indice bas, qu'il s'agisse d'adénopathies, d'arthropathies, etc. ; dans la tuberculose pulmonaire, l'indice opsonique présente une fixité bien moindre que dans les tuberculoses locales. Les chiffres extrêmes indiqués par Wright sont 0,3 et 1,8, Urwick indique même 2,6. En résumé, au point de vue diagnostic, un faible indice (0,3 à 0,8) signifie tuberculose. Sa constatation plusieurs fois répétée indique presque à coup sûr une tuberculose locale.

Par contre, un indice opsonique élevé, pris isolément, ne possède en lui-même aucune signification diagnostique. Sa constatation oblige à construire une courbe qui, si elle est régulièrement élevée, indique une infection tuberculeuse antérieure bien guérie ayant, dans une certaine mesure, vacciné l'organisme et qui, si elle est alternativement haute et basse, indique une tuberculose en pleine marche dont l'activité se mesure en quelque sorte à l'amplitude des oscillations.

b. *Valeur pronostique.* — Le pronostic de la tuberculose est fonction d'éléments trop multiples pour qu'il soit possible par une méthode unique d'en donner la formule.

Lorsqu'on voudra tirer une indication pronostique de l'examen d'une courbe opsonique, on devra considérer la forme et la hauteur de celle-ci, la stabilité de l'indice opsonique et son élévation : cette stabilité indique un arrêt dans la marche de la tuberculose, sa tendance à la localisation, à l'enkystement. Les variations indiquent au contraire une tuberculose en pleine activité et partant, comportent un pronostic détestable.

c. *Applications thérapeutiques.* — C'est la thérapeutique qui a été la raison d'être de la méthode opsonique : d'après Wright, les déboires fournis par les injections de tuberculine tiennent en partie à ce que l'on ne dispose pas d'un moyen suffisant pour en apprécier l'action intime sur l'organisme.

L'étude de l'immunité en général démontre que toute vaccination est suivie d'un abaissement de la résistance de l'économie, phase négative, auquel succède plus ou moins rapidement une réaction, c'est-à-dire une exagération de cette résistance, phase positive, qui dépasse l'état primitif. Il n'y a pour pénétrer les secrets de l'immunité et en apprécier la valeur, aucun criterium qui vaille l'examen du sang et la mesure directe de son pouvoir protecteur : or, c'est le pouvoir « phagogène » ou opsonique du sérum qui nous en donne la formule la plus approchée.

C'est en en contrôlant les effets par la mesure de l'indice opsonique que Wright a édifié d'une manière générale les règles de *sa vaccinothérapie* (moment opportun de refaire une nouvelle vaccination, phase positive, phase négative, etc.).

Grâce à cette méthode de vaccinothérapie, contrôlée et dirigée par la mesure de l'indice opsonique, Wright aurait obtenu quelques résultats encourageants dans la tuberculose et surtout dans bon nombre d'affections microbiennes autres, au cours des staphylococcoses par exemple, telles que la furonculose, l'acné, le sycosis, au cours également d'autres septicémies, etc.

II. Opsonines et fièvre typhoïde. — a. *Diagnostic opsonique.* — 1° La constatation chez un malade suspect de dothiénentérie, et n'ayant pas eu antérieurement la fièvre typhoïde, d'un *indice* pour le bacille d'Eberth supérieur à 1,70, indice qui se *maintiendra* à ce chiffre, ou même *s'accroîtra* les jours suivants, devra contribuer grandement à entraîner le diagnostic même en l'absence de séro-réaction.

2° La constatation plusieurs fois renouvelée d'un indice opsonique inférieur à 1, même 1,20, pour le bacille d'Eberth, est un argument de plus pour rejeter le diagnostic de fièvre typhoïde dans un cas douteux.

3° La constatation d'un indice très élevé pour le bacille d'Eberth ne peut permettre une conclusion catégorique en faveur d'une dothiénentérie, qu'après enquête spéciale, relativement à l'existence d'une fièvre typhoïde antérieure (réapparition d'opsonines éberthiennes, fait analogue à la réapparition d'agglutinines éberthiennes).

4° Si l'indice est entre 1 et 1,60, il est difficile d'affirmer tel ou tel diagnostic; dans ces cas, seule l'étude de la courbe de l'indice, montrant une ascension progressive, permettra d'arriver à une conclusion assez rigoureuse. Enfin, comme en ce qui concerne les agglutinines, il pourra y avoir des réserves à faire au sujet d'opsonisation retardée.

b. *Indice opsonique au cours de la fièvre typhoïde.* — La valeur de l'indice pour le bacille d'Eberth au

début de la fièvre typhoïde est en général supérieur à 1,70.

Dans les fièvres typhoïdes traitées par les bains froids, l'indice opsonique s'élève peu à peu pendant la période d'état atteignant 3, 3,50 en moyenne. Puis la valeur de cet indice s'abaisse, subit quelques oscillations au cours du stade amphibole, et s'élève à nouveau en général au moment de la convalescence; dans les *formes bénignes*, l'élévation de l'indice est moins rapide, mais se fait très rapidement au moment de la convalescence; dans les *formes prolongées*, l'indice au contraire conserve une valeur basse; les enfants ont, d'une manière générale, un sérum moins riche en opsonines que les adultes; rappelons que Gaudeau a de même signalé chez les enfants un pouvoir hémolytique plus faible.

Les *reprises*, les *rechutes* s'accompagnent d'une diminution très sensible de la valeur de l'indice. Cet abaissement, véritable « phase négative », traduit une réinoculation de l'organisme. Il correspond à ce qu'expérimentalement l'on obtient si l'on fait en série des inoculations successives de bacilles aux animaux.

La PERFORATION INTESTINALE s'accompagne d'une chute considérable, rapide, au-dessous de l'unité même, de la valeur de l'indice opsonique.

L'*hémorragie intestinale* ne semble pas influencer la courbe de l'indice opsonique.

Des opsonines éberthiennes sont susceptibles de réapparaître à l'occasion d'une infection quelconque, chez un individu ayant eu antérieurement la fièvre typhoïde.

La facilité, avec laquelle l'organisme *immunisé* par une atteinte antérieure met en circulation des opsonines relativement spécifiques pour le bacille d'Eberth, est fort probablement une des raisons de l'*immunité persistante* de l'organisme, pour l'infection typhique.

III. DIPHTÉRIE ET OPSONINES. — Parmi les bacilles qui ne subissaient pas l'influence des opsonines, Wright avait rangé le bacille de Lœffler; Ruth Tunnicliff au contraire arrive à des conclusions opposées : pour cet auteur la phagocytose d'une émulsion de ces bacilles est activée par la présence du sérum d'un individu normal; cette phagocytose serait même activée par ce sérum chauffé. Au début de la diphtérie, le sérum du malade a un indice au-dessous de la normale, mais très rapidement cette valeur s'élève pour devenir considérable, au moment où les fausses membranes se détachent et où la température s'abaisse, en un mot, au moment de la guérison.

IV. MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ET OPSONINES. — D'après Davis, Taylor, Houston et Rankin, l'indice opsonique pour le méningocoque est toujours élevé au cours de méningite; cette constatation comporte donc une indication diagnostique, mais pas absolue toutefois d'après Taylor. A l'aide de l'indice opsonique et de la séro-agglutination combinées, il serait possible de différencier exactement le germe incriminé.

Dans toutes ces recherches il importe de se servir, pour l'émulsion microbienne, d'une culture très jeune de méningocoques (sept à neuf heures au plus).

V. INDICE OPSONIQUE ET VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES. — Churchil et Soper, Buttler et Longs ont appliqué la vaccinothérapie suivant la méthode de Wright au traitement de cette affection; ils contrôlaient l'effet utile des vaccinations par la mesure de l'indice opsonique, et ces recherches leur ont montré que le meilleur effet utile se produit quand la vaccination n'amène pas une phase négative, et que d'emblée au contraire, dans ces cas, l'on assiste à une élévation de la valeur de cet indice (phase positive). Tout récemment, M. le professeur Dieulafoy vient de consacrer plusieurs leçons cliniques à cette bactériothérapie de la blennorragie ou de la septicémie blennorragique, sous le contrôle de la mesure de l'indice opsonique.

V. OPSONINES ET SPOROTRICHOSES. — Le sérum d'individus normaux facilite et renforce la phagocytose du sporotrichum.

Le sérum d'individus sporotrichosiques ou d'animaux inoculés, traités ou non par l'iodure de K, contient, d'une manière élective, des opsonines pour ces spores, avec un indice assez variable de 1,30 à 2,20 environ. Le chauffage fait à peu près disparaître toutes ces opsonines.

VII. SCARLATINE ET OPSONINES. — Bankes a étudié les variations de l'indice opsonique vis-à-vis le streptocoque dans la scarlatine. Il y aurait une courbe constante avec diminution de la valeur de l'indice à la période fébrile, puis élévation au-dessus de la normale à la défervescence, avec retour à la normale vers la quatrième ou la cinquième semaine. Une angine grave, l'apparition d'une néphrite grave, abaissent la valeur de l'indice, phénomène du plus haut intérêt pronostic.

VIII. OPSONINES ET PNEUMONIE. — Il semblerait que la pneumonie dût rentrer dans la catégorie des infections, où les résultats fournis par la mesure de l'indice opsonique seraient des plus constants. Il n'en est rien : et tandis que Potter et Krumwiede signalent une augmentation des opsonines au moment de la crise, cette augmentation est au contraire niée par Rosenow qui trouve un pouvoir opsonique indifférent au sérum des pneumoniques.

IX. OPSONINES AU COURS DE CERTAINS ÉTATS CONSTITUTIONNELS. — M. Nattan-Larrier s'est occupé des modifications opsoniques du sérum des diabétiques; il a pensé que la facilité, avec laquelle ces diabétiques faiblissaient devant les germes infectieux, trouvait sans doute son explication dans une modification du pouvoir opsonique de ces sérums.

M. Marbé a étudié les relations qui existent entre la teneur d'un sérum en opsonines, et le fonctionnement du corps thyroïde. D'une manière générale, il y a diminution d'opsonines dans les états hypothyroïdiens (myxœdèmes, animaux éthyroïdes). Au contraire il y aurait augmentation par ingestion de corps thyroïde, ou greffe supplémentaire. Si l'on se

rappelle le rôle que nous avons indiqué aux glandes vasculaires sanguines dans la production des opsonines, on comprend que ces recherches puissent être utilement poursuivies dans les états d'hyperthyroïdie ou de dysthyroïdie, comme au cours de tous les symptômes glandulaires ou pluriglandulaires.

IV

Conclusions. — Valeur de la méthode opsonique. — Ce dont il faut tout d'abord bien se pénétrer lorsque l'on s'occupe de mesurer le pouvoir opsonique, l'indice opsonique d'un sérum, c'est que, la méthode par laquelle on arrivera à cette mesure ne donne pas de résultats rigoureusement exacts; le résultat obtenu peut avoir été influencé par l'action de multiples facteurs intervenant au cours de l'expérience et dont il faut savoir éviter les effets. En d'autres termes le chiffre mesurant le pouvoir ou l'indice opsonique n'a pas une valeur absolue *mathématique*, mais seulement approximative.

Ces réserves faites, la connaissance de l'indice opsonique peut rendre des services, en ce qui concerne l'interprétation des phénomènes qui peuvent survenir au cours d'une maladie infectieuse; elle peut également aider au diagnostic, elle peut enfin contrôler ou diriger telle ou telle thérapeutique.

Il nous reste à apprécier les renseignements qu'elle peut donner en ce qui concerne *le pronostic*.

Pronostic opsonique. — L'estimation du pouvoir opsonique, de l'indice opsonique, n'est pas autre chose que l'estimation du pouvoir phagocytaire d'un sérum. Construire une courbe des indices opsoniques au cours d'une infection chez un individu, c'est traduire, d'une manière sensible, appréciable, la résistance que le malade oppose à l'infection, c'est inscrire à chaque jour les alternatives de victoires et de défaites de l'organisme dans sa lutte contre les bacilles.

Est-ce à dire que de l'inspection de cette courbe l'on puisse déduire catégoriquement un pronostic?

S'il ne s'agissait, pour l'organisme infecté, que de se débarrasser par la phagocytose des germes pathogènes, si les actions et réactions réciproques à apprécier ne portaient que sur le microbe d'une part, et le phagocyte d'autre part, les résultats fournis par cette méthode pourraient parfaitement permettre d'établir un pronostic : si l'on constatait une phagocytose élective, active, parfaite, le pronostic serait bon, et l'on pourrait prédire que l'organisme se débarrasserait à brève échéance des germes infectieux. Si l'on constatait au contraire une phagocytose modérée, le pronostic serait plus réservé.

Mais la lutte de l'organisme contre l'infection, nous l'avons vu, est bien plus complexe.

La phagocytose n'est que la traduction d'un des incidents de cette lutte. Si le microbe est nocif par lui-même, il l'est encore plus par les toxines qu'il sécrète, et par celles qu'il déverse encore, une fois phagocyté (endotoxines).

C'est dire qu'à l'infection, traduisant l'ensemble des phénomènes dus à la présence seule des bacilles, se surajoute l'*intoxication*. Or la lecture d'une courbe d'indice opsonique ne permet pas d'apprécier l'importance de cette intoxication; faut-il en conclure que cette courbe opsonique n'est d'aucune utilité en vue du pronostic? Non certes, à la condition de ne lui demander toutefois que ce qu'elle peut donner. En présence d'un malade dont le sérum a un pouvoir opsonique élevé, on ne dira pas : « Voilà un malade qui va *sûrement guérir* »; mais : « Voilà un malade dont la *phagocytose* se fait bien, qui se défend bien contre le germe infectieux, mais se défend-il aussi bien contre l'*intoxication*? »

C'est à la clinique de répondre, par l'examen de la température et du pouls, par la constatation de l'état d'intégrité plus ou moins complet des autres organes (rein, cœur, foie, etc.). Cet examen clinique vient compléter l'indication fournie par l'indice opsonique, s'il a donné des résultats satisfaisants; il permet alors de porter un pronostic favorable; si au contraire il fait constater des symptômes nets d'intoxication, il ne faut pas s'en laisser imposer par l'existence d'un pouvoir opsonique élevé : c'est l'intoxication qui est le gros danger, et le pronostic reste sombre.

En résumé, la mesure de l'indice opsonique peut servir à établir un pronostic, mais il faut rapprocher les indications qu'elle donne des résultats fournis par l'examen clinique du malade, examen clinique dont l'importance est bien supérieure à toutes les investigations de laboratoire qui doivent simplement venir le compléter, le contrôler et le confirmer.

BIBLIOGRAPHIE

1° *Relative aux propriétés du sérum.* — Les indications bibliographiques qui suivent ne comportent que celles intéressant *directement* les opsonines. Pour toutes celles qui se rapportent aux autres propriétés spéciales du sérum, nous nous contentons d'indiquer les travaux suivants :

L. Le Sourd. *Recherches expérimentales et cliniques sur la présence d'une substance sensibilisatrice spécifique dans le sérum des typhiques*, Th. de Paris, 1902.

Balthazard. *Toxine et antitoxine typhiques*, Th. de Paris, 1903.

Gaudeau. *Le pouvoir hémolytique du sérum sanguin et la résistance globulaire*, Th. de Paris, 1906.

Hallion. Physiologie appliquée : les anticorps dans la pratique expérimentale. La déviation du complément, *Presse méd.*, 1908, n° 34, p. 265.

Iscovesco. Les lipoïdes, *Presse méd.*, juillet 1908.

Stodel. *Les colloïdes*, Th. de Paris, 1908.

2° *Relative aux opsonines.* — Achard et Feuillié. Résistance et activité des leucocytes dans les épanchements pathologiques. *Bull. de la Soc. de biol.*, 11 janv. 1908, p. 17; 18 janv. 1908, p. 74, et 8 juillet 1908. — Allen. *The opsonic method of treatment*, London 1907. — Aspelin (E.). Nagra ord om de s. K. opsoninema i serum deras forhällande hos friska och sjuka, sässkildt hos tuberculösa. *Allm. sven Läkartidn*, Stockolm 1905, t. II, p. 385-394. — Auché. Pouvoir opsonique du sérum antidysentérique de Vaillard et Dopter à l'égard des bacilles dysentériques du type Flexner, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1908, p. 831.

Baldwin. The mechanism of resistance to tuberculosis, *Proceed of the pathol. Soc. of Philadelphia*, 1907, t. IX, p. 163-178. — Banks. The variations in scarlet fever of the opsonic power of streptococci, *Journ. pathol. and bact.*, 1908. — Barratt. *Roy. Soc. proc.*, 1905, t. LXXVI, p. 524. — Bosanquet and Ronald, French (E.). The influence of antitu-

berculous serum on the opsonic index, *Brit. med. Journ.*, 13 avril 1907. — BEATTIE (de Sheffield). *Lancet*, 1907. — BECHER. *Zeits. f. Hyg.*, 1907, vol. LVI, p. 33. — BESREDKA. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1902, t. XVIII, p. 363. — BINE und LISSNER (Henry). Die Technik der Opsoninbestimmung und ihre Anwendung bei Lugentuberkulose, *Münch. med. Wochens.*, n° 51, 1907. — BUBE et MEDALLA. Applications pratiques de la thérapeutique opsonique, *Boston med. Journ.*, vol. CLVIII, n° 29, janv. 1908. — BEDDARD. The opsonic power of blood, *Guy's hosp. Gaz. London*, 1905, t. XIX, p. 420-423. Also *West London Med. Journ. London*, 1906, t. II, p. 13-20. — BOSSAN. Opsonines et index opsonique comme moyen de contrôle de l'effet produit par certaines médications, *Gaz. des hôpit.*, 1907, p. 111. — BRADSHAW (T. R.) et GLYNN (E. E.). The significance of the opsonic power of the blood and the value of estimations of the opsonic index in the diagnosis and treatment of tubercular and other infections; remarks by G. A. Crace Calvert, Liverpool, *Med. ch. Journ.*, 1906, t. XVI, p. 115-136. — BOLDUAN. The value of the opsonic index as a guide in the treatment of bacterial infection, *Long Island. med. Journ.*, t. I, 1907. — BROOKE. A note on the opsonic index, *Dublin Journ. med. Sc.*, 1906, t. CXXII, p. 180-188. — BOELKE. *Deuts. med. Wochens.*, 1907, n° 37, p. 1487. — BULLOCH et ATKIN. Experiences on the nature of the opsonic action of the blood serum, *Proceed of the royal Soc.*, 1905, vol. LXXIV, p. 379. — BLASI. Inst. Hyg. Univ., Rome. Sulla Natura delle agressine sul loro comportamento rispetto alle opsonine, *Ann. ig. sper.*, t. XVIII, fasc. 1, 1908, p. 79-91. — BRISCOE (Ch.). Source des opsonines et caractères des cellules intéressées dans la phagocytose, *Lancet*, 1907. — BRETON et G. PETIT. Propriétés cytasiques ou opsonisantes du sérum dans la fièvre typhoïde, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 941, 1er semestre. — BRISCOE et WILLIAMS. The treatment of pulmonary affections by the inoculation of vaccines controlled by the opsonic index, *The Practitioner*, t. LXXX, n° 5, mai 1908, p. 671-692. — BULLOCH (W.). Inquirity into the opsonic content of the blood serum in healthy individuals and in patients affected by lupus, *Trans. pathol. Soc.*, London 1905, t. LVI, p. 333-344. — BULLOCH. The treatment of tuberculosis by tuberculin, *Trans. of the royal med. chir. Soc.*, vol. LXXXIX, 1906, p. 69-84; — On the principles underlying the treatment of bacterial disease by the inoculation of corresponding vaccines, *Practitioner*, nov. 1905. — BULLOCH et WESTERN. The specificity of the opsonic substances in the blood serum, *Proc. royal Soc. London*, 1905-1906, s. Bd. LXXVII, p. 531-536.

CHANTEMESSE. *Congrès de Berlin*, 23 sept. 1907. — Sérothérapie antityphique et opsonisation antityphoïde, *Bull. méd.*, 25 sept. 1907. — CHARTERIS FRANCIS (de Glascow). *Lancet*, 1907. — CHAPIN et COWIE. The separation of opsonic ambocepteur and complement in the cold, *Journ. of med. Res.*, t. XVII, f. 2, p. 213-219. — CLARKE (H.). Effet de la tuberculine sur l'index général de la tuberculose chez les tuberculeux, *Lancet*, 20 juin 1907. — CLARK (P.) et SIMONDS (J.). A study of typhoïd opsonin, *Journ. infect diseases*, t. VI, f. 13, 1908. — COWIE et CHAPIN (Ann. Arbor Michigan). On the reactivation of heated normal human opsonic serum with fresh diluted serum, *Journ. of med. Res.*, t. XVII, t. 1, oct. 1907, p. 57-76; — Experiments in favor of the amboceptor complement structure of the opsonin normal human serum for the staphylococus albus, *Journ. of med. Res.*, t. XVII, f. 1, p. 95-119. — CRAFTON. *Journ. of Hyg.*, 5 oct. 1905. — CRACE CALVERT. *Brit. med. Journ.*, juillet 1906.

DAVIDS. *Journ. inf. diseases*, 1905. — DEAN (G.). An experimental enquiry into the nature of the substance in serum which influences phagocytosis, *Proceed of the royal Soc. London*, 1905, vol. LXXVI, p. 506; — *The Brit. med. Assoc. pathol.*, 7 sept. 1907; — *Centralbl. f. back. Ref.*, 1905, t. XXXVII, p. 349-449. — DOODS. *Brit. med. Journ.*, 1906. — DOYEN. Diagnostic du cancer par une réaction spécifique avec le micrococcus neoformans, *Bull. de la Soc. de biol.*, 9 mai 1908, p. 816.

EISLER et SOHMA. Recherches sur le contenu en opsonines du sang de mères saines, immunisées, et de nouveau-nés, *Münch. klin. Wochens.*, mai 1908. — ELLET. A note on the effect of bodily exertion on the opsonic index of healthy. pers., *Brit. med. Journ. London*, 1906, t. II, p. 131.

FARLAND (M.) [de Philadelphie]. The Nephelometer, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1907, t. XLIV, f. 14, p. 1176-1178. — FARLAND et L'ENGLE (de Philadelphie). The specific nature of opsonins, *Journ. amer. med. Assoc.*, t. LIX, f. 14, p. 1178-1180; — Observations upon the phagocytic power of the blood of supposedly normal human beings, *Soc. des biol. americains de Michigan*, déc. 1905. — FERNET. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1906. — FORNET. Sur le séro-diagnostic, les précipitines et les opsonines, *Münch. med. Wochens.*, 28 janv. 1908. — FLEXNER. *Journ. of exp. Med.*, 14 mars 1907. — FLEMMING. Some observations on the opsonic index with special reference to the accuracy of the method and to some of the other sources of error, *The Practitioner*, n° 5, t. LXXX, mai 1908, p. 607-634. — FREDERICK. Opsonins and aggressines, *Albany med. Ann.*, 1906, t. XXVII, p. 730-738. Also *Canada pract. and Revue*, Toronto 1906, t. XXXI, p. 320-327. — FRENCH. On opsonic factors: their estimation and use in therapeutics, with some illustrated cases, *Practitioner*, London 1906, t. LXXVII, p. 64-83. — FYSHE. Some notes on opsonins, *Montreal med. Journ.*, 1906, t. XXXV, p. 662-666.

GAY. La déviation de l'alexine dans l'hémolyse, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1905; — Relations des sensibilisatrices et de l'alexine, *Id.*, 1906, p. 567, avec Bordet. — GRAY. *Lancet*, avril 1906. — GRUBER et FUTAKI. *Münch. med. Wochens.*, 1906, n° 6, p. 249; — *Centralbl. f. Bact.* (Ref.), 1906, vol. XXXVIII, p. 11. — GUILLAIN, BOIDIN et FIESSINGER. Sur quelques propriétés du sérum d'un malade convalescent d'œdème charbonneux de la face, *C. r. de la Soc. de biol.*, 12 et 19 oct. 1907, p. 308 et 349.

HAMBURGER et HEKMA. Quantitative Studien über phagocytose. Einfluss von Wasserentziekung, *Bioch. Zeits.*, vol. VII, fasc. 1 et 2, p. 102-116. — HAHN. *Deuts. arch. f. klin. Med.*, 1906. — HEKTOEN et RUEDIGER. Studies in phagocytosis, *The Journ. of inf. diseases*, 1905, vol. II, n° 1, p. 128. — HEKTOEN. Phagocytosis of red corpuscules, *Journ. inf. diseases*, 1906, t. III, p. 721-730 (il existerait dans le sérum humain des opsonines agissant sur les globules rouges de l'homme, ce qui expliquerait la phagocytose des globules rouges dans certaines conditions); — Phagocytosis and opsonins, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1906, t. XLVI, p. 1407-1416. Also Reprint. Are opsonins distinct from other antibodies? *Journ. inf. diseases*, Chicago 1906, t. III, p. 433-440; — *Proc. of the New-York pathol. Soc.*, 1906, vol. VI; — *Centralbl. f. Bakt.*, 20 aug. 1907, p. 456-463. — HOUSTON et RANKIN. *Lancet*, 1907. — HUME (J.). Opsonins and the opsonic index, *Med. brief. Saint-Louis*, 1906, t. XXXIV, p. 689-693. — HUME (W. E.). The opsonic value of the blood serum. Univ. Durham. Coll. *Med. gaz. Newcastle*, 1905-1906, t. VI, p. 123-129.

INMANN (A. C.). *On opsonins and the principles of therapeutic inoculation by bacterial vaccines. Treatment*, London 1906-1907, t. XI, p. 61-168; — Science in medicine; being an account of some recent advances in the treatment of disease following on the discovery of opsonins, *Sc. progr. London*, 1906-1907, t. I, p. 238-258; — The value of the opsonic index in the treatment of pulmonary tuberculosis, *The Practitioner*, t. LXXX, mai 1907, p. 647-660. — IPINIBURU. Las opsoninas y la fagocitosis, *Gac. med. d. norte*, Bilbao 1906, t. XII, p. 355-358.

JOUSSET. La méthode opsonique de Wright. Ses applications au pronostic et au traitement de la tuberculose. Rapport à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose,

Bull. méd., 15 et 18 mai 1907, p. 425 et 438; — Traduction et résumé : le traitement de la tuberculose par les inoculations, *Presse méd.*, 1905, n° 13.

Kurt Meyer. Ueber die phagocytose befödernden substanzen des Blutrerums, *Berl. klin. Wochens.*, 18 mai 1908. — Kæmmerer. *Münch. med. Wochens.*, 1907, n° 39. — Keith. *Soc. proc.*, 1906, LXXVII, 573. — Kœssler et Neumann. Opsonines et grossesse, *Wien. klin. Wochens.*, 19 mars 1908, n° 12.

Lapicque. « Opsonic index », indice opsonique, *Bull. de la Soc. de biol.*, 9 mai 1908, p. 828. — Lawson et Miller. Sur l'élimination des opsonines par les organes, *Lancet*, 1907. — Lawson et Stewart. A study of some points in relation to the administration of tuberculine T. R. controled by observation of the opsonic index in pulmonary tuberculosis, *Trans. of the Roy. med. chir. Soc.*, 1906, vol. LXXXIX, p. 45-68. — Levaditi et Inmann. Contribution à l'étude des opsonines. Propriétés opsonisantes des sérums normaux, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 683 et 725; — Contribution à l'étude des opsonines. Opsonines des sérums spécifiques, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 817; — Mécanisme de l'opsonisation, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 869. — Levaditi et Kœssler. Contribution à l'étude des opsonines normales. Anticomplément et antiopsonines, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 685. — Levaditi et J. Roché. Les opsonines et le mécanisme de la crise dans la tick-fever, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 619. — Levaditi. Les opsonines, *Presse méd.*, 31 août 1907, p. 553; — Les opsonines et le traitement des maladies infectieuses, *Presse méd.*, 7 sept. 1907, n° 72, p. 569. — Levaditi et Mutermilch. Pouvoir immunisant de l'antigène cholérique soluble dans l'alcool, *Bull. de la Soc. de biol.*, 27 juin 1908, p. 1151. — Leischmann. *Brit. med. Journ.*, janv. 1902, p. 72. — Löhlein. Observation sur la phagocytose *in vitro*, 1[er] mémoire, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct. 1905, p. 646, et 2[e] mémoire, nov. 1906, p. 939; — *Centrabl. f. Bacter.* (Ref.), 1906, vol. XXXVIII, p. 32. — Löwenstein. *Zeits. f. Hyg.*, 1906, Bd. LV.

Marie (A.). Séro-agglutination et opsonisation appliquée au contrôle de la spécificité du bacillus paralyticans de F. Robertson. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 279, 2[e] semestre. — Marbé. Les opsonines dans les états thyroïdiens. Opsonines des animaux hyperthyroïdés, *Bull. de la Soc. de biol.*, 13 juin 1908, p. 1058; — Opsonines des animaux éthyroïdés, *Bull. de la Soc. de biol.*, 20 juin 1908, p. 1113, et *Soc. de biol.*, déc. 1908. — Meakin. Opsonines, *St. Barth. Hosp. Journ.*, Lond. 1905-1906, XIII, 57. — Meakin et Wheeler. *Brit. med. Journ.*, nov. 1905, p. 1396. — Méthode opsonique au point de vue du pronostic et du traitement de la tuberculose, *Semaine méd.*, 1906, XXVI, 122. — Method of determining the opsonic index, *Journ. A. M. Ass.*, Chicago 1906, XLVI, 1783. — Metchnikoff. Art. phagocytose dans Kolle et Wassermann, *Hand. d. path. Micr.*, Iéna 1905, chez G. Fischer. — Milhit. *Congrès de Berlin*, 23 sept. 1907 en collaboration avec M. Chantemesse; — Passage des opsonines de la mère au fœtus, *Gaz. des hôpit.*, juin 1908; — Influence de quelques facteurs sur le mécanisme de l'opsonisation, *Progrès méd.*, juillet 1908; — Les opsonines dans la sporotrichose, *Soc. méd. des hôpit.*; — Spécificité des opsonines. Diagnostic opsonique de la fièvre typhoïde, *Arch. de méd. expér.*, juillet 1908, n° 4; — Th. de Paris, 1909. — Moss. Studies on opsonins, *Johns Hopkins hosp. Bull.*, fév. 1907, t. XVIII, p. 195. — Muir et Martin. On the combining properties of opsonins of normal serum, *Brit. med. Journ.*, 22 déc. 1907, p. 1783. — Morton. Duration of phagocytic power of human leucocytes and of opsonic power of human serum outride the body, *Trans. of the Chicago path. Soc.*, avril 1905.

Nattan-Larrier. Diabète et opsonines, *Soc. de biol.*, déc. 1908. — Neufeld. *Deuts. med. Wochens.*, 1904, p. 1929; — Ueber die Grundlagen der Wrigtschen Opsonin Theorie, *Berl. klin. Wochens.*, 25 mai 1908, p. 993-996. — Neufeld et Huhne. *Arb. a. d. kais. Ges.*, 1907, vol. XXV, fasc. 1. — Neufeld et Rimpav. *Deuts. med. Wochens.*, 1904, vol. XXX, n° 40, p. 1458; — *Zeits. f. Hyg.*, 1905, vol. LI, p. 283. — Neufeld et Töpfer. *Centralbl. f. Bakt.* (orig.), vol. XXXVIII, p. 456. — Neumann (R. O.). Untersuchungen über opsonine und phagocytose, *Centralbl. Bact.*, 1907, 46-57. — Noguchi. On the influence of the reaction and of dessication upon opsonins. Reprint, from *Journ. of exp. Med.*, 1907, vol. IX, n° 4; — On the chemical reactivation and regeneration of complement, *Read at the annual meeting of the Soc. of Amer. Bact.*, 28 déc. 1906.

Opie (L.). Opsonins of inflammatory exudates, *Journ. of exp. Med.*, juillet 1907, t. IX, p. 455, et 21 sept., p. 457 et 515.

Park et Biggs (de New-York). The opsonic index as a guide to regulate the use of vaccines in the treatment of disease, *Journ. of med. Res.*, oct. 1907, t. XVIII, f. 1, p. 77-89. — Potter, Ditman et Bradley. The opsonic index in medicine, *Journ. Am. m. Ass.*, Chicago 1906, t. XLVII, 1722-1725. — Potter et Krumwiede. Some observations upon opsonins in pneumonia and in four streptococcus infections, *Journ. of inf. diss.*, nov. 1907, t. IV, p. 595. — Potter (de New-York). Further observations on opsonins in normal and pathologie sera, *Journ. Am. med. Ass.*, t. XLIX, f. 22, p. 1815-1825.

Rankin et Martin (A.). *Rep. fr. the proced. of the Soc. f. exp. biol. a. Med.*, 1907, p. 81-83; — Observations on the effects of fasting upon the opsonic power of the blood towards staphylococus aureus. — Ricklin (E.). La théorie de Wright basée sur la notion des opsonines et de l'index opsonique. Applications cliniques, *Revue intern. de clin. et de thérap.*, 1908. — Rodet et Lagriffoul. *Soc. de biol.*, 2 nov. 1907. — Roger. Les réactions défensives de l'organisme contre les infections, *Presse méd.*, 9 nov. 1907, p. 741. — Romme. Les opsonines et la phagocytose, *Presse méd.*, Paris 1906, 360. — Ross. An adress on the opsonic theory and its practical application to medicine and surgery, *Brit. med. Journ.*, 1906, II, 16-19; — Opsonins and bacterial vaccines, *Ibid.*, 1906, II, 1452-1454. — Ratch and Floyd. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 24 aug. 1907. — Rosenow. Human pneumococcal opsonin and the anti-opsonic subst in virulent pneumococci, *Trans. of Chicago path. Soc.*, 1907, VII, 55-61. — Ruth. The opsonic index in diphteria, *Journ. of Inf. dis.*, 1908, V, 14-22.

Sachs. *Deuts. med. Wochens.*, 1908, n° 18, p. 705. — Saathoff. Emploi pratique de l'index opsonique, *Münch. med. Wochens.*, avril 1908, n° 15. — Sauerbeck. *Neue tatrachen und theorien in der immunitætsforsch. die opsonin theorie*, Wiesbaden 1907, chez Bergmann; — *Ergebnisse der allg. path. herausgegeben von O. Lubarsch und R. Ostertag*, 1907, t. XI, p. 716. — Simonds. *The effect of the injection of killed streptococci on the streptocco opsonic index of normal rabbits.* — Simon et Lamar. A method of estimating the opsonic content of blood and other fluids, *Johns hopk. hosp. Bull. Balt.*, 1906, XVII, 27. — Simon. *A further contribution to the knowledge of he opsonins.* — Simon, Lamar, Bispham. A contribution to the study of the opsonins. Reprinted from the *Journ. of exp. Med.*, déc. 1906, vol. VIII. — Simon et Hans. *Réunion biologique de Nancy*, avril 1908, p. 743. — Sleeswijk. Contribution à l'étude des opsonines, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 déc. 1907, t. XXI, p. 983-990; — Ueber den Bau der opsonine, *Centralbl. f. Bak.*, 1908, t. XLVI, p. 513. — Smith. The opsonic index, *Ophtalmoscope*, Lond. 1906, IV, 513; — The probable identity of the opsonins with the normal agglutinins, *Proc. Lenn. Soc. New South Wales*, 1905, II, 269. — Strubell. *Münch. med. Wochens.*, 1907, n° 44, p. 2172; — Sur la technique opsonique, *Deuts. med. Wochens.*, 7 mai 1908, n° 19. — Sutcliffe. Sur un cas de septicémie à streptocoques, *Lancet*, 19 août 1907. — Schœtmuller et Much. Les opsonines comme moyen de différenciation et d'identification

des variétés de microbes pathogènes, *Münch. med. Wochens.*, 25 fév. 1908, n° 8.

TAYLOR. Méningite cérébro-spinale, *Lancet*, 1909. — TCHISTOVITCH et IOUREVITCH. Sur les opsonines et antiphagines dans l'infection pneumococcique, *Bull. de la Soc. de biol.*, 20 juin 1908, p. 1095, et *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 juillet 1908. — THOMAS. Variability and unreliability in the determination of the opsonic index, *Journ. Am. med. Assoc.*, t. XLIX, f. 15, p. 1249 et 1254. — TOD et WESTERN. The treatment of lupus and tuberculous disease of the ear, nose and throat by inoculation. *The pract.*, mai 1908, p. 703-713, — TURTON and ROY APPLETON. The relative opsonic power of the mothers blood serum and milk, *Brit. med. Journ.*, 13 avril 1907, p. 865.

URWICK. *Brit. med. Journ.*, juillet 1905, p. 172.

VEITCH. *Journ. of path. a. Bact.*, janv. 1908.

WALKER. The tuberculin (T. R.) treatment of tuberculosis of the genito urinary organs., *The pract.*, mai 1908, p. 723-736. — WAKELIN (J. O. Barrat). Die quantitative bestimmung der erythrocyten opsonine, *Centralbl. bact.*, 1907, p. 838. — WADOUX. Influence comparée du sérum normal et du sérum anti-pesteux sur la phagocytose du bacille de la peste, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 477. — WARRINGTON. *Lancet*, 1907. — WEINSTEIN. Ueber die Grundlagen und Anwendung der Wrightschen Opsonintherapie, *Berl. klin. Wochens.*, 1906, XLIII, 1007-1011. — WESTERN. The treatment of bacterial infections by vaccines, *Lancet*, nov. 1907, p. 1217, 1375 et 1449. — WELLS. Observations on the opsonic index in infants, *The prat.*, mai 1908, t. LXXX, f. 5, p. 636-638. — WHITE. *Dublin Journ. of med. Sc.*, avril 1906. Note on the experimental error in the method of determining the tuberculo opsonic index of the blood, *The pract.*, mai 1908, f. 5, p. 639-640. — WHITFIELD. On the treatment of skin diseases by inoculation after the opsonin method, *The pract.*, t. LXXX, p. 697-702. — WRIGHT. Notes on the treatment of furunculosis, sycosis and acne by the inoculation of a staphylococcus vaccine and generally on the treatment of localized bacterial invasions by therapeutical inoculations of the corresponding bacterial vaccines, *Lancet*, London 1902, vol. I, p. 874-884. — WRIGHT and DOUGLAS. On the action exerted upon the staphylococcus pyogenes by human blood and on the elaboration of protective elements in the human organism in response to inoculations of a staphylococcus vaccine. *Proc. of the roy. Soc.*, 1904, vol. LXXIV, p. 147. — WRIGHT et DOUGLAS. An experimental investigation of the role of the blood fluids in connection with phagocytosis, *Proc. roy. Soc.*, London 1903-1904, vol. LXXII, p. 358-370; — Furthers observations on the role of the blood fluids in connection with phagocytosis, *Proc. Roy. Soc.*, London 1904, vol. LXXIII, p. 128-142. — WRIGHT. *A short treatise of antityphoid inoculation containing an exposition of the principles of the method and a summary of the results achieved by its application*, Westminster 1904; — A lecture on therapeutic inoculations of bacterial vaccines and their practical exploitation in treatment of disease, *Brit. med. Journ.*, 9 mai 1903; — On the treatment of acne, furonculosis and sycosis by therapeutic inoculations of staphylococcus vaccine, *Brit. med. Journ.*, 7 mai 1904. — WRIGHT and DOUGLAS. On the Action exerted upon the tubercle bacillus by human blood fluids and on the elaboration of protective elements in the human organism in response to inoculations of tubercle vaccine, *Proc. roy. Soc.*, vol. LXXIV, p. 159-180, and *Lancet*, 22 oct. 1904. — WRIGHT. On the general principles of the therapeutic inoculation of bacterial vaccines as applied to the treatment of tuberculosis infection, *Trans. of the R. M. C. Soc.*, 1906, vol. LXXXIX; — The opsonic theory and therapeutic inoculation with bacterial vaccines, *Canada Lancet*, Toronto 1906-1907, XL, 193-196. — WRIGHT et REID. On spontaneous phagocytosis and on the phagocytosis which is obtained with the heated serum of patients who have responded to tubercular infection, or, as the case may be, to the inoculation of a tubercle vaccine, *Proc. roy. Soc.*, Lond. 1905-1906, S. B. LXXVII, 211, 225. — WRIGHT and REID. On the determination of the presence or absence of tubercular infection by the examination of the patient's blood and tissus fluids, *Proc. roy. Soc.*, 1906. — WRIGHT. Lecture on the principles of vaccinetherapy. Harvey Soc. of New-York, *Lancet*, 17 and 24 aug. 1907. — WOLF. Observations on the opsonic index and the anti-pneumococcal power of the blood in pneumonie, *Journ. inf. dis.*, 1906, p. 733. — WOLKER, The relative influence of the blood fluids and the bacterial toxines in phagocytosis, *Journ. of med. Res.*, nov. 1905, t. XVI.

YORK et SMITH. The effects on injection of antitoxic and anti-bactorial sera on the opsonic power of the blood, *Bio. Chem. Journ.*, Liverpool 1906, I, 341-346.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 MAI 1909)

Mort de M. Besnier. — Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. Léon LABBÉ prononce l'éloge de M. Ernest Besnier.

Instabilité thyroïdienne. — M. HUCHARD fait un rapport sur un travail de MM. Léopold Lévi et H. de Rothschild relatif à l'instabilité thyroïdienne. Depuis le myxœdème jusqu'à la maladie de Basedow, les auteurs ont étudié cette question de l'instabilité thyroïdienne avec la plus grande conscience. Ils l'ont envisagée successivement aux points de vue clinique, thérapeutique, anatomo-pathologique et expérimental. Ils ont parfaitement décrit ce syndrome thyroïdien, comprenant tous les effets de l'hypothyroïdie et de l'hyperthyroïdie. Enfin ils ont bien fixé les résultats qu'on peut obtenir de la médication thyroïdienne.

La défense sanitaire en Suède et en Norvége. — M. F. WIDAL analyse un important rapport de M. Courmont (de Lyon) sur ce sujet. La Suède et la Norvège sont les pays où, grâce à la bonne organisation des mesures d'hygiène, l'état sanitaire est le plus satisfaisant. Les maladies infectieuses y sont beaucoup plus rares que dans notre pays. La variole y est à peu près inconnue. La fièvre typhoïde y est extrêmement rare. La mortalité par la tuberculose y est relativement faible, grâce à l'obligation de la déclaration des tuberculoses ouvertes, à la désinfection obligatoire après la mort. Enfin il y a, en Suède et en Norvège, un service central d'inspection médicale de l'hygiène qui jouit de pouvoirs étendus et qui veille, avec la plus scrupuleuse attention, à l'exécution rigoureuse des lois sanitaires.

Tous ces faits viennent à l'appui des conclusions qu'a formulées M. Widal dans son dernier rapport sur les épidémies.

Deux cas de septicémie gonococcique suivis de fièvre typhoïde. — M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit au nom de M. DIEULAFOY, absent, le résumé de deux observations très intéressantes. Il s'agit de deux cas de septicémie gonococcique terminés par la guérison, après inoculation de vaccin gonococcique et suivis, tous deux, de fièvre typhoïde. Les deux infections, chez ces deux malades, ne furent pas contemporaines, mais bien successives. Ils étaient complètement guéris de leur septicémie gonococcique quand apparut chez eux la fièvre typhoïde. Le séro-diagnostic ne laissa aucun doute sur le vrai caractère de cette affection.

Mais ce qui devient d'une extrême difficulté, c'est l'explication qu'il faut donner à ces faits. On ne peut émettre que

des hypothèses et M. Dieulafoy les passe toutes en revue. Accusera-t-on l'impureté du vaccin gonococcique? Mais toutes les cultures faites avec ce vaccin sont restées stériles. Admettra-t-on qu'il s'agit là de cas dits intérieurs de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire de fièvres typhoïdes contractées à l'hôpital? Il n'y en avait pas dans les salles qu'occupèrent ces deux malades. S'agirait-il d'une rechute de la maladie? C'est inadmissible, puisque pendant la phase de septicémie gonococcique ces malades n'ont présenté aucun caractère d'une autre infection. Enfin ces malades possédaient-ils le germe de la fièvre typhoïde qui serait resté à l'état d'incubation pendant tout le temps qu'a évolué la septicémie gonococcique? M. Dieulafoy pose la question sans oser la résoudre.

En ce qui concerne la septicémie gonococcique, M. Dieulafoy croit pouvoir conclure que, chez ces deux malades, le vaccin anti-gonococcique a paru donner un résultat très favorable.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie interne.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Brissaud; en seconde ligne, par ordre alphabétique, MM. Babinski, Ballet, Gaucher, Marfan et Marie.

Le nombre des votants étant de 61, majorité 31, au premier tour, M. Brissaud obtient 54 suffrages, M. Babinski 5, M. Ballet 1, un bulletin blanc.

En conséquence, M. Brissaud est proclamé élu.

Nous ne pouvons que féliciter l'Académie de son choix.

ERNEST BESNIER

La médecine française vient de perdre un de ses plus dignes et de ses plus célèbres représentants. Ernest Besnier a été enlevé, en quelques semaines, à l'affection des siens, à l'admiration de ses nombreux élèves, à l'estime générale de ses confrères.

De souche normande, né à Honfleur en 1831, après de brillantes études classiques, il était nommé interne des hôpitaux à vingt-trois ans. Dix ans plus tard, il était médecin des hôpitaux, en même temps que le professeur Fournier auquel, depuis ce temps, il est resté attaché par la plus étroite amitié.

De très bonne heure, le jeune médecin des hôpitaux se fit remarquer par des travaux de médecine générale des plus importants. Nous citerons, entre autres, l'article RHUMATISME dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* qui a été, pendant longtemps, la description la plus classique de cette affection. Secrétaire annuel, puis secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, il y faisait, tous les trimestres, un rapport sur les maladies régnantes, rapports des plus remarquables. Par ses travaux de pathologie et d'hygiène, Besnier avait déjà acquis une notoriété considérable dans la médecine générale, dans les conseils d'hygiène, lorsqu'il entra à Saint-Louis, en 1872; il y resta vintg-quatre ans. A partir de ce moment, il se consacre entièrement à la dermatologie. Il commence par parfaire sa propre instruction en suivant assidument les visites de son collègue Lailler dont la compétence en matière de maladies cutanées était universellement reconnue. Il traduit, avec son ami Doyon, les *Leçons* de Kaposi sur les maladies de la peau. Il inaugure, dans cet hôpital, un enseignement qui a été des plus brillants, et lorsque fut fondée la Société de dermatologie, il en devient le président, et apparut, dès lors, comme le maître incontesté de la dermatologie française. Son autorité fut considérable, tant en France qu'à l'étranger.

M. Labbé, en faisant, comme président de l'Académie, l'éloge de ce regretté collègue, a été bien inspiré en citant cette phrase de Brouardel : « Les œuvres de Besnier inspirent la confiance. » Elles sont, en effet, toutes marquées au coin de la plus scrupuleuse exactitude, tant au point de vue du fonds qu'au point de vue de la forme.

En 1881, Besnier fut nommé membre de l'Académie de médecine. Il y tint une place importante et sa modestie seule l'empêcha d'en devenir le président.

Ce fut une belle carrière que la sienne, ce fut aussi une belle vie que sa vie, toute de science et d'honneur.

Tous ceux qui appartiennent à la profession médicale ont pu apprécier la grande valeur scientifique de Besnier, l'étendue de ses connaissances générales, sa haute compétence et son incontestable autorité en matière de dermatologie. Mais à ceux qui, comme nous, ont eu la bonne fortune de l'approcher souvent, dans l'exercice de la profession, il a été donné d'apprécier les hautes qualités de cœur et d'intelligence, que, sous des abords un peu froids, possédait ce maître si bienveillant, ce confrère toujours si correct, si digne et si respectable, cet homme de bien si aimable et si désintéressé. Que d'exemples pourrions-nous citer de son extrême bonté à l'égard des humbles, de son souci constant de la probité scientifique et professionnelle.

C'est un grand maître qui disparaît, mais il restera, dans le souvenir de tous, comme une des plus belles figures médicales de notre époque. Dr BROCHIN.

LIVRES NOUVEAUX

Abrégé d'anatomie. Tome III (1), par MM. POIRIER, CHARPY, CUNÉO.

Dans ce fascicule qui termine l'ouvrage, se trouvent exposés d'abord les organes des sens : peau, œil, oreille, nez.

Puis nous rencontrons la description de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, de l'appareil urogénital de l'homme et de la femme.

Partout nous retrouvons les qualités des deux premiers fascicules, c'est-à-dire la méthode, la clarté de l'exposition, la netteté et la précision des figures. Toujours au début de chaque organe, quelques mots pour indiquer comment le jeune étudiant doit le préparer pour pouvoir l'étudier convenablement. Un dernier chapitre est consacré au péritoine, il est tout à fait bien réussi, il comprend en effet outre une excellente description du péritoine de l'adulte, un exposé très concis, quoique clair, de l'embryologie de la séreuse, toutes les recherches modernes sont signalées brièvement et d'excellentes figures permettent aussitôt la compréhension du développement si compliqué. Nous ne doutons pas que ce fascicule n'obtienne le même succès que les précédents auprès des étudiants auxquels il est spécialement destiné.

ETIENNE LE SOURD.

(1) In-8. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Brocq, Enriquez, Guinon, Klippel, Claude, Al. Renault, Béclère, Barth, Pozzi.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 24 mai : MM. Cauchoix, 26; Schwartz et Chifoliau, 27; Hallopeau, 28; Chevassu, 29; Gernez, 24; Alglave et Grégoire, 23.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 26 mai, à quatre heures, à la Charité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours pour une place d'accoucheur adjoint s'est terminé par la nomination de M. Pery.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Girode, Houdart, Douai, Cadenat, Olivier.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Bezançon (de Boulogne-sur-Seine), décédé à l'âge de soixante-treize ans. Nous adressons à ses fils les docteurs Fernand et Albert Bezançon, et à son gendre M. le docteur Ch. Dévé nos bien sincères condoléances.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU. — Cours pratique pour les maladies des oreilles, nez, larynx. — M. le docteur Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera le mardi 25 mai son cours pratique pour les maladies des oreilles, nez, larynx, à cinq heures, et les continuera les mardis et samedis à la même heure. (Examen de malades, diagnostic, thérapeutique.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 31 MAI AU 5 JUIN 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 4 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Lejars et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

1er (oral) : MM. Retterer, Mauclaire et Branca.

2e : MM. Gariel, Gley et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Pierre Marie, Marcel Labbé et Sicard.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne; — M. André Jousset, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delbet, Legueu et Gosset; — (2e série) : MM. Walther, Proust et Ombrédanne; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 5 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Morestin et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Prenant, Retterer et Marion.

3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Faure et Launois; — (2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Fernand Bezançon; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon*, (1re série) : MM. Raymond, Renon et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Gouget, suppléant.

THÈSES

Mercredi 26 juin 1909, à une heure. — M. Jouenne. Enquête sur l'étiologie, la pathologie et le traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. (MM. Gaucher, président; Reclus, Segond et Marcel Labbé.) — M. Velarde. Contribution à l'étude de l'infection aiguë des voies biliaires par le bacille d'Eberth. (MM. Reclus, président; Gaucher, Segond et Marcel Labbé.) — M. Geslin. Tuberculose sténosante du cæcum. Trois cas chez l'enfant. (MM. Segond, président; Gaucher, Reclus et Marcel Labbé.) — M. Petiteau. Contribution à l'étude des fractures de l'astragale avec déplacement des fractures. (MM. Segond, président; Gaucher, Reclus et Marcel Labbé.)

Jeudi 3 juin, à une heure. — M. de Saint-Genois de Grand Breucq. Tabes et chirurgie abdominale. (MM. Debove, président ; Prenant, Retterer et Castaigne.) — M. Bornait-Legueule. Contribution à l'étude des modifications histologiques du cancer du sein traité par les rayons X. (MM. Prenant, président; Debove, Retterer et Castaigne.)

COMMENT CONVIENT-IL D'ENLEVER L'APPENDICE?

Par L. CHEVRIER,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Je n'ai pas la prétention d'avoir découvert une technique nouvelle d'appendicectomie; mais d'après ce que j'ai lu et ce que j'ai vu faire autour de moi, il me semble que chacun cherche *à tort* à toujours enlever l'appendice *de la même façon*. En matière d'appendicectomie, comme en matière d'hystérectomie, je pense qu'il faut avoir à sa disposition *plusieurs méthodes typiques* entre lesquelles *on choisit au dernier moment celle qui s'adapte le mieux aux lésions trouvées*.

C'est pourquoi j'ai cru utile de grouper dans un article de vulgarisation les trois techniques dont j'ai l'expérience et qui me semblent convenir à la généralité des cas. Ces techniques sont faites d'emprunts multiples — comment pourrait-il en être autrement? — et de quelques temps personnels : je me bornerai à les exposer sans distinguer les uns des autres.

RECHERCHE DE L'APPENDICE

Le premier temps de l'appendicectomie est la *recherche de l'appendice* et l'*appréciation des lésions*.

Pour toujours trouver facilement l'appendice, la formule est de *ne pas le chercher directement*. Après ouverture du péritoine, je me refuse à envoyer dans la profondeur, du côté de la fosse iliaque, *un doigt aveugle chercher au hasard* un appendice tantôt long, tantôt court, tantôt dur, tantôt souple, tantôt libre, tantôt adhérent, dirigé ou à droite ou à gauche, transversal, ascendant ou descendant; je trouve profondément antichirurgical de sortir ainsi au petit bonheur *une anse grêle*, puis *une autre*, puis de l'*épiploon*, puis enfin l'*appendice — quand on le trouve*! Pour être satisfaisante, une exploration doit être autrement conduite.

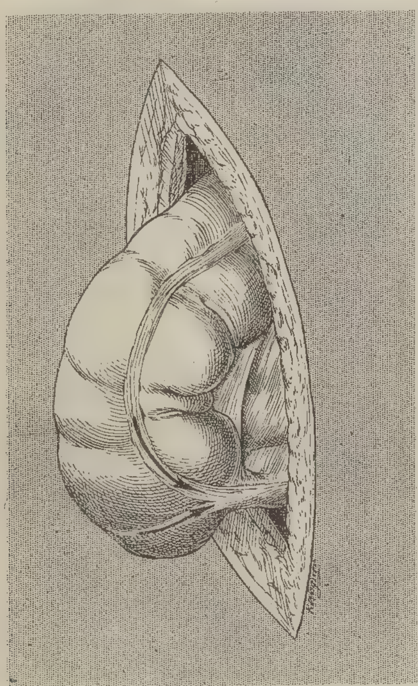


Fig. 1. — *Recherche de l'appendice.*

On doit chercher l'appendice *anatomiquement*, en allant vers *sa base d'implantation sur le cæcum*, et en se souvenant que c'est *de là que partent les bandes longitudinales du côlon*.

En application de ce principe, la malade étant *en position de Trendelenburg* (point capital pour une bonne exploration) par une incision *petite*, que je suis prêt à agrandir, si le besoin s'en fait sentir, je vais à la recherche du côlon ascendant ou du cæcum que je m'efforce d'attirer au dehors; je *suis en descendant* (fig. 1) *la bandelette longitudinale antérieure du gros intestin* et elle me mène *très rapidement et fatalement à la base de l'appendice*.

Je fais alors l'*exploration des lésions* que je rangerai en trois types, me plaçant au point de vue opératoire.

α. L'*appendice est libre et se laisse sortir hors du ventre*, qu'il soit long ou court, cylindrique, moniliforme ou distendu, vascularisé ou non, peu importe; il sort parce qu'il est libre et qu'il a un *méso long*.

β. L'*appendice, reconnaissable au doigt et à l'œil, est fixé*. — Cette fixation est déterminée par une cause variable, brièveté du méso appendiculaire, adhérence de la pointe ou d'une partie quelconque de l'appendice au péritoine de la fosse iliaque, à l'épiploon, à l'intestin ou au mésentère, situation rétropéritonéale de l'organe. Peu importe la cause de la fixité. La seule chose à enregistrer, c'est que l'appendice reconnaissable et distinct, *ne peut être amené au dehors parce qu'il tient*.

γ. L'*appendice* — dont je vois et sens la base — *est perdu dans un bloc inflammatoire* dans lequel il est impossible de le reconnaître et de le suivre.

A ces trois types de lésions doivent correspondre, à mon avis, trois modes opératoires différents.

I. L'APPENDICE EST LIBRE

1° Extériorisation de l'appendice sur un lit de compresses aseptiques. — Je garnis tout le champ

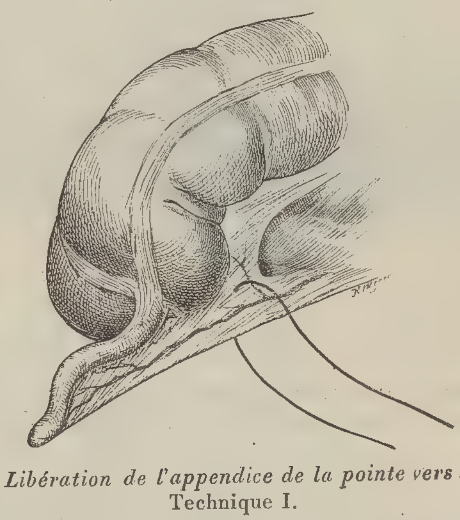


Fig. 2. — *Libération de l'appendice de la pointe vers la base.* — Technique I.

opératoire de compresses stérilisées, cachant la peau, protégeant la cavité péritonéale, obturant en

grande partie la toute petite incision, ne laissant émerger au dehors et sur des compresses tassées, que l'*appendice avec son long méso* et la partie du cæcum qui avoisine *immédiatement* sa base. La figure 6 donne plus bas un aperçu de ce que doit être *ce temps minutieux de protection*. Dans mes autres figures, j'ai dû, pour la clarté, montrer beaucoup plus d'intestin qu'on n'en doit voir.

2° Libération de l'appendice (fig. 2). — Si le méso s'y prête, je l'étreins tout entier dans un seul fil. S'il est un peu épais, je place plusieurs fils successifs ou plusieurs pinces et je libère l'appendice *de la pointe vers la base*.

3° Préparation de l'enfouissement (fig. 3). — Je prépare à l'avance l'enfouissement, par un catgut

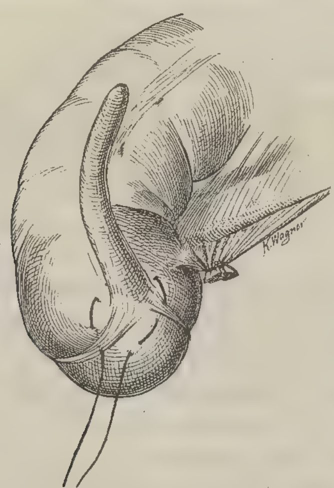


Fig. 3. — *Préparation de l'enfouissement*. — Technique I.

faufilé en bourse dans le cæcum, à environ 1 centimètre de la base d'implantation de l'appendice libéré. Ce fil n'est pas noué.

4° Préparation de l'appendice pour la section (fig. 4). — Cette préparation comprend l'application sur l'appendice de deux pinces. L'une, *pince d'oblitération*,

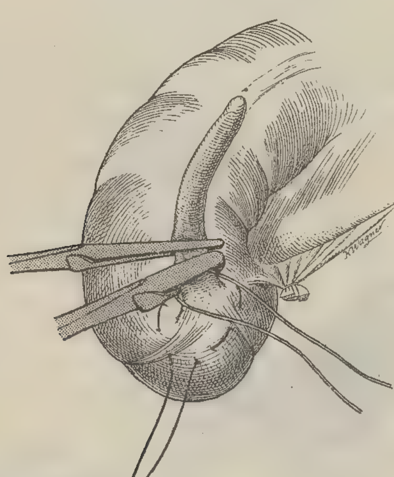


Fig. 4. — *Préparation de l'appendice pour la section (pince oblitérante, pince écrasante)*. — Techniques I et II.

tération, est fixée sur l'appendice à environ 1c5 de sa base après un *léger massage* de la base vers la pointe ; son but est d'empêcher le contenu de l'appendice de sortir et de souiller le péritoine au moment de la section.

L'autre, *pince d'écrasement*, placée au niveau de la base même de l'appendice, est destinée à réduire le volume de l'organe, à le *laminer*, au niveau du point où l'étreindra la ligature. Pour cet écrasement, il n'est besoin d'aucun instrument spécial, une pince à forcipressure de Terrier, robuste et un peu large, suffit.

5° Ligature de l'appendice. — La pince écrasante étant encore en place, je fais passer un fil au-dessous d'elle (fig. 4) et mon aide se prépare à le lier *dans le*

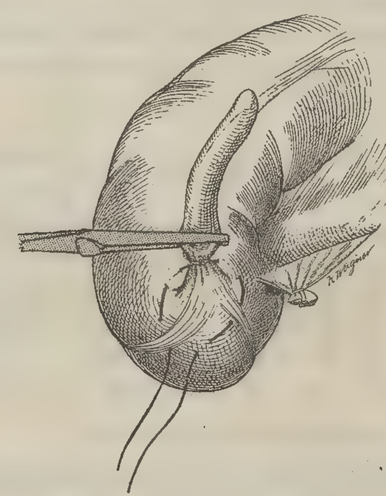


Fig. 5. — *Ligature de l'appendice au niveau du sillon d'écrasement*. — Techniques I et II.

sillon d'étranglement, au moment où je retire cette pince laminante (fig. 5).

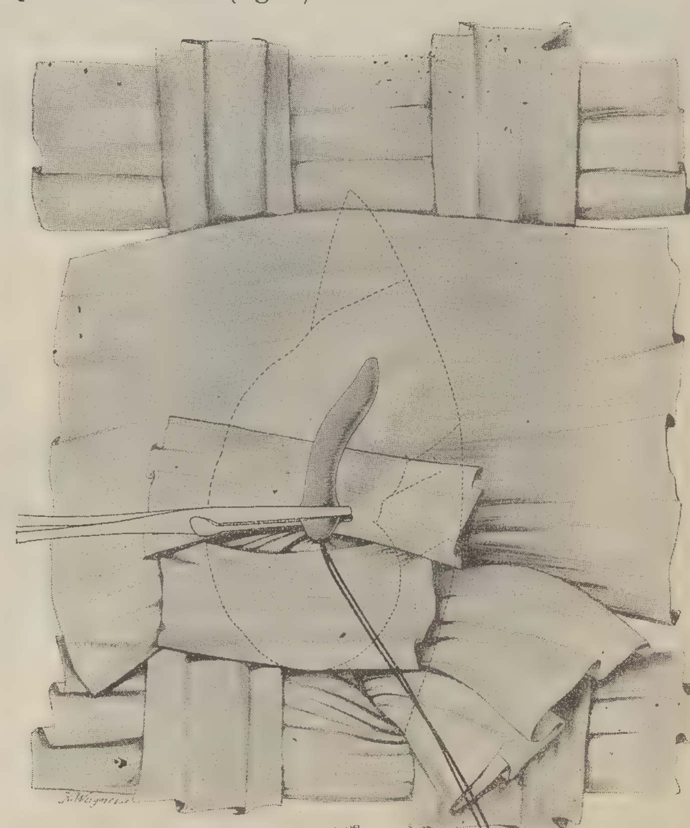


Fig. 6. — *Petites compresses en collerette pour la section de l'appendice au thermocautère. Aperçu de la protection générale intrapéritonéale et superficielle. Sur le dessin, les compresses ont été plissées pour que, par les ombres, on voie bien la superposition des plans. Le faufil en bourse est caché sous les compresses en collerette.*

6° Section de l'appendice. — Je sectionne l'appendice lentement au thermocautère, un peu au-dessus du point de constriction, et j'ai soin de détruire de la pointe du thermo, la muqueuse qui peut rester dans le petit moignon. De peur qu'au moment de l'action du fer rouge, l'appendice ne *postillonne* et ne souille les alentours de petites éclaboussures, je dispose *en collerette*, autour de sa base, *deux petites compresses que je jette dès qu'est terminée la thermocautérisation* (fig. 6).

7° Enfouissement du moignon (fig. 7). — A vouloir serrer *trop vite* le fil en bourse, même en prenant la précaution de pousser sur le moignon appendicu-

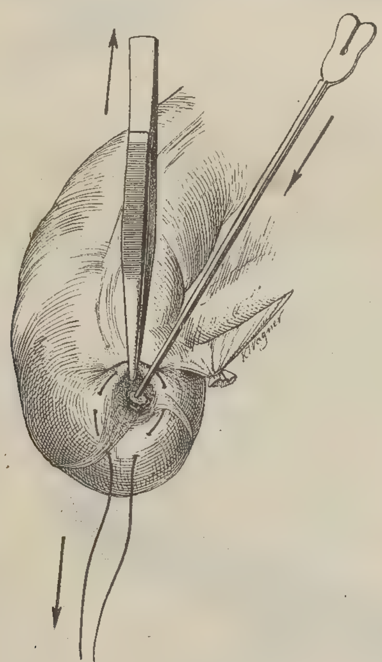


Fig. 7. — *Enfouissement du moignon. A l'opposé du point de sortie des chefs du faufil, une pince soulève le collet de la bourse, au fond de laquelle la sonde cannelée pousse le moignon.* — Techniques I et II.

laire, on peut manquer l'enfouissement : l'observation exacte des précautions suivantes rend tout échec impossible.

Je demande à l'aide de tenir le fil d'oblitération

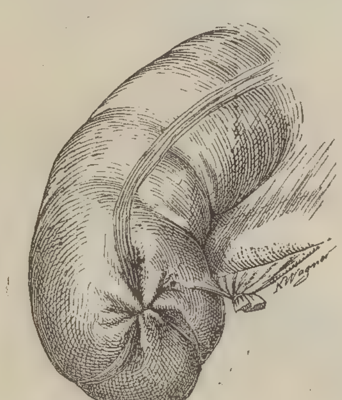


Fig. 8. — *Enfouissement terminé.* — Techniques I et II.

appendiculaire. Avec une pince à disséquer, je saisis la paroi cæcale faufilée dans la région diamétralement opposée à celle par laquelle sortent les deux chefs du fil en bourse, et je soulève un pli parallèle au faufil. Je confie à ma main gauche le soin de tenir cette pince qui agrandit et élève l'ouverture de la bourse. De la main droite, je coupe le fil d'oblitération appendiculaire, je prends la sonde cannelée, j'en place l'extrémité dans le moignon appendiculaire que je *pousse dans le fond de la bourse bien ouverte et dont je soulève le collet* (fig. 7). Alors, mais alors seulement, je demande à mon aide de prendre les deux chefs du fil en bourse et de les nouer. L'enfouissement est complet, rapide, absolument satisfaisant (fig. 8).

Cette technique minutieuse rend impossible la contamination opératoire du péritoine par le *moignon appendiculaire qui ne reste libre que quelques secondes.*

II. **L'APPENDICE EST ADHÉRENT, MAIS RECONNAISSABLE**

J'établis en principe qu'un pareil appendice, quoi qu'en puissent dire beaucoup de chirurgiens, ne doit pas être libéré d'abord, puis enlevé suivant la technique précédente, mais que tout appendice adhérent et reconnaissable doit être *sectionné d'abord et libéré secondairement de la base vers la pointe.*

1° Mise en place de l'écarteur (fig. 9). — Comme l'appendice ne peut être sorti hors du ventre, et qu'il importe d'avoir sur lui *une large voie d'accès*, je crois qu'il est indispensable d'*agrandir l'incision et*

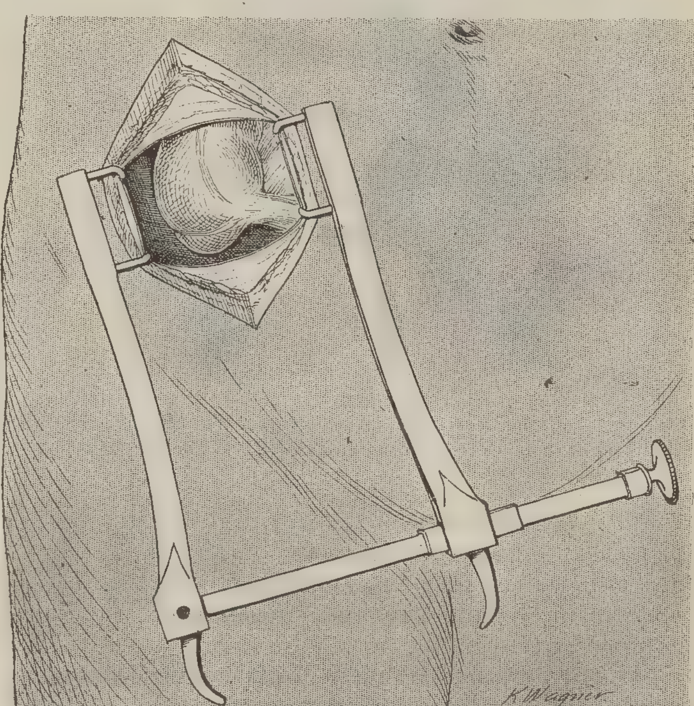


Fig. 9. — *Mise en place de l'écarteur.* — Technique II.

de la maintenir béante par la mise en place d'un *écarteur* : l'écarteur de Gosset est certainement le plus pratique. A son défaut, on se servira d'écarteurs de Farabeuf tenus à la main (fig. 9).

Je *garnis* alors avec soin le péritoine, cachant tout ce qui n'est pas appendice et cæcum.

2° Isolement de la base de l'appendice, section et enfouissement. — J'isole la base de l'appendice en faisant *un trou dans le méso* et j'effectue tous les temps de la technique précédemment indiquée : fil

en bourse pour l'enfouissement (fig. 10), préparation de l'appendice pour la section (fig. 4), ligature (fig. 5),

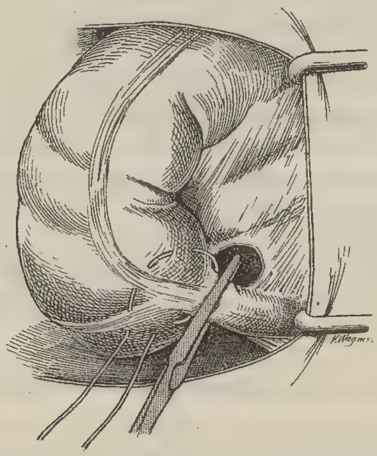


Fig. 10. — *Isolement de la base de l'appendice, préparation de l'enfouissement et de la section (la pince écrasante n'est pas encore mise).* — Technique II.

section au thermocautère et enfouissement méthodique (fig. 7 et fig. 11).

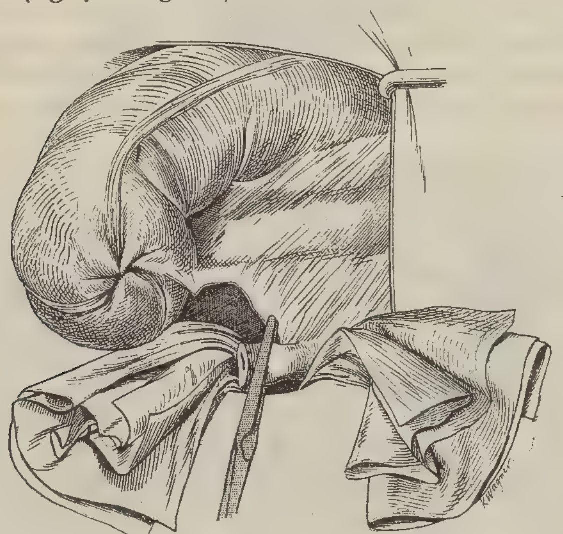


Fig. 11. — *Enfouissement terminé. Aspect du champ opératoire avant la protection complémentaire.* — Technique II.

3° Protection complémentaire. Encapuchonnement de l'appendice. — Le cæcum, complètement séparé de l'appendice, est désormais *en dehors de la région opératoire* et peut être *entièrement protégé* par une compresse (voyez fig. 16).

Mais il importe d'éviter toute contamination de mes mains ou plutôt de mes gants, et du péritoine par la *tranche de section de l'appendice* à enlever. Il est extrêmement simple d'y parer. Après avoir détruit de la pointe du thermo la muqueuse libre, je place la partie moyenne d'une petite compresse assez étroite, au-dessous du bec de la pince oblitérante, contre le corps de l'appendice et au delà de lui (fig. 12). Les deux chefs de cette compresse sont amenés au-dessus de la pince, recouvrant par leur entrecroisement la tranche appendiculaire (fig. 13). Ils sont conduits sous la pince en deçà de l'appendice (fig. 14), ramenés de nouveau par-dessus la pince et fixés par un nœud (fig. 15).

Cet *encapuchonnement* rapide est à la portée de

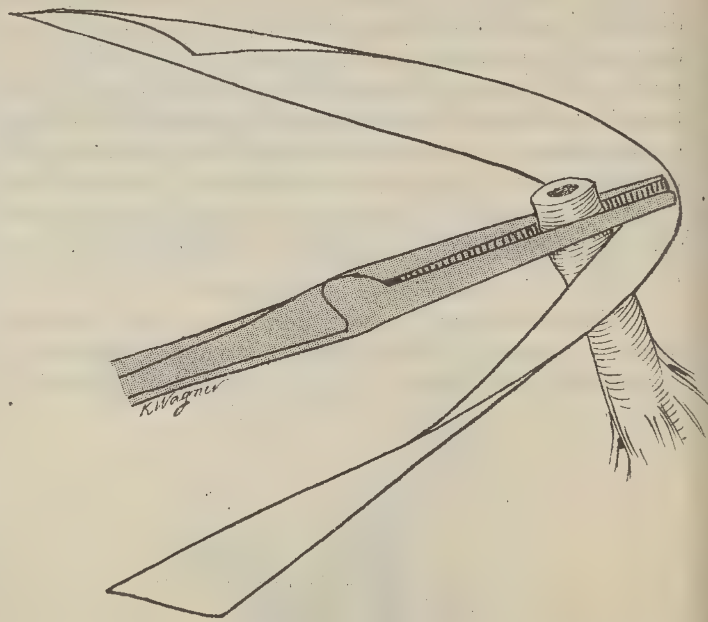


Fig 12. — *Encapuchonnement de l'appendice (premier temps).* Techniques II et III.

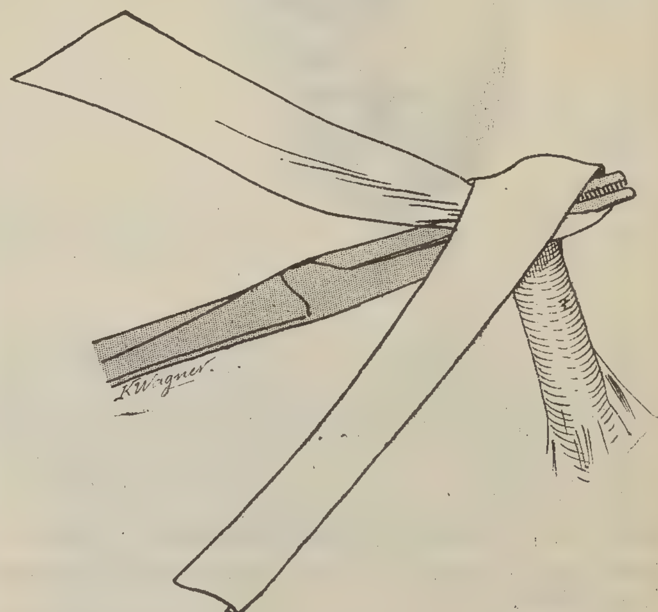


Fig. 13. — *Encapuchonnement de l'appendice (deuxième temps).* Techniques II et III.

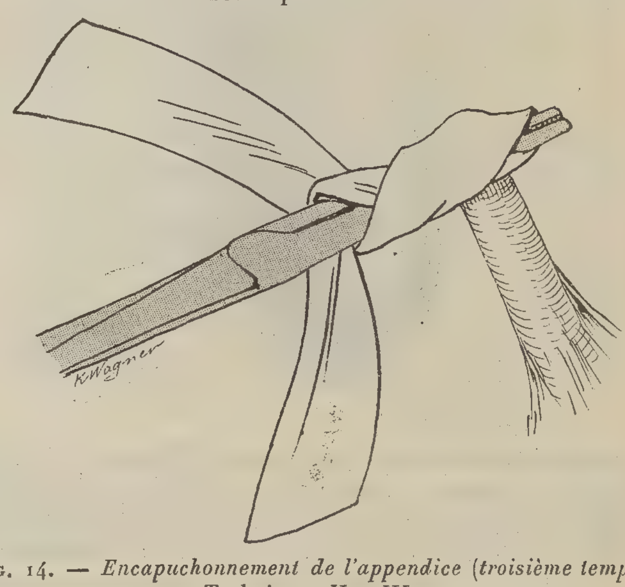


Fig. 14. — *Encapuchonnement de l'appendice (troisième temps).* Techniques II et III.

tous ; il réalise une protection parfaite et assure une asepsie persistante.

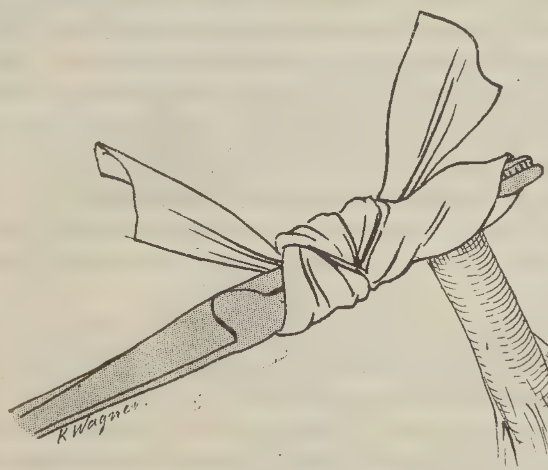


Fig. 15. — *Encapuchonnement de l'appendice (quatrième temps).* — Techniques II et III.

4° Libération de l'appendice. — Aux ciseaux et au doigt, me servant de la pince oblitérante comme d'*agent de traction*, ce qui facilite beaucoup l'extraction, je libère peu à peu l'appendice, *de la base vers la pointe*. Quand je puis deviner le méso et les vaisseaux qu'il contient, je les pince avant de les sectionner (fig. 16). Sinon, je fais l'hémostase après

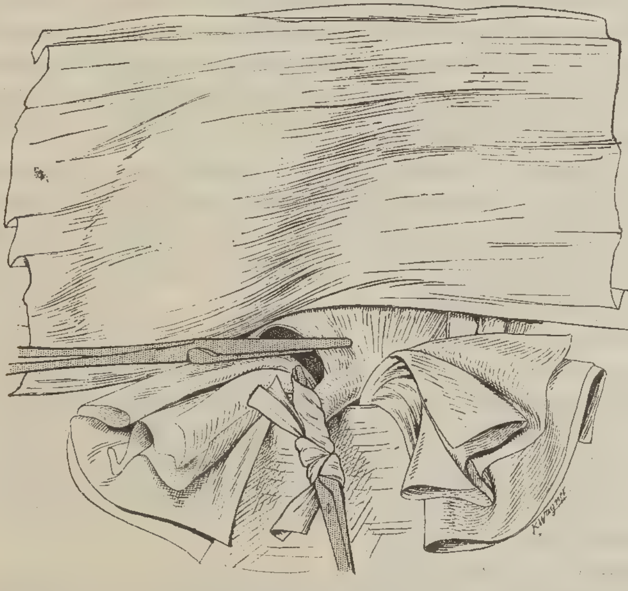


Fig. 16. — *Protection complémentaire terminée. Libération de l'appendice de la base vers la pointe.* — Technique II.

extirpation complète; la position inclinée et l'écarteur me permettent toujours de voir le point qui saigne.

Mon doigt poursuit cette libération appendiculaire secondaire, *dans un puits à parois étanches*, entouré de partout d'épaisses compresses.

Si, au cours de cette libération, j'ouvre un *petit abcès intra-péritonéal* ou une *grosse collection extra-péritonéale*, iliaque ou lombaire — comme cela m'est arrivé une fois — rien n'est simple comme d'*épuiser sur place la source du pus* par un jeu de compresses montées, *sans contamination opératoire du péritoine* ni des organes voisins, puisque tout est protégé, *même le cæcum*.

Enfin, en admettant que je trouve du pus, l'opération est *entièrement terminée*; après avoir asséché le foyer et l'avoir désinfecté par attouchement avec une compresse imbibée d'eau oxygénée, il me suffira de mettre un *drain en bonne place*, d'y adjoindre au besoin une petite mèche et retirant les compresses protectrices et l'écarteur, il ne me restera plus qu'à refermer le ventre.

J'estime donc qu'il convient d'enlever les *appendices adhérents de la base vers la pointe, par section primitive et libération secondaire.*

Cette libération secondaire est *plus facile* :

α. Grâce à la pince oblitérante, on possède un bon *agent de traction* alors qu'on manque entièrement de prise pour une libération primitive.

β. Les *plans de clivage* se créent beaucoup plus facilement en passant par le méso et non pas par le péritoine ; n'est-ce pas d'ailleurs pour la même raison que, pour enlever les salpingites, on cherche à les aborder par en bas, par le ligament large ?

Elle est *moins dangereuse* :

α. La *protection est meilleure*, tout pouvant être garni de compresses, *y compris le cæcum*, séparé dès le début de l'insertion appendiculaire.

β. Si on trouve du *pus* ou des *adhérences suspectes*, le *drainage* et la *fermeture* peuvent suivre *immédiatement* puisque l'*opération est terminée.*

Les arguments dont je viens d'appuyer ma deuxième technique servent de charges contre la libération primitive de l'appendice et sa séparation secondaire du cæcum, suivant la technique première, que défendent beaucoup de classiques. Si l'on tente de me répondre que dans les cas dans lesquels l'appendice est simplement adhérent et fixé, on trouve rarement du pus, je répondrai par l'exemple cité plus haut au cours de ma description et dont l'évolution post-opératoire a été remarquablement bénigne. En admettant que ce fait soit une exception, on ne peut reprocher à une technique d'être *prudente à l'excès*, surtout quand elle reste aussi *idéalement simple* que la précédente.

On m'accordera d'ailleurs en tout cas, que des *adhérences sont toujours suspectes de septicité*, et que mieux vaut entrer dans leur zone *à la fin d'une opération qu'au début.*

Enfin la *facilité plus grande* de l'acte opératoire plaide en faveur d'une *gravité moindre.*

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 21 mai 1909)

L'insuffisance surrénale aiguë dans les maladies infectieuses. — M. Emile Sergent. Les faits cliniques apportés dans les dernières séances par MM. Méry, Netter, L. Martin, ont attiré l'attention sur l'importance de l'insuffisance surrénale dans la pathogénie de certains accidents imputés à tort à la diphtérie. Tout récemment aussi, le professeur Hutinel, dans une de ses cliniques (*Bull. méd.*, 20 fév. 1909), soutint la même opinion à propos de la scarlatine et voulut bien rappeler les recherches antérieures de M. Emile Sergent sur le

rôle de l'insuffisance surrénale aiguë dans les maladies infectieuses.

Poursuivant, en effet, l'étude du syndrome d'insuffisance surrénale aiguë, qu'il avait décrit avec L. Bernard, l'auteur s'est attaché à montrer que les éléments de ce syndrome peuvent se retrouver « noyés, en quelque sorte, dans l'ensemble des symptômes propres à la toxi-infection au cours de laquelle il éclate ». (L'insuffisance surrénale aiguë et les maladies infectieuses, *Presse méd.*, 1902.)

L'auteur a insisté, d'autre part, sur l'importance pratique de cette notion, qui suscite l'indication rationnelle de recourir à l'opothérapie surrénale lorsque, au cours d'une maladie infectieuse aiguë, on voit survenir brusquement certains symptômes qui appartiennent au syndrome de l'insuffisance surrénale aiguë, tels la dépression, la tendance à la chute de la température, la diminution d'amplitude du pouls, la ligne blanche...

Il est heureux de constater que ces idées sont aujourd'hui confirmées par de nombreux observateurs.

Méningite cérébro-spinale à méningocoques. Traitement par les injections intra-rachidiennes de sérum de Dopter. Accidents d'anaphylaxie ou d'intolérance. Guérison. — MM. P. Ménétrier et R. Mallet. Il s'agit dans ce cas d'une méningite cérébro-spinale à méningocoques, nettement caractérisée au double point de vue clinique et bactériologique, développée chez un nourrisson de onze mois qui, traitée par le sérum antiméningococcique de Dopter à partir du quatrième jour, a complètement guéri. Le point intéressant de cette observation consiste dans l'apparition d'accidents d'intoxication d'origine sérique survenus après la huitième injection, alors qu'il n'y avait pas encore eu de défervescence nette, et qui, se manifestant par des ascensions thermiques vespérales, étaient faciles à confondre avec les exaspérations fébriles quotidiennes du processus méningitique. Les auteurs se demandent s'il s'agit là d'accidents d'anaphylaxie ou simplement d'intolérance par accumulation des doses, hypothèse que pourraient suggérer les caractères du liquide de ponction analogues dans les derniers temps à ceux du sérum injecté.

La méningite cérébro-spinale à Rennes, pendant l'hiver 1908-1909. Traitements usuels et traitement par le sérum de Dopter. — M. Salebert a traité cet hiver 18 cas de méningite cérébro-spinale survenus dans la garnison de Rennes. Il divise son étude en deux parties : la première avant l'emploi du sérum; la deuxième depuis l'emploi du sérum.

14 malades ont été traités par les moyens usuels; ils ont donné 10 décès, soit une mortalité de 71,42 p. 100; les 4 autres ont été traités uniquement par le sérum de Dopter en injections intrarachidiennes, tous ont guéri. De cette dernière série, 2 cas semblaient revêtir un caractère de gravité moyenne; néanmoins, M. Salebert insiste sur la rapidité de la guérison obtenue par le sérum, la chute de la température, la rétrocession hâtive de tous les symptômes; en quelques heures souvent, la vie renaît sur le visage sans expression, figé, que présentent longtemps les méningitiques guéris par les traitements ordinaires. Le dernier cas était particulièrement grave; après avoir présenté des troubles cérébraux très intenses (délire furieux, paralysie faciale, du voile du palais, de la troisième paire, incontinence des sphincters, etc.), il a guéri après avoir reçu en plusieurs fois 140 centimètres cubes de sérum.

M. Salebert insiste en terminant sur la nécessité d'établir un diagnostic précoce; d'intervenir le plus vite possible à l'aide du sérum; d'injecter la dose nécessaire et de répéter les injections si les symptômes ne s'amendent pas suffisamment. Ces conditions paraissent indispensables pour assurer le succès.

Nouvelles recherches sur le « précipito-diagnostic » de la méningite cérébro-spinale. — MM. H. Vincent et Bellot. Le méningocoque sécrète dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de méningite cérébro-spinale, aussi bien que dans les milieux artificiels de culture, des produits solubles pouvant être mis en évidence lorsqu'on additionne un sérum spécifique récent à ce liquide complètement éclairci par centrifugation. La précipito-réaction est fondée sur ce principe. Le sérum est préparé par injection réitérée à un animal de méningocoque autolysé dans l'eau distillée; II à V gouttes du sérum de cet animal, ajoutées à C gouttes de liquide céphalo-rachidien du malade, déterminent à 38 ou à 50 degrés, un *louche* ou une *opalescence* parfois faible, qui se manifestent après huit à quinze heures. Le tube témoin reste clair.

Dans 32 cas de méningite cérébro-spinale qu'ils ont étudié, la précipito-réaction s'est montrée positive, même alors que le méningocoque était très rare, douteux, mort ou absent. Il en a été de même lorsque le liquide de ponction était clair, très pauvre en cellules. La réaction s'est également produite dans un cas avec lymphocytose et absence de microbes, qui pouvait être considéré comme tuberculeux, et qui guérit cependant par la sérothérapie.

Cette réaction peut être très précoce : elle a été obtenue une fois onze heures, une autre fois treize heures après le début des symptômes de méningite. Elle persiste pendant dix à quinze jours et paraît s'atténuer ensuite ou disparaître, parce que l'organisme du malade a fabriqué lui-même des anticorps précipitants. Elle disparaît pour la même raison chez les méningitiques traités ou guéris.

Certains liquides rachidiens sont inutilisables parce qu'ils se troublent spontanément à l'étuve.

Comme contre-épreuve, la réaction a été absente avec le liquide rachidien de sujets sains ou de malades nombreux : méningite tuberculeuse, méningite ourlienne, méningite à pneumocoques, à streptocoques, à staphylocoques, réactions méningées amicrobiennes dans le cours de diverses maladies infectieuses, etc.

Appliquant le même principe à l'étude de deux cas de méningite à *pneumocoques* et d'un cas de méningite à *streptocoques*, les auteurs ont eu une réaction précipitante en mettant le liquide céphalo-rachidien de ces trois malades en présence d'un sérum analogue.

Leurs recherches les ont conduits à constater, comme M. Widal, la fréquence de réactions méningées amicrobiennes, avec diapédèse polynucléaire et surtout mononucléaire, dans le cours de la grippe, de la broncho-pneumonie, de la pneumonie : les malades avaient des symptômes méningitiques frustes. Ces états guérissent après quelques jours. Ils expliquent sans doute certains troubles nerveux ainsi que l'asthénie post-grippale. Le liquide de ces malades ne donne pas de précipito-réaction.

Il leur paraît utile de faire remarquer que le diagnostic bactériologique de tout cas de méningite paraît indispensable, non seulement parce qu'il conduit à pratiquer et à poursuivre le traitement sérothérapique, mais encore parce que l'existence du méningocoque implique la nécessité de l'isolement du malade et de la recherche des porteurs de méningocoques chez les personnes qui l'ont approché.

Sur l'emploi thérapeutique de l'adrénaline. — M. Josué. Il résulte de l'action physiologique de l'adrénaline qu'il ne faut pas la prescrire quand la tension artérielle est élevée, quand on soupçonne des lésions des artères de l'encéphale, ou lorsqu'il existe un anévrisme artériel.

La voie d'introduction du médicament est essentielle à considérer.

L'adrénaline ne sera pas injectée dans les veines, ni dans le parenchyme pulmonaire, ni dans la trachée, car, ainsi administrée, elle est très toxique et son action est brutale. On pourra faire des injections hypodermiques à la dose de 1/2, de 3/4 ou d'un milligramme dans les vingt-quatre

heures. Par la voie buccale, les accidents sont encore moins à craindre, et on prescrira 1 à 2 milligrammes, mais on peut même dépasser cette dernière dose.

On hésite souvent à instituer la médication surrénale par crainte de causer des lésions athéromateuses des artères. Mais si on détermine aisément de telles altérations en injectant expérimentalement l'adrénaline dans les veines, dans le poumon ou dans la trachée, on ne produit au contraire l'athérome que d'une façon tout à fait exceptionnelle par injection hypodermique et jamais par ingestion. Cependant il semble prudent de ne pas continuer l'adrénaline plus de dix jours de suite.

La médication surrénale donne des résultats particulièrement favorables dans l'asthénie cardiaque survenant au cours des toxi-infections. Il semble d'ailleurs qu'à côté des symptômes cardiaques dus aux altérations du myocarde et aux troubles de l'innervation, il faille ouvrir un chapitre nouveau pour les manifestations en rapport avec les glandes vasculaires sanguines.

Quelle que soit la pathogénie de ces accidents cardiaques, l'adrénaline permet de relever l'énergie défaillante du myocarde. On a notamment observé un cas de fièvre typhoïde à forme cardiaque avec pouls à 146, cyanose et tendance au collapsus qui s'est terminé par la guérison après le traitement par les injections de sérum artificiel adrénaliné. Voici comment on procède : on injecte sous la peau 250 à 500 grammes de sérum artificiel, après avoir ajouté à la quantité à injecter un centimètre cube de la solution d'adrénaline à 1/1000. L'absorption est très lente. Or il est utile que l'adrénaline arrive dans la circulation par quantités minimes, mais que cette pénétration se continue pendant un certain temps. On évitera de cette façon que l'adrénaline agisse brutalement en même temps qu'on prolonge l'action favorable.

Sténoses cicatricielles de l'œsophage consécutives à ulcère rond. Nouveaux cas de cardio-spasme à forme grave. Diagnostic et thérapeutique œsophagoscopique. — M. Guisez rapporte d'abord les observations de quatre malades présentant des *sténoses cicatricielles* de l'œsophage dues à d'anciens ulcères cicatrisés. Dans les quatre cas il s'agissait de sténose de nature indéterminée siégeant près du cardia et l'on retrouve dans le passé pathologique des malades une histoire plus ou moins nette d'ulcère rond. L'œsophagoscope a permis de faire le diagnostic et de guérir ces malades.

L'auteur a eu l'occasion d'observer sept nouveaux cas de *spasmes à forme grave du cardia* avec large dilatation de l'œsophage ; cinq d'entre eux évoluaient avec le masque du cancer. L'œsophagoscope a permis de faire le diagnostic exact. A ce sujet il insiste sur la distinction que permet de faire l'endoscopie, et qu'il convient d'établir entre le *spasme simple* et la *contracture spasmodique*. Celle-ci se présente comme une sténose définitive, le premier est transitoire. Le diagnostic établi exactement, la thérapeutique rationnelle consiste en dilatation progressive et forcée du cardia, à l'aide de bougies et surtout du ballon de Gottstein qui permet la dilatation forcée du cardia.

Tous ces cas, quoique graves, sont très améliorés par ce traitement et chez plusieurs la guérison date de cinq et six mois sans trace de récidive.

Vingt-trois cas de méningite cérébro-spinale traités par le sérum antiméningococcique. — M. P. Teissier, avec ses internes, MM. Duvoir et Schaeffer, puis M. Stévenin, a observé, à l'hôpital Claude-Bernard, 23 cas de méningite à méningocoques traités par le sérum antiméningococcique et sur lesquels il y eut 16 guérisons et 7 décès.

Parmi ceux-ci, 2 seulement, concernant d'ailleurs des cas initialement graves, doivent être considérés comme relevant d'une insuffisance d'action du traitement sérothérapique.

L'auteur signale :

1° L'impossibilité où il a été de trouver une notion de contagion ;

2° L'absence habituelle de catarrhe naso-pharyngien ;

3° La prédominance des formes à symptomatologie spinale avec discordance entre un état général relativement satisfaisant, malgré une fièvre parfois élevée, et l'intensité des phénomènes méningés ;

4° L'existence, non signalée semble-t-il jusqu'ici, de l'augmentation clinique et anatomique du volume de la rate et du foie qui, en l'absence de tout passé hépatique, est souvent sensible à la percussion ;

5° L'élévation relative de la pression artérielle qui, au début, se tient aux environs ou dépasse même la normale, puis descend progressivement au moment de la convalescence ;

6° L'existence dans 2 cas d'un liquide cérébro-spinal clair contenant des lymphocytes, cellules endothéliales et méningocoques ;

7° L'absence de complications en dehors d'un cas d'arthrite suppurée qui évolua insidieusement.

L'auteur insiste sur les excellents résultats du traitement sérothérapique malgré quelques inconvénients (6 cas d'urticaire dont 2 avec rhumatisme et phénomènes d'anaphylaxie) et termine en donnant la proportion des cas traités par les différents sérums (Dopter, Wassermann, Flesner, Kolle).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 14 mai 1909)

Du lever précoce après les laparotomies et l'accouchement (*suite*). — M. Dartigues résume la question et constate que la date moyenne du lever indiquée par les orateurs est quinze jours après la laparotomie, c'est-à-dire qu'on gagne environ quatre à cinq jours dans les cas considérés comme favorables. Il ajoute, ce qui n'a été dit nulle part, qu'il considère que, dans les cas d'inflammations annexielles, on ne doit pas trop se presser de faire lever les malades. De même que les médecins instituent le repos comme première indication dans les phlegmasies pelviennes, et attendent le refroidissement des lésions avant de faire opérer, de même les chirurgiens, après l'opération détersive et d'exérèse, doivent faire bénéficier les malades d'une cure de repos post-opératoire de vingt à vingt-cinq jours qui contribue à diminuer l'inflammation et la congestion pelvienne du petit bassin et du péritoine non encore absolument éteintes au moment de l'intervention.

Des albuminuries d'origine génitale. — MM. Le Für et Besson insistent sur des albuminuries d'origine prostatique ou séminale, caractérisées par de petites quantités d'albumine (10 centigrammes à 1 gramme) souvent confondues avec des albuminuries d'origine rénale (physiologique, orthostatique, cyclique) dont l'examen microscopique et le cathétérisme des uretères permettent d'affirmer l'origine et que l'on peut guérir par le traitement rationnel des lésions génitales.

Le chapitre des petites albuminuries dites physiologiques est donc tout entier à reviser.

M. Boursier fait remarquer que le terme d'albuminurie génitale est inexact et doit être remplacé par pseudo-albuminurie, car il s'agit de sperme ajouté à l'urine et non d'urine vraiment albumineuse.

M. Georges Rosenthal a observé avec M. Le Für un cas de pseudo-albuminurie génitale atteignant 3 grammes par litre, il pense que certains cas de néphrite albumineuse de Castaigne reconnaissent la même origine.

M. Lematte fait observer que toutes les albumines que la chaleur coagule dans l'urine doivent être distinguées, il faut s'entendre sur le mot albumine et séparer la sérine de la globuline. De plus, il est indispensable de préciser le mode opératoire employé pour le dosage de l'albumine.

M. Paul GUILLON signale toute une série de travaux sur cette très intéressante question, parus dans les Bulletins des différents congrès internationaux de médecins d'assurance sur la vie; travail du professeur Stokvis, Amsterdam 1901; Siredey, Paris 1904; Gillet, Berlin 1906.

Néphrectomie partielle dans le traitement du kyste hydatique du rein. — M. NICAISE. Il s'agit d'une affection bénigne au point de vue des lésions, des symptômes et de la mortalité, et l'auteur prétend qu'on a intérêt à la traiter par des méthodes conservatrices.

Traitement des cicatrices vicieuses et du lupus par la méthode combinée des scarifications et du radium. — M. MASOTTI (de Bologne) expose les résultats qu'il a obtenus dans le service du docteur Danlos à l'hôpital Saint-Louis, par un procédé mixte (scarifications et radium) sur le lupus vulgaire et les chéloïdes.

Ce procédé, qui a déjà été exposé au Congrès de Clermont-Ferrand, lui avait été inspiré par les résultats qu'il avait vu obtenir pour le lupus vulgaire par M. Danlos par un procédé mixte de scarifications et de rayons X. Il montre en même temps un scarificateur multiple, très facile à employer surtout quand il s'agit de scarifier une surface étendue ou bien pour faire disparaître les pigmentations dues au radium.

Efficacité de la médication créosotée dans la pneumonie et la broncho-pneumonie. — M. SCHOULL (de Nice) pense que dans la pneumonie et la broncho-pneumonie la créosote combinée à la médication classique est parfois suffisante et permet aux phénomènes morbides de s'amender en général très rapidement; grâce à ce traitement, la mortalité est presque nulle.

Analyse physique des peptones. — M. LEMATTE souligne l'imperfection des méthodes de chimie biologique.

Les procédés de la chimie physique respectent le statisme des liquides.

L'auteur désire appliquer la cryoscopie, la réfractométrie et la densimétrie à l'étude du suc gastrique. Il étudie les constantes physiques des peptones. M. Lematte a établi des tables qui permettent de calculer la teneur en peptones d'une solution dont on connaît l'indice de réfraction N, le point cryoscopique A ou la densité D. Les tables sont reversibles : une constante déterminée permet de trouver les deux autres.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE L'ACNÉ INFLAMMATOIRE ET VARIQUEUSE

Par M. DELORGE.

Parmi les diverses formes d'acné, il en est deux particulièrement intéressantes pour le médecin. Ce sont l'acné inflammatoire et l'acné rosée ou couperose.

L'acné inflammatoire est simple ou polymorphe. La première s'observe d'habitude vers la puberté dans les deux sexes. Son évolution est rapide; les papules qui la constituent, petites, régulières, habituellement discrètes, produisent en deux ou trois jours une gouttelette de pus, mais se reproduisent facilement.

Mal traitée, cette affection finit par devenir chronique en procédant par poussées successives à plus ou moins longue échéance.

Ce qu'il est important de savoir c'est que mal traitée l'acné simple laisse encore à sa suite une toute petite cicatrice rougeâtre qui, à la longue, blanchit et représente une trace indélébile de l'affection. Parfois aussi elle aboutit à des déformations persistantes.

Ces conséquences morbides sont encore plus nettes et plus fréquentes lorsqu'il s'agit d'acné polymorphe indurée ou phlegmoneuse. La lésion est alors plus volumineuse, violacée et laisse des cicatrices beaucoup plus apparentes.

La couperose apparaît à une époque plus tardive que la forme précédente d'acné et généralement après quarante ans. Elle se développe toujours sur un épiderme congestionné. Elle se montre nettement d'abord après les repas, au moment où des phénomènes congestifs occupent la face. Bientôt les rougeurs s'étendent et deviennent permanentes, puis sur elles se développent des pustules d'acné plus ou moins volumineuses, plus ou moins confluentes. Plus tard encore, si le traitement ordonné est mal suivi, on peut constater la dilatation variqueuse des vaisseaux déjà ectasiés et l'apparition définitive de la couperose variqueuse.

Ainsi donc, à la base de ces affections acnéiques, inflammatoires, existe des troubles vasculaires superficiels et le traitement pathogénique de l'affection doit consister dans une décongestion puissante du réseau circulatoire sous-cutané.

Les malades, au réveil, se laveront le visage avec de l'eau tiède et légèrement boratée, et le soir, ils recouvriront les lésions avec la pommade suivante :

Thigénol « Roche »		5 grammes.
Vaseline	*àâ*	10 —
Lanoline		

Si la congestion de la face est intense, s'il existe des varicosités, il sera bon d'ajouter à la formule précédente la résorcine.

Thigénol « Roche »		5 grammes.
Résorcine		2 —
Vaseline	*àâ*	10 —
Lanoline		

et d'utiliser à l'intérieur l'hamamélis et les laxatifs.

Avec ce traitement, il est fréquent d'obtenir de bons résultats. Le derme se décongestionne, les pustules ne se développent pas et les cicatrices sont rapidement effacées. Le thigénol, en effet, agit sur les lésions tout à la fois par ses propriétés résolutives antiseptiques et kératinisantes, et comme il n'est pas irritant, l'amélioration de ces formes inflammatoires de l'acné se développe régulièrement sans qu'il persiste des déformations cutanées.

LIVRES NOUVEAUX

Radioscopie gastrique et maladies de l'estomac (1), par G. LEVEN et G. BARRET.

Les recherches radioscopiques peuvent rendre de grands services à la physiologie gastrique, au diagnostique et à la thérapeutique des affections de l'estomac. MM. Leven et Barret qui, depuis plusieurs années, ont fait sur ce sujet une série de travaux très intéressants ont réuni dans ce livre le résultat de ces expériences. Après une étude de l'instrumentation et de la technique, ils décrivent l'aspect radioscopique normal de l'estomac; puis ils indiquent les données fournies par la radioscopie gastrique sur la physiologie de la digestion : remplissage et évacuation de l'estomac normal, durée de séjour dans l'estomac du lait et des aliments solides. Vient ensuite l'application de ces procédés d'exploration à la pathologie gastrique, en particulier dans les sténoses du pylore, la dilatation, le cancer et l'ulcère de l'estomac. L'ouvrage se termine par un chapitre sur l'estomac du nourrisson, avec la réglementation des tétées basée sur la radioscopie.

(1) 1 vol. in-18. — Paris, Octave Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Lion, Enriquez, Guinon, Klippel, Claude, Al. Renault, Béclère, Barth, Guinard, qui acceptent tous.

ÉCOLE DE MÉDECINE. — Nantes. — Après concours, M. le docteur Favreul a été nommé chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

ÉCOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — Le concours institué pour la nomination d'un agrégé à l'Ecole de pharmacie de Paris s'est terminé par la nomination de M. Herissey, pharmacien des hôpitaux.

VIe CONGRÈS NATIONAL PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (Toulouse, septembre 1910.) — Le Comité d'organisation a choisi les questions suivantes, qui feront l'objet d'un rapport au Congrès de Toulouse :

« Formes aiguës curables de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. » — Rapporteur : M. Aviragnet.

« Eczéma des nourrissons. » — Rapporteur : M. Rocaz.

« Ostéomyélite vertébrale. » — Rapporteur : M. Grisel.

« Sténose pylorique des nourrissons. » — Rapporteurs : MM. Frédet et Guillemot.

« Mégacôlon. » — Rapporteur : M. Patel.

« Tumeurs solides de l'ovaire. » — Rapporteur : M. Mériel.

« Rapports de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement. » — Rapporteur : M. Audebert.

« Pathogénie et traitement des vomissements graves de la grossesse. » — Rapporteur : M. Fieux.

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS (siège social : 9, rue de Poissy, Paris Ve). — La prochaine assemblée de l'A. J. M. F. se tiendra au café Cardinal, 1, boulevard des Italiens, le vendredi 28 mai 1909, à cinq heures trois quarts. Elle sera suivie d'un banquet confraternel (10 fr. 50 par tête, pourboire compris). Nous engageons nos camarades à y venir en nombre, pour fêter la récente élection de notre président, le docteur M. de Fleury, à l'Académie de médecine. C'est une marque de sympathie qu'ils auront tous à cœur de lui témoigner.

Prière d'envoyer son adhésion le plus tôt possible, 9, rue de Poissy, Paris Ve.

LA FONDATION PIERRE BUDIN. — Mieux que par un monument, les amis, les élèves et les collaborateurs du professeur Budin ont voulu perpétuer sa mémoire : ils ont fondé une association qui, sous le nom de « Fondation Pierre Budin » a pour but de créer et de faire fonctionner une école pratique de puériculture avec consultations de nourrissons.

L'inauguration des bâtiments où sera installée cette école a eu lieu lundi, sous la présidence de M. Emile Loubet.

L'établissement est situé 91 *bis*, rue Falguière; il est organisé pour recevoir les enfants accompagnés de leur mère, les peser, les faire examiner périodiquement par des médecins qui devront diriger leur mode d'alimentation, favoriser l'allaitement maternel, le compléter ou le remplacer au besoin par une distribution de lait, etc.

Des discours ont été prononcés par MM. Paul Strauss, Léon Labbé, Maygrier, Henri de Rothschild, Landouzy, Lionel Laroze et Emile Loubet.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bertrand (de Montfort-l'Amaury), Fourdrignier (d'Etrœungt), Gripouilleau (de Mont-Louis), et Renaud (de Thiancourt), mort victime du devoir professionnel.

COMMENT CONVIENT-IL D'ENLEVER L'APPENDICE?

Par L. CHEVRIER (1),
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

III. L'APPENDICE MÉCONNAISSABLE EST ENFOUI DANS UN BLOC D'ADHÉRENCES

Essayer d'enlever tout le bloc en libérant les organes voisins, c'est risquer de crever ces derniers, intestin grêle ou cæcum; pénétrer en plein bloc d'adhérences, c'est aller on ne sait où, s'exposer à sectionner l'appendice et à en oublier un morceau : que faire? C'est un cas à faire presque *reculer* un chirurgien, conscient de sa responsabilité.

On peut cependant *enlever pareil appendice assez simplement,* à la condition que le bloc d'adhérences n'englobe pas largement le cæcum. Pour que l'opération puisse être pratiquée aisément, il suffit, mais il faut qu'on voie deux bandelettes cæcales se réunir ou presque, qu'on sache d'une façon précise où est la *base d'implantation de l'appendice.*

La technique porte le nom mauvais de *décortication sous-séreuse.* Elle est basée sur ce fait dès longtemps connu, qu'il existe dans les parois de l'appendice un plan de clivage, permettant de séparer complètement une enveloppe périphérique et un cylindre central qui contient le sac muqueux. Le vieux procédé de l'appendicectomie à manchette comprenait une décortication partielle de l'organe. Ce plan de clivage n'est pas exactement sous-séreux, mais intra-musculaire et des examens histologiques m'ont permis de constater qu'il siégeait *entre la couche longitudinale et la couche circulaire ou dans la couche circulaire* des tuniques musculaires lisses de l'appendice.

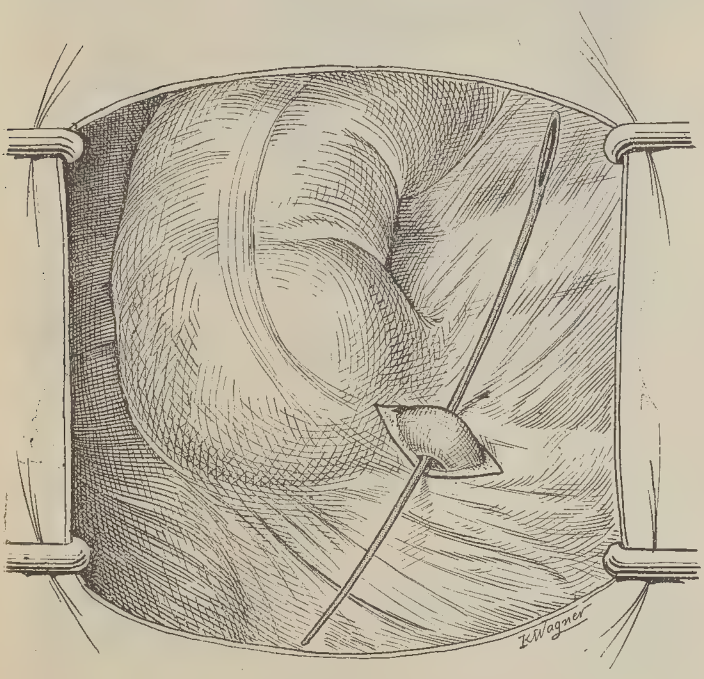


Fig. 17. — *Décortication après incision prudente sur la base de l'appendice.* — Technique III.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 59, p. 747.

Quoi qu'il en soit, voici comment je procède. Après mise en place d'un *écarteur* et *protection aussi attentive* que possible du péritoine — car on ne sait jamais si le bloc d'adhérences ne contient pas un foyer purulent, qui crèvera au cours des manœuvres — je fais, d'un bistouri *manié légèrement*, une petite incision au niveau du *point d'implantation de l'appendice*, remontant un peu sur le cæcum. Avec une sonde cannelée ou une spatule mousse, je gratte légèrement de façon à *soulever chacune des deux lèvres*, et comme j'ai bien incisé sur l'insertion appendiculaire, j'arrive à *contourner* peu à peu tout le cylindre muco-musculaire, sans l'ouvrir. Je glisse une sonde cannelée sous lui pour le soulever (fig. 17). Sur la figure, la sonde cannelée a été remplacée par une grosse aiguille.

Sans mettre de pince écrasante, de peur de rompre l'appendice peu résistant parce qu'il est dépouillé de sa séreuse, je passe un fil sous le cylindre, et *je le lie sans brusquerie*, pendant qu'une *pince doucement serrée oblitère* la cavité appendiculaire au delà de la ligature (fig. 18).

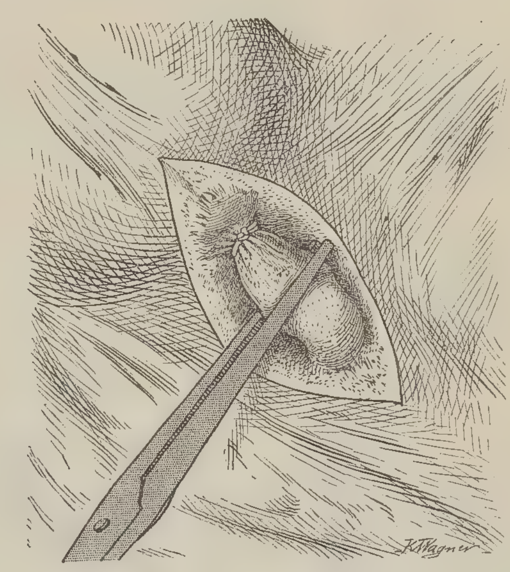


Fig. 18. — *Ligature de la base décortiquée de l'appendice et préparation à la section.* — Technique III.

Ayant sectionné au thermocautère le cylindre appendiculaire entre la ligature et la pince oblitérante, j'encapuchonne la tranche de section, si je le puis; le plus souvent l'espace manque et la mise en place de la cravate, gênante pour l'instant, doit être différée.

Tirant doucement d'une main sur la pince oblitérante, je continue avec une spatule mousse ou avec le doigt revêtu d'une compresse, à *libérer* peu à peu, avec mille précautions, le cylindre muqueux, comme on fait d'un *sac de hernie* (fig. 19). Ce *dépiautage*, qu'on me passe l'expression, demande une grande délicatesse d'exécution. Quand il est suffisamment amorcé, j'*encapuchonne l'appendice.* A mesure que le cylindre muco-musculaire sort, il attire avec lui la partie profonde de sa gaine, tandis que la partie superficielle de celle-ci, libérée, se plisse.

Il est avantageux, pour que le cylindre appendi-

culaire ne se rompe pas sous l'effort qu'il supporte, de le *soulager d'une partie de la traction* qu'il subit, en faisant prendre, avec les *pinces délicates* qui ser-

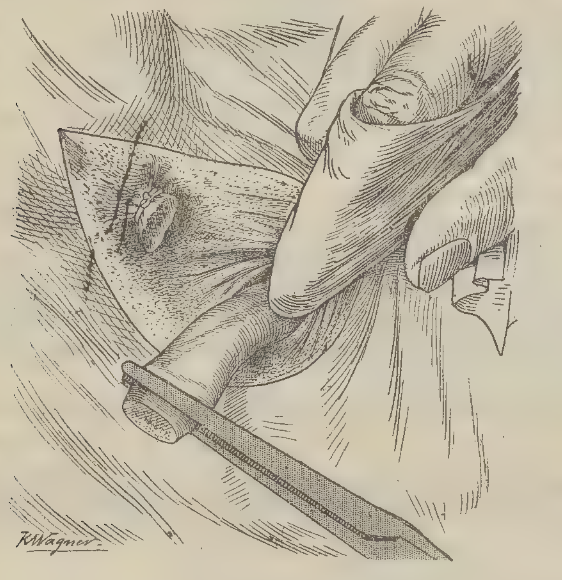


Fig. 19. — *Première partie de la décortication, sans encapuchonnement.* — Technique III.

vent à accoler l'intestin à lui-même au cours des entéro-anastomoses, le *pli le plus profond* (fig. 20), le plus proche de l'appendice. Pour la même raison, il est avantageux de *tirer de court* sur la partie

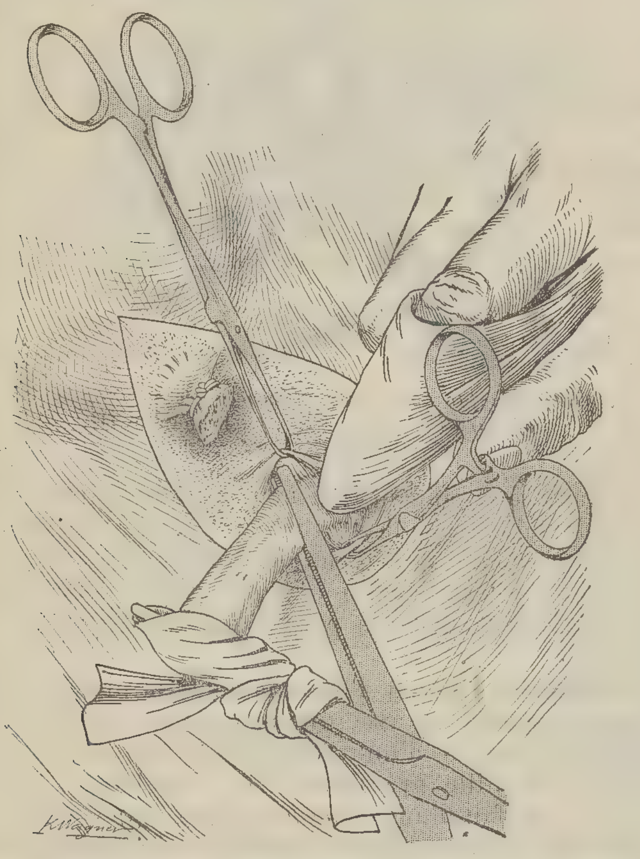


Fig. 20. — *Deuxième partie de la décortication : encapuchonnement et pinces d'allégement.* — Technique III.

non encore libérée de l'appendice, c'est-à-dire de mettre une autre pince à traction à la limite de la portion dénudée de l'appendice, en laissant en place la pince oblitérante et le capuchon fixé autour d'elle (fig. 20).

En procédant ainsi doucement, sans effort, sans secousse, par tractions combinées, par décortication lente, on arrive peu à peu au bout de l'appendice, qu'on sort *en totalité du bloc d'adhérences dans lequel il était enlisé.*

On n'a *aucune hémostase à faire*; cette décortication intra-musculaire n'ouvre aucun vaisseau important et ne donne *pas une goutte de sang.*

L'opération terminée, il reste un *tunnel* creusé à même les adhérences et à l'ouverture duquel on voit le moignon appendiculaire (fig. 21) qu'on fait disparaître par un point de suture.

Si le cylindre musculo-muqueux s'est bien enlevé, il n'est pas indispensable, mais je crois prudent, de *drainer* pendant quarante-huit heures.

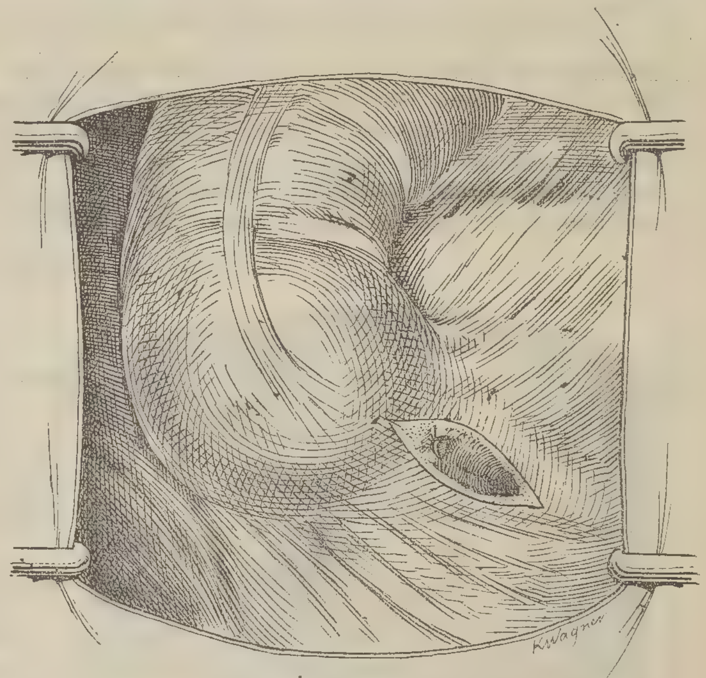


Fig. 21. — *Entrée du tunnel creusé par la décortication.* — Technique III.

Si au cours de la décortication, l'appendice se perfore, le drainage devient nécessaire.

Si l'appendice se rompait, on essayerait d'atteindre le bout restant et on l'extirperait secondairement : le drainage serait indispensable.

Si on ne parvenait pas tout à fait à l'extrémité, on ferait avec une petite curette un grattage méthodique, attentif et prudent pour détruire la muqueuse, on toucherait les parois avec un peu de chlorure de zinc, et on mettrait un drain dans le tunnel. La possibilité de cet accident — qui ne m'est jamais arrivé — très rare si le procédé est exécuté avec prudence, ne doit pas le faire condamner : d'ailleurs très souvent, à l'extrémité, l'appendice complètement scléreux, ne contient plus de muqueuse.

Ce procédé, très délicat, est à mon avis le seul applicable à ces cas. Si on ne veut pas y avoir recours, il faut se résoudre à refermer le ventre, remettant l'extirpation à plus tard, et *ne pas pénétrer au hasard dans le bloc d'adhérences*, au risque de faire une opération *probablement incomplète, fertile en incidents et d'une gravité considérable.*

Sans doute, cette troisième technique ne trouve-

rait jamais son application, si l'appendicite était bien *à froid*. Mais la vitesse de résorption des adhérences est loin d'être la même chez tous les sujets et, en pareille matière, les *calculs les meilleurs et les plus prudents se trouvent souvent déjoués par les faits*. Ceux qui ont l'expérience de l'appendicite, savent qu'on ne peut jamais prévoir d'une façon certaine l'*état exact de l'appendice*, quels que soient l'indolence de la fosse iliaque, l'absence prolongée de tout signe d'induration locale, le temps qui s'est écoulé depuis la crise. Souvent il est adhérent quand on le croyait libre, parfois il n'est pas reconnaissable.

C'est pourquoi il importe d'avoir des *techniques adaptées au degré des lésions*, pour l'enlever dans chaque cas avec le *minimum de difficultés*, le *maximum de sécurité*, assurant au malade *toutes les chances possibles de guérison*.

MÉDECINE PRATIQUE

LES BAINS ET LES ENVELOPPEMENTS DU THORAX DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE; LEURS INDICATIONS ET LEURS CONTRE-INDICATIONS.

Le pneumonique est toujours un malade à examiner très minutieusement, car, dans ses réactions générales, et dans sa résistance, non seulement pulmonaire, mais encore nerveuse, cardiaque, rénale et même hépatique, il offre une grande diversité dont on doit tenir compte pour le pronostic et le traitement. Si, souvent, les pneumoniques peuvent se diriger seuls et par leurs propres forces vers la convalescence, il en est d'autres que le médecin doit guider et soutenir dans cette voie. A ceux-là, on ne prescrira qu'une médication anodine; pour ceux-ci, il faudra mettre en œuvre les diverses ressources de la thérapeutique, et en particulier de l'hydrothérapie.

M. Chatinières, guidé par le professeur Pic, a bien montré dans sa thèse (1) ce que l'on pouvait faire avec l'hydrothérapie pour le traitement de la pneumonie, quels en étaient les procédés d'application, comment on pouvait en formuler les indications et les contre-indications. Les pratiques d'hydrothérapie, utilisées dans la pneumonie, sont assez nombreuses, mais n'ont pas toutes la même valeur. Le bain froid, à des températures variant entre 5 et 28 degrés, est donné habituellement à 25 degrés et pendant dix minutes ; toujours très pénible pour le malade, il n'a que des indications exceptionnelles; on lui préférera, dans la plupart des cas, le bain tiède graduellement refroidi, le malade étant plongé dans l'eau à 33 degrés et la température étant abaissée à 28 ou 25 degrés; ce bain, qui peut être prolongé pendant quinze minutes, sera donné toutes les trois heures pendant le jour, et la nuit quand le malade présente de l'insomnie ; mais s'il repose un peu, M. Chatinières conseille de respecter son sommeil, et nous sommes aussi très persuadé qu'on fatigue plutôt les malades en les réveillant pour les baigner ; le bain chaud à 37 degrés est indiqué dans quelques cas, il a été surtout préconisé en médecine infantile. Lorsque, pour une raison quelconque, on ne peut facilement donner des bains, les enveloppements froids, avec un drap trempé dans l'eau à 20 degrés, seront parfois utiles. Enfin, une méthode très simple et très recommandable consiste à envelopper le thorax, pendant quinze ou vingt minutes, toutes les trois heures, avec une serviette mouillée : c'est la compresse de Priessnitz.

L'hydrothérapie a une action antipyrétique qui a d'ailleurs été discutée et qui n'est pas toujours très grande; elle a surtout une action stimulante et dérivative. Si les bains froids sont plus toniques, les bains chauds sont plus calmants; les uns et les autres décongestionnent les centres nerveux, désintoxiquent le malade en excitant l'activité sécrétoire du rein. Les bains, et plus encore peut-être les enveloppements du thorax, accélèrent la circulation pulmonaire et facilitent l'expectoration en faisant contracter les muscles de Reissessen; on constate souvent la disparition de foyers congestifs après deux ou trois enveloppements.

Les indications de l'hydrothérapie sont fournies par l'intensité des phénomènes généraux ou la violence des symptômes fonctionnels. Le point de côté est calmé par les enveloppements du thorax, qui agissent même mieux, d'après M. Chatinières, que les ventouses scarifiées; la dyspnée diminue sous l'action des bains ou des enveloppements. En présence d'une pneumonie avec hyperthermie extrême, l'indication du bain froid paraîtrait s'imposer ; elle est cependant discutable, car le bain froid ne détermine pas un abaissement très notable, ni surtout très durable, de la température ; on se trouvera aussi bien du bain tiède progressivement refroidi. L'hyperthermie s'accompagne presque toujours de phénomènes nerveux très marqués; les délirants, les adynamiques devront être traités par le bain tiède refroidi ; les agités, par les bains chauds. Chez les enfants, on conseillera, selon les cas, des bains chauds ou tièdes refroidis, des enveloppements dans la compresse de Priessnitz ; le bain froid est presque complètement abandonné pour ces petits malades.

On ne baignera pas les pneumoniques ayant des altérations du cœur et des vaisseaux, par exemple une cardiopathie non compensée, une cardiopathie artérielle, des lésions d'artério-sclérose ; on renoncera également aux bains si la pneumonie se complique d'un épanchement pleural abondant. Chez les malades dont le cœur faiblit au cours de la pneumonie, on ne pourra donner des bains qu'avec une extrême prudence.

Le choix entre les diverses méthodes d'hydrothérapie sera dicté par les circonstances cliniques ; en règle générale, on préférera le bain tiède refroidi ou les enveloppements du thorax. Avec ces pratiques hydrothérapiques, qui seront associées aux autres médications habituelles (digitale, huile camphrée, etc., si le cœur faiblit; électrargol, si la septicémie paraît prédominer), avec tous ces moyens d'action, on ne peut se flatter de juguler toutes les pneumonies graves, mais on combat plusieurs symptômes inquiétants et on met le malade dans les meilleures conditions pour résister victorieusement à l'infection pneumococcique. M. BRELET.

(1) Paul CHATINIÈRES. *Indications et contre-indications du traitement hydrothérapique dans la pneumonie*, Th. de Lyon, 1907-1908 (Ducros et Lombard).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 MAI 1909)

Influence de l'acide borique sur les actions diastasiques. — M. H. AGULHON. L'acide borique n'a qu'une faible action paralysante sur les diastases; quelques-unes sont même activées par certaines doses; pour l'une d'elles, la sucrase, cette dose activante est très élevée. Au point de vue pratique, on peut voir dans ces faits une explication de la faiblesse du pouvoir antiseptique de l'acide borique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 MAI 1909)

Les agents physiques dans le traitement du cancer. — M. TUFFIER lit une étude de physiologie pathologique des nouveaux agents physiques dans la thérapeutique du cancer.

Il a étudié comparativement l'action des rayons X, de la fulguration, du radium et de la thermothérapie, au point de vue de leur mode d'action sur le cancer.

Il s'est adressé à des cancers vrais, éliminant les cancroïdes cutanés et les sarcomes, les premiers ayant une marche spéciale et leur thérapeutique efficace étant déjà très riche, les sarcomes formant à l'heure actuelle une masse pathologique trop mal déterminée dans son évolution et dans sa structure même. Tous ces agents physiques ne peuvent avoir aucune prétention à la guérison du cancer; ils ne constituent que des procédés destinés à poursuivre les lésions cancéreuses au delà de ou avec plus d'efficacité que l'action du bistouri.

L'action des rayons X est spécifique sur la cellule néoplasique et l'examen histologique, pratiqué en séries sur des tumeurs ainsi traitées, démontre que ce n'est ni dans la réaction inflammatoire des tissus irradiés, ni dans les modifications des vaisseaux qu'il faut chercher l'action de cette médication.

On ne trouve, en effet, ni hémorragie, ni thrombose, ni action diapédétique; il s'agit d'une nécrose des cellules cancéreuses.

Les rayons X peuvent donc attaquer spécialement les cellules néoplasiques laissant absolument indemnes les tissus sains, et le microscope montre que cette action en profondeur est bien limitée et que souvent, malgré l'apparence de guérison, on trouve des éléments néoplasiques en activité à moins de 2 millimètres de profondeur; on découvre, en effet, à cette profondeur, des cellules cancéreuses vivaces et avec figures karyokinétiques montrant leur activité proliferatique.

La fulguration, au contraire, n'a aucune action spécifique sur la cellule cancéreuse; elle agit surtout sur le tissu conjonctif.

M. Tuffier a fait connaître les résultats de ses recherches sur la fulguration à la dernière séance de la Société de chirurgie (voir plus loin, p. 763).

Le radium se rapproche des rayons X en ce que son action est d'abord et surtout élective pour la cellule cancéreuse qu'il détruit. Appliqué suivant la méthode du rayonnement ultra-pénétrant, cette action se produit sur une épaisseur de 2 centimètres d'une façon très lente. C'est souvent après la première semaine seulement qu'elle se manifeste; mais l'auteur n'a jamais vu une surface cancéreuse vraie, de muqueuse ou de la mamelle, disparaître sous l'influence du rayonnement. Comme la fulguration, le radium en provoquant une réaction de nutrition dans le tissu conjonctif, détermine une cicatrisation rapide et donne des cicatrices particulièrement souples.

La thermothérapie, c'est-à-dire l'attaque des néoplasmes par l'air chaud à 300 degrés ou à 400 degrés, donne des résultats sensiblement égaux à ceux de la fulguration, mais beaucoup plus inconstants. M. Tuffier a suivi en série sur des coupes les surfaces cancéreuses ainsi traitées. Il a constaté que la destruction du tissu porte sans élection sur tout le tissu néoplasique, cellules cancéreuses et tissu conjonctif. C'est une véritable destruction par la chaleur, mais la réparation est rapide et la cicatrice obtenue souple et esthétique dans les cas heureux.

M. Tuffier poursuit actuellement ses recherches sur ce sujet.

De ces agents physiques, les rayons X et le radium agissent donc sur la cellule cancéreuse elle-même avec action élective, mais leur pouvoir est très limité; la fulguration et l'air chaud, en dehors de leur action destructive, très superficielle, constituent surtout des agents particulièrement précieux de cicatrisation souple et rapide. Ils n'ont donc aucun pouvoir spécial sur la thérapeutique du cancer proprement dit.

Tuberculose de l'œil. — M. DE LAPERSONNE donne lecture d'un travail sur ce sujet.

Double fissure congénitale de la face. — M. JALAGUIER rapporte l'observation très intéressante d'un enfant de six mois qu'il vit pour la première fois en décembre 1908 et qui était atteint d'une double fissure bucco-orbitaire. Après quinze autoplasties successives, M. Jalaguier est arrivé à guérir cet enfant.

Ces faits sont extrêmement rares, Guersant a présenté un cas semblable à la Société de chirurgie (voy. *Gaz. des hôpit.*, 10 mai 1860, p. 119).

Ce cas a été l'objet d'une discussion à laquelle prirent part Velpeau, Gosselin, Broca, Verneuil, etc., les uns se montrant partisans de l'intervention, les autres de l'abstention. Guersant crut devoir préférer l'abstention. Le cas de M. Jalaguier est le premier qui ait été opéré avec succès.

Le radium dans le traitement d'un cancer du sein. — M. WICKAM, en son nom et au nom de M. Degrais, lit une note concernant l'influence des rayons du radium sur le cancer du sein. La clinique et l'histologie d'une part ayant établi que les rayons du radium exercent une action élective spéciale sur les tissus cancéreux, d'autre part ces rayons, en raison de leur pouvoir de pénétration particulièrement grand, pouvant agir dans la profondeur des tissus, les auteurs ont appliqué cette double propriété aux cancers du sein. Ils ont obtenu la cicatrisation des ulcérations de la peau, puis la diminution des tumeurs qui en étaient la cause sans que celles-ci n'aient eu depuis de tendance à se développer.

Le premier résultat datant de janvier 1907 n'a été obtenu que très lentement, mais le procédé du « feu croisé », qui s'applique au sein mieux qu'en toute autre région, a permis dans la suite d'obtenir la transformation fibreuse des tumeurs cancéreuses en un temps beaucoup plus court.

De l'ensemble des considérations suivantes : commodité opératoire, caractère indolore des applications, utilisation d'un rayonnement très atténué compensé d'ailleurs par la longue durée des applications et par le « feu croisé », possibilité d'agir en profondeur sans léser le revêtement cutané, il ressort que la radiumthérapie peut rendre des services appréciables dans le traitement de certaines tumeurs et particulièrement des cancers du sein.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux membres associés étrangers. La liste de présentation était ainsi dressée : MM. Bruce (de Londres), Mayor (de Genève), Filehne (de Breslau), Finlay (de la Havane).

MM. Bruce et Mayor ont été élus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 MAI 1909)

Rétrécissement de l'œsophage. — M. DEMOULIN fait un rapport sur une intéressante observation de M. Rouvillois, relative à un jeune soldat de vingt-trois ans présentant toutes les apparences d'une bonne santé et qui est atteint d'un rétrécissement de l'œsophage. Il présente des signes de syphilis héréditaire; à l'âge de treize ans, il a avalé une substance caustique. Au cathétérisme, la sonde trouve une résistance à 16 centimètres, franchit difficilement le canal à ce niveau et, arrivée à 22 centimètres, ne peut plus passer.

M. Demoulin entre dans de grands détails sur les résultats de l'œsophagoscopie, pratiquée par M. Guisez et de la radio-

graphie. Il cite le travail de Kilian sur l'hypopharynx qui, à l'état normal, serait toujours fermé par un faisceau musculaire à fibres transversales. Il insiste également sur les dispositions anatomiques de l'hypopharynx, sur le rôle que joue, en l'espèce, l'élément spasmodique. Toutefois, en dehors de la lenteur extrême de la déglutition, ce malade ne se plaint de rien, se nourrit très suffisamment. M. Demoulin ne pense donc pas qu'il y ait lieu de proposer ici une intervention chirurgicale.

La méthode de Bier. — M. Thiéry a employé cette méthode dans le traitement des ostéites ou des arthrites tuberculeuses. Il s'en montre peu satisfait.

Il a employé la méthode de Bier sur 12 malades. Arrivant à Ivry, il a trouvé deux malades qui avaient été soignés par Faure selon la méthode de Bier et qu'il a dû amputer. Ayant quitté Ivry pour Tenon, M. Thiéry a continué à recourir à cette méthode et il n'a pas obtenu de résultats bien favorables. Il ne comprend pas la théorie de l'hyperémie passive qui a été invoquée pour justifier l'emploi de cette méthode. En effet, l'hyperémie passive, à supposer qu'elle soit obtenue, lui paraîtrait plutôt défavorable.

M. Chaput, dans son argumentation, a dit qu'il avait employé, comme unique adjuvant, les injections d'éther iodoformé. C'est peut-être à ces adjuvants, et non à la méthode de Bier, qu'il doit ses succès.

M. Thiéry, après l'expérimentation qu'il a faite, est décidé à renoncer à l'emploi de cette méthode qui lui paraît inutile et dangereuse.

M. Moty pense que la méthode de Bier peut être utile dans certaines formes chroniques. Il cite un cas où elle lui a donné un très bon résultat. Il s'agit d'un cas d'ostéite tuberculeuse chez une jeune fille qu'il avait d'abord traitée par les bains chauds à 45 degrés. Elle semblait guérie. Après deux ans, elle a eu une rechute caractérisée surtout par des douleurs, sans phénomènes locaux. Son état devint grave. Elle ne mangeait plus, elle maigrissait. M. Moty eut recours alors aux injections de cacodylate de soude et à la bande de Bier qu'il laissa d'abord douze heures, puis vingt-quatre heures. Les douleurs disparurent. L'appétit revint. Elle a engraissé de 10 kilos. Il est incontestable que, dans ce cas, la méthode de Bier paraît avoir été réellement efficace.

M. Broca n'en a obtenu chez l'enfant que des résultats parfaitement nuls. Il y a renoncé.

M. Chaput rappelle qu'il a communiqué 9 observations de tuberculoses osseuses fistuleuses dans lesquelles la méthode de Bier a donné de bons résultats. L'observation de M. Moty se rapproche de ces faits. M. Delbet n'a pas toujours professé l'opinion un peu sévère qu'il a émise dans la dernière séance puisqu'il a publié une observation dans laquelle il qualifie de merveilleux les résultats qu'il avait obtenus de cette méthode.

M. Delbet a dit aussi que le diagnostic d'ostéite tuberculeuse était souvent fait très légèrement et qu'on prenait souvent pour des ostéo-arthrites tuberculeuses des ostéo-arthrites gonococciques. M. Chaput n'accepte pas cette opinion en ce qui concerne les cas qu'il a cités et dans lesquels il s'agissait bien réellement de tuberculose osseuse. En effet, les ostéites étaient presque toutes fistuleuses. Or nous savons que les ostéo-arthrites gonococciques ne sont jamais fistuleuses.

La fulguration dans le cancer. — M. Tuffier estime que, dans cette question d'actualité, chacun doit faire connaître le résultat de son expérience. Il envisagera la question au point de vue physiologique et au point de vue des résultats cliniques. Ses recherches datent de quinze mois. Il a étudié les effets de la fulguration sur les tissus sains et ses effets sur le cancer. Sur les tissus sains, il n'y a pas d'autre action qu'une action de cautérisation banale. Il est bien évident que la fulguration ne peut exercer aucune action sur une tumeur à travers la peau. Sur un cancer ulcéré, il se produit, sous l'influence de la fulguration, une légère escarre. Mais l'effet ne se produit pas au delà d'un millimètre et demi de profondeur. Les cellules cancéreuses ne semblent pas plus touchées que les autres. Il n'y a donc pas d'action d'élection sur la cellule cancéreuse. La fulguration agit sur le tissu conjonctif et le rend facilement épidermisable, mais au-dessous la tumeur reste ce qu'elle était. En résumé, elle exerce une action superficielle et favorise la cicatrisation.

Au point de vue clinique, M. Tuffier divise les vingt-quatre cas qu'il a observés en deux catégories : les cas considérés comme opérables en chirurgie courante et les cas considérés comme inopérables. Pour les premiers, M. Tuffier a opéré comme d'habitude et fulguré ensuite. Il a eu plusieurs fois des phénomènes d'infection grave qui ont mis les malades en danger. Il y renonce. Pour les cas inopérables, il se pourrait qu'on obtînt une sorte de barrière s'opposant à l'extension du cancer. M. Tuffier fait, à ce sujet, toutes ses réserves. Il serait assez disposé à poursuivre l'expérience pour les cas inopérables, mais il n'emploiera plus jamais la fulguration dans les cas opérables.

M. Guinard fait observer qu'il est impossible de se prononcer aujourd'hui sur les résultats éloignés de la fulguration. Mais ce qu'il reproche, dès maintenant, à cette méthode, c'est d'encourager à n'être pas suffisamment aseptique et à être trop économe.

M. Thiéry considère cette discussion comme d'autant plus indiquée que l'engouement du public pousse les chirurgiens à recourir à la fulguration et qu'il y a, pour eux, une responsabilité scientifique et morale dont il faut tenir compte.

En effet, si cela ne fait rien ou s'il arrive une catastrophe, on s'expose aux reproches des malades. Il est donc utile que chacun fasse connaître les résultats de son expérience. Tout d'abord, dès le début, M. Thiéry a pu se rendre compte que les étincelles de haute fréquence n'exercent aucune action élective sur la cellule cancéreuse.

Il apporte trois faits. Premier cas : il s'agit d'un vieillard de soixante-douze ans, atteint d'un cancer du rectum bien limité, fulguration, mort de pneumonie après six semaines et déjà récidive. Deuxième cas : épithélioma diffus de la vessie, excision suivie de fulguration, résultat datant de trois mois, pas encore de récidive. Mais un cas semblable, après l'excision seule sans fulguration, donne jusqu'ici le même résultat. Troisième cas : homme de quarante ans, ganglion cancéreux sous-maxillaire, ablation, large fulguration, lymphorrhée considérable, récidive immédiate ; seconde fulguration, résultat nul, mort rapide.

Les fulgurateurs demandent généralement qu'on ne réunisse pas les plaies fulgurées. De là peut-être des succès relatifs au point de vue de la récidive, comme ceux que prétendait obtenir Verneuil en laissant ouvertes les plaies faites pour ablation de cancers. Quoiqu'il en soit, M. Thiéry s'en tiendra là et considère la fulguration comme une méthode jugée en faillite.

M. Routier ne peut pas laisser dire que les récidives de cancer sont plus éloignées quand on laisse une plaie ouverte. Il n'y a plus de discussion possible sur ce sujet, et il vaut mieux, après une ablation de cancer du sein, que la malade cicatrise en huit jours que de suppurer pendant des mois.

M. Rochard fait observer qu'on peut avoir d'aussi bonnes réunions après la fulguration que sans fulguration.

M. Legueu croit que la fulguration n'exerce aucune action sur la cellule cancéreuse. Son action est très superficielle. M. Legueu a opéré un cancer du col utérin par l'ablation incomplète et la fulguration. Il n'y a pas encore de récidive depuis six mois. Tous les autres cas qu'il a observés ont récidivé immédiatement après la fulguration. En outre M. Legueu considère que c'est une méthode dangereuse. Il a été lui-même l'objet d'une action judiciaire dans les circonstances suivantes : une jeune fille de dix-huit ans avait un sarcome du radius telle-

ment étendu qu'il n'y avait plus à faire que l'amputation du bras. On s'y refusa, on fit appel à la fulguration. M. Legueu fit incision, curetta, gratta, réséqua ce qu'il put du radius et passa la main au fulgurateur. On n'a pas réuni, on a mis un drain. Après l'opération, cette jeune fille a eu 38, puis 39, 39°5. Elle est tombée dans le coma et est morte le lendemain. Il n'y avait pas eu la moindre trace d'infection. M. Legueu croit bien que cette jeune fille ne serait pas morte si on n'avait pas fait la fulguration. Il y a eu une plainte qui du reste n'a abouti qu'à un non-lieu.

M. Marion a eu recours à la fulguration pour une tumeur de la vessie inopérable. La malade était guérie après un mois. Récidive après quatre mois. La cystoscopie montre que les points de récidive sont bien ailleurs que sur la partie fulgurée. Seconde intervention, pas encore de récidive.

M. Marion cite aussi un cas de sarcome de la jambe opéré par fulguration.

Il a aussi opéré 7 épithéliomas de la vessie; un seul malade, cachectique, a succombé. Les autres ont parfaitement guéri opératoirement. Un malade atteint de tuberculose, opéré et fulguré, est mort douze heures après, sans infection. Un autre, opéré dans les mêmes conditions, a parfaitement guéri.

Pour répondre à l'objection de M. Guinard, M. Marion fait observer qu'on peut très bien stériliser un électrode et fermer les plaies après la fulguration. M. Marion insiste tout particulièrement sur ce point, que dans bien des cas opérés et fulgurés, la récidive, au moins en ce qui concerne la vessie, ne s'est point faite sur les parties fulgurées.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 22 mai 1909)

Passage de l'hémoglobine musculaire à travers le rein. — MM. Jean Camus et Ph. Pagniez ont établi, il y a quelques années, que les extraits de muscles rouges injectés dans la circulation produisent d'une façon constante de l'hémoglobinurie. On obtient cette hémoglobinurie après injection de très petites quantités d'hémoglobine musculaire, alors que, comme on sait, le passage de l'hémoglobine des globules à travers le rein n'a lieu qu'après injection de quantités massives d'hémoglobine.

MM. Achard et Feuillié, au cours de recherches sur les hématuries par injections de sucs cellulaires ont été amenés à se demander si dans cette expérience c'est bien l'hémoglobine du muscle qui traverse le rein. MM. Camus et Pagniez pensent que cette interprétation reste exacte. Ils font valoir que, dans leurs expériences anciennes et dans les expériences de contrôle qu'ils ont instituées, l'urine hémoglobinurique obtenue après injection de suc musculaire ne contient ni globules, ni stromas.

D'autre part, il existe une gamme de coloration de l'urine qui varie en intensité et en durée proportionnellement à la quantité d'hémoglobine musculaire injectée. Enfin, les extraits de muscle injectés ne sont pas hémolysants in vitro. On peut d'ailleurs chauffer ces extraits à 58 degrés, les débarrasser ainsi des hémolysines hypothétiques qu'ils contiendraient et obtenir cependant après injection dans la veine l'apparition de l'hémoglobine dans l'urine.

Les glandes surrénales dans les maladies chroniques compliquées d'affection rénale. — M. A. Sézary a recherché l'état anatomique des surrénales dans les maladies chroniques compliquées de néphrite chronique, dans lesquelles elles sont sollicitées d'une part vers l'hypoépinéphrie, de l'autre vers l'hyperépinéphrie.

D'une façon générale, le pouvoir excito-fonctionnel dû à l'insuffisance rénale l'emporte sur l'action dépressive exercée par la maladie chronique. Mais si la surrénale est atteinte avant le rein, elle sera incapable de réagir lorsque l'affection rénale sera constituée. Donc, chez un sujet qui a succombé après une maladie chronique et dont les surrénales sont en hyperépinéphrie, on peut, presque à coup sûr, affirmer la coexistence de lésions rénales. Mais la réciproque n'est pas constamment exacte; l'hypoépinéphrie et la néphrite chronique peuvent coïncider.

Injections de blanc d'œuf dans l'estomac et dans le rectum des lapins. — M. Nobécourt a injecté à des lapins adultes et jeunes, soit dans l'estomac, soit dans le rectum, à des intervalles de un, trois, sept, dix, quinze jours, du blanc d'œuf cru à des doses de 5 à 13 centimètres cubes par kilo et injection.

Les injections faites tous les trois, sept, dix jours, ont tué près de la moitié des animaux adultes quel que fût le mode d'introduction. Les injections quotidiennes et bi-mensuelles ont été bien tolérées.

Aux lapins ayant résisté à la première série d'injections, on a fait des injections intra-rectales hebdomadaires et répété les séries une troisième et une quatrième fois chez ceux qui survivaient. A mesure que les séries se multipliaient le nombre des survies diminuait : 54 p. 100 (deuxième série), 30 p. 100 (troisième série), 25 p. 100 (quatrième série). Il y a donc, dans les conditions de l'expérience, des phénomènes de sensibilisation de l'organisme par le blanc d'œuf.

Sur le précipito-diagnostic de la méningite cérébro-spinale. — M. J. Louis (de Rennes) a appliqué la méthode de la précipito-réaction de M. Vincent à l'étude de sept cas de méningite cérébro-spinale chez lesquels on pouvait croire à une infection par le diplocoque de Weichselbaum.

Dans quatre cas de méningococcie qui ont fait leur preuve par la culture ou par l'examen microscopique, cette réaction a été positive. Tandis que les tubes témoins sont restés clairs, le liquide rachidien additionné de sérum précipitant s'est troublé en huit à quinze heures.

Dans trois autres cas de méningite, l'une à staphylocoque et à forme septicémique, deux autres de nature tuberculeuse, la précipito-réaction s'est montrée négative.

Cette réaction paraît être précieuse dans les cas douteux où le méningocoque est absent et où, comme chez l'un des malades, la formule cytologique ne permet pas davantage de formuler un diagnostic précis.

Le syndrome oculaire de l'instabilité thyroïdienne (œil neuro-arthritique). — MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild. Bien des sujets, neuro-arthritiques, associent, en combinaisons variables, des signes d'hypo et d'hyperfonctionnement thyroïdiens, constatés au niveau de l'œil et de ses annexes. Ce sont, pour l'hyperfonctionnement thyroïdien : *a.* l'exophtalmie; *b.* l'éclat brillant des yeux; *c.* le nystagmus ou les secousses nystagmiformes, souvent associées au tremblement; *d.* l'hypertrichose sourciliaire; *e.* ajouter les battements des paupières et leur pigmentation.

Pour l'hypothyroïdie, ce sont : l'enophtalmie, l'apparence atone du regard, la lenteur et la diminution des mouvements oculaires. En outre, on note : *a.* le signe du sourcil; *b.* l'œdème palpébral.

L'ensemble de ces signes combinés, en associations différentes, peut faire soupçonner, à une simple inspection, le fonctionnement insuffisant et exagéré de la glande thyroïde.

Comparaison de la voie gastrique avec la voie sous-cutanée au point de vue des doses minima mortelles. — M. Maurel résume les expériences faites sur les mêmes substances que précédemment, mais pour ces deux voies, sur trois animaux, la grenouille, le pigeon et le lapin. Ses conclusions sont les suivantes.

1° Les rapports entre ces deux voies présentent des écarts encore plus marqués que ceux entre la voie sous-cutanée et

la voie veineuse. La voie sous-cutanée n'a été que deux fois plus toxique que la gastrique pour certains agents; et au contraire, elle a été plus de cinquante fois plus toxique pour d'autres.

2° Malgré des exceptions, les écarts entre les rapports ont été faibles pour les alcaloïdes et surtout pour les substances minérales, tandis qu'ils ont été considérables pour les glucosides.

3° Enfin, plus encore que pour les rapports entre la voie veineuse et la voie hypodermique, il sera indispensable de fixer les rapports de toxicité pour chaque substance quand on voudra passer, sans grand danger, de la voie gastrique à la voie sous-cutanée.

Autres communications :

Topographie du tissu parathyroïdien du chat.—MM. Harvier et Morel. D'après les recherches des auteurs, la tétanie ne peut être produite à coup sûr chez le chat que par l'ablation des quatre parathyroïdes normales pratiquée en même temps que celle du thymus cervical.

A propos de la technique de fixation du complément au point de vue du séro-diagnostic de l'échinococcose. — M. Weinberg.

Sur certaines formations lipoïdes intra-cellulaires du tissu nerveux. — M. Nageotte.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Parmi les symptômes de la phtisie pulmonaire, il en est peu qui soient aussi fatigants pour le malade et aussi rebelles à tout traitement que la toux, d'où la nécessité de discipliner cette toux, de supprimer la toux sèche, la toux inutile, suivant l'expression de M. Lalesque (d'Arcachon), pour ne conserver que la toux utile, c'est-à-dire l'effort nécessaire pour rejeter le crachat.

Cette toux quinteuse, persistante, empêche le malade de reposer, elle maintient l'irritation locale, elle amène souvent par sa persistance des vomissements répétés aboutissant à l'intolérance gastrique complète.

Dans ces conditions, les préparations opiacées sont mal supportées, c'est aux bromures alcalins qu'il faut s'adresser, et en particulier au bromure de potassium qui, depuis les travaux d'Henry Mure, est resté la base de toute thérapeutique nerveuse.

Le sirop d'écorces d'orange au bromure de potassium préparé par les procédés Henry Mure, a l'avantage de supprimer complètement l'élément spasmodique de la toux des phtisiques. Il n'irrite pas le larynx plus ou moins ulcéré des tuberculeux et grâce au sirop d'écorces d'oranges amères qui constitue un véhicule parfait au bromure, il est en outre un excellent excitant des fonctions stomacales.

Calmer la toux des tuberculeux, favoriser son alimentation, n'est-ce pas le point essentiel que doit viser le thérapeute?

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 10, 11 mars 1909.) V. Herf : Une année de désinfection gynécologique sans eau ni savon. — Zangemeister : L'hémolyse des streptocoques. — Koch : Sur la structure de l'entonnoir cave supérieur et ses rapports avec le pouls irrégulier perpétuel. — Bauer : Sur la réalisation technique de la démonstration sérologique de la syphilis. — Lange et Nitsche : Une nouvelle méthode de recherche des bacilles tuberculeux. — Ellermann et Erlandsen : Sur l'exécution quantitative de la cuti-réaction tuberculeuse et sur l'importance clinique du titrage de la tuberculine. — Halben : Hydrocéphalie interne idiopathique chronique avec participation du quatrième ventricule. — Lohnstein : Sur l'application de l'irrigation avec endoscopie dans l'urétrite chronique. — Grüter : L'arsenophénylglycine dans les affections externes de l'œil. — (N° 11, 18 mars.) Küttner : Sur la ponction cérébrale et la trépanation. — Kleine : Tentatives d'infection positive avec le trypanosoma Brucci par la glossina palpalis. — Bruck : Sur le traitement spécifique des processus gnorrhéiques. — Hoffmann : Récidive tierce après une malaria tropicale. — Münter : Sur l'inflammation interstitielle aiguë de l'estomac. — Zangemeister : L'hémolyse par les streptocoques (*suite*). — Lohnstein : Sur l'application de l'irrigation avec endoscopie dans l'urétrite chronique (*suite*). — (N° 12, 25 mars.) Nocht : Le traitement de la malaria. — Greeff : Les agents du trachome. — Frank et Funk : Sur les échanges des corps puriques chez les goutteux; une tentative pour les modifier. — Goldschmidt : Sur la recherche de la trypsine et une méthode simple pour son dosage quantitatif. — Heermann : Sur le traitement par la chaleur des maladies du cœur et du poumon. — Shimodaira : Contribution expérimentale au mode d'action de la méthode de stase de Bier. — Baum : Tension isolée de la paroi abdominale après un traumatisme des vertèbres. — Brüning : Torsion du mésentère et étranglement herniaire. — Schwenk : La luxation du coude en arrière dans ses rapports avec la fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus. — Helmholz : Sur les ulcérations duodénales dans l'athrepsie.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 11, 14 mars 1909.) Fischer : Sur le traitement chirurgical des lymphomes inguinaux. — Adler : L'aire chirurgicale en obstétrique. — (N° 12, 21 mars.) Preisich : Rubéole. — Balas : Manifestations toxiques liées à un kyste hydatique du foie. — (N° 13, 28 mars.) Polya : Absence congénitale de muscles pectoraux avec hernie pulmonaire. — Rytö : Recherche oto-rhinologique chez des enfants sains et débiles.

Semaine médicale. — (N° 14, 7 avril 1909.) Lœper : Les crises entéralgiques du tabes. — (N° 15, 14 avril.) Ch. Achard et M. Aynaud : Le globulin.

NOTES POUR L'INTERNAT

APOPLEXIE PULMONAIRE (1)

En somme, de toutes les apoplexies pulmonaires qui constituent ce premier groupe, les plus importantes, de beaucoup, sont celles qui s'observent *au cours des affections mitrales et qui sont dues à l'oblitération d'une artère pulmonaire de moyen volume par un caillot parti du cœur droit.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 55, p. 698.

B. **Apoplexie dans les maladies générales.** — Elle a été signalée dans tous les *états hémorragipares,* qu'il s'agisse de dyscrasies : scorbut, purpura, hémophilie, leucémie, brightisme ; d'intoxications exogènes : arsenicisme, phosphorisme, alcoolisme aigu ; de septicémies : fièvres éruptives, fièvre typhoïde ou bacillose aiguë à tendances hémorragiques. Dans ces cas, pour expliquer la production de l'apoplexie, on invoque la stéatose des capillaires, les embolies microbiennes, les modifications dans la composition du sang.

De ces apoplexies pulmonaires, il faut rapprocher celles qui sont de *cause locale*, qu'elles soient liées à l'adénopathie trachéo-bronchique, aux kystes hydatiques, au cancer, à la gangrène du poumon, à l'asphyxie, etc.

C. **Apoplexie dans les maladies nerveuses.** — 1° Expérimentalement, les sections, contusions, attritions des hémisphères cérébraux, du cervelet, de la région du pont, des pédoncules cérébraux et cérébelleux, déterminent souvent la production, dans le parenchyme pulmonaire, de foyers d'apoplexie. A ce sujet, plusieurs théories :

Pour *Brown-Séquard*, l'apoplexie pulmonaire, dans ces cas, ne s'explique ni par le passage de parcelles alimentaires dans la trachée (Traube), ni par la compression du poumon refoulé contre la paroi thoracique par le spasme glottique : en effet, elles surviennent même chez les animaux trachéotomisés ou lorsque, avant d'irriter l'encéphale, on a ouvert le thorax de l'animal ; elles se produisent même après section des deux nerfs vagues ; elles sont dues, sans doute, à des actions vaso-dilatatrices nées au niveau de la protubérance, puis descendant par la moelle cervicale, les racines des premiers ganglions thoraciques et le cordon du grand sympathique. L'extirpation de ces ganglions ou la section complète de la moelle cervicale empêche en effet les excitations protubérantielles d'être suivies de leurs effets habituels. L'apoplexie pulmonaire serait le fait d'un spasme, ou se propageant des troncs artériels vers les capillaires et aboutissant à la rupture de ces derniers, ou localisé aux veines pulmonaires.

D'après *Vulpian*, la théorie précédente est fausse. En effet : *a.* l'électrisation des ganglions thoraciques et de leurs nerfs efférents ne réussit jamais à déterminer de l'apoplexie pulmonaire ; *b.* la paralysie des vaso-constricteurs intervient sans doute autant que les excitations vaso-dilatatrices ; *c.* dans les vaisseaux pulmonaires, on trouve constamment des caillots qui jouent un rôle dans la production de l'apoplexie pulmonaire ; *d.* enfin et surtout (Longet, Cl. Bernard), la section des pneumogastriques suffit, presque toujours, à faire apparaître, chez les animaux expérimentés, des foyers d'apoplexie pulmonaire, que *Cl. Bernard* attribue à la déchirure du poumon déterminée par les mouvements respiratoires excessifs qui succèdent régulièrement à la section des pneumogastriques.

2° Cliniquement, l'apoplexie pulmonaire a été observée dans la méningite tuberculeuse, le ramollissement cérébral, l'hémorragie cérébrale ou méningée, les néoplasmes encéphaliques, les fractures du crâne, la paralysie générale, les lésions du nerf vague. Peut-être les actions nerveuses interviennent-elles également dans la production des apoplexies pulmonaires survenant à la suite des brûlures, d'un coup de froid, du sclérème des nouveau-nés, de l'imperméabilisation expérimentale.

SYMPTOMATOLOGIE. — Depuis G. Sée et Talamon, il est classique de distinguer quatre formes principales.

I. **Forme habituelle.** — C'est celle que l'on observe chez les *mitraux en asystolie*. Certains auteurs lui décrivent des prodromes. En réalité, ceux-ci manquent le plus souvent, et l'apoplexie pulmonaire *débute brusquement*, *subitement*, soit après les repas, soit au milieu de la nuit (Gendrin).

Un seul *signe fonctionnel*, mais capital, c'est l'*hémoptysie fractionnée et continue*, se reproduisant plusieurs jours de suite. Les crachats sont de couleur noirâtre, *bistre* ou *ocreuse*, quelquefois noir de suie, exceptionnellement rouge vif ; ils sont peu volumineux et offrent une odeur aigrelette que Guéneau de Mussy comparait à celle du sirop antiscorbutique.

Lorsque l'infarctus occupe les régions sous-pleurales, ou qu'il est situé près du diaphragme, il peut être très douloureux.

Signes physiques. — Laënnec insistait sur la valeur des deux signes suivants : absence du murmure vésiculaire en un point circonscrit du thorax ; existence, autour de ce point, de râles crépitants. Mais, de ces deux signes, le premier ne peut exister que lorsque l'hémorragie pulmonaire est étendue et superficielle, et le second manque chaque fois que le foyer hémorragique ne donne pas lieu à l'expectoration sanguine. Le souffle tubaire n'est nullement pathognomonique. « En réalité, l'auscultation, dans la grande majorité des cas, ne fournit aucune donnée positive pour le diagnostic. Pour donner lieu, par lui-même, à des modifications sthétoscopiques, il faut que l'infarctus soit très étendu ; on perçoit alors un souffle tubaire et des râles sous-crépitants » (Germain Sée et Talamon).

Signes généraux. — Ils sont de peu d'importance (Duguet). L'étude de la tension artérielle est malheureusement peu avancée. Il est probable qu'au moment où se produit l'apoplexie, il y a hypertension, et que la tension baisse progressivement par la suite.

Evolution. Terminaisons. — La guérison n'est pas rare, mais il faut toujours compter avec les *récidives*, soit spontanées, soit favorisées par une cause occasionnelle : effort, émotion, fatigue. Des *complications*, la plus fréquente est la suppuration, qu'annoncent des phénomènes généraux d'ordre typhoïde. Au bout de quelques jours, survient une vomique, caractérisée par une masse consistante, d'odeur fade, de couleur rougeâtre.

II. **Gros infarctus.** — Les signes fonctionnels, contrairement à la forme précédente, acquièrent ici une importance prépondérante. L'infarctus manifeste *brusquement* son apparition par de la *dyspnée*, avec cyanose des lèvres et des extrémités, angoisse, arythmie, tachycardie, hypotension artérielle. Puis se produit une hémoptysie abondante. En un point localisé du poumon, on perçoit du souffle tubaire et des râles sous-crépitants. En une dizaine de jours, les malades succombent à l'asystolie.

III. **Formes foudroyantes.** — Ce sont celles qui succèdent à la rupture, dans le poumon, d'une ectasie aortique. Les accidents se caractérisent par les signes habituels aux grandes hémorragies internes, et les malades succombent en quelques minutes, parfois même en quelques secondes. Parfois, ils crachent du sang à flots ; d'autres fois, ils sont foudroyés par une syncope. A-t-on le temps de les ausculter, on constate chez eux l'existence d'un épanchement pleural augmentant avec rapidité.

IV. **Formes latentes.** — Observées au cours des états hémorragipares, elles ne donnent lieu à aucun symptôme et constituent, le plus souvent, des trouvailles d'autopsie.

PRONOSTIC. — Toujours sérieux, il dépend avant tout : *a.* de la cause de l'apoplexie pulmonaire ; *b.* de sa répétition. Chez les mitraux, il indique la dilatation permanente du cœur droit. En cas de rupture d'un anévrisme aortique, il est extrêmement grave.

DIAGNOSTIC. — Il est généralement facile. Le seul point important, c'est d'éliminer la *pleurésie simple des cardiaques*, qui débute moins brusquement, donne lieu à des symptômes fonctionnels moins nets ; l'épanchement n'y progresse que lentement ; enfin, il n'y a pas d'hémoptysies (Bucquoy). Etiologiquement, il importe de se rappeler que, dans l'immense majorité des cas, l'apoplexie pulmonaire est due à une affection mitrale.

TRAITEMENT. — *Causal*, c'est celui de l'asystolie. *Symptomatique*, il consiste essentiellement en prescriptions hygiéniques : repos horizontal absolu, et médicamenteuses. A l'*ipéca*, vanté par les classiques (Peter), au *chlorure de calcium*, dont on connaît les propriétés hémostatiques (Carnot), il convient sans doute d'ajouter les *hypotenseurs* : nitrite d'amyle, trinitrine, extrait de gui, etc., l'apoplexie pulmonaire se produisant presque toujours à l'occasion d'une vasodilatation pulmonaire subite et intense.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des Fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 26 mai : MM. Schwartz, 15; Hallopeau et Cauchoix, 13; Chevassu, 16; Chifoliau, 13.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Chavannaz, agrégé libre de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé professeur de clinique gynécologique à ladite Faculté.

GUERRE. — Les élèves de l'Ecole du service de santé militaire reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, sont nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, et pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe élève à l'Ecole d'application du service de santé militaire : MM. Abel, Allenet, Avril, Basse, Baur, Beaufort, Belbèze, Bornecque, Bressot, de Brisson de Laroche, Brizon, Chanoine, Cherceby, Clot, Collignon, Delorme, Demerliac, Doniol, Druard, Duband, Fidon, Galès, Godar, Grenot, Hauvuy, Hirtzmann, Julian, de Labonnefon, Lafforgue, de Lagoanère, Legrand, Le Mançois-Duprey, Maisonneti, Malgat, Merlat, Minguet, Odinot, Pellet, Pellissier, Peltier, Péré, Pernod, Poulhès, Pradourat, Rivay, Rollin, Roudouly, Roux, Salinier, Schangel, Surin, Tartavez, Théobalt, Tricolet, Vendeuvre, Wateau, Xambeu, Xémar.

— M. le médecin inspecteur Trifaud est nommé directeur du service de santé du 15e corps d'armée à Marseille, en remplacement de M. le médecin inspecteur Calmette.

XIXe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (Nantes, 2-8 août 1909). — Président : M. le docteur Vallon; secrétaire général : M. le docteur Ch. Mirallié.

Programme des travaux et excursions. — Lundi 2 août : Matin, séance solennelle d'inauguration à l'Hôtel de Ville. Visite des musées et de la ville de Nantes. — Après-midi, séance à deux heures à l'Ecole de médecine; — Premier rapport : *Psychiatrie.* — M. le docteur Victor Parant fils (de Toulouse) : « Les fugues en psychiatrie; » — Soir, à neuf heures, réception offerte par la municipalité à l'Hôtel de Ville.

Mardi 3 août : Matin, suite de la discussion du premier rapport. — Après-midi, deuxième rapport : *Neurologie.* — M. le docteur Sainton (de Paris) : « Les chorées chroniques; » — Soir, après la séance, réunion du comité permanent.

Mercredi 4 août : Matin, visite de l'asile d'aliénés de Nantes. — Après-midi, à deux heures, séance dans le manoir Jean V; troisième rapport : *Médecine légale.* — MM. les docteurs Granjux (de Paris) et Rayneau (d'Orléans) : « Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal; » — Après la séance, réunion du Congrès en assemblée générale. — Soir, à neuf heures et demie, réception offerte par le président et les membres du Congrès.

Jeudi 5 août : Matin, excursion sur l'Erdre; départ vers huit heures du matin; déjeuner à Sucé. — Après-midi, séance à la mairie de Sucé; communications diverses; retour à Nantes pour dîner.

Vendredi 6 août : Matin, excursion à Clisson et à la Roche-sur-Yon; départ de Nantes à huit heures par train spécial; arrivée à Clisson à huit heures et demie; visite du château; à onze heures et demie, déjeuner à Clisson. — Après-midi, à une heure quarante, départ pour la Roche-sur-Yon; visite de l'asile de la Grémaudière; dîner à la Roche-sur-Yon; à sept heures vingt, départ pour Nantes; arrivée à neuf heures quarante-six.

Samedi 7 août : Excursion à Saint-Nazaire, La Baule, Le Croisic. Visite de l'hôpital marin de Pen-Bron. Dislocation.

Excursion en Bretagne. — Après la dislocation, les congressistes auront toute facilité pour excursionner en Bretagne. Des billets d'excursion, établis par les compagnies de chemin de fer de l'Orléans et de l'Ouest-Etat, permettent de visiter les plages sud de la Bretagne : le golfe du Morbihan avec ses souvenirs druidiques; Belle-Ile et ses rochers célè-

bres; la côte de Penmarch; la pointe du Raz et la baie des Trépassés; la baie de Douarnenez et la rade de Brest. Sur la côte nord : Notre-Dame du Folgoet; Roscoff et Saint-Pol de Léon; les étranges rochers de Ploumanach; Tréguier et Paimpol; Dinard, Saint-Malo et la rivière de la Rance; les montagnes de Bretagne avec les sites admirables du Faouet, de Guéméné-sur-Scorff, du Huelgoat, méritent également de retenir le touriste.

Des renseignements plus détaillés seront envoyés ultérieurement à tous les membres du Congrès.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingtième semaine, 1 009 décès, au lieu de 996 pendant la semaine précédente et de 947, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 5).

La rougeole a causé 21 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 16). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 386, au lieu de 357 pendant la semaine précédente (moyenne 330). Les quartiers les plus atteints sont tous excentriques : Sainte-Marguerite (28 cas), Montparnasse et Plaisance (25 cas), Saint-Lambert (15 cas), Grenelle (18 cas), Clignancourt (25 cas), Amérique (21 cas).

La scarlatine a causé 4 décès (chiffre identique à la moyenne et à celui de la semaine précédente). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 288 au lieu de 281 pendant la semaine précédente (moyenne 189).

La diphtérie a causé 9 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 83, au lieu de 72 pendant la semaine précédente (moyenne 68).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 170 décès, au lieu de 180 pendant la semaine précédente (moyenne 145).

La phtisie pulmonaire a causé 225 décès (moyenne 212).

On a signalé en outre 3 cas de méningite cérébro-spinale.

CLINIQUE MÉDICALE DES MALADIES DE L'ENFANCE (professeur HUTINEL). — MM. Nobécourt, professeur agrégé, Babonneix, Paisseau, Léon Tixier et Roger Voisin, chefs de clinique et de laboratoire, commenceront, le 28 juin 1909, à dix heures et demie du matin, une série de dix leçons pratiques sur les procédés de laboratoire appliqués à la clinique.

I. *Lundi 28 juin*, dix heures et demie : Diagnostic bactériologique des angines et des stomatites.

II. *Lundi 28 juin*, quatre heures : Urologie clinique. Dosage des principes normaux : chlorure, urée, sédiments urinaires, cristaux, pus, globules rouges, cylindres.

III. *Mardi 29 juin*, dix heures et demie : Technique de la ponction lombaire et de l'examen du liquide céphalo-rachidien.

IV. *Mardi 29 juin*, cinq heures : Cytologie et bactériologie du liquide céphalo-rachidien.

V. *Mercredi 30 juin*, onze heures : Examen du sang; numérations des globules rouges, des globules blancs, de la quantité d'hémoglobine. Sang sec.

VI. *Mercredi 30 juin*, cinq heures : Diagnostic de la fièvre typhoïde (séro-diagnostic). Examen bactériologique des selles des nourrissons. Exploration des fonctions biliaires et intestinales (procédé de Triboulet).

VII. *Jeudi 1er juillet*, dix heures et demie : Sphygmométrie (appareil de Potain, appareil de Vaquez, appareil de Amblard).

VIII. *Jeudi 1er juillet*, cinq heures : Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire, recherche du bacille de Koch dans les crachats et les exsudats, inoculation au cobaye.

IX. *Vendredi 2 juillet*, dix heures et demie : Principes anormaux de l'urine : albumine, sucre, pigments biliaires, recherche et dosage.

X. *Vendredi 2 juillet*, cinq heures : Technique des différentes épreuves à la tuberculine.

Le cours sera complet en une semaine. Le nombre des inscrits est limité; le droit à verser est de 50 francs. S'adresser à la surveillante de la policlinique médicale à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — CONFÉRENCES A L'HÔTEL DES SOCIÉTÉS SAVANTES (28, rue Serpente) DU 14 AU 22 JUIN 1909. — *Lundi 14 juin.* — M. Mosny, à quatre heures : Tuberculose et traumatisme : les faits cliniques et les données expérimentales; leur interprétation pathogénique. — M. Le Noir, à cinq heures : Application de la radioscopie au diagnostic des maladies du tube digestif.

Mardi 15 juin. — M. Sergent, à quatre heures : Diagnostic et traitement de l'insuffisance surrénale. — M. Triboulet, à cinq heures : Etude pratique des fonctions intestinale, biliaire et pancréatique chez les jeunes enfants.

Mercredi 16 juin. — M. Mosny, à quatre heures : La tuberculose traumatique, accident du travail; législation et jurisprudence. — M. Lesage, à cinq heures : La méningite cérébro-spinale chez les nourrissons.

Jeudi 17 juin. — M. Demelin, à quatre heures : Sur le forceps.

Samedi 19 juin. — M. Demelin, à quatre heures : Sur le forceps. — M. Roubinovitch, à cinq heures : La démence précoce et la dégénérescence mentale.

Lundi 21 juin. — M. Lucas-Championnière, à quatre heures : Sur l'application des bandages herniaires. — M. Le Noir, à cinq heures : Des dyspepsies nerveuses.

Mardi 22 juin. — M. Terrien, à quatre heures : Valeur de l'œil blessé après les accidents du travail; — M. Roubinovitch, à cinq heures : La prophylaxie des maladies mentales et nerveuses.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS. — *Cours pratique de manœuvres obstétricales* sous la direction du docteur Mouchotte, chef de clinique de la Faculté, par M. Labouré, répétiteur à la clinique Baudelocque.

Ce cours spécialement réservé aux membres de l'Association commencera le mardi 1er juin 1909 et se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Prix d'inscription pour l'ensemble du cours : 10 francs.

ÉCOLE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE. — Une série de nouveaux cours pratiques à l'intention des étudiants et des médecins praticiens commencera le 1er juin : méthodes d'examen clinique médical, maladies du système nerveux, chirurgie pratique, maladies des voies urinaires, gynécologie, pratique obstétricale, pédiatrie, dermatologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, électrothérapie, radiothérapie, déontologie, etc.

Tous ces cours se feront avec présentation de malades et participation directe de l'élève au diagnostic et au traitement.

Droits d'inscription : 20 francs pour deux cours; 40 francs pour l'ensemble des cours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Rondeau, 18, rue du Luxembourg, Paris VIe.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 JUIN 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

***Lundi** 7 juin*, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Ombré-

danne; — (2e série) : MM. Delbet, Mauclaire et Gosset; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 8 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Morestin; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Gilbert, Gouget et Carnot; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 9 juin, à une heure. — 2e : MM. Gautier, Gley et Branca.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Mauclaire et Gosset; — (2e série) : MM. Delbet, Legueu et Ombrédanne; — (2e partie, 1re série) : MM. Roger, Legry et André Jousset; — (2e série) : MM. Pierre Marie, Widal et Lœper; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 10 juin, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. de Lapersonne, Demelin et Morestin; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 11 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Legueu et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Hartmann, Mauclaire et Gosset; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Langlois, suppléant.

Samedi 12 juin, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Thiéry et Lenormant.

4e : MM. Chantemesse, Carnot et Balthazard; — M. Nicloux, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon*, (1re série) : MM. Raymond, Gouget et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Renon et Nobécourt; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Fernand Bezançon et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 9 juillet 1909, à une heure. — M. Gadreau. Essais sur la ration alimentaire du nouveau-né au sein maternel pendant les dix premiers jours. (MM. Pinard, président; Gaucher, Macaigne et Couvelaire.) — M. Delente. De l'allaitement mixte étudié au point de vue de la fréquence et des causes qui le rendent nécessaire. (MM. Pinard, président; Gaucher, Macaigne et Couvelaire.) — M. Rougier. Syphilis tertiaire de l'urètre. (MM. Gaucher, président; Pinard, Macaigne et Couvelaire.) — M. Trocmé. De la thérapeutique paliative dans les tumeurs de l'encéphale. Méthodes décompressives. Ponction lombaire et trépanation palliative. (MM. Brissaud, président; Reclus, Marcel Labbé et Sicard.) — M. Velarde. Contribution à l'étude de l'infection aiguë des voies biliaires par le bacille d'Eberth. (MM. Reclus, président; Brissaud, Marcel Labbé et Sicard.)

Jeudi 10 juillet, à une heure. — M. Bertrand. De l'épilepsie procursive et fugues épileptiques. (MM. Raymond, président; Albert Robin, Gilbert Ballet et Carnot.) — M. Latour. Contribution à l'étude du traitement de la coxalgie par les injections intra-articulaires précoces. (MM. Albert Robin, président; Raymond, Gilbert Ballet et Carnot.) — M. Kahn. La cyclothymie. De la constitution cyclothymique et de ses manifestations (mélancolie et excitation intermittentes). (MM. Gilbert Ballet, président; Raymond, Albert Robin et Carnot.) — M. Auguste. Le service médical des mutualités. (MM. Gilbert Ballet, président; Raymond, Albert Robin et Carnot.) — M. Dalmas. Troubles psychiques dans le goitre exophtalmique. (MM. Gilbert Ballet, président; Raymond, Albert Robin et Carnot.) — Mlle Margonlis. Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez le nourrisson. (MM. Hutinel, président; Bar, Ribemont-Dessaignes et Nobécourt.) — M. Bourdeau de Fontenay. Considérations sur le contrôle de l'élevage des nourrissons. (MM. Hutinel, président; Bar, Ribemont-Dessaignes et Nobécourt.) — M. Aillet. Contribution à l'étude des abcès du sein pendant la grossesse. (MM. Bar, président; Hutinel, Ribemont-Dessaignes et Nobécourt.) — M. Duquet. De l'opération césarienne dans les cas d'hématomes rétro-placentaires graves. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Hutinel, Bar et Nobécourt.)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE REIN DANS LA DIPHTÉRIE

Par P.-J. MÉNARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

Historique. — La connaissance des manifestations rénales de la diphtérie remonte au milieu du siècle dernier.

L'albuminurie diphtérique fut en effet signalée pour la première fois en 1857 par Wade en Angleterre. Alors que l'albuminurie était connue depuis près d'un siècle, et décrite dans la scarlatine déjà en 1812 par Wells, elle avait, dans la diphtérie où elle est cependant beaucoup plus fréquente, complètement échappé à la sagacité clinique des maîtres de l'affection, Ghisi, Samuel Bard, Jurine et Bretonneau. La même année 1857 et peu après, le fait fut confirmé en Angleterre encore par James et Robins. En 1858 elle fut étudiée en France par Abeille, G. Sée, Trousseau, Bouchut et Empis, Maugin et Bergeron. Dès lors, les travaux se succèdent nombreux, communications, articles ou thèses dont surtout ceux de Barthez, Barboza, Peter en 1859, de Lorrain, Hervieux, Gubler, Abeille, Germe, Bricheteau, Lewin de 1860 à 1864, de Moizard et Homolle en 1876. En 1877 paraît le remarquable traité de la diphtérie de Sanné, complété sept ans plus tard par son article du Dictionnaire encyclopédique, où la question est si vraiment mise au point que les travaux ultérieurs de Sénator, de Gubler, de Cadet de Cassicourt (1884), de Jules Simon (1885), de Barbier (1888), de Lécorché et Talamon, de Rilliet et Barthez ne peuvent y ajouter que des compléments de détail.

En 1889, la pathogénie de l'albuminurie diphtérique jusque-là louvoyante et vague s'éclaire des travaux de Roux et Yersin en France, de Spronck en Allemagne, sur la toxine diphtérique, suivis de ceux de Behring et Kitasato en 1890, de Babes, de Krieger et de Fraenkel, de Roux, Martin et Chaillous sur l'antitoxine et la sérothérapie.

Mais les travaux sont trop nombreux qu'il nous faudrait citer encore pour être complet et nous renvoyons le lecteur au courant de cet article où nous les étudierons.

L'anatomie pathologique, esquissée par Lécorché, Charcot, Sanné, Lancereaux, Bouchard, a été complétée par Cornil et Brault, Oertel, Morel, Claude, Enriquez et Hallion, Rathery, Castaigne, etc.

Pour ce qui est enfin des autres éléments du syndrome urinaire, leur notion plus récente fait qu'ils ont été moins étudiés, et nous ne citerons guère d'importants, que les travaux de Binet, de Giarre, et les thèses de Lobligeois (1902), de Brunschwig (1902) et de R. Labbé (1903).

I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. Néphrite aiguë. — Dans la diphtérie avec albuminurie, les reins peuvent sembler macroscopiquement sains, le plus souvent cependant, ils sont augmentés de volume, lisses et pâles ou roses et parsemés de points rouges, mais toujours plus pâles que dans les maladies infectieuses en général, comme la typhoïde et la pneumonie (Brault).

A un degré plus avancé, les reins sont volumineux, pesants, mous, marbrés de jaune. Généralement, la capsule est lisse et non adhérente.

Souvent, la lésion est unilatérale ou du moins plus marquée d'un côté, et Sanné insistant sur cette non symétrie des altérations rénales, y voit la cause probable de la rareté de l'œdème et de l'urémie dans l'albuminurie diphtérique, un rein suppléant l'autre.

A la coupe et macroscopiquement, la substance corticale est congestionnée et les glomérules y sont souvent saillants, turgescents. Mais l'aspect varie beaucoup avec le degré de la congestion du rein.

Plus rarement, dans le cas de diphtérie hémorragique, on peut observer de véritables foyers de suffusion sanguine.

Au point de vue histologique, les lésions sont constantes, mais variables, et Sanné avec Lancereaux, leur décrivait deux états, deux stades plutôt, l'un *stade initial*, d'hyperémie simple avec seule congestion, glomérulaire surtout, l'autre, *stade second* dans lequel se surajoutent des lésions inflammatoires plus ou moins profondes. Ces lésions sont surtout marquées au niveau des *voies de sécrétion*, tubes contournés et glomérules (glomérulo-néphrite). Mais elles portent aussi, bien que beaucoup moins, sur les voies d'excrétion : ce sont, comme l'ont montré Cornil et Brault des *néphrites totales*, diffuses, non systématisées, par conséquent contrairement à l'opinion de Virchow et Lécorché qui décrivaient une néphrite superficielle localisée aux tubes excréteurs. Encore est-il cependant que les lésions ne sont pas égales partout, mais surtout insulaires car : « à côté de tubes très altérés existent des tubes presque normaux ».

Bien développée la *néphrite aiguë diphtérique* se caractérise par les lésions suivantes :

A. Voies sécrétoires. 1° *Glomérules.* — Le glomérule présente des lésions capsulaires et vasculaires, et souvent un exsudat intracapsulaire distendant la capsule de Bowmann.

a. *L'exsudat* est formé d'une masse albuminoïde, d'aspect granuleux ou hyalin, dans laquelle on trouve souvent des *cellules épithéliales* desquamées et des *leucocytes*. Ces cellules épithéliales, desquamées de la capsule ou des vaisseaux, peuvent être saines, ou altérées, vacuolaires, vésiculaires, ou granulo-graisseuses et en voie de nécrose. Quand il y a néphrite hémorragique, on y trouve de nombreux globules rouges, et la capsule peut même en être remplie ainsi que les canalicules qui en partent.

b. Les *cellules de l'épithélium de la capsule de Bowmann* sont tuméfiées, dégénérées, et desquament.

c. Les *capillaires glomérulaires* sont dilatés, les cellules de leur endothélium, tuméfiées et altérées. Parfois, elles se multiplient, tombent et peuvent ainsi obstruer la lumière des vaisseaux, obstruction

(1) Reproduction interdite.

qui peut encore résulter d'un thrombus hyalin ou d'un épaississement de leurs parois avec rétrécissement.

Dans les formes hémorragiques, ils sont complètement bourrés de sang. Souvent aussi, ils contiennent de nombreux leucocytes et des cellules graisseuses à noyaux fragmentés.

2° *Tubes contournés.* — L'*épithélium* des tubes contournés est atteint de lésions variables, mais toujours très marquées (Cornil et Brault, Claude, Morel, Rathery et Castaigne), plus marquées même que partout ailleurs.

Les cellules sont abrasées (Morel). Tantôt elles présentent les lésions de la *tuméfaction trouble*, le protaplasma se trouble, devient granuleux, les limites cellulaires s'effacent, le noyau se multiplie et devient moins colorable. Ultérieurement l'*épithélium se nécrose* et se dissout. Tantôt et plus souvent, on observe avec la tuméfaction trouble, la *dégénérescence graisseuse*, hydropique et vacuolaire.

D'autres fois encore, il y a *infiltration protéique.* Le protoplasma est bourré de granulations innombrables beaucoup plus nombreuses que dans aucune autre maladie. Enfin, Labadie-Lagrave a signalé la *dégénérescence amyloïde*, très rare toutefois. Quel que soit le mode de la dégénérescence, il peut se produire en même temps une desquamation ainsi qu'une fragmentation et une désagrégation des cellules, phénomènes de destruction, secondairement suivis du processus régénératif de guérison.

La *lumière* du tube est remplie par un réticulum de substance colloïde, comprenant dans ses mailles des cellules épithéliales, des leucocytes, des boules protéiques, se fusionnant pour former des cylindres épithéliaux, ou hyalins, ou granuleux. Plus rarement, ce sont des hématies donnant naissance à des cylindres bruns granuleux.

Telles sont les lésions classiquement décrites dans la néphrite diphtérique. Mais les méthodes récentes de fixation (Van Gehuchten, Sauer) ont permis à certains auteurs, dont surtout Castaigne et Rathery, Lorenz, Sauer, Nicolas, de les décrire différemment, principalement en ce qui concerne les modifications de la bordure en brosse.

D'après Castaigne et Rathery, les lésions décrites par les classiques, ne sont que des lésions cadavériques. Il en est surtout ainsi de la desquamation épithéliale et de l'abrasion cellulaire. L'absence de bordure en brosse dans les tubes dont le protoplasma semble conservé, indiquerait toujours une altération post mortem, la bordure en brosse ne disparaissant que très tardivement. Les lésions sont surtout *insulaires.*

Enfin, d'après l'intensité des lésions, ces auteurs décrivent trois stades dans le processus de la cytolyse protoplasmique.

1° Les cellules semblent saines, seule existe une zone claire autour du noyau. Bordure en brosse et noyaux normaux.

2° Etat clair de la cellule. Disparition presque complète des granulations protoplasmiques. Bordure en brosse bien conservée, volumineuse, arborescente. Noyau boursouflé.

3° Rare. Tous les éléments constitutifs du protoplasma ont disparu; vague stroma cellulaire, couronné par la bordure en brosse. Noyau très altéré.

D'après ces auteurs donc, la bordure en brosse ne disparaîtrait que très tardivement. Ce n'est pas l'opinion de Lorenz, ni de Nicolas, pour qui l'albuminurie résulte de sa destruction.

Tout récemment enfin, Bruntz a considéré la bordure en brosse comme une formation purement physiologique et pathologiquement indifférente, elle n'existerait que dans la phase de sécrétion rénale.

Les lésions aiguës du rein dans la diphtérie sont rarement aussi intenses, le plus souvent elles sont minimes, et il y a alors *hypérémie simple*, avec troubles congestifs, modifications légères des cellules, mais sans nécrose ni dégénérescence aucune.

II. **Néphrite chronique.** — Observée cliniquement par quelques auteurs, bien que très rare, elle a été surtout étudiée par Enriquez et Hallion et par Claude sur des animaux intoxiqués lentement. Elle présente les caractères classiques de la néphrite chronique interstitielle, avec petit rein granuleux, sclérose interstitielle et glomérulaire, et rétrécissement des tubes contournés. Les auteurs insistent sur l'intégrité des parois artérielles.

II

PATHOGÉNIE

Deux théories pathogéniques peuvent être invoquées pour expliquer les lésions rénales d'origine diphtérique.

1° *Théorie de la néphrite infectieuse*, dans laquelle la néphrite résulte de l'action du *microbe* sur le rein.

2° *Théorie toxi-infectieuse*, d'après laquelle les lésions résultent de l'action sur le rein de la *toxine diphtérique.*

1° **Théorie infectieuse.** — Avant la découverte du bacille de Klebs-Loeffler (1883-1884) de nombreux auteurs, Tommasi, Crudeli et Hueter en 1868, Oertel, Nassilof, Eberth et Letzerich en 1876, Gaucher, Bouchard en 1881-1886, décrivirent, dans les organes des sujets morts de diphtérie, des microorganismes divers, des cocci, surtout. Et l'on attribuait à ces microcoques assez d'importance pour qu'Eberth écrivit : « Sans microcoques, pas de diphtérie. »

Cependant, Homolle qui les décrit lui-même, mais surtout Weigret et Furbringer, leur déniaient toute action causale dans les lésions secondaires, rénales surtout, et ce dernier pensait qu'en réalité il s'agissait d'une intoxication, les microbes sécrétant au point d'inoculation un poison déterminant des altérations cellulaires viscérales à distance, tout comme une substance toxique chimique, le phosphore par exemple.

Quand Klebs, puis Loeffler, eurent décrit leur bacille, on le rechercha naturellement dans les organes et le sang. Loeffler fit dans ce sens de nombreuses mais infructueuses recherches. Après lui, Roux et Yersin (1888-1889) en France, Spronck en Allemagne, établirent de même, cliniquement et expérimentalement, l'absence des bacilles dans

l'organisme hors du point d'inoculation. Leurs résultats furent confirmés par Oertel, Babès, Beck, Brieger et Fraenkel, Martin et Chaillous.

Cependant, se basant sur les expériences de Weigert et de Litten, de Bouchard, de Charrin, de Kannenberg, sur le passage des microbes à travers le rein, certains auteurs firent de nouvelles recherches et décrivirent le bacille dans divers organes. Signalons surtout les travaux de Kolisko et Paltauf en 1889, de Frösch en 1893, qui sur quinze sujets trouvent le bacille dix fois presque toujours associé au streptocoque et au staphylocoque, de Wright en 1894, de Gougenheim en 1896, de Barbier et Tollemer, de Richardière, Tollemer et Ullmann en 1897. Métin conclut d'une série de recherches expérimentales que pour trouver le bacille dans les organes, il faut qu'il soit associé à d'autres micro-organismes tels que le streptocoque ou le staphylocoque. Constantini Cuoghi arrive aux mêmes conclusions et admet que les microbes associés, streptocoque surtout, agissent par leurs toxines sur les leucocytes comme certaines substances (atropine, pilocarpine, Nacl, etc.), en diminuant ou annulant leur force de résistance, ce qui permet la septicémie bacillaire.

2° **Théorie toxi-infectieuse.** — Cette théorie est aujourd'hui généralement admise et l'on définit avec Roux et Yersin, la diphtérie : « Une intoxication causée par un poison très actif, formé par le microbe dans le lieu restreint où il se développe. » Ils l'ont expérimentalement démontré en reproduisant, avec la toxine diphtérique (cultures filtrées), les désordres viscéraux et généraux de la maladie, et en montrant par des examens nécropsiques et des recherches expérimentales après inoculation qu'il n'y a pas de septicémie diphtérique à proprement parler. Depuis, leurs résultats ont été vérifiés et confirmés par de nombreux auteurs. Spronck, Loeffler, Critzmann et Thiroloix, Oertel, Babès, Behring, Beck, Brieger et Fraenkel, Martin et Chaillous.

Au point de vue qui nous occupe, il résulte de ces expériences qu'avec la seule toxine diphtérique, on peut déterminer des lésions de néphrite aiguë (néphrite aiguë simple ou néphrite hémorragique) ou de néphrite chronique (Enriquez et Hallion, Claude, Roux) suivant que l'intoxication est elle-même aiguë ou lente.

Reste cependant la présence, dûment constatée par les auteurs que nous avons cités, du bacille diphtérique dans les viscères.

Mais il faut ajouter que sauf Frösch, ces auteurs n'ont jamais trouvé le bacille dans les reins. L'eussent-ils trouvé d'ailleurs, que sa présence dans le rein n'entraîne nullement qu'il soit la cause des lésions observées. L'on tend au contraire à admettre les conclusions de Claude (thèse 97) basées sur les nouveaux travaux de Strauss, Chamberland, Charrin, Chantemesse, Finkler et Prior, Krauss, Sherrington, etc.

1° Les microbes pathogènes peuvent traverser le rein sans y déterminer de lésions épithéliales.

2° Les toxines peuvent déterminer au contraire des lésions de néphrite, semblables à celles observées au cours d'une infection.

« Les hépatites et les néphrites infectieuses aiguës, qu'on décèle ou non la présence du microbe à l'intérieur des organes, se caractérisent par *des lésions toxiques* ».

III

SYNDROME URINAIRE

A. Urines. Quantité. — La quantité des urines est généralement diminuée dès le début ou peu après le début de la diphtérie. Dans les cas habituels, cette oligurie est maxima vers le troisième jour de la maladie, et dès lors, les urines s'accroissent progressivement jusque vers le huitième ou le onzième jour. A ce moment, ou bien la quantité revient à la normale, ou bien elle la dépasse, et il se fait alors une véritable crise urinaire. Mais il est rare que la diurèse critique soit aussi abondante et aussi nette que dans certaines autres pyréxies.

L'oligurie du début relève de causes complexes : de l'intoxication diphtérique, de la fièvre, du régime. Cependant pour ce qui est de l'influence de la fièvre, elle est relativement minime, et il n'y a pas de corrélation nette entre le cycle thermique et le cycle urinaire. Cette oligurie est plus ou moins notable ; généralement modérée, elle peut être assez marquée, et les urines tomber à 100 grammes ou moins. Kinsburg, Goodall ont même noté de l'*anurie* complète. Elle survient dans les diphtéries graves avec albuminurie abondante et s'établit tantôt progressivement, tantôt au contraire brusquement. Quoi qu'il en soit, le pronostic en est toujours très sombre, et sur trente cas observés, Goodall signale vingt-sept morts survenues entre le sixième et le septième jour. D'une manière générale, on peut dire que la quantité des urines varie en raison inverse de l'intoxication et de la gravité de la maladie.

Plus celles-ci sont marquées, et moins les urines sont abondantes : toute complication tend à diminuer la quantité des urines. De cette notion, on peut tirer un élément pronostique : urines abondantes, pronostic *relativement* bon ; oligurie, pronostic plus sombre.

Densité. — La densité des urines est en rapport inverse avec leur quantité. Maxima au début de l'affection et oscillant entre 1019 et 1034 (moyenne 1027) elle diminue dans la suite et devient minima vers le huitième ou le onzième jour. La moyenne des densités dans l'évolution totale d'une diphtérie est d'environ 1019 (moyenne de huit cas, Labbé).

Couleur. — La couleur varie elle aussi en raison inverse de la quantité des urines, jaune foncé, s'il y a oligurie et dans les cas graves, elle est jaune clair s'il y a polyurie et dans les cas bénins. L'urine présente parfois les caractères des urines dites « nerveuses », elle est alors abondante et très pâle. Pour Barbier, les urines « nerveuses » seraient d'un pronostic relativement mauvais et précéderaient souvent l'apparition de troubles cérébraux et paralytiques mortels, (quatre cas d'urines pâles, trois terminaisons par accidents nerveux).

Dans les trois quarts des cas, claires à l'émission, elles se troublent à froid par précipitation des urates toujours très abondants. Rarement elles sont sanglantes, l'hématurie étant rare dans la diphtérie.

Pour ce qui est des rapports de la couleur de l'urine avec l'albuminurie, ils sont des plus variables. Tout ce qu'on peut dire, c'est que les urines albumineuses sont souvent foncées et peu abondantes.

Réaction. — Les urines diphtériques présentent une *hyperacidité* notable et qui semble en rapport avec la gravité de l'affection.

Toxicité. — Pour ce qui est de la toxicité urinaire, elle est d'après Mariotti Bianchi très augmentée pendant la diphtérie, mais variable avec la gravité de la forme et l'intensité de l'intoxication générale.

B. Eléments anormaux contenus dans l'urine. Albuminurie. — L'albuminurie est un phénomène très fréquent dans la diphtérie, mais qu'il faut rechercher systématiquement, de bonne heure, et tous les jours, étant *très fugace* et d'allure capricieuse.

Fréquence. — La grande fréquence de l'albuminurie dans la diphtérie est signalée par tous les auteurs, mais les proportions données varient beaucoup. On l'observerait dans 50 p. 100 des cas d'après G. Sée, dans 55 p. 100 pour Empis et Bouchut, Sanné (410 diphtéries, 224 albuminuries), Martin et Chaillous, dans 55,8 p. 100 pour Moizard, dans 74 p. 100 pour Cadet de Gassicourt, dans 40 à 70 p. 100 pour Sevestre, dans les deux tiers des cas pour Eberth, dans les trois quarts pour Renaut, dans les deux tiers pour Barbier. Maugin, Bergeron et Sanderson la trouvent dans la majorité des cas. Pour Gubler, elle est la règle, son absence marquant qu'il s'agit non de diphtérie, mais d'angine herpétique. Seul Variot pense qu'elle n'existe que « dans les cas de diphtérie intense ou grave ». De sorte que, si l'on tient compte de ce que l'albuminurie a souvent disparu au moment de l'examen, on peut admettre *qu'elle existe dans la majorité des cas, que son absence est presque l'exception*. Et l'on peut dire avec Bricheteau (thèse 1861) que « la présence de l'albumine ne doit pas être considérée comme une complication mais comme un symptôme ».

L'albuminurie semble plus *fréquente* dans les croups que dans les angines. Sur 127 cas de diphtérie, dont 55 angines et 72 croups, Barbier trouve une proportion de 67 p. 100 dans les angines, de 84 p. 100 dans les croups. Pour Chaillous et Martin, l'albuminurie existe dans les deux tiers des cas d'angine, elle ne manque jamais dans les croups.

Dans les angines mêmes, elle est à peu près constante dans les angines graves, elle peut manquer dans les angines légères.

Enfin, d'après Sevestre et Martin, elle s'observerait dans une proportion variable suivant les époques de l'année et suivant les épidémies.

Date d'apparition. — La date d'apparition de l'albuminurie est très variable : elle peut être, en effet, précoce ou tardive, ou même terminale.

Elle est le plus souvent précoce, symptôme en effet d'intoxication générale, au même titre que les autres signes de l'intoxication, elle suit de près comme telle les premières manifestations de la maladie sur la gorge ou le larynx. On la trouve le plus souvent du troisième au huitième jour de la maladie, pour Sanné, du troisième au cinquième et surtout les troisième et quatrième jours pour Barbier, le cinquième jour pour Martin, Chaillous et Sevestre.

La date d'apparition oscille d'ailleurs du deuxième au quatorzième jour pour Sanné, du deuxième au quinzième jour pour Barbier, du deuxième au onzième jour pour Renaut.

Du huitième au quinzième jour elle est plus rare et peut coïncider avec la réapparition de fausses membranes ou une complication.

Elle peut être plus tardive encore, et apparaître, bien qu'exceptionnellement, du vingt-sixième au trente-huitième jour (Sanné). Mais la date d'apparition de l'albuminurie est en réalité difficile à apprécier exactement, la date du début de l'affection ne pouvant elle-même n'être qu'approximativement déterminée.

Elle ne semble guère avoir d'indication pronostique. Il faut excepter cependant l'albuminurie précoce des formes graves, et un mode spécial d'albuminurie apparaissant tardivement dans les formes graves aussi, précédant généralement la mort, et que nous étudierons sous le nom d'*albuminurie terminale*.

Caractères physiques et chimiques. — L'albuminurie dans la diphtérie est le plus souvent *rétractile*, mais elle peut rester *diffusée*; d'ailleurs on n'attache plus guère aujourd'hui à ce caractère l'importance que lui accordait autrefois Bouchard, Pour ce qui est de la nature chimique de cette albumine, elle a été peu étudiée, mais il semble bien qu'elle ne diffère pas à ce point de vue de l'albumine des maladies infectieuses en général, qui comprend une proportion plus forte de globuline que de sérine.

Quantité. — La quantité de l'albumine dans l'albuminurie diphtérique est extrêmement variable; elle peut aller de quelques centigrammes à plusieurs grammes, et objectivement, d'un nuage opalin à un coagulum abondant, floconneux, compact, l'urine pouvant même, mais rarement, se prendre en masse par la chaleur et l'acide acétique.

Dans la plupart des cas elle est minime, 10, 20, 30 centigrammes par litre. Elle peut même être moindre encore, simple, louche, impondérable, indosable au tube d'Esbach. Souvent au contraire, elle est plus abondante, 1 à 4 grammes et même 6 grammes par litre. Plus rarement elle atteint et dépasse 10 grammes, pouvant alors monter jusqu'à 14 ou 15 grammes et affleurer dans le tube d'Esbach le trait de l'urine.

D'après certains auteurs comme Sevestre, Martin et Renaut, le facteur microbien aurait une grande importance dans la production de l'albuminurie, les albuminuries abondantes s'observeraient dans les strepto-diphtéries, les albuminuries moindres dans les diphtéries pures : dans les diphtéries à bacilles courts, elle manquerait toujours.

Cette opinion n'est pas acceptée par les auteurs

qui, comme Marfan, n'admettent pas le principe de la diphtérie associée. Mais, d'une façon plus générale, on peut dire que l'albuminurie varie avec la gravité et l'intensité de l'intoxication diphtérique. Elle manque souvent dans les formes légères, elle est plus fréquente dans les formes moyennes, elle est constante ou presque dans les formes graves et toujours alors abondante.

Il nous reste à parler de certaines *albuminuries dites massives*, particulièrement étudiées dans la thèse de Michaut (1900), inspirée par Sevestre.

L'auteur appelle ainsi « les cas dans lesquels la quantité d'albumine n'est pas inférieure à 15 grammes et peut s'élever à 50 grammes ». Il rapporte cinq observations de ce genre, dont une personnelle, avec des quantités d'albumine de 42 grammes, de 52 grammes, de 17, de 53, de 40 grammes par litre. Mais ces observations sont discutables : l'une nous semble devoir d'abord être éliminée, c'est l'observation personnelle; il s'agit en effet d'une *hématurie* survenue chez un enfant atteint de diphtérie et qui en avait présenté déjà au cours d'une néphrite antérieure probablement scarlatineuse : les urines, dit l'auteur lui-même, étaient « tantôt claires, abondantes, sans sang et peu albumineuses, 1 gramme, 1g50, tantôt sanglantes, avec oligurie, et très albumineuses ». Restent donc quatre observations. Dans trois d'entre elles, il s'agit de diphtéries secondaires ou compliquées. Une (obs. I), compliquée de rougeole, l'albuminurie apparaissant avec la rougeole. Une (obs. IV), suite de rougeole avec éruption scarlatiniforme. Une (obs. V), survenue chez un enfant antérieurement atteint d'une néphrite avec 16 grammes d'albumine par litre. De plus, dans tous ces cas, l'hématurie n'est pas discutée. Il en est de même dans la IIe observation, la seule où la diphtérie soit primitive et non compliquée. Or, dans cette observation, il s'agissait d'une néphrite hémorragique, constatée à l'autopsie avec « suffusions sanguines intenses » et par conséquent hématurie infiniment probable. Dans ces conditions, donc, et jusqu'à mieux observé, il nous semble que ces *albuminuries massives sont discutables*.

Durée. Evolution. — La durée de l'albuminurie diphtérique est extrêmement variable, variable avec la quantité d'albumine, le mode de la diphtérie, l'intensité de la lésion rénale. Dans la grande majorité des cas, elle est très fugace, et ne dure guère plus de deux ou trois jours; souvent même elle est plus fugace encore, et ne dure qu'un jour : aussi, beaucoup d'albuminuries doivent-elles passer inaperçues, surtout dans les cas fréquents où l'on ne peut examiner les malades que plusieurs jours après le début de la maladie, et c'est ce qui rend très relatives les statistiques faites sur ce sujet.

Plus rarement, elle dure huit, treize, quinze, vingt jours, cinquante-sept jours même (Sanné). Vignerot cite un cas où elle dura cinq mois. Exceptionnellement elle passe à l'état chronique, comme dans les cas de Grégory, de Rayer, de Lécorché et Talamon. Beaucoup d'auteurs même n'admettent pas le passage à l'état chronique de l'albuminurie diphtérique, et se demandent si dans ces cas il ne s'agit pas de diphtérie compliquée de scarlatine fruste, ou survenant chez des enfants dont le rein était préalablement malade.

La *durée* de l'albuminurie diphtérique varie avec de nombreux facteurs. Elle est moindre *en général* dans les albuminuries légères (un à trois jours, Barbier) que dans les albuminuries abondantes (huit à treize jours au plus). Elle est influencée par la gravité de l'affection, étant plus longue en général dans les diphtéries graves, sans que ce soit là cependant une règle bien absolue.

Elle est facteur enfin de l'intensité de l'intoxication, et varie avec elle, encore qu'elle puisse survivre à la guérison au moins apparente, pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Quoi qu'il en soit, sa disparition totale et rapide est la règle, de sorte qu'on peut dire que l'*albuminurie diphtérique est un phénomène transitoire*.

Cependant certains auteurs, Gillet, Aubertin, Méry, pensent que la diphtérie doit entrer en ligne de compte dans l'étiologie de certaines *albuminuries intermittentes*, de ces albuminuries que Bard appelle *résiduales*, au même titre que nombre d'infections de l'enfance comme la rougeole, la scarlatine, les oreillons. L'albuminurie ne disparaîtrait alors que momentanément, pour réapparaître ensuite, plus ou moins tardivement, sous l'influence de certaines causes secondes, physiologiques ou infectieuses.

Il faut tenir compte enfin des complications secondaires qui peuvent survenir dans le cours de la diphtérie et qui tendent naturellement à accroître l'albuminurie et à en augmenter la durée.

La *marche* de l'albuminurie diphtérique est *essentiellement capricieuse* : c'est là un de ses grands caractères et un bon argument en faveur de son origine toxique. Elle peut affecter plusieurs modes :

a. Le plus souvent elle est *continue*, *permanente*, mais elle peut être *intermittente;*

b. Elle peut être *régulière* ou *variable*.

Régulière, elle décroît régulièrement à partir du moment où elle apparaît : A. *régulièrement décroissante*; ou au contraire croît d'abord jusqu'à un maximum pour décroître ensuite; A. *régulièrement croissante, puis décroissante*.

Sous le nom d'*albuminurie variable*, on étudie « les cas où l'albuminurie a des variations brusques, tellement que, d'un jour à l'autre, on trouve dans la recherche de l'albumine des différences énormes » (Barbier).

Ces variations s'observent surtout dans les albuminuries abondantes, au-dessus de 4 grammes, et le mieux entre 6 et 12 grammes. C'est dans ces cas que l'on peut voir l'albumine passer d'un jour à l'autre, d'un moment à l'autre, de 6, 8, 10 grammes à quelques centigrammes ou inversement. On peut étudier trois formes de cette *albuminurie variable* :

a. *Albuminurie variable proprement dite* (Barbier). — La quantité d'albumine passe par des alternatives brusques, successives, irrégulières.

b. *Albuminurie cyclique en plateau*. — L'albumine est très abondante d'emblée, et demeure pendant

quelques jours sans grandes variations en plus ou en moins; puis, au bout d'un temps variable, ordinairement entre le cinquième et le huitième jour, tombe brusquement à 2 grammes, 1 gramme, 0g50, pour disparaître ensuite progressivement.

c. *Albuminurie terminale* (Barbier). — L'albumine qui jusque-là était en quantité moyenne ou faible, monte rapidement ou brusquement à 9 grammes, 10 grammes ou plus, cependant que l'urine diminue, diminution pouvant aller jusqu'à l'anurie. Ces cas se terminent le plus souvent par la mort.

Symptômes concomitants. Complications — En général, l'albuminurie diphtérique est *isolée*, c'est-à-dire qu'elle ne s'accompagne que rarement des accidents d'origine rénale dont se compliquent souvent les albuminuries infectieuses, celle de la scarlatine surtout.

Les *œdèmes* sont *rares*. Demme, Bartels, Kardel (de Kiel) cependant considéraient « l'anasarque, l'hydropisie des cavités séreuses et l'anurie » comme fréquentes. Mais Homolle les regarde comme rares, et pense qu'il s'agit de diphtéries secondaires à la scarlatine. Wade n'en signale aucun cas. Pour Germain Sée ils sont rares. Pour Trousseau ils existent dans 1/20 des cas. Pour Sanné dans 7/224 cas. Cadet de Gassicourt en signale 12/528 cas.

Ces œdèmes, d'après Sanné, ne se montreraient guère avant le cinquième jour. Ils peuvent être localisés, à la face surtout, ou généralisés sous forme d'anasarque, très graves alors. Sanné rapporte un cas d'œdème de la glotte qui simula le croup et nécessita la trachéotomie. Moizard signale un cas d'œdème du poumon avec mort. Ces cas sont exceptionnels.

L'*urémie* est plus exceptionnelle encore. Elle peut se manifester sous forme comateuse ou sous forme éclamptique. Sanné en signale un seul cas, avec accidents cérébraux graves, troubles visuels, convulsions, mort, et à l'autopsie, œdèmes des méninges et des ventricules. Moizard en rapporte un avec mort aussi, Cassel en signale deux autres; Cadet de Gassicourt, trois. Ces accidents sont généralement accompagnés d'une diminution progressive de la quantité des urines qui peut aller jusqu'à l'anurie (Goodall). Barbier discute l'origine rénale de ces accidents et pense qu'il pourrait s'agir de phénomènes purement toxiques. Furbringer les considère comme des erreurs d'interprétation.

On peut se demander le pourquoi de cette rareté des accidents rénaux dans l'albuminurie diphtérique. Johnson [qui la constatait en 1875 (*The Lancet*)] pensait devoir l'attribuer à l'intégrité de la peau, altérée au contraire dans la scarlatine. Sanné, nous l'avons vu, en voyait la cause dans la prédominance des lésions rénales d'un côté, un rein suppléant l'autre. Il semble bien, en réalité, que la vraie cause soit dans le *peu de fréquence de la néphrite aiguë diphtérique vraie, grave*, les lésions restant le plus souvent légères. La *néphrite aiguë* à lésions profondes est en effet assez rare dans la diphtérie. On l'observerait, d'après Hénoch, dans 2 p. 100 des cas en moyenne. Elle se manifeste par les symptômes communs des néphrites aiguës infectieuses.

La *néphrite chronique* est plus rare encore, bien que des cas en aient été signalés par Lécorché et Talamon, par Guinon, par Deguy et B. Weill.

L'expérimentation (Roux, Enriquez et Hallion, Claude) tendrait cependant à montrer que la néphrite chronique n'est pas aussi rare que la clinique semble l'indiquer. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 MAI 1909)

La fulguration dans le traitement du cancer. — La fulguration aurait-elle vécu? On serait tenté de le croire après cette séance et surtout après la communication qu'y a faite M. RICARD. Il a expérimenté la fulguration d'octobre 1908 à avril 1909; 37 malades ont été traités par lui, avec l'assistance de M. Bizard dont on connaît la compétence en matière d'électricité. Les observations ont été prises avec toute la rigueur désirable. On s'est toujours servi des mêmes appareils de Keating Hart, on a suivi la même technique. Les tumeurs ont toutes été examinées au microscope. Des photographies ont été prises avant et après l'intervention. Les opérés qui ont succombé ont tous été autopsiés. Les autres ont été suivis pendant plusieurs mois; les dates des récidives ont été soigneusement notées. En un mot, M. Ricard a pris toutes les mesures, toutes les précautions possibles pour que ses observations présentent une rigueur scientifique absolue. Nous nous trouvons donc en présence de documents d'une réelle valeur.

Il ne s'agit, bien entendu, dans ces faits que de tumeurs malignes. M. Ricard s'empresse d'ajouter que parmi ces faits il en est un certain nombre qui, au point de vue purement chirurgical, auraient été considérés comme inopérables.

Ces 37 cas se divisent ainsi : 16 tumeurs de la face, 12 du sein, 4 de la langue, 2 des membres, une du tronc, 2 de l'utérus et du vagin.

Or sur ces 37 opérés 10 sont morts. Tout en tenant compte des cas très graves qui eussent probablement succombé sans la fulguration, il est hors de doute, pour M. Ricard, que plusieurs de ces décès doivent être imputés à la fulguration. Pour ce qui est, en particulier, des tumeurs du sein, plusieurs des opérées ont succombé qui, certainement, après l'opération simple, auraient survécu.

M. Ricard fait connaître quelques-unes de ses observations.

Dans certains cas, la fulguration a pour résultat une rapidité extrême de la cicatrisation, une véritable fougue de cicatrisation. Dans d'autres, elle amène, au contraire, un retard considérable de cette cicatrisation.

De ces faits, M. Ricard croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les cas inopérables avant la fulguration, restent toujours inopérables aujourd'hui comme avant;

2° Les cas moyens, justiciables de l'exérèse chirurgicale, sont aggravés par la fulguration;

3° Le pourcentage des récidives est déjà, après six mois, de même qu'il serait, sans la fulguration.

Dans ces conditions, la conclusion s'impose, dit M. Ricard.

M. SOULIGOUX a fait pratiquer 12 fois la fulguration. Parmi ces 12 cas, il en est 10 qui étaient des cancers et 2 des ulcères simples de jambes; dans plusieurs de ces cas, M. Souligoux a été frappé de la rapidité de la cicatrisation. Dans un cas

où la fulguration n'avait porté que sur la moitié de la tumeur, M. Souligoux comme M. Ricard a constaté tantôt une véritable fougue, tantôt un retard de la cicatrisation. Il a tenté la fulguration sur six cas de cancers utérins inopérables, cinq ont déjà récidivé. Chez une de ces malades il s'est fait un écoulement extrêmement abondant de liquide non toxique. En résumé M. Souligoux, après les résultats qu'il a constatés, ne se servira plus de la fulguration.

M. Faure a eu recours 20 fois à la fulguration, chez des malades se trouvant aux limites de l'opérabilité. Sa première impression est que, généralement, elle hâte la cicatrisation des plaies ; ainsi chez une malade qui présentait un ganglion axillaire, ce ganglion cancéreux a été calciné. Il y a eu une récidive qui a nécessité une opération considérable, ablation de ganglions axillaires, sus-claviculaires, résection de la clavicule, résection de la veine axillaire, du plexus brachial, opération démesurée, fulguration par M. Keating Hart, phénomène de gangrène des doigts, désarticulation du bras ; plaies laissées largement ouvertes ; après six jours travail de bourgeonnement, après trois semaines fermeture presque complète. Cette cicatrisation extraordinaire est bien due à la fulguration.

D'un autre côté, elle a l'inconvénient d'allonger les opérations, d'augmenter les chances de schock, de faciliter parfois les fautes contre l'asepsie. M. Faure a cru constater, toutefois, quelques résultats et il a une certaine tendance à continuer l'expérimentation.

Incisions dissimulées. — M. Morestin nous présente deux opérées très intéressantes, l'une d'une tumeur de la parotide, l'autre d'une tumeur de la fente sous-maxillaire, à l'aide d'incisions tellement bien dissimulées qu'on ne trouve chez elles aucune trace apparente de ces opérations.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN MÉDECIN CONDAMNÉ POUR CERTIFICAT DE COMPLAISANCE

Un ouvrier accidenté touchait, grâce à un certificat médical, son demi-salaire chez un patron, et était embauché chez un autre.

Le médecin signataire du certificat médical a été déféré aux tribunaux et vient — bien qu'il ait protesté énergiquement de sa bonne foi — d'être condamné, pour complicité d'escroqueries par certificat médical de complaisance, à trois mois de prison et 100 francs d'amende et un an d'interdiction de la profession de médecin.

Voici, d'après le *Temps*, les attendus du jugement :

« Attendu que, depuis l'application de la loi sur les accidents du travail, le médecin s'est vu attribuer un rôle particulièrement important; que, pour permettre aux tribunaux de déterminer la nature et la durée des incapacités de travail, le législateur a cru pouvoir, à juste titre, s'en rapporter à la conscience, maintes fois éprouvée, du corps médical; mais que pour répondre à la confiance qui leur est ainsi témoignée, les médecins doivent, dans l'exercice de cette mission délicate, s'entourer de précautions sévères;

Attendu que si, malgré sa prudence, le médecin se laisse tromper ou se trompe involontairement, son erreur peut être excusable, mais qu'il ne saurait en être de même quand les attestations qu'il formule sont contredites par des faits matériels qui excluent toute possibilité d'erreur; que de pareilles constatations ne peuvent s'expliquer que par la fraude; qu'il en est ainsi spécialement quand, malgré la résistance du médecin d'un chef d'entreprise, le médecin de l'ouvrier persiste à attester par des certificats nombreux et répétés, conçus toujours dans les mêmes termes, intentionnellement vagues ou imprécis, l'invalidité d'un homme qui, en fait, travaille sans interruption depuis trente jours, et qui, à raison de la nature même du traumatisme dont il a été atteint, ne pourrait se livrer à un travail régulier s'il n'était guéri.

Attendu que la mauvaise foi du docteur X... apparaît ainsi des circonstances de la cause. »

L'ouvrier affirmait qu'il était encore malade lorsqu'il a été embauché, et que ses camarades avaient dû faire son ouvrage.

Il a été condamné pour escroqueries à deux mois de prison et 25 francs d'amende.

LE ZOUAVE JACOB POURSUIVI POUR EXERCICE ILLÉGAL SUR LA PLAINTE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE ET ACQUITTÉ

Le vieux guérisseur qu'est le zouave Jacob — il a aujourd'hui quatre-vingt-un ans — était, sur la plainte du Syndicat des médecins de la Seine, poursuivi devant la dixième chambre correctionnelle pour exercice illégal de la médecine.

Il vient, après plaidoirie de Me Rodanet, d'être acquitté par le jugement suivant :

« Attendu que Jacob est poursuivi pour avoir pris part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies; que revêtu d'une robe blanche, il se présente à ceux qui viennent le voir et fixe sur eux ses regards en invoquant des esprits qu'il qualifie de supérieurs ; qu'il ne pose aucune question, ne prescrit aucun régime et n'ordonne aucun remède ;

Qu'il passe entre les bancs sur lesquels sont assis les spectateurs, les touche légèrement à la main, reçoit d'eux l'offrande facultative qu'ils veulent bien lui donner et termine la séance en conseillant, d'une façon générale, de ne boire ni vin ni alcool, de ne consommer que des végétaux et de ne se servir d'aucun médicament ;

Qu'en donnant ces conseils d'une façon uniforme et sans se préoccuper du genre de maladie de ceux qui l'écoutent, Jacob ne prend pas part au traitement des maladies ;

Que dans le dernier état de la jurisprudence, il n'y a pas violation de la loi du 30 novembre 1892, lorsqu'une personne cherche à soulager des maladies en ne faisant exclusivement appel qu'à un secours surnaturel et sans employer aucun procédé thérapeutique... »

Le Syndicat des médecins de la Seine, qui s'était porté partie civile et pour lequel se présentait Me Geoffroy, est débouté de son action et condamné aux dépens.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de chirurgie d'urgence (1), par Félix Lejars, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de la Société de chirurgie.

« Ceux-là même qui ne sont pas ouvriers doivent être instruits des détails de l'ouvrage » : telle a été la pensée directrice de l'auteur dans la conception et l'exécution du *Traité de chirurgie d'urgence* ; c'est dans le même esprit que l'ouvrage a été remanié aux éditions successives. Il a pour but l'étude générale des indications, qui doivent être connues de

(1) Grand in-8 de VIII-1185 pages, avec 994 figures dans le texte et 20 planches hors texte, relié toile (6e édition entièrement refondue). — Prix : 30 francs. — Paris, Masson et Cie.

tous, et la description minutieuse, d'une part, des opérations qui exigent une expérience et une installation « professionnelles », d'autre part, des interventions que tout praticien pourrait et devrait faire, en cas de nécessité absolue, et des manœuvres de tamponnement, d'extraction de corps étrangers, de cathétérisme, de réduction, etc., qui sont d'usage courant.

Chaque édition est, tout au long, reprise, modifiée, améliorée, transformée. On trouvera, dans celle-ci, des chapitres nouveaux sur les *abcès du médiastin*, les *plaies et ruptures du pancréas*, les *corps étrangers de l'estomac*, l'*hématocolpos*, les *amputations d'urgence*. Ce dernier chapitre est tout spécialement à noter : il ne comporte point un exposé didactique des multiples procédés de médecine opératoire ; mais, sans insister sur les détails d'exécution, l'auteur indique et figure, pour chaque segment des membres, les modes d'exérèse, souvent atypiques, et qui s'accommodent le mieux aux nécessités locales, dans les cas d'urgence, et à la confection d'un moignon utilisable. Quant aux ligatures d'artère, celles qui s'imposent le plus souvent, en pratique, sont indiquées et représentées au cours de l'ouvrage.

De nombreux chapitres ont été singulièrement étendus ou remaniés, et spécialement ceux qui ont trait aux *coups de feu de l'oreille* ; à la *mastoïdite* (thrombose du sinus) ; aux *plaies de poitrine* ; aux *plaies de l'uretère* ou aux *modes de réunion* ou d'*anastomose de l'uretère divisé* ; aux *luxations* et *fractures du carpe*. Du reste, le chapitre des fractures, de leurs divers types, de leurs modes de réduction et de traitement a été l'objet, cette fois encore, d'additions nombreuses et d'une revision détaillée.

La *sixième édition* comporte 90 figures nouvelles ; le nombre total en est de 994, auxquelles s'ajoutent 20 planches hors texte; l'illustration, dans un livre de ce genre, n'est nullement « décorative » : elle parle et enseigne, pratiquement, comme le texte lui-même. A part quelques rares figures d'instruments, toutes celles du *Traité de chirurgie d'urgence* sont originales, longuement étudiées et préparées, et font partie intégrante de la description.

Malgré ces additions, auteur et éditeurs se sont attachés, par des réductions appropriées et par l'ordonnance du texte, à ne grossir que le moins possible le volume.

Dans sa forme nouvelle, sous son élégante couverture, le *Traité de chirurgie d'urgence* se présente toujours jeune et toujours en progrès, comme la chirurgie elle-même.

L. GAYARD.

Cliniques de la Charité sur la chirurgie journalière (1), par M. Paul Reclus.

Tout en ne ménageant pas notre admiration aux hardiesses chirurgicales modernes, tout en louant nos jeunes chirurgiens de leur souci constant d'aller toujours de l'avant, de chercher à faire mieux et plus que leurs devanciers, nous trouvons qu'il est bon parfois aussi de porter notre attention sur des œuvres de pratique journalière, dont le but principal est d'instruire nos jeunes confrères, de les mettre à même de se débattre pour le mieux au milieu des difficultés de toutes sortes de la profession, de les bien imprégner de cette notion que l'art chirurgical ne consiste pas seulement dans l'acte opératoire et qu'il y a parfois plus de mérite à « sauver difficilement un membre qu'à l'amputer brillamment ».

Tel est le but très louable du quatrième volume des *Cliniques de la Charité* que vient de faire paraître M. Reclus.

Ainsi qu'il le dit lui-même, « les cas s'imposent et ne se choisissent pas ». C'est donc l'étude des faits qui se présentent au jour le jour, que traite, dans ses leçons, l'éminent et digne successeur des Velpeau, des Gosselin, des Trélat et des Tillaux.

Ce nouveau volume contient neuf chapitres comprenant chacun plusieurs leçons. Un premier chapitre est consacré à des questions de pathologie générale et le dernier à la question, très actuelle, très préoccupante pour les jeunes praticiens, des accidents du travail. Les chapitres intermédiaires ont trait à l'étude des affections chirurgicales des diverses régions du corps, depuis la tête et le cou jusqu'aux membres inférieurs.

Ce qui rend particulièrement attachante la lecture des œuvres de M. Reclus, c'est que, quel que soit le sujet qu'il traite, qu'il décrive un symptôme comme la fluctuation, qu'il étudie un nouveau mode d'anesthésie locale comme la stovaïne, l'emploi de l'eau chaude en chirurgie, les blessures par balles de revolver, le traitement des brûlures, le pronostic du cancer, les abcès chroniques, etc., il y apporte toujours sa note personnelle, formule sur chaque sujet son opinion propre, bien arrêtée et éclaire ses observations d'exemples et d'anecdotes racontées toujours avec esprit et bonne humeur.

Il y aurait des pages entières à citer, mais, la place nous manquant, nous nous bornerons à analyser en quelques mots le dernier chapitre relatif aux accidents du travail.

Le médecin étant « le pivot de son application » on conçoit tout l'intérêt de cette question pour les jeunes et même pour les vieux praticiens qui ont besoin de connaître la loi et de parer à toutes les difficultés de son application.

Il ne s'agit pas seulement pour le médecin, dans l'espèce, de donner des soins à un blessé ; il doit aussi dresser un certificat d'origine, servir de conseil au sinistré ou à la compagnie d'assurance; il est commis par la justice pour régler la question de demi-salaire, les notes médicales et pharmaceutiques, pour déterminer la gravité des blessures, la durée d'incapacité de travail.

M. Reclus, dont la compétence est grande en ces matières, comme expert devant les tribunaux, passe en revue tous ces côtés différents du rôle du médecin : certificats d'expertise, rédaction des rapports, évaluation des incapacités, l'état antérieur dans les accidents du travail, les accidents du travail et la tuberculose, toutes ces questions sont passées au crible d'un examen et d'une discussion des plus serrés. Il y a certaines conclusions sur lesquelles on pourra différer d'opinion avec M. Reclus, mais pour la grande majorité des cas, il faut reconnaître qu'il apporte, dans ses jugements, la plus parfaite équité.

Un chapitre manque à l'étude pourtant si consciencieuse de M. Reclus sur les accidents du travail. C'est celui qui vient d'être traité à la Société de chirurgie, le chapitre des psychoses traumatiques. Cela prouve que le sujet est loin d'être épuisé et qu'il y a encore beaucoup à apprendre sur cette question si complexe des accidents du travail.

Le grand mérite de l'œuvre de M. Reclus est d'être conçue dans un esprit d'utilité réelle pour les élèves et les praticiens et d'être écrite dans ce style clair et châtié qui est la marque de l'auteur.

BROCHIN.

(1) Un vol. grand in-8°, de 11-613 p., avec fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

FORMULAIRE

LEUCORRHÉE

Injections émollientes de 2 litres, ou injection avec un demi-verre d'eau oxygénée pour 2 litres d'eau.

Soigner les lésions, pansements tous les deux jours avec :

Thigénol...............	50 grammes.
Glycérine neutre........	100 —

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

FALSIFICATIONS MÉDICAMENTEUSES

Les phénomènes d'intolérance et les accidents toxiques dont on accuse bien des médicaments n'ont le plus souvent d'autre cause que les falsifications dont ces médicaments sont l'objet. Plus leur prix commercial est élevé, et plus fréquentes sont les fraudes.

Entre autres exemples, mentionnons celui du sirop d'ipéca qui, administré à dose thérapeutique, n'avait jamais causé jusqu'ici le moindre méfait. Or, cette innocuité a disparu depuis que la racine d'ipéca a subi une hausse sensible. La preuve en est dans un cas d'intoxication particulièrement grave, observé par M. Chevalier chez un nourrisson de dix mois (*Soc. de thérap.*, fév.). Le sirop incriminé contenait de l'émétique, d'où la recommandation faite par M. Chevalier de prescrire de préférence l'ipéca en poudre, afin d'éviter toute fraude.

Les iodures, les bromures et bon nombre d'alcaloïdes sont également l'objet de maints griefs de la part des praticiens. La théobromine, en particulier, est journellement accusée de déterminer des céphalées, de l'excitation cérébrale et des troubles digestifs divers. Or, les recherches de M. Huchard ont permis de rattacher la cause de ces accidents toxiques à l'*adultération fréquente de la théobromine par des produits impurs.* « Le médicament, dit-il, ne donne lieu à des vomissements ou à des troubles gastriques que dans les cas où il est falsifié » (*Journ. des prat.*) et plus loin : « Si, dans certains cas, la théobromine n'augmente pas considérablement la diurèse, ou si elle a été accusée de provoquer certains accidents toxiques, c'est qu'en raison de l'élévation de son prix et de sa provenance de l'étranger, elle est souvent adultérée. »

C'est pourquoi les préférences de M. Huchard, aujourd'hui partagées par tous les praticiens, vont à la *santhéose*, produit français, d'une irréprochable pureté : si remarquable est sa tolérance, si constante son efficacité, qu'elle fournit les résultats les plus nets là même où a échoué la théobromine.

Rappelons que la *santhéose* se présente en boîtes de 24 cachets (ceux-ci ayant la forme d'un cœur) et qu'elle se prescrit à la dose de 1 à 4 cachets par jour.

Détail qui a son importance, le prix de la spécialité est sensiblement moins élevé que celui des produits similaires, le prix de chaque cachet revenant environ à 0f20.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Medical Record. — (Vol. LXXIV, n° 23, 5 déc. 1908.) A. D. Rockwell : La neurasthénie vraie et son traitement. — Sinclair Tousey : Les rayons ultra-violets et la haute fréquence dans le traitement de la neurasthénie. — W. J. Lederer : Les soins de la bouche pendant le premier âge et l'enfance. — (N° 24, 12 déc.) Victor G. Heiser : Le problème de la tuberculose aux Philippines et l'élimination des parasites de l'intestin comme première étape de sa solution. — Charles Prevost Grayson : Les névroses du nez. — (N° 25, 19 déc.) Winfield Scott Schley : L'anesthésie locale dans la grande chirurgie avec indications spéciales sur les opérations abdominales. — Richard H. Hutchings : La tuberculose dans les hôpitaux d'aliénés. — Benjamin T. Tiltons : Caractères diagnostics des ulcères perforants de l'estomac et du duodénum. — (N° 26, 26 déc.) Maurice Fishberg : La tuberculose chez les Juifs. — William F. Waugh : La morphinomanie. — Anthony Bassler : Le diagnostic précoce du carcinome gastrique. — Henry Hubbard Pelton : Prophylaxie des hémorragies pendant les opérations sur le nez et la gorge. — (Vol. LXXV, n° 1, 2 janv. 1909.) Royal Whitman : Nouvelles observations sur les lésions du col du fémur chez les jeunes sujets. — Charles Graef : Les céphalalgies d'origine nasale et oculaire. — (N° 2, 9 janv.) C. L. Gibson : Embolie pulmonaire post-opératoire. — E. Wood Ruggles : Les anomalies congénitales du pénis et leur influence sur l'éclosion et la marche de la blennorragie. — R. M. Harbin : Méthode et résultats du drainage dans 22 cas d'abcès de l'appendice. — Léon Louria : L'éducation médicale en Russie. — (N° 3, 16 janv.) R. G. Eccles : Darwinisme et malaria. — Arnold Sturmdorf : L'opération immédiate et l'opération différée dans la grossesse extra-utérine. — Sidney Lange : Diagnostic précoce du rétrécissement de l'œsophage ; un nouveau signe de l'augmentation de la pression médiastinale. — (N° 4, 23 janv.) Fred. Whiting : Importance d'un bon drainage dans le succès opératoire des abcès du cerveau. — Alfred Wiener : Manifestations cliniques et anatomiques des abcès du cerveau. — James Spencer Brown : Sténose pylorique. — George Fetterolf : Symptomatologie de la tuberculose du larynx. — (N° 5, 30 janv.) Alexander Smith : La leucémie chez les sujets âgés. — James P. Warbasse : Quelques blessures fréquentes du coude. — George Dearborn : Psychologie médicale. — Albert H. Garvin : Quelques particularités du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — (N° 6, 6 fév.) Francis Walk : L'œil d'hier et celui d'aujourd'hui. — B. M. Baker : Grossesse interstitielle. — (N° 7, 13 fév.) J. H. Kellogg : La diète comme moyen d'augmenter la résistance vitale dans la tuberculose. — Johnson F. Erdmann : Cholécystectomie contre cholécystotomie. — Aspinwall Judd : Traitement de l'érysipèle au moyen de l'acide phénique et de l'alcool. — (N° 8, 20 fév.) John B. Deaver : Prostatectomie. — John Philipps : Un cas d'acromégalie avec thrombophlébite des veines superficielles ; étude des troubles cardio-vasculaires dans l'acromégalie. — E. M. Van Buskirh et Alfred Kane : Paramyoclonus multiplex (Friedreich), relation d'un cas. — (N° 9, 27 fév.) Simon Baruch : L'eau comme agent thérapeutique. — Myer Solis Cohen : Coagulabilité du sang dans la tuberculose pulmonaire. — William Leszynsky : Traitement des malades atteints d'hémiplégie résultant d'une apoplexie cérébrale. — Eugène Saint-Jacques : Tuberculose du sein. — Mark I Knapp : Achylie gastrique et insuffisance pylorique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 11, 16 mars 1909.) Moro, Noda et Benjamin : Hémoglobinurie paroxystique et hémolyse *in vitro*. — Kochmann : Influence de l'alcool sur l'organisme à jeun. — Beckers : Sur le séro-diagnostic de la syphilis. — Huismans : Sur la bradycardie et le syndrome de Stockes-Adams. — Raab : Sur la question de la dilatation aiguë du cœur par surmenage. — Rieck : Sur une forme encore inconnue d'aménorrhée d'origine mécanique et sur son traitement opératoire. — Trautmann : Expériences sur le traitement des affections du cou, du nez et des oreilles par la pyocyanase. — Stursberg : Un appareil pour la fixation graphique de la pression sanguine. — Galli : La nature de l'alternance cardiaque. — Hering : Sur l'insuffisance mitrale alternante

et la nature de l'alternance cardiaque. — DEUTSCHMANN : Sur le dosage de mon sérum polyvalent dans les affections générales comme dans les affections oculaires. — GRŒDEL : La fonction péristolique de l'estomac aux rayons Röntgen. — (N° 12, 23 mars.) LEXER : Sur le traitement des fractures des os. — UFFENHEIMER : Pourquoi le sérum de Behring ne réussit-il pas dans certains cas? — KÖNIGER : Sur les épanchements pleuraux séreux stériles dans l'empyème pleural et les abcès du poumon. — EHRET : Sur une méthode simple de fixation de la pression sanguine diastolique. — MADER : Sur le traitement par les rayons Röntgen des néoplasmes malins des voies respiratoires supérieures. — AGÉRON : Sur la technique et les indications du lavage de l'estomac. — BACTAN : Sur l'influence de la source de Durckeim sur la croissance des lapins. — LANGEMAK : Un appareil d'éclairage mobile. — HOLZAPPEL : Une balance à nourrissons simple. — SCHUM : Recherche clinique du sang dans les fèces. — GEHRMANN : Recherche clinique du sang dans les fèces. — HUISMANS : Sur la bradycardie et le syndrome de Stockes-Adams.

Policlinico. — *Section chirurgicale.* (Mars 1909, fasc. 3.) Luigi FIORI : Les tumeurs parapharyngiennes ou rétro-pharyngiennes de Busch. — Antonio AUDO : Altérations anatomiques et histologiques observées dans un cas d'arthrite déformante du genou. — Luigi BOBBIO : Contribution à l'étude de la tuberculose primitive des muscles striés. — Prof. E. BERTARELLI et L. BOCCHIA : La stérilisation du catgut. — *Section médicale.* (Avril, fasc. 4.) Alfredo BADUEL : Pathogénie de certaines cirrhoses du foie, avec considérations particulières sur les altérations hépatiques dans la maladie de Pick. — Tommaso CAPPARELLO : Contribution clinique à l'étude des oscillations du phénol dans les urines au cours de certaines affections de l'appareil digestif et des glandes annexes. — Achille CAPOGROSSI : Effets sur le rein de la piqûre du quatrième ventricule cérébral. — *Section chirurgicale.* (Avril, fasc. 4.) Paolo ALESSANDRINI : Contribution expérimentale et histologique à l'étude des anastomoses nerveuses. — Ferruccio RAVENNA : Contribution à l'étude des sarcomes du pancréas. — Arnaldo MALAN : Tumeur kystique du pancréas. — Prof. Francesco MASTROSIMONE : La hernie vésicale. Contribution clinique et expérimentale à la pathogénie, à l'anatomie pathologique et à la thérapeutique de la cystocèle. Sept cas de hernie vésicale opérés et guéris. — *Section médicale.* (Avril, fasc. 5.) S. MANCINI : Syndromes toxiques et exposants urinaires non dialysables à propos de la façon dont se comporte le contenu non dialysable des urines dans l'urémie, dans la néphrite soumise aux différents régimes (carné et lacté) et dans un cas de péritonite par perforation. — O. PINI : Le pouvoir hémolytique du venin de l'arachnide « latrodectes terdecim guttatus » et les lésions histologiques qu'il produit dans le système nerveux central. — Achille CAPOGROSSI : Effets produits sur le rein par la piqûre du quatrième ventricule cérébral (*suite*). — Giacinto FORNACA : Les hématoblastes du sang dans l'infection malarienne.

Presse médicale. — (N° 28, 7 avril 1909.) Ch. RICHET : Rôle du système nerveux dans les phénomènes de l'anaphylaxie aiguë. — CHAMBELLAND : Le traitement des méningites cérébro-spinales épidémiques. — G. BILLARD : Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations de poussières de verdet. — (N° 29, 10 avril.) A. LAVERAN : Leishmanioses. — P. HARDOUIN : Drainage du creux poplité dans l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. — (N° 30, 14 avril.) KLIPPEL et E. CHABROL : Néphrite traumatique avec œdème unilatéral et lésions secondaires du rein opposé. — J. DOCHE : L'évolution en général des plaies pénétrantes de l'abdomen par petits projectiles de guerre. — R. DE GAULEJAC : Essais d'une nouvelle méthode thérapeutique. — G. LOYGUE : Infection syphilitique ou intoxication mercurielle. — J.-A. RIVIÈRE : A propos du traitement du cancer par la fulguration. — (N° 31, 17 avril.) J. CASTAIGNE : La dégénérescence amyloïde des reins. Sa conception pathogénique pratique. — G. DROMARD et Mlle PASCAL : Valeur séméiologique de l'apraxie. — (N° 32, 21 avril.) QUÉNU : De l'orchi-épididymite au cours des staphylococcémies. — J.-A. SICARD : Diagnostic des névralgies faciales. — André BERGERON : Les corps immunisants de Carl Spengler.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 16, 17 avril 1909.) E. PISTRE : Tumeur tuberculeuse diffuse du temporal prise pour un sarcome. Cure radicale, guérison. Mort ultérieure par tuberculose pulmonaire.

Revue de médecine. — (N° 4, 10 avril 1909.) BERNHEIM : Conception pathogénique des états dits neurasthéniques, psychasténiques, psycho-neurasthéniques liés à une dyscrasie toxique souvent constitutionnelle et native. — L. JACQUET et JOURDANET : Etude étiologique, pathogénique et thérapeutique de la migraine. — S. HEITZ et HARANCHIPY : De l'absence du signe d'Argyll chez certains tabétiques. — E. GUDER et R. DUFOUR : De la pathogénie et de l'importance séméiologique de la paralysie récurrentielle, à propos de 79 observations personnelles. — LAIGNEL-LAVASTINE : Les troubles psychiques dans les syndromes parathyroïdiens. — G. SARDOU : Discordances et dissociations fonctionnelles dans l'évolution morbide des états thyroïdiens.

Revue médicale de l'Est. — (N° 7, 1er avril 1909.) BASEIL : Deux accouchements à terme suivis d'inversion totale de l'utérus. Une mort; une guérison. — H. VAIVRAND : Métaux colloïdaux.

Semaine gynécologique. — (N° 15, 13 avril 1909.) R. PICHEVIN : De la tuberculose génitale latente. — (N° 16, 20 avril.) PICHEVIN : A propos du centenaire de l'ovariotomie.

Tribune médicale. — (N° 15, 10 avril 1909.) Ignace L. YMAZ, APPHATIE et Emile LORENTZ : Sur l'existence d'anticorps spécifiques dans l'hydatitose et son application au diagnostic. — (N° 16, 17 avril.) G. SAINT-PAUL : L'aphasie de Broca. Existe-t-il des centres d'images verbales ?

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 10, 11 mars 1909.) ALBRECHT : Sur la tuberculose de l'enfance. — POSSEK : Une conjonctivite grippale. — HECHT : Simplification de la réaction de fixation du complément dans la syphilis. — KROKIEWICZ : Sur le traitement de la tuberculose. — (N° 11, 18 mars.) BIEDL et KRAUS : Etudes expérimentales sur l'anaphylaxie. — SALZER : Sur la question de la transplantation du corps thyroïde. — PROFANTER : Sur l'appendicite, la pseudo-appendicite nerveuse et les affections annexielles au point de vue diagnostique. — (N° 12, 25 mars.) WIESEL : Etat actuel de la question de l'artério-sclérose et de son traitement médicamenteux. — POSSEK : Les troubles du cristallin se laissent-ils influencer par l'organothérapie ? — GAISBÖCK : Observations sur la trichinose. — STERN : Transformation des terreurs nocturnes en attaques épileptiques. — (N° 13, 1er avril.) ROTHBERGER : Sur l'électro-cardiogramme. — SCHERBER : Traitement par vaccination de l'acné vulgaire et index opsonique. — ZADRO : Expériences avec la narcose par scopolamine, morphine et inhalation. — WIESEL : Etat actuel de la question de l'artério-sclérose et de son traitement médicamenteux (*suite*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH 819 52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Deuxième épreuve clinique.* — Séance du 28 mai : MM. Schwartz, 18 ; Cauchoix, 19 ; Chifoliau et Chevassu, 17.
— Sont nommés chirurgiens des hôpitaux : MM. Chevassu et Schwartz.

FACULTÉ DE PARIS. — Concours pour le clinicat. — Un concours pour des emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le 23 juin 1909, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu à la nomination, pour le clinicat médical, d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 16 juin 1909. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour les autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Montpellier. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale sera ouvert le lundi 28 juin 1909.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, jusqu'au vendredi 25 juin, à quatre heures du soir.

En se faisant inscrire les candidats déposeront :

1° Leur diplôme de docteur;
2° Leur acte de naissance.

La durée de ces fonctions est de trois ans.

Le titulaire entrera en fonctions le 1er novembre 1909 et recevra un traitement annuel de 1 200 francs.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 26 mai 1909 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Bayvel, affecté aux salles milit. de l'hosp. mixte du Havre; Prieur passe aux salles milit. de l'hosp. mixte du Havre.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Albouze, passe au 59e d'inf.; Coupry, affecté à l'hôpit. de Bordeaux; Gauran, passe au 10e d'inf.; Bachon, désigné récemment pour le 26e d'art., et maintenu provisoirement aux hôpit. de la division d'Alger (Casablanca).

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Guth et Talpin passent aux hôpit. de la division d'Alger.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Sorlat, passe au 115e d'inf.; Labastie, au 26e d'art.; Dumas, au 25e d'inf.

ŒUVRE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE. — Voyage d'études médicales de 1909. — Le voyage d'études médicales E. M. I. 1909 aura lieu du 28 juillet au 16 août à travers l'Angleterre, l'Écosse et l'Irlande.

Itinéraire : Londres, Oxford, Cambridge, Sheffield, Manchester, Edimbourg, Trossachs (excursion aux lacs écossais), Glasgow, Belfast, Dublin, Liverpool, Bristol, Londres.

Concentration à Paris. Dislocation à Londres, d'où l'on pourra revenir à son gré avec des coupons de retour facultatifs.

S'adresser pour tous renseignements au siège de l'Œuvre, 12, rue François-Millet, Paris, XVIe, le mercredi et le samedi matin de dix à onze heures (ou sur rendez-vous).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bourneville.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le docteur Deny commencera le dimanche 6 juin, à dix heures un quart, une nouvelle série de conférences cliniques sur les maladies mentales et les continuera les dimanches suivants à la même heure (division Rambuteau).

HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER (PAS-DE-CALAIS). — Cours d'été. — Douze leçons sur la tuberculose des os et des articulations par MM. les docteurs Ménard, chirurgien en chef, Calvé et Andrieu, chirurgiens assistants.

Ces leçons auront lieu du 2 au 12 août 1909. Elles seront accompagnées de présentations de malades et de démonstrations pratiques (appareils plâtrés, traitement des abcès). Etudes de pièces anatomiques et de radiographies.

Prix du cours : 50 francs.

Se faire inscrire par lettre adressée au docteur Andrieu ou au docteur Calvé, Hôpital maritime, Berck-sur-mer.

CALCANÉOTOMIE VERTICALE POSTÉRIEURE

Datant de dix-neuf ans, pour une section ancienne du tendon d'Achille, avec écartement considérable des deux bouts du tendon divisé,

Par M. Antonin PONCET (1).

Les résultats opératoires éloignés offrent toujours de l'intérêt, surtout lorsqu'il s'agit d'opérations orthopédiques rarement employées.

Voici, à ce propos, l'histoire d'un malade que j'ai revu, examiné, fait radiographier, ces temps derniers, après avoir pratiqué chez lui, il y a *dix-neuf ans*, une opération alors nouvelle, opération qui n'a peut-être pas, que je sache, été pratiquée depuis. Dans tous les cas, je n'ai pas eu, en ce qui me concerne, l'occasion d'y recourir une seconde fois.

J'ai communiqué la première partie de cette curieuse observation au Congrès français de chirurgie de 1891 (2) et elle a été publiée *in extenso*, dans un mémoire original paru dans la *Revue d'orthopédie* du 1er juillet 1891, ayant pour titre : *De la mobilisation de quelques tendons par déplacement des saillies osseuses sur lesquelles ils s'insèrent. Autoplasties tendineuses, rotuliennes, par ostéotomie avec glissement* (3).

Chez le malade en question je m'étais trouvé en face d'un cas fort embarrassant de section ancienne du tendon d'Achille droit avec impossibilité complète de mettre en contact, par l'extension forcée du pied, les deux bouts du tendon divisé.

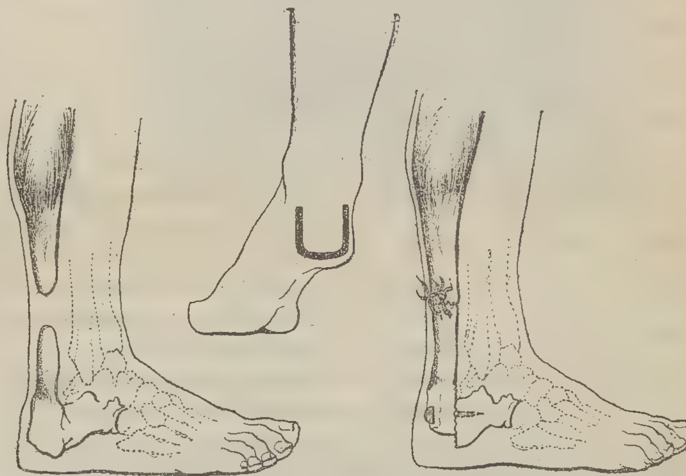
Je songeai alors à une intervention sanglante spéciale, dont je ne puis vous donner une meilleure idée, qu'en empruntant à la *Revue d'orthopédie* (loc. cit.) le paragraphe que voici :

« Au mois d'octobre 1890, entrait à l'Hôtel-Dieu, dans mon service (salle Saint-Joseph, n° 17), J. D..., cultivateur, âgé de vingt ans, porteur d'une section ancienne du tendon d'Achille droit, avec écartement considérable des deux bouts.

Ce jeune homme labourait, les jambes et les pieds nus dans ses sabots, lorsqu'il fut violemment frappé à la partie postéro-inférieure de la jambe droite. Le tranchant d'une bêche, qui reposait sur la terre, avait basculé sous son pied et, en se relevant, l'avait frappé à la partie inférieure de la jambe. La plaie, de 12 à 15 millimètres de longueur, à en juger par la cicatrice que l'on constatait, saigna peu, mais le blessé dut être transporté chez lui; il ne pouvait s'appuyer utilement sur le pied droit.

Après quelques jours de repos, la plaie était cicatrisée, mais la fonction restait aussi compromise que le premier jour. Lors de l'entrée de ce jeune homme à l'Hôtel-Dieu, on notait une section complète du tendon d'Achille droit, siégeant à 25 à 30 millimètres environ de son insertion calcanéenne. L'écartement des deux bouts du tendon sectionné augmentait naturellement avec la position du pied; mais, dans l'équinisme le plus prononcé, l'écart était encore, au moins, de 2 centimètres (fig. 1).

Parmi les divers procédés d'autoplastie tendineuse, aucun ne me paraissait pouvoir être employé avec succès, non seulement en raison de la distance qui séparait les deux bouts, mais encore de la nécessité d'avoir une soudure solide, pour assurer le bon fonctionnement du tendon, qui est essentiellement un *tendon de force*. Je résolus alors de mobiliser, par un trait de scie, l'extrémité postérieure du calcanéum, puis de le faire glisser de bas en haut, ce qui devait me permettre de remonter, à volonté, le bout inférieur du tendon.



1 2 3

Fig. 1. — *Schéma du tendon d'Achille anciennement coupé.*
Fig. 2. — *Tracé de l'incision opératoire.*
Fig. 3. — *Schéma du résultat opératoire immédiat.*

L'opération, réglée dans ses grandes lignes, comprit trois temps principaux :

Dans un premier temps, la face postérieure du calcanéum fut circonscrite par une incision postérieure en U (fig. 2) allant jusqu'au squelette, y compris le périoste. Un trait de scie vertical détacha une tranche osseuse postérieure de 8 à 10 millimètres d'épaisseur, que je remontai par en haut, après l'avoir complètement mobilisée par quelques coups de ciseaux. Je sectionnai aussi quelques bribes fibreuses qui s'opposaient à l'ascension facile du fragment sur lequel s'insérait l'extrémité tendineuse.

Dans un deuxième temps, une incision médiane, parallèle à la direction du tendon et répondant à l'écartement des deux bouts, permit de les aviver et de les réunir par deux points de suture à la soie.

Dans un troisième temps, je fixai au calcanéum, par un clou d'ivoire, la tranche osseuse déplacée (fig. 3).

La plaie étant pansée aseptiquement, le membre fut immobilisé par un bandage plâtré.

Trois semaines après l'opération, lorsque le premier pansement fut enlevé, le résultat cherché avait été obtenu. Les deux bouts du tendon étaient complètement réunis, le malade exécutait facilement les

(1) Communication à la Société de chirurgie, séance du 26 mai.

(2) *De la mobilisation de l'extrémité postérieure du calcanéen, calcanéotomie verticale avec glissement, dans les sections anciennes du tendon d'Achille avec écartement considérable des deux bouts.*

(3) Voir également Pécheux. *Nouveaux procédés opératoires : allongement des tendons par mobilisation de leur insertion osseuse et par incisions en accordéon.* Th de Lyon, 1891.

mouvements d'extension et, peu de temps après, il pouvait commencer à marcher.

Au dernier Congrès de chirurgie, j'ai communiqué cette observation, en même temps que le procédé opératoire dont je m'étais servi. J'entrerai aujourd'hui dans quelques détails complémentaires, en adaptant l'opération à d'autres lésions du même ordre.

Pour les ruptures, pour les sections plus ou moins anciennes du tendon d'Achille dans sa continuité, alors qu'il n'est pas possible, quelle que soit la position du pied, de mettre les deux bouts en contact, l'*ostéotomie verticale postérieure* du calcanéum me paraît indiquée. On peut ainsi gagner aisément, s'il y a lieu, 25 à 30 millimètres, la hauteur de la face postérieure de l'os étant, en moyenne, chez un adulte, de 35 à 40 millimètres. L'incision en U de la peau (fig. 2) sera exclusivement postérieure et n'empiétera pas sur le talon, pour éviter une cicatrice qui serait plus tard, de par son siège, soumise à des pressions. Située en dedans et en dehors, à égale distance du tendon d'Achille et des malléoles, elle remontera à 5 ou 6 millimètres au-dessus des bords interne et externe du calcanéum.

Il suffit de songer à la blessure en dedans de l'artère et du nerf tibial postérieur pour l'éviter. La peau incisée, le bistouri doit entamer jusqu'au périoste la couche cellulo-adipeuse sous-jacente, puis disséquer ce lambeau postérieur épais, jusqu'aux limites de la section de la peau. Cette dissection, sous forme de lambeau, est indispensable, car les adhérences de ces tissus avec le périoste, et, par cela même, avec le calcanéum, sont telles qu'ils suivraient le fragment inférieur dans son déplacement par en haut, créant ainsi, en bas, une large perte de substance cutanée. Le lambeau soulevé, et le périoste profondément incisé sur chacune des faces de l'os, avec la grande scie ordinaire, à lame fine ; on détache la face postérieure du calcanéum, par une section de bas en haut, en arrière, bien entendu, des insertions des muscles de la plante du pied. Cette tranche osseuse, de 6 à 8 millimètres d'épaisseur, n'est alors que très imparfaitement mobilisable par en haut. Son ascension est rendue difficile, sinon impossible, par des brides fibreuses qui unissent le tendon aux tissus voisins. Si l'on veut bien juger du degré de mobilité nécessaire, il faut, à ce moment, abandonner la plaie calcanéenne et se reporter au niveau de la section tendineuse.

On fait, dans cette région, une incision longitudinale parallèle au tendon dont le milieu répond à l'écartement des deux bouts. Cette incision, qui doit être *suffisante* dans ses dimensions pour permettre de voir nettement ce que l'on fait, conduit sur les extrémités tendineuses. Un gros fil de soie est placé dans chaque bout, à un centimètre au moins de leur extrémité. En exerçant des tractions plus ou moins fortes, on se rend bien compte des obstacles qui peuvent s'opposer à un rapprochement complet. Les brides qui résistent sont alors coupées avec la pointe des ciseaux, soit en dedans, soit en dehors ; cette libération est continuée jusqu'à ce que l'affrontement soit exact.

Avant de suturer, il faut aviver les extrémités tendineuses ; avec des pinces et de petits ciseaux, on enlève 1 à 2 millimètres de la surface de chaque moignon. J'ai pratiqué chez mon malade deux sutures avec des fils de soie tressée (n° 6). Je crois utile d'employer des fils d'un certain calibre et de les multiplier. De gros fils, aseptiques, jouent mieux, en effet, le rôle d'épine, de corps irritant, ils augmentent ainsi les propriétés *tendinoplastiques*, et, par leur disparition lente, contribuent à la consolidation du cal. J'ai, du reste, depuis longtemps, dans toutes mes opérations, abandonné le catgut, et je ne me sers que de la soie tressée, stérilisée, dont la résistance est considérable. Pour les sutures osseuses, je lui donne aussi la préférence sur les fils métalliques ; elle est non moins résistante, plus maniable. Dans les ligatures perdues, elle disparaît, à la longue, et ne constitue pas un corps étranger au même degré qu'un fil d'argent, par exemple.

Le fragment osseux, remonté plus ou moins haut, est ensuite fixé à la partie du calcanéum avec laquelle il se trouve en contact immédiat.

Pour ce faire, les surfaces s'appliquant intimement l'une contre l'autre, on peut employer, à peu près indifféremment, tel ou tel moyen. Chez mon malade, j'ai cloué le fragment avec une cheville d'ivoire, après avoir fait à la cheville son chemin avec un poinçon, traversant de part en part la tranche osseuse et pénétrant de 0m02 environ dans l'épaisseur du calcanéum. Si la résistance de l'os est considérable, ce qui est l'état normal pour un calcanéum sain, il est préférable de se servir d'un perforateur bien trempé, le poinçon court le risque de se briser dans le squelette. On peut encore maintenir en contact les deux portions osseuses par une suture latérale, à la soie, en dedans et en dehors. Des sutures complémentaires réuniront les bords du périoste et compléteront, s'il y a lieu, les moyens d'union, de même que la suture des tissus fibreux péri-tendineux, des débris de la gaine, assurera la formation d'un cal résistant.

Les lèvres des plaies cutanées sont réunies avec soin, et le pied étant placé dans l'extension, de telle sorte que les fils maintiennent l'adhésion, mais sans exercer aucune traction, le membre inférieur est complètement immobilisé avec un bandage plâtré, placé sur un pansement antiseptique épais. La guérison doit être, en effet, obtenue avec un seul pansement.

Chez mon opéré, étant sûr de l'asepsie, je n'ai placé aucun drain, mais si l'on avait, à cet endroit, la moindre crainte, il serait utile de drainer et de placer un drain d'os décalcifié dans la partie la plus déclive de la plaie.

L'opération a-t-elle été pratiquée suivant les règles de la chirurgie actuelle, on ne saurait mettre en doute la parfaite réunion des tissus divisés et déplacés. L'absence de toute infection met à l'abri de la mortification, et c'est merveille de voir des tissus, dont la vitalité semblait fort douteuse de par la torsion des vaisseaux qui les alimentent, de par leur isolement, se greffer, se souder, et continuer de vivre. Cette remarque s'applique plus particulièrement au squelette qu'aux parties molles, les greffes

osseuses à distance en témoignent, et si l'on devait mettre en doute la soudure rapide du fragment osseux détaché du calcanéum, je rappellerai, entre autres exemples démonstratifs, les réimplantations avec succès de rondelles osseuses enlevées par la trépanation. »

J'avais perdu de vue J. D..., qui habite à Pouilly-les-Feurs, petit village du département de la Loire, lorsqu'il vint me voir à l'Hôtel-Dieu, en juillet 1902, puis en février 1909; c'est-à-dire douze et dix-neuf ans après son opération. Il avait l'allure d'un vigoureux campagnard, il marchait comme tout le monde, et rien, dans sa démarche, ne laissait supposer une ancienne intervention chirurgicale sur le pied, sur le membre inférieur droit. Il se nomma alors, ou plutôt, car à dix-neuf ans de distance il ne m'était guère possible de le reconnaître, il m'indiqua l'opération que je lui avais faite, soulignant sa description par quelques mots touchants de reconnaissance.

Nous avons pu alors, séance tenante, examiner, tout à notre aise, le pied opéré, et recueillir, avec notre chef de clinique, le docteur Thévenot, des renseignements, complétés par la photographie et les radiographies ci-jointes.

A première vue, on ne constate pas de déformation du pied dans sa forme. La voûte et la face plantaire présentent les mêmes dispositions que du côté sain; l'examen des empreintes plantaires ne fait que confirmer cette opinion.

Du côté du talon on note les particularités suivantes, qui portent exclusivement sur la face postérieure du calcanéum et la moitié inférieure du tendon d'Achille.

Il existe, à ce niveau, occupant la ligne médiane, une cicatrice cutanée apparente, uniquement dorsale.

Cette cicatrice, de teinte un peu rougeâtre, est dure, elle est le siège, à sa partie inférieure, d'un épaississement corné de 12 à 15 millimètres de hauteur, et qui répond à la pression de la chaussure (fig. 4). Elle s'arrête nettement au niveau de la face plantaire, elle est adhérente au squelette sous-jacent.

Le calcanéum n'offre pas de déformation appréciable, en dehors d'une légère augmentation de volume, notablement plus accusée au niveau de la région postérieure.

Quant au tendon d'Achille, il paraît normal, il forme un tout continu et ne se différencie pas du tendon du côté opposé.

Les mouvements du pied s'exécutent dans tous les sens, le malade accuse une certaine différence de force qu'il évalue à un quart. Il s'appuie, cependant, aisément sur les orteils, le talon soulevé, et dans la marche il s'appuie plutôt sur la partie antérieure du pied que sur le talon. Pour compenser un léger degré de raccourcissement plus fonctionnel que réel, il porte un soulier droit, à talon un peu plus élevé.

Cet homme s'est marié il y a six ans, il a deux enfants. Il exerce sans difficulté sa profession de cultivateur. Il porte des poids de 100 kilogrammes et peut faire jusqu'à 35 kilomètres par jour. Il court facilement. Il n'a jamais éprouvé aucune douleur dans son talon, dans son pied droit. A noter un certain degré d'atrophie du mollet droit, qui mesure à sa partie moyenne 0,35 centimètres de circonférence, tandis que le mollet gauche en mesure 0,38.



Fig. 4. — *Jambes et talons des deux pieds, vus par la face postérieure. Pied droit opéré en 1890.*

L'examen des radiographies du squelette des deux pieds est particulièrement intéressant.

Le calcanéum opéré est un peu plus volumineux que le calcanéum sain, il est moins régulier et bosselé sur ses faces inférieure et postérieure. Les tubérosités inférieure et supérieure sont hyperostosées plus ou moins ; ces saillies répondent précisément aux extrémités du fragment osseux mobilisé par en haut et encloué dans sa nouvelle position par un long clou d'ivoire, dont on aperçoit, d'une façon saisissante, la moitié antérieure. Elles sont le reliquat d'un ancien cal opératoire. La moitié antérieure du clou ne se voit pas ; peut-être a-t-elle disparu par résorption, ou, non moins vraisemblablement, est-elle masquée par des noyaux osseux néoformés, de même densité que l'ivoire?



Fig. 5. — *Radiographie du pied droit opéré. Calcanéum déformé, hyperostosé surtout dans son quart postérieur, et présentant, dans son tiers supérieur, la cheville d'ivoire fixatrice.*

La teinte de cette cheville, noir foncé, tranche sur

celle du calcanéum, qui a une coloration blanchâtre nettement différente de celle du calcanéum gauche. Cette dernière témoigne d'une raréfaction osseuse qui n'a rien de pathologique, mais qui s'explique, ainsi que l'hyperostose du calcanéum, par une irritation continue, aseptique, entretenue par le corps étranger intra-calcanéen.

Si l'on en juge par la même couleur du cuboïde, du col de l'astragale du même côté, etc., cette irritation, malgré sa parfaite tolérance, aurait gagné les articulations et le squelette voisins.

C'est là un point intéressant dont l'examen des radiographies donne une idée.

Quant à l'hyperostose, elle reconnaît la même interprétation; elle relève d'un processus physiologique plus accentué qu'à l'état normal.

Voici, d'autre part, des chiffres fournis par les mensurations radiographiques qui indiquent bien l'augmentation de volume du calcanéum droit.

	CALCANÉUM opéré.	CALCANÉUM sain.
Grand diamètre horizontal.......	0,95	0,90
Hauteur en arrière..........	0,66	0,50
Hauteur en arrière au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne.....................	0,60	0,50
Hauteur au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne.....	0,35	0,30

Je m'abstiens de toute autre considération, relative, par exemple, à la tolérance du clou d'ivoire intra-calcanéen, à sa non résorption, etc. ; ce sont là des faits bien connus, qui se sont multipliés, depuis une trentaine d'années, avec la chirurgie antiseptique et aseptique.

Le seul point que je désire encore mettre en relief est celui-ci : la méthode opératoire que j'ai décrite, il y a vingt ans, sous le titre général de : *Allongement des tendons par mobilisation de leur insertion osseuse*, etc., et dont la *calcanéotomie verticale postérieure* ou *ostéoplastie en tiroir* n'est qu'un procédé, rend les plus grands services, lorsque la réunion des deux bouts du tendon divisé ne peut être réalisée par les autres procédés.

Elle seule, dans certains cas, permet la mise en contact des moignons tendineux avivés et met à l'abri d'une infirmité très grave, comme celle qui succède à la suppression fonctionnelle complète d'un tendon d'Achille.

Le résultat éloigné (dix-neuf ans), que nous publions aujourd'hui, de l'une de ces opérations conservatrices, vient tout à fait à l'appui des idées que nous défendons.

Ce résultat est des plus remarquables.

ROLE DE LA SYPHILIS

DANS

L'ÉTIOLOGIE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE (1)

Par MM. J. ROUBINOVITCH,
Médecin de Bicêtre,
et LEVADITI, de l'Institut Pasteur.

L'examen du sérum et du liquide céphalo-rachidien d'après le procédé de Wassermann permet de préciser le rôle de l'infection syphilitique dans l'étiologie de certaines maladies mentales. Les recherches de Wassermann et Plaut (2), de Plaut (3), de Levaditi et Marie (4), etc., ont, en effet, confirmé la théorie de l'origine syphilitique de la paralysie générale et du tabes ; celles de Plaut (5) ont montré, d'autre part, que certaines formes de démence juvénile sont dues, au même titre que la maladie de Bayle, à une infection tréponémique transmise héréditairement. Il était donc intéressant d'examiner à ce point de vue la démence précoce dont l'étiologie est des plus obscures, et que l'on tend à attribuer à certaines tares familiales ayant une influence détériorante sur le cerveau, généralement à l'époque de la puberté. Ainsi, d'après G. Ballet (6), « ces tares ne sont pas toujours des maladies mentales ou des névroses caractérisées, mais des bizarreries de caractère qui suffisent, surtout lorsqu'elles se rencontrent à la fois dans les deux branches paternelle et maternelle, pour créer cette moindre résistance du cerveau, qui, avec le concours des causes occasionnelles légères, ou même sans ces causes, amènera la déchéance de l'organe au voisinage de la puberté, au cours de l'adolescence ou quelquefois plus tard ». N'y a-t-il pas lieu d'incriminer la syphilis comme cause occasionnelle, voire même comme agent déterminant dans la genèse de la démence précoce?

Nous avons examiné cette question en nous adressant à l'examen du sérum et du liquide céphalo-rachidien, d'après le procédé de la fixation du complément, sur le matériel provenant du service de l'un de nous, à l'hospice de Bicêtre.

Nos recherches comportent quinze cas de démence précoce, d'âge et d'aspect clinique variés ; en voici les résultats :

NOM	Age du début de la démence précoce.	RÉSULTAT Sérum.	Liquide.
Mai...........	12 ans.	0	0
Rouss.........	18	0	0
Fl............	12	0	0

(1) Travail du laboratoire de M. Metchnikoff, à l'Institut Pasteur, et du service de M. Roubinovitch, à Bicêtre, communiqué à la Société de biologie, dans la séance du 29 mai 1909.

(2) WASSERMANN et PLAUT. *Deutsch. med. Wochens.*, n° 44.

(3) PLAUT. *Monats. f. Psychol. und Neurol.*, 1907, vol. XXII, n° 2.

(4) LEVADITI et MARIE. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, vol. XXII, n° 2.

(5) PLAUT. *Die Wassermansche Sero-diagnostic der Syphilis, in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie.* Munich, Fischer, Iéna 1909.

(6) G. BALLET. Les psychoses, in *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, vol. X, p. 924.

NOM	Age du début de la démence précoce.	RÉSULTAT Sérum.	Liquide.
Labs	18	o	o
Rous	20	o	o
Pit	22	o	o
Bern	29	o	o
Jou	18	o	o
He	28	o	o
Thér	17	o	o
Conn	25	o	o
Duj	23	o	o
Lamb	19	+	o
Boul	29	+	o
Lign	29	+	o

Il résulte de ces recherches que, dans aucun de nos cas, le liquide céphalo-rachidien n'a donné une réaction positive et que la grande majorité de nos malades (80 p. 100) a fourni un sérum totalement inactif (1). Toutefois, chez trois sujets, ce sérum a provoqué nettement le phénomène de la fixation du complément; voici en quelques mots les observations de ces trois malades : Lamb..., Boul... et Lign...

Lamb... — Vers l'âge de dix-neuf ans, L..., qui ne se faisait remarquer jusque-là par aucun trouble psychique, manifeste des préoccupations hypocondriaques, s'excite, devient loquace et se livre, sans motifs apparents, à des impulsions dangereuses pour son entourage. A l'examen somatique, on constate chez lui : une légère macrocéphalie avec cyphose et enfoncement de l'appendice xyphoïde, une faiblesse de réactions pupillaires, une exagération des réflexes rotuliens. Son état mental se caractérise actuellement par les signes démentiels de torpeur et de négativisme.

Dans les antécédents héréditaires et personnels, nulle indication concernant la syphilis.

Boul... — La démence précoce a débuté chez ce malade, à l'âge de vingt-neuf ans, par des troubles de la sensibilité générale, des idées et des interprétations délirantes polymorphes de persécution, de mysticisme, de grandeur et de suicide; de la confusion dans les idées; des impulsions subites; des crises de mutisme; des attitudes bizarres stéréotypées, du refus d'aliments, du demi-gâtisme. Actuellement, il est surtout négativiste, muet et gâteux.

Il présente de la cypho-scoliose avec voûte palatine fortement ogivale. Son crâne volumineux est légèrement oblique, plus aplati à gauche qu'à droite. La face, légèrement triangulaire, est nettement asymétrique. Il existe un léger tremblement des doigts; les réflexes rotuliens sont exagérés et ceux de l'avant-bras sont appréciables; les pupilles, en myosis modéré, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Cœur et poumons sains; rien aux organes génitaux. Dans les antécédents personnels, on note des excès alcooliques. L'enquête concernant l'infection tréponémique héréditaire ou acquise n'a donné aucune indication.

Lign... — L... a joui d'une excellente intelligence jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans. La démence précoce s'est manifestée chez lui, comme chez le malade précédent, par une bouffée d'idées incohérentes de grandeur et de persécution.

En quelques mois s'est développé chez lui un affaiblissement des facultés intellectuelles et la démence est aujourd'hui définitivement acquise.

Il présente de l'asymétrie cranio-faciale nette avec légère cyphose; prognatisme du maxillaire supérieur; implantation trop élevée des oreilles dont les hélix sont hypertrophiés et les lobules sessiles; du varicocèle à gauche. Les poumons et le cœur sont normaux; les pupilles, un peu contractées, réagissent à la lumière et à l'accommodation; les réflexes tendineux des membres supérieurs et inférieurs sont exagérés, plus particulièrement du côté gauche. Les doigts, écartés et étendus, tremblent.

L'enquête sur les antécédents héréditaires n'a permis de faire qu'une seule constatation : père mort de tuberculose pulmonaire à quarante-deux ans. Nul indice de syphilis héréditaire ou acquise.

Ces détails montrent que chez ces trois malades, dont le sérum a fourni une réaction positive, il nous a été impossible de découvrir des antécédents spécifiques nets, soit héréditaires, soit personnels. Néanmoins, la syphilis est possible chez eux, car Lamb..., chez lequel la démence a débuté à dix-neuf ans, était porteur de signes cliniques de dégénérescence. D'autre part, Boul..., comme Lign..., également porteurs de stigmates dégénératifs importants, sont devenus déments à vingt-neuf ans, c'est-à-dire à un âge relativement avancé, par conséquent à une époque où la possibilité de la contamination syphilitique n'est pas exclue.

En résumé, l'*absence de réaction positive avec le liquide céphalo-rachidien de tous les déments précoces examinés par nous, prouve que les altérations cérébrales qui caractérisent la démence précoce ne sauraient être attribuées à l'infection tréponémique*. En effet, nos quinze déments sont, dans la grande majorité des cas, exempts d'une telle infection, comme le démontre l'examen du sérum sanguin, lequel, dans 80 p. 100 des cas, a fourni une réaction négative. Si, chez quelques rares malades, on constate que le sérum est actif en ce qui concerne la fixation du complément en présence de l'extrait alcoolique d'organes, c'est que, très probablement, il s'agit chez eux d'une syphilis soit acquise, soit héréditaire, mais tout accidentelle et n'ayant aucun rapport de causalité avec la maladie cérébrale.

Il résulte également de nos recherches que l'examen du liquide céphalo-rachidien facilite le diagnostic différentiel entre la démence précoce d'une part, et les affections syphilitiques ou parasyphilitiques (paralysie générale) de l'encéphale, d'autre part.

(1) Cf. Raviart, Breton et Petit. *Revue de méd.*, 1908, vol. XXVIII, p. 840. — Ces auteurs ont eu, avec le liquide céphalo-rachidien, 5 résultats positifs sur 19 déments précoces.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er JUIN 1909)

Sur les avantages de la fabrication mécanique du pain. — M. Railliet appelle l'attention de l'Académie sur les dangers que peut faire courir aux consommateurs le pétrissage manuel du pain et, comparativement à ce procédé primitif, il envisage l'emploi du pétrin mécanique, en se basant sur des essais très instructifs qui viennent d'être effectués par le Syndicat de la boulangerie de Paris, sous le contrôle scientifique des professeurs Ringelmann et Lindet, partie au siège du Syndicat, quai d'Anjou, partie à la station d'essais du ministère de l'agriculture, rue Jenner. De l'ensemble de ces expériences, il dégage les résultats suivants :

Le pétrin mécanique fournit, tout aussi bien que la main de l'homme, de beau et bon pain ; il le produit à un prix beaucoup moins élevé; il supprime la fatigue excessive du gindre, si propice à l'évolution de la tuberculose ; il donne enfin complète satisfaction aux exigences de l'hygiène.

Les consommateurs sont donc les premiers intéressés à réclamer du pain dont la pâte est préparée par le pétrin mécanique.

Pathologie dans la céramique des anciens Péruviens. — M. CAPITAN présente quatre vases péruviens préincasiques de sa collection et inédits. Ils sont antérieurs au XIe siècle et ont été recueillis dans des sépultures par le docteur Berthon.

Le premier de ces vases représente la tête d'un individu ayant perdu un œil; le second, un personnage très bien modelé ayant perdu les deux yeux. Il s'agit probablement d'un cas de panophtalmie infectieuse, mais non lépreuse. Le troisième représente un personnage dont on a coupé le nez obliquement et dont les deux membres inférieurs sont singulièrement atrophiés. Le quatrième enfin est un Péruvien couché, dont le nez, les lèvres sont coupés et qui présente une grosse masse du côté droit du cou, ses membres inférieurs se terminent par deux moignons.

Les vases ont été examinés par divers savants : les uns croient qu'il s'agit de lésions syphilitiques ou tuberculeuses, d'autres soupçonnent la lèpre, d'autres pensent qu'il s'agit d'amputations partielles faites dans le but d'éviter la propagation de la maladie ou peut-être aussi pour punir certains délits.

C'est là une question difficile à trancher et qu'on étudiera. Mais M. Capitan a voulu que l'Académie eût la primeur de ces curiosités.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 MAI 1909)

Sur la toxicité de l'adrénaline en instillations nasales. — MM. LERMOYEZ et AUBERTIN ont produit chez le lapin, par des instillations nasales d'adrénaline longtemps prolongées, de l'hypertrophie cardiaque et parfois de l'hyperplasie surrénale, mais ils n'ont jamais observé d'athérome aortique.

Dans un cas, la mort est survenue par œdème aigu du poumon.

Localement, on n'observe qu'un peu de sclérose vasculaire du côté de la pituitaire avec parfois congestion angiomateuse.

Insuffisance surrénale par tuberculose primitive. — MM. ACHARD et FOIX rapportent l'observation d'un jeune homme de vingt ans qui fut pris assez brusquement de douleurs abdominales prédominantes dans le flanc droit, sans défense musculaire, avec fièvre passagère et modérée (38°5) et grande fatigue. Après quelques alternatives, des vomissements survinrent, alimentaires et bilieux, sans fièvre, et le malade mourut subitement, cinq semaines après avoir cessé son travail.

A l'autopsie, tous les organes étaient sains, sauf les capsules surrénales, qui pesaient respectivement 4 et 9 grammes, étaient jaunes, compactes et entièrement caséifiées. L'examen histologique montra des follicules tuberculeux sans cellules géantes, mais avec des bacilles de Koch. L'absence de propagation aux tissus voisins explique peut-être le défaut de mélanodermie. Aucun autre foyer tuberculeux ne fut trouvé dans les viscères ni dans les ganglions.

Les faits de ce genre montrent les difficultés du diagnostic de l'insuffisance surrénale.

Sporotrichose cachectisante mortelle. — MM. DE BEURMANN et GOUGEROT présentent deux obervations recueillies par MM. Maurice LAGOUTTE et BRIAU, de l'Hôtel-Dieu du Creuzot.

Les malades avaient des lésions très nombreuses et très diverses : gommes sous-cutanées et grands abcès disséminés, localisations ostéo-articulaires épididymaires et oculaires. Ce sont les premiers faits d'épididymite sporotrichosique observée chez l'homme et les premiers cas d'infection de la cornée suivie de perte de l'œil à la suite d'une conjonctivite sporotrichosique.

L'évolution dura vingt-huit mois dans un cas et dix-huit dans l'autre et se termina par la mort, malgré un traitement ioduré longtemps prolongé.

Hémihypertrophie droite. Nævus variqueux ostéohypertrophique à forme disséminée. — MM. DANLOS, APERT et FLANDIN montrent un homme qui présente, disséminés sur tout le corps, face, tronc et membres, de larges nævi rouge vif, plans, formant en certains endroits des nappes continues, en d'autres des traînées, des réseaux, ou un piqueté; il existe en outre des dilatations veineuses à la face antérieure du thorax et au côté droit de l'abdomen, et un réseau variqueux serré aux membres inférieurs, surtout à gauche. En outre, cet homme présente une inégalité de développement des deux moitiés du corps. La face est plus volumineuse à droite qu'à gauche. Le bras droit mesure comme circonférence 375 millimètres, tandis que le gauche n'a que 272 millimètres. L'hémithorax droit est plus large que le gauche; la partie inférieure droite de l'abdomen est beaucoup plus saillante et beaucoup plus chargée de graisse que la gauche. Le membre inférieur droit est épais, volumineux, tandis que le gauche semble atrophié et est moins long de 4 centimètres. Enfin la moitié inférieure du corps présente un livedo typique.

A propos de ce fait, les auteurs étudient les hypertrophies partielles; elles peuvent frapper, soit tout un côté du corps, soit un ou plusieurs membres ou segments de membre. Quelle que soit leur distribution, elles peuvent se rattacher à une des formes suivantes, dont chacune constitue une maladie distincte :

1° L'*hypertrophie partielle simple*, sans lésion vasculaire, ni lésion nerveuse, ni lésion cutanée. C'est la forme la plus rare. Elle est étendue, peu intense, uniforme;

2° L'*éléphantiasis lymphatique congénital* (Lannelongue) où l'hypertrophie est due surtout à la tuméfaction du tissu cellulaire avec induration de la peau, elle est souvent limitée à une extrémité dont le volume peut devenir extraordinaire;

3° Le *trophœdème chronique* (Meige), maladie purement œdémateuse, sans hypertrophie osseuse, dont relèvent un certain nombre de cas publiés comme hypertrophies partielles;

4° D'autres cas publiés sous ce nom sont en réalité des *neurofibromatoses* hypertrophiques localisées ;

5° Enfin, il existe une maladie décrite par MM. Klippel et Trenaunay sous le nom de *nævus variqueux ostéohypertrophique* et caractérisée par la coexistence d'un nævus, de varices et d'hypertrophie sur la région atteinte. Les lésions peuvent du reste se dissocier et se disséminer sur divers points du corps. Dans le cas actuel il s'agit de nævus variqueux ostéohypertrophique, avec dissémination des nævi et des varices et localisation de l'hypertrophie sur la moitié droite du corps.

Recherches expérimentales sur le mode d'action des cures d'altitude. — M. G. KUSS a étudié les modifications des fonctions respiratoire et circulatoire et des combustions intra-organiques pendant un séjour prolongé en haute altitude (Chamonix à 1050 mètres, observatoire Vallot à 4350 mètres).

Les sujets d'expérience sont restés en bonne santé et n'ont éprouvé que d'une manière insignifiante le mal des montagnes.

1° L'étude des échanges respiratoires au repos et au cours d'un travail musculaire d'intensité moyenne a montré qu'on ne peut accepter l'hypothèse d'une stimulation des combus-

tions intra-organiques par le climat de haute montagne. Même à l'altitude de 4350 mètres, les combustions respiratoires ont conservé, toutes choses égales d'ailleurs, la valeur qu'elles avaient en plaine.

2° L'augmentation de la ventilation pulmonaire au repos est presque constante en haute altitude, mais dans la plupart des cas elle n'est pas considérable, même à l'altitude de 4350 mètres; elle ne s'accompagne pas nécessairement d'une augmentation d'amplitude des inspirations, et bien souvent, elle constitue pour le sujet une fatigue supplémentaire, sans avantage pour l'aération des régions « paresseuses » du poumon. D'ailleurs on n'est pas en droit d'appliquer à des malades, en particulier à des tuberculeux dont la ventilation pulmonaire est habituellement exagérée, les résultats observés chez les sujets sains.

3° Le travail musculaire détermine, en altitude, un accroissement du débit respiratoire beaucoup plus marqué qu'en plaine. Les marches en montagne constituent la méthode de choix pour rendre perméable à l'air un poumon atélectasié ou bridé par des adhérences.

4° Chez 4 cobayes qui ont séjourné vingt-quatre jours à Chamonix et neuf jours à l'observatoire Vallot, la méthode des prises de sang dans le cœur n'a pas permis à MM. Kuss et Davesne de déceler une néoformation globulaire de quelque importance.

L'apparition, chez ces animaux, d'un très petit nombre d'hématies nucléées est attribuable vraisemblablement à l'influence du froid et non à l'excitation de la moelle osseuse par l'anoxyhémie.

5° Les inhalations d'oxygène en haute altitude constituent, comme Paul Bert l'avait indiqué, le traitement spécifique du mal des montagnes, dont elles font disparaître instantanément les atteintes légères; elles n'influencent que d'une manière transitoire les mouvements respiratoires, mais exercent une action très marquée sur la tachycardie due à l'altitude.

6° L'acclimatement à l'air raréfié des hautes altitudes est essentiellement un phénomène d'accoutumance des centres nerveux à l'anoxyhémie.

Histo-bactériologie d'un cas de rhumatisme articulaire aigu terminé par la mort. — MM. Thiroloix et de Bertrand.

Adénopathie trachéobronchique tuberculeuse avec induration bacillaire du sommet, traitée par l'exercice physiologique de respiration. — M. Georges Rosenthal rapporte l'observation d'un malade traité à l'hôpital Saint-Antoine pour une adénopathie cervico-médiastinale tuberculeuse avec induration fermée du sommet droit. Dans une première phase, malgré le régime abondant, le poids reste stationnaire, et la seule amélioration obtenue est un relèvement de la pression artérielle dû à l'emploi du cacodylate de phosphore. Dans une deuxième phase, sous l'influence de l'exercice physiologique de respiration, on obtient une augmentation régulière et progressive du poids qui dépasse le poids antérieur maximum, c'est-à-dire le poids le plus élevé qu'ait atteint le malade dans son existence.

Un cas de typhus exanthématique importé d'Algérie. — M. Pissavy vient d'observer en ville un cas de typhus importé de Batna (département de Constantine). Son malade présenta la symptomatologie presque complète du typhus exanthématique : état typhoïde, absence de troubles intestinaux et d'hypertrophie de la rate, éruption caractéristique formée de pétéchies confluentes sur le corps et les membres et d'éléments érythémateux plus larges et moins nombreux, rappelant les éléments isolés de la rougeole, évolution relativement rapide, puisque la défervescence commença le dix-huitième jour de la maladie; convalescence remarquablement facile.

Des renseignements qui lui ont été fournis par deux confrères algériens, MM. Bruncher et Mondelin, il résulte que le typhus est endémique dans la région de Batna.

Malgré un isolement tardif, le malade de M. Pissavy ne communiqua son affection à aucune des personnes de son entourage. Cette remarque confirme l'observation faite par M. Netter que le typhus, extrêmement contagieux dans les milieux pauvres, l'est à peine dans les classes aisées.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Pour combattre la dyspnée : un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième, pendant 3 ou 4 jours de suite, tous les 15 ou 20 jours.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de neurologie (1), par L. Marchand.

Ce Manuel est divisé en deux parties : la première traite des symptômes isolés et de leur valeur séméiologique, la seconde des maladies nerveuses elles-mêmes.

Chaque grand chapitre de séméiologie est précédé d'un aperçu des notions d'anatomie clinique les plus indispensables, avec quelques schémas qui rappellent immédiatement au lecteur les particularités de la région du système nerveux dont la lésion détermine le symptôme qu'il étudie. Puis il comprend l'exposé des procédés les plus usuels dans la recherche de ces symptômes. Chaque ordre de troubles est étudié rapidement dans ses modalités et sa topographie. Troubles de la sensibilité, troubles de la motricité, troubles de l'intelligence, troubles du langage, troubles des fonctions physiologiques (pourquoi ce pléonasme pour indiquer les troubles de la vie végétative ?), telles sont les cinq divisions suivies dans cette étude séméiologique.

Les maladies nerveuses proprement dites sont classées et décrites d'une façon plus succincte suivant le siège principal ou exclusif de leurs lésions : maladies des méninges, du cerveau, du cervelet, des pédoncules, de la protubérance, du bulbe, de la moelle, des racines, des nerfs et des muscles. Puis ce sont les névroses. Enfin les dystrophies et les maladies générales à symptômes nerveux prédominants.

L'auteur a su s'assimiler les travaux de neuropathologie les plus importants de ces dernières années et en exposer rapidement les résultats les plus intéressants. C'est ainsi notamment qu'on verra dans ce livre des chapitres nouveaux où se trouvent les notions les plus importantes sur le syndrome thalamique, l'apraxie et les radiculites. Malgré son cadre restreint, grâce à la suppression de toute indication bibliographique, cet ouvrage, à la fois précis et clair, sera un guide très utile à l'étudiant qui aborde l'étude de la pathologie nerveuse.

P. CAMUS.

(1) In-8 de 537 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, O. Doin.

NOTES POUR L'INTERNAT

PIEDS BOTS CONGÉNITAUX

DÉFINITION. — On entend par pied bot une attitude vicieuse et permanente du pied sur la jambe, telle que le pied ne repose plus sur la jambe par ses points d'appui normaux (Kirmisson).

Il faut ainsi distinguer les pieds bots congénitaux des pieds bots acquis qui ne leur ressemblent que de loin et sont justiciables de traitements tout à fait différents.

Disons tout de suite que le pied bot est dit : *varus* quand le pied porte sur le sol par son bord externe, *valgus* par son bord interne, *talus* par le talon, *équin* par sa pointe.

Ces différentes formes se combinent le plus souvent : le *varus équin* et le *talus valgus* sont les variétés ordinaires; les autres sont exceptionnelles.

ÉTIOLOGIE. — C'est la malformation congénitale la plus fréquente (1 sur 6).

Elle est le plus souvent bilatérale (60 p. 100), sans prédominance bien marquée pour un côté quand elle est unilatérale. Le sexe masculin est atteint plus souvent (2 sur 3).

Parmi toutes les formes, le varus équin est de beaucoup la plus couramment observée (86 p. 100), le talus valgus vient ensuite (11 p. 100).

Les notions étiologiques du pied bot sont encore très obscures. L'influence de l'hérédité semble assez faible et rarement démontrée.

PATHOGÉNIE. — Les explications les plus diverses ont été fournies pour expliquer le pied bot congénital; mais chacune ne semble s'appliquer qu'à un très petit nombre de cas et l'ensemble est en somme peu satisfaisant. On peut grouper ces pathogénies en trois théories.

1° ALTÉRATIONS PRIMITIVES DU SYSTÈME NERVEUX (Guérin). — Sous l'influence de certaines lésions ou malformations du système nerveux, il se produit des parésies partielles et la tonicité des muscles antagonistes crée une attitude vicieuse qui se fixe secondairement par déformation cartilagineuse. C'est un pied bot paralytique d'origine intra-utérine. On a en effet constaté la coïncidence avec des pieds bots, de foyers de myélite, d'apoplexie méningée, de sclérose des cordons latéraux, de spina bifida ; mais dans la plupart des cas l'enfant est par ailleurs sain et on ne trouve pas de dégénérescence musculaire.

2° PERSISTANCE D'UNE ATTITUDE INTRA-UTÉRINE. — On a incriminé des traumatismes de la mère, l'existence de brides amniotiques; toutes choses exceptionnelles.

D'après Eschricht, puis Dareste, le varus équin est la position ordinaire de l'embryon jeune (six semaines) avec rotation externe du membre inférieur. La persistance de cette attitude serait due pour Dareste à une anomalie de développement de l'amnios qui comprime l'extrémité inférieure de l'embryon ; la cause véritable reste donc encore dans l'ombre. D'ailleurs, des recherches récentes nient l'existence du varus équin à un moment quelconque de la vie embryonnaire.

3° MALFORMATION OSSEUSE PRIMITIVE. — Le squelette serait atteint, dès la vie intra-utérine, d'une malformation primitive et non secondaire à une attitude vicieuse. On a constaté, en effet, dans certains cas, des malformations telles que soudure ou absence partielle des os du tarse (absence totale ou partielle des os de la jambe). Mais : 1. dans la plupart des cas, le squelette est peu déformé chez le nouveau-né; 2. l'obliquité du col astragalien souvent notée est presque normale à un léger degré chez le jeune enfant qui a toujours une adduction très étendue ; 3. le noyau osseux reste droit dans un cartilage déformé : l'astragale, par exemple, comme Farabeuf l'a bien montré sur une coupe horizontale.

4° Disons enfin que les déformations ostéo-cartilagineuses déjà existantes s'accroissent rapidement après la première année par la marche, sous l'influence de la pression du corps. C'est en effet une loi générale que les cartilages s'aplatissent aux points de pression et cessent de croître ; au contraire, aux points non comprimés, ils se développent et s'hypertrophient.

SYMPTOMES. — *A.* VARUS ÉQUIN. — **I. Avant la marche.** — On constate que le pied est moins développé que du côté sain. Il présente déjà nettement les déformations qui constituent le varus équin.

1° *Equinisme* : extension du pied sur la jambe avec incurvation des faces du pied qui fait bomber la face dorsale et creuse déjà la plante (Flacher-Krümmung de Lorenz). Si on essaie de fléchir le pied on trouve la tibio-tarsienne presque immobilisée et on voit se tendre comme une corde le tendon d'Achille.

2° *Varus* : déformation complexe, il comprend : 1. l'*adduction* qui porte la pointe du pied en dedans; 2. l'*incurvation des bords* : l'externe devient convexe, l'interne concave (Kanten-Krümmung de Lorenz); 3. l'*enroulement du pied* (volutation de Delpech, supination de Rupprecht) autour de son axe antéro-postérieur par lequel le bord interne s'élève; le bord externe s'abaisse et arrive à être au-dessous et même en dedans du premier.

On voit en effet que la tête astragalienne fait saillie sur le dos du pied; la malléole externe est très saillante en avant; la malléole interne est effacée et à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs le bord interne présente un sillon oblique en dedans et en arrière ; le talon est dévié en dedans en même temps que remonté.

Si on essaie de faire de l'abduction et de désenrouler la plante, on sent se tendre les jambiers et l'aponévrose plantaire interne.

Bouvier distingue trois degrés dans le varus équin suivant que l'avant-pied forme avec l'arrière-pied un angle obtus, droit ou aigu ; dans ce dernier cas le gros orteil se rapproche de la face antérieure de la jambe; il est souvent écarté des autres.

La jambe est normale comme volume et comme réactions électriques.

Toutes ces déformations peuvent être exagérées passivement.

Chose importante, la possibilité du redressement n'est pas inverse de l'étendue de la déviation. *Ce n'est qu'à la main qu'on peut juger de la réductibilité d'un pied bot.*

II. Après la marche. — La déformation s'accentue de plus en plus, la plante regarde en haut et en arrière; la malléole interne passe en avant, l'externe en arrière.

On voit en dehors, d'arrière en avant, *trois saillies* : la malléole externe, la tête de l'astragale et la cuboïde unie à la styloïde du cinquième métatarsien. La plante tassée transversalement présente un sillon longitudinal; les orteils sont fléchis et pelotonnés.

L'enfant marche sur le dos du pied, principalement sur la saillie cuboïdienne. A ce niveau on trouve la peau épaissie, cornée, recouvrant souvent une ou plusieurs bourses séreuses qui parfois s'enflamment et s'ulcèrent. La marche sur le pilon que constitue ainsi le pied est toujours gênée, souvent très difficile; l'enfant s'embarrasse les jambes et tombe à chaque instant.

B. TALUS VALGUS. — La plante aplatie regarde en dehors ; la pointe est élevée, le bord externe plus haut que le bord interne qui est convexe. Le pied repose sur son bord interne, principalement sur le calcanéum et le scaphoïde qui font saillie de même que la malléole interne ; la marche est d'ailleurs difficile. Les tendons des péroniers et des extenseurs sont saillants.

C. LES FORMES PURES : talus, équin, varus et valgus sont beaucoup plus rares, de même le *valgus équin* et le *pied creux congénital.*

DIAGNOSTIC. — En présence d'un pied bot congénital, généralement la question de diagnostic ne se pose pas.

Le *pied bot paralytique acquis* est réductible au moins au début, s'accompagne de paralysie flasque et d'atrophie de groupes musculaires en rapport avec la déformation : le diagnostic est donc facile même en dehors de tout commémoratif.

L'*attitude normale du pied du nouveau-né* peut faire croire à un léger varus équin, mais le pied se redresse facilement et spontanément.

Citons certains cas de *maladie de Little* donnant des contractures localisées.

Il sera plus intéressant de *rechercher le degré de réductibilité* du pied bot en se rendant compte de l'étendue des lésions pour pouvoir instituer un traitement approprié. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819.52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LA POPULATION DE LA FRANCE EN 1908. — L'*Officiel* publie l'état de la population de la France en 1908. Cette statistique est un peu plus satisfaisante que celle des années précédentes et surtout que celle de l'année 1907. Alors en effet qu'en 1907 on avait constaté un excédent de décès, l'an dernier on enregistre un excédent de 46441 naissances. Ce chiffre est, en outre, supérieur à celui de la période quinquennale 1902-1907 où l'excédent annuel moyen des naissances sur les décès fut de 34802.

C'est principalement à une importante diminution du nombre des décès que l'on doit l'excédent de naissances constaté pendant l'année 1908. Le nombre des décès a été, en effet, inférieur de 48266 au nombre de 1907; tandis que d'une année à l'autre, le nombre des naissances n'a augmenté que de 18067. La conséquence de ce double mouvement est qu'à un excédent de 19892 décès constatés en 1907, s'est substitué en 1908 un excédent de 46441 naissances, ce qui représente pour l'excédent un écart total de 66333.

L'accroissement relatif de la population, pour 10000 habitants, qui de 18 p. 10000, en moyenne de 1901 à 1905, s'était abaissé à 7 en 1906, avait fait place, en 1907, à une diminution de 5 p. 10000, est, par suite, remonté durant l'année 1908 à 12 p. 10000.

Les seuls points du territoire où la natalité l'emporte sur la mortalité sont les régions du Nord, de la Bretagne, des frontières de l'Est, du Limousin et la Corse. Chaque nouvelle année voit les départements des bassins de la Garonne et du Rhône enregistrer plus de décès que de naissances et accentuer ainsi leur mouvement de dépopulation.

La comparaison des résultats internationaux fait d'ailleurs toujours ressortir la situation démographique défavorable de notre pays par rapport à celle des autres nations.

Bien que, dans les autres Etats, la natalité diminue actuellement comme en France, grâce à leur avance antérieure, ces Etats conservent de forts excédents de naissances, six à huit fois plus élevés que les nôtres à nombre égal d'habitants. Tandis que l'excédent annuel moyen des naissances sur les décès pour 10000 habitants, pendant la période quinquennale 1901-1905, ne dépassait pas 18 dans notre pays, il atteignait le chiffre de 106 en Italie, 113 en Autriche, 121 en Angleterre, 149 en Allemagne, 155 dans les Pays-Bas, etc. Depuis, tandis qu'en France les excédents tombaient à 7 p. 10000 habitants en 1906, et à 5 en 1907, ils se maintenaient, grâce à une baisse de la mortalité, à peu près aux mêmes taux dans les pays ci-dessus. En se relevant au chiffre de 12 en 1908, la valeur proportionnelle de l'excédent de naissances constaté en 1908 est encore inférieure à sa valeur moyenne durant la période 1901-1905, neuf fois plus faible que dans le moins favorisé des pays suivants : Allemagne, Autriche, Hongrie, Belgique, Angleterre, Pays-Bas, Italie, Norvège, Suède.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La séance du mercredi 9 juin 1909 (séance d'intérêts professionnels) aura lieu à huit heures quarante-cinq du soir.

Ordre du jour : 1° Réforme de l'agrégation et recrutement du corps enseignant;

2° Le concours de chirurgien des hôpitaux;

3° Vote sur les vœux émis par la Commission chargée d'étudier les réformes à apporter au concours de médecin des hôpitaux (voir le *Bull. de la Soc. de l'internat*, n° 4, avril 1909, p. 136).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt et unième semaine, 950 décès, au lieu de 1009 pendant la semaine précédente et de 947, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La méningite cérébro-spinale ne manifeste aucune tendance à s'étendre; elle reste très rare. On signale de nombreux cas de rougeole (523 au lieu de la moyenne 330) et de scarlatine (346 au lieu de la moyenne 189), mais elles ne causent que très peu de décès.

POLYCLINIQUE H. DE ROTHSCHILD (199, rue Marcadet, XVIIIe). — Les conférences sur les « Actualités médico-chirurgicales », organisées à la polyclinique H. de Rothschild, continueront d'avoir lieu, en juin, les lundi, mercredi et vendredi, à cinq heures du soir.

Programme : M. H. de Rothschild : Les progrès de la laiterie (4 juin); M. A. Péchin : Causes et préventions de la cécité. Hygiène de la vision (7 juin); M. F. Raymond : Les fugues hystériques (9 juin); M. Maillart : Les diverses formes de la dénutrition azotée à l'état normal et pathologique (11 juin); M. C. Ducroquet: L'orthopédie moderne (14 juin); M. Borrel : Le problème du cancer (16 juin); M. P. Segond : L'appendicite (18 juin); M. H. Huchard : L'artério-sclérose. Comment on peut l'éviter et la guérir (21 juin); M. S. Pozzi : Hôpitaux et chirurgiens aux Etats-Unis (23 juin); M. Thoinot : Le secret professionnel (25 juin); M. A. Robin : Le traitement médical de l'ulcère de l'estomac (28 juin).

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE REIN DANS LA DIPHTÉRIE (2)

Par P.-J. MÉNARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

Valeur diagnostique. — Les premiers auteurs qui découvrirent l'albuminurie diphtérique, lui attribuaient une grande importance au point de vue du diagnostic de la diphtérie, et dans la discussion sur les rapports du croup et de l'angine diphtérique. West qui était dualiste, posa aux unicistes cette question : « La maladie décrite par Cheyne sous le nom de croup n'accompagne-t-elle jamais l'albuminurie ? » A quoi Jenner uniciste répondit par l'affirmative. Homolle lui accorde aussi une grande valeur diagnostique ainsi que Bergeron et Mangin et Lewin. Pour Gubler, toute angine pseudo-membraneuse sans albuminurie n'est pas diphtérique. Les Anglais de même en font, disent Laveran et Teissier, la caractéristique de l'angine diphtérique infectieuse. Cependant, Trousseau, Cadet de Gassicourt, d'Espine et Picot n'y attachaient qu'une importance relative.

Aujourd'hui, tous les auteurs s'accordent sur cette relativité de la valeur diagnostique de l'albuminurie diphtérique. Seule elle ne permet jamais d'affirmer un diagnostic douteux ; jointe aux autres symptômes, elle peut affermir un diagnostic. « C'est un signe de confirmation » (Barbier).

Valeur pronostique. — Au point de vue du pronostic, il faut envisager deux points de vue différents : 1° Pronostic rénal ; 2° Pronostic général.

Pronostic rénal. — Le pronostic rénal de l'albuminurie diphtérique est dans l'immense majorité des cas très *bénin*. Nous avons vu en effet combien la néphrite aiguë grave est en somme rare dans la diphtérie, combien rares aussi, les complications générales d'ordre rénal, œdèmes et urémie, et combien enfin sont exceptionnels les cas de passage à l'état chronique de l'albuminurie diphtérique, encore qu'on puisse discuter l'origine purement diphtérique de ces albuminuries. Peut-être est-il bon cependant, ce fait dûment constaté de la bénignité et de la fugacité habituelles de l'albuminurie diphtérique, de faire des réserves pour la réapparition tardive du phénomène, soit comme manifestation d'une néphrite chronique, très rare, soit surtout sous forme de certaines *albuminuries intermittentes* tardives, comme l'ont fait Londe, Gillet et Méry déjà cités.

Pronostic général. — La valeur de l'albuminurie diphtérique comme facteur du pronostic général a été plus discutée. G. Sée, dans sa statistique portant sur 27 cas (11 croups avec albuminurie et 16 sans albuminurie) trouve comme moyenne des décès 45, 37 p. 100 dans les premiers, 50, 25 p. 100 dans les seconds, d'où il conclut que « l'albuminurie favorise la guérison ». Peu d'auteurs furent de son avis ; Barboza, Béhier et Hardy, d'Espine et Picot, Laveran et Teissier la considèrent en effet comme « un signe pronostic très défavorable », de même Bartels qui rapporte et admet l'opinion d'Œrtel disant que « les reins sont le plus profondément atteints dans les cas de diphtérie où les phénomènes d'intoxication générale priment les autres ». D'après West, l'albuminurie jointe à la suppression complète de l'urine est un symptôme presque invariablement mortel. Les faits rapportés par Goodall en témoignent en effet. Moizard (dans sa thèse) donne comme proportion des décès sur 34 croups, 84 p. 100 dans les croups albuminuriques et 80 p. 100 dans les non albuminuriques. Sanné donne d'autres chiffres, 60,94 p. 100 de décès dans les diphtéries albuminuriques, 39,37 p. 100 dans les diphtéries sans albuminurie. Mais ces statistiques, comme le reconnaissent leurs auteurs, ne peuvent être que relatives, ne tenant pas de compte des complications intercurrentes possibles. Sanné et Moizard sont d'avis, du moins, que l'albuminurie se rencontre de préférence dans les cas graves. Trousseau est plus réservé encore qui, après avoir constaté qu'on l'observe surtout dans les diphtéries sérieuses, ajoute qu'elle peut manquer dans certains de ces cas, et exister dans des cas légers. Renaut, Marfan, Variot, Boulloche, Bourges, Martin et Sevestre, tous les auteurs modernes en un mot, la considèrent aussi comme presque constante dans les diphtéries graves. Pour Barbier, c'est un signe important, mais seulement si on le joint aux autres symptômes de la maladie, c'était d'ailleurs l'opinion de Cadet de Gassicourt.

Mais encore faut-il tenir compte de la quantité d'albumine et de sa durée. « L'albuminurie, disait Jules Simon, n'aggrave le pronostic que quand elle est abondante et persistante. » Barbier à ce point de vue distingue trois cas :

1° *Albuminurie* = 0. — Formes en général bénignes si l'angine est peu grave. Valeur nulle, si l'angine est grave.

2° *Albuminurie légère.* — Pronostic favorable si elle est passagère, plus grave si elle est permanente.

3° *Albuminurie abondante.* — Pronostic sombre. Pour lui aussi les albuminuries variables seraient moins graves que les albuminuries permanentes, sauf pour ce qui est de l'albuminurie terminale, de fâcheux augure. En somme, loin qu'elle soit « un épiphénomène sans importance sur la marche de la maladie » (Sanné), l'albuminurie diphtérique a une valeur pronostique incontestable. C'est en effet un signe de l'intoxication générale, au même titre que les autres symptômes généraux de la maladie, autant qu'eux, plus peut-être, l'albuminurie, *exceptions mises à part*, « donnant en quelque sorte la nature de l'intoxication » (Sevestre et Martin). Son importance croît avec sa quantité, grande surtout dans les albuminuries abondantes, elle est faible au contraire dans les albuminuries légères, bien qu'elle ne soit jamais un fait insignifiant, puisqu'il prouve « que le

(1) Reproduction interdite.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 61, p. 773.

poison morbide a pris possession d'un organe important, le rein » (Cadet de Gassicourt). Dans ces conditions, on conçoit que la disparition de l'albuminurie au cours d'une diphtérie soit d'un bon pronostic. Elle ne préjuge pourtant pas de l'évolution ultérieure de la maladie autant qu'on pourrait le supposer. Dans nombre en effet de ces albuminuries que nous avons étudiées sous le nom d'*albuminuries cycliques*, un enfant se présente avec une angine grave ou sérieuse. D'emblée l'albumine monte à 10-12 grammes. Quelques jours se passent, vers le cinquième ou le huitième jour, l'état général et local s'améliore, l'albumine tombe brusquement à quelques centigrammes, on porterait un bon pronostic. Mais soudain l'enfant pâlit, présente des troubles cardio-bulbaires, et meurt de syncope, *sans que l'albumine ait augmenté ou réapparu*, comme si l'intoxication massive d'emblée et totale avait cédé rapidement sur toute la ligne sauf au niveau du bulbe.

Pathogénie de l'albuminurie. — Nombreuses sont les théories pathogéniques de l'albuminurie diphtérique. Empis et Bouchut, Germe, Hervieux, lui appliquant la théorie de l'*albuminurie anoxémique*, émise en 1851 par Robin et Rayer, pensèrent que l'albuminurie diphtérique résultait de l'*asphyxie croupale*.

Pour Semmola, elle résulte de ce fait que l'albumine du sang est devenue plus diffusible, diffusibilité augmentée pas l'hyperthermie et par l'augmentation de l'urée et de l'acide urique, pour Senator; par la diminution des chlorures pour Heller. *Pour Gubler*, il y a en réalité excès d'albumine dans le sang, se traduisant par son passage dans l'urine, c'est la *théorie de la super-albuminose* ou de l'*hyperleucomatie sanguine*, admise aussi par Quinquaud.

Ces théories sont aujourd'hui tombées dans l'oubli, car, si l'on peut observer une albuminurie légère et passagère dans l'asphyxie croupale, il est des cas de croup sans albuminurie et des angines diphtériques sans croup avec albuminurie abondante.

La diffusibilité plus grande de l'albumine n'a jamais été prouvée et n'est qu'une hypothèse.

La superalbuminose sanguine ne saurait non plus être admise, pour plusieurs raisons dont la meilleure est qu'elle n'existe pas dans la diphtérie. Existât-elle d'ailleurs, qu'elle ne pourrait déterminer d'albuminurie sans lésions concomitantes du rein.

On n'admet plus guère aujourd'hui que la *théorie de la néphrite*, soutenue par Lorrain, Sanné, Charcot, Lécorché, Gaucher, Brault, et par tous les auteurs actuels, d'après laquelle l'albuminurie diphtérique est toujours liée à des lésions rénales en général légères et fugaces, à une néphrite passagère. Que si parfois le rein *paraît sain*, ce n'est là qu'une apparence comme le démontre l'examen histologique, ou bien, la lésion fugace a disparu. Pour ce qui est de la cause même de cette néphrite, nous avons vu que c'est une *néphrite toxique*, par action sur le rein de la toxine diphtérique. Cependant Rathery ayant constaté que la toxine diphtérique en solution *in vitro* n'a pas d'action sur le rein, conclut que « la toxine diphtérique n'agit pas directement sur le rein dans l'économie », mais qu'elle « provoque peut-être dans l'organisme la sécrétion de certains corps qui eux sont capables de léser le rein. » Mais cette conclusion d'expériences *in vitro* est-elle bien légitime?

On peut se demander s'il n'existe pas souvent en plus de l'élément rénal un facteur nerveux dans la production de ces albuminuries, qu'il s'agisse de l'action de la toxine sur le bulbe directement, ou sur l'innervation vaso-motrice et trophique du rein. Les albuminuries bulbaires sont en effet bien connues des cliniciens et des physio-pathologistes.

D'autre part on sait combien la toxine diphtérique frappe volontiers le bulbe. L'allure si capricieuse de cette albuminurie, son apparition surtout dans les cas graves, c'est-à-dire dans ceux qui s'accompagnent de préférence de troubles nerveux, sa présence ou son augmentation comme fait initial d'une complication nerveuse, son peu de rapport souvent avec les lésions rénales observées, plaideraient en faveur de cette hypothèse, sans que le fait de son absence possible dans les complications nerveuses graves puisse l'infirmer, le bulbe pouvant n'être que partiellement atteint.

C. Éléments figurés. — 1° *Hématurie.* — L'hématurie est rare dans la diphtérie, Barbier, Goodhardt, Schwalbe, la considèrent même comme exceptionnelle. Elle peut être *isolée*, elle résulte alors d'une glomérulo-néphrite hémorragique, lésion qu'on observe surtout dans les cas à évolution aiguë, ou dans les intoxications suraiguës, *ou associée* à d'autres hémorragies dans les diphtéries hémorragiques. L'on conçoit combien le pronostic est plus sombre dans ce dernier cas.

2° *Cylindrurie.* — La cylindrurie est également rare dans la diphtérie. Le plus souvent alors, ce sont des cylindres hyalins, beaucoup plus rarement des cylindres épithéliaux ou hématiques.

3° *Leucocytes et cellules graisseuses.* — Leur présence est très rare aussi, mais pour Bernhardt, la présence d'éléments figurés dans l'urine est d'une importance pronostique beaucoup plus grande que l'albuminurie. Quand ils sont abondants dès le début le pronostic est toujours défavorable. Quand ils apparaissent plus tard, le pronostic est moins sombre, mais encore réservé. Il leur attribue même une certaine valeur diagnostique.

4° *Peptonurie.* — La peptonurie fut signalée dans la diphtérie d'abord par Gerhardt. La recherche s'en fait surtout par le réactif d'Esbach qui donne un précipité *soluble à chaud*, contrairement au coagulum albumineux, et facile à différencier des précipités d'alcaloïdes (quinine surtout) et d'urate de soude. Binet la signale dix fois sur trente-sept cas. Mais Cattanéo fait remarquer qu'elle apparaît toujours après une injection de sérum, et pour cette raison considère sa valeur diagnostique et pronostique comme nulle.

5° *Glycosurie.* — La présence du sucre dans les urines est rare. Grognot en rapporte quatre observations dans lesquelles la glycosurie a persisté après

la guérison apparente, ou bien a cessé avec la maladie. Mais des recherches parallèles faites par Guinon étant restées sans résultat, l'auteur pense qu'un élément étranger à la maladie (aseptol?) a dû produire la réaction.

Cependant Binet la considère comme fréquente dans les formes graves, contrairement à Labbé, qui n'en signale aucun cas sur vingt examens.

6° *Diacéturie.* — Sous ce nom, Jaksch désigne l'élimination par l'urine, de l'acide acétique, de ses sels et de ses éthers. Elle se manifeste surtout sous forme d'*acétonurie*. On la décèle par les réactions bien connues de Gerhardt, au perchlorure de fer, et de Legal, au nitro-prussiate de soude.

D'après Schrack, l'acétone serait toujours en abondance dans la diphtérie. Pour Binet, au contraire, elle est exceptionnelle dans cette affection non compliquée, alors qu'elle est fréquente dans la scarlatine.

7° *Urobiline et pigments biliaires.* — D'après Giarre, l'urobiline et les pigments biliaires sont rares dans la diphtérie. Quand ils existent, ils sont en très minime quantité et n'existent guère que dans la diphtérie, compliquée, de broncho-pneumonie surtout. C'est aussi l'opinion de Tissier.

D'après Labbé, au contraire, si les pigments biliaires sont rares, par contre, l'urobiline est presque constante dans la diphtérie (7 fois sur 8), alors qu'elle est rare et légère dans la scarlatine.

8° *Diazo-réaction.* — La diazo-réaction d'Erlich est considérée par les auteurs comme rarement positive dans la diphtérie. C'est l'opinion d'Erlich (1/9), de Clémens (6/60), de Rivière (0/5), de Feer (1/12), d'Escherich (2/4), de Brewing (0/6), de Nissen (1/5), de Greene (0/3), d'Umikoff (3/25), de Lœper et Oppenheim, de Lobligeois (1 cas sur 118), de Labbé (0/16). Elle est au contraire beaucoup plus fréquente dans la scarlatine (40 p. 100, Labbé), (15/18, Lobligeois), et dans la rougeole, où Clémens la considère comme toujours positive. Aussi, certains auteurs attribuent-ils une grande importance à sa recherche : Clémens comme élément de diagnostic entre le croup et la laryngite morbilleuse, Lobligeois comme moyen de diagnostiquer les éruptions scarlatiniformes de la scarlatine.

9° *Indicanurie.* — L'indicanurie est fréquente dans la diphtérie. Labbé la rencontre 6 fois sur 8, soit dans 77 p. 100 des cas. Concetti la trouve moins fréquente et sur 76 analyses faites chez 19 enfants, la signale 38 fois (50 p. 100). Brunschwig, enfin, la considère comme constante.

Quoi qu'il en soit, elle est plus fréquente que dans la scarlatine où elle n'existe que dans 22 p. 100 des cas.

D. Eléments normalement contenus dans l'urine. — 1° *Urée et urates.* — L'élimination de l'urée, des urates et de l'acide urique varie avec l'alimentation. D'une manière générale, cependant, on admet qu'ils sont augmentés pendant toute la période aiguë de la maladie, pour retomber progressivement à la normale au moment de la convalescence. Les décharges uriques sont plus marquées dans les diphtéries graves. D'après Eichorst, ils seraient diminués dans le croup, et d'autant plus que la dyspnée est plus vive : l'urée pourrait même tomber à 0. Dès que la respiration devient libre, la quantité d'urée augmenterait considérablement. Frænkel, au contraire, nie cette influence.

2° *Chlorures.* — Dès les premiers jours de la maladie, *les chlorures sont très diminués.* Ils le demeurent pendant la période aiguë avec de faibles oscillations. Puis, quand la fièvre tombe ou quand la dyspnée cède, ils augmentent. Si, au contraire, la diphtérie est grave et que la fièvre persiste, ils restent rares. Ils retombent quand des complications surviennent, et Brunschwig cite un cas dans lequel les chlorures tombèrent de 9 grammes à 1g925 à l'occasion d'une broncho-pneumonie. Dans la convalescence, ils augmentent et dépassent souvent la normale, pour y revenir ensuite. L'influence du régime lacté semble très marquée, et quand on passe du régime lacté au régime carné ou mixte, les chlorures augmentent, toute modification du régime s'accompagnant d'ailleurs d'une modification parallèle du NaCl. Nous verrons enfin que le sérum a une certaine influence sur l'excrétion chlorurée.

3° *Phosphates.* — Les phosphates sont toujours augmentés dans la diphtérie. Au début cependant ils sont généralement diminués : il y a hypophosphaturie. Mais rapidement ils augmentent en même temps que la quantité d'urines, et atteignent un maximum pour Labbé, du huitième au treizième jour de la maladie. On peut alors observer « de véritables poussées de phosphaturie ». Cette excrétion varie selon les cas. D'après Labbé, elle est maxima dans les cas légers. Les complications de même augmenteraient l'excrétion phosphatique. Pour ce qui est de l'action du régime, elle serait nulle, d'après les travaux d'Achard, Laubry et Thomas, sur la phosphaturie dans les maladies infectieuses. Enfin, pour les mêmes auteurs, il n'y a pas de parallélisme entre la courbe des chlorures et celle des phosphates.

Exploration rénale. — L'exploration des fonctions rénales a été peu pratiquée dans la diphtérie.

L'élimination du bleu est sensiblement normale, parfois seulement un peu irrégulière, et cela, même dans des cas où l'albuminurie est abondante.

L'épreuve de la chlorurie alimentaire donne des résultats à peu près normaux aussi, et l'on n'observe guère de rétention que dans les cas très graves (Labbé).

Quant aux données de la cryoscopie, elles semblent trop irrégulières pour qu'on puisse y attacher une bien grande importance. D'après certains auteurs cependant, le pronostic serait d'autant plus favorable que Δ est plus près de la normale (Mercklen, Lindemann).

Sérothérapie et syndrome urinaire. — L'action du sérum antitoxique sur le rein et le syndrome urinaire a été très discutée, surtout en ce qui concerne l'albuminurie et la néphrite.

L'injection du sérum normal du cheval amenant, suivant les expériences de Cl. Bernard et de Pavy,

une albuminurie constante, il était logique d'admettre que le sérum antidiphtérique en déterminait aussi. Ce fut l'opinion de nombreux auteurs, dont surtout Siegert, Wismann, Legendre et Hirtz, et les auteurs anglais. Guinon et Rouffilange, Thibierge, Frölich, signalèrent des cas d'anurie, Triboulet et Geffier, Izor Asfoldi des cas d'urémie. Sevestre, de son côté, rapporta des accidents rénaux sériques, mais les mit sur le compte de l'association streptococcique.

Expérimentalement, Ritter et Siegert, Kossorotoff et Wissmann déterminèrent de l'albuminurie chez les animaux par injection de sérum de Roux.

Au contraire de ces auteurs, Moussous, Poix, Karlinski, Zagari et Calabreze, Gouget, Arloing, Perregaux, Variot et Cochinal, Marfan, Landouzy, Chantemesse et Richardière, nient au sérum tout accident rénal, et même toute action sur une albuminurie légère préexistante. Certains auteurs vont même plus loin, qui pensent que le sérum antitoxique doit avoir une action curative sur l'albuminurie, accident toxique. Tels sont entre autres Roux, Spronck, Baginsky, Bokai, Martin, Petit, Joubert.

Pour ce qui est de l'action du sérum antidiphtérique sur les autres éléments du syndrome urinaire, les auteurs sont à peu près d'accord pour admettre que le sérum augmente la densité de l'urine et détermine de l'oligurie, de l'hyperphosphaturie, de l'hyperazoturie, de la diminution des chlorures, de la peptonurie (Heckel, Cattanéo, Binet). Mais comme le font remarquer Mongour et Haushalter, ce ne sont là que des modifications légères, imputables en tout cas au sérum sanguin, non à l'antitoxine (Poix, Variot) : l'hyperazoturie seule peut être assez abondante et dépasser 50 grammes par litre (Variot, Charrin, Roger, Desgrez). Elles sont de plus très passagères : « Le plus souvent, dès le troisième ou le quatrième jour après l'infection, le volume de l'urine augmente, l'urée et les phosphates diminuent, les chlorures au contraire se relèvent progressivement » (Variot et Cochinal).

En somme, le sérum antidiphtérique n'a guère d'action que sur l'excrétion minérale et urique, action minime et indépendante de l'antitoxine. Pour ce qui est de son action favorable ou défavorable sur l'albuminurie, il est bien difficile d'en juger, si l'on se souvient de l'extrême variabilité du phénomène. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la proportion des albuminuries abondantes doit logiquement avoir diminué, depuis la sérothérapie, puisque les angines graves, qu'elles compliquent surtout, sont devenues elles-mêmes moins fréquentes.

BIBLIOGRAPHIE

Dans cette bibliographie, nous ne citerons que les travaux se rapportant plus particulièrement, directement ou non, au sujet étudié. Nous avons omis volontairement les traités spéciaux de la diphtérie et les traités généraux de pathologie interne auxquels se reportera aisément le lecteur.

Anatomie pathologique. — BRAULT, CHARCOT et BOUCHARD. Art. NÉPHRITES; — *Congrès de Moscou*, 1897. — BRAULT et CORNIL. *Etudes sur la pathologie du rein*, 1884. — CASTAIGNE et RATHERY. *Soc. de biol.*, mai 1905. — CLAUDE. Th. de Paris, 1897. — CORNIL et RANVIER. *Manuel d'histologie pratique*. — CRITZMANN et THIROLOIX. *Gaz. des hôpit.*, déc. 1889. — ENRIQUEZ et HALLION. *Soc. de biol.*, 1894. — LABADIE-LAGRAVE. Th. de Paris, 1873. — LANCEREAUX. *Anat. pathol.*; — *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. III. — LÉCORCHÉ. *Traité des maladies des reins*, 1874. — MOREL. Th. de Paris, 1891. — P. MERKLEN. Th. de Paris, 1901. — RATHERY. Th. de Paris, 1905. — SANNÉ. *Dict. encycl.*, art. DIPHTÉRIE, 1884. — VIRCHOW. *Anat. pathol.*

Pathogénie et bactériologie. — BABES. *Virchow's Archiv*, 1890. — BARBIER et TOLLEMER. *Soc. méd. des hôpit.*, oct. 1897. — BARBIER et ULLMANN. *La diphtérie* (Actualités méd., 1898). — BEHRING. *LXVII*e *Congrès des naturalistes et médecins allemands*, Lubeck 1895. — BECK. *Zeits. f. Hyg.*, 1890, VIII. — BRIEGER et FRÆNKEL. *Berl. klin. Wochens.*, 1890. — CLAUDE. Th. de Paris, 1897. — Constantini CUOGHI. *Polic.*, 1er juin 1898 et *Semaine méd.*, 1898, p. 303. — CRITZMANN et THIROLOIX. Loc. cit. — ENRIQUEZ et HALLION. Loc. cit. — FRÖSCH. *Zeits. f. Hyg.*, 1893, XIII. — GAUCHER. *Soc. de biol.*, 1881; — *Gaz. méd. de Paris*, 1881; — Th. d'agrégation, 1886. — HOMOLLE. *Revue des Soc. méd. de Hayem*, art. DIPHTÉRIE, 1876, I, 8. — KOLISKO et PALTAUF. *Wien. klin. Wochens.*, 1889, VIII. — LŒFLER. *Congrès de Buda-Pesth*, 1894. — MARTIN et CHAILLOUS. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet 1894. — MÉTIN. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1898. — ŒRTEL. *Deuts. med. Wochens.*, 1890. — RICHARDIÈRE, TOLLEMER et ULMANN. *Soc. méd. des hôpit.*, 1898. — ROGER. *Essai sur la diphtérie toxique*, 1897; — *Maladies infectieuses*, 1902. — ROUX et YERSIN. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1888-1889. — SPRONCK. *Le bacille et son action pathogène*, 1889; — *Acad. des sc.*, sept. 1889. — SPRONCK, WINTGENS et DÆTS. *Allgem. med. Centr. Zeit.*, 1890; — *Nederl. pydschr. v. Geneest*, 1889. — WRIGHT. *Boston med. and surg. Journ.*, nov. 1894.

Symptomatologie. — *Généralités.* — BARBIER. Th. de Paris, 1888. — BRUNSCHWIG. Th. de Paris, 1902. — FRANCOTTE. *De la diphtérie.* — GOODALL. *The Lancet*, 1895. — HOMOLLE. Loc. cit. — LABBÉ (R.). Th. de Paris, 1903. — LORAIN et LÉPINE. *Dict. Jaccoud*, art. DIPHTÉRIE. — Mariotti BIANCHI. *III*e *Congrès de pédiat. italien*, Turin, oct. 1898.

Albuminurie. — ABEILLE. *Traité des maladies albumineuses et sucrées*, 1863. — AUBERTIN. *Presse méd.*, 1900-1901 (Alb. intermitt.). — BARTELS. *Maladies des reins.* — BARTHEZ. *Gaz. hebd.*, 1859. — BERGERON et MANGIN. *Des éruptions qui compliquent la diphtérie et de l'albuminurie considérée comme symptôme de cette maladie*, 1858. — BOUCHUT et EMPIS. *Acad. des sc.*, 1858. — CADET DE GASSICOURT. *Maladies des enfants*, t. III. — J. CASSEL. *Arch. f. Kind. Centralbl.*, 1889. — CHAILLOUS et MARTIN. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1894. — DEGUY et B. WEILL. *Soc. de pédiat.*, 20 mai 1902. — D'ESPINE et PICOT. *Maladies des enfants.* — FURDRINGER. *Soc. de méd. int.*, Berlin, oct. 1889. — GUBLER. *Gaz. méd. de Paris*, 1886; — *Dict. encycl.*, art. ALBUMINURIE. — GUINON. *Soc. de pédiat.*, 20 mai 1902. — GERME. Th. de Paris, 1886. — GILLET. *Ann. de la polycl. de Paris*, mars 1898; juin 1901. — HÉNOCH. *Ueber Diphterie*, 1889. — HERVIEUX. Th. de Paris, 1886. — HOMOLLE. *Revue de Hayem*, art. DIPHTÉRIE. — JACCOUD. *Dict.* Art. ALBUMINURIE. — JOHNSON. *The Lancet*, 1875; — *Revue d'Hayem*, 1875, t. VI. — LÉCORCHÉ et TALAMON. *Traité de l'albuminurie*, 1888. — LEWIN. *Deuts. Klin.*, 1862-1863. — LONDE. *Soc. méd. des hôpit.*, juillet 1899; — *Presse méd.*, 1901. — LORAIN. Th. de Paris, 1860; — *Dict. Jaccoud*, art. DIPHTÉRIE. — MANGIN. Th. de Paris, 1859-1860. — MÉRY. *Congrès de pédiat. de Nantes*, août 1902. — MICHAUT. Th. de Paris, 1900. — MOIZARD. Th. de Paris, 1876. — MYA et GIARRHÉ. *Congrès de Rome*, 1894. — RENAUT. *Revue des mal. de l'enf.*, mars 1907. — RICHARDIÈRE. *Congr. de méd.*, Paris 1900. — ROGER. *Soc. méd. des hôpit.*, 1858. — G. SÉE. *Soc. méd. des hôpit.*, 1858. — SEVESTRE et MARTIN. *Traité des maladies de l'enfance*, art. DIPHTÉRIE. — SEVESTRE et MESLAY. *Soc. méd. des hôpit.*,

1894-1895-1896. — SEVESTRE et ROLAND. *Traité des maladies de l'enfance.* — J. SIMON. *Semaine méd.*, 1885, p. 183. — THOMSEN. *Statist. de l'hôpit. de Copenhague*, 1894. (Voir *Journ. de clin. et de thérap. inf.*, 1893-1894.) — TROUSSEAU. *Clin. de l'Hôtel-Dieu.* — VARIOT. *Diphtérie et sérumthérapie*; — *Journ. de clin. et de thérap. inf.*, 1893. — WADE. *The Midl. quart. Journ. of med. sc.*, 1857. — WEST. *Maladies des enfants.*

Eléments normaux. — ACHARD, LAUBRY et THOMAS. *Soc. méd. des hôpit.*, mai 1902. — BRUNSCHWIG. Loc. cit. — BINET. Loc. cit. — EICHORST. *Virch. Arch.*, 1897. — FRAENKEL. *Id.*, 1876. — LABBÉ (R.). Th. de Paris, 1903.

Eléments figurés. — BARBIER. Th. de Paris, 1888. — BERNHARDT. *Arch. f. Kind.*, 1895. — GOODARDT. V. *Journ. de clin. et de thérap. inf.* 1893, et *Mal. des enf.*, 4e édition. — SCHWALBE. *Deuts. med. Woch.*, 20 déc. 1894. — TREYMANN. *Id.*

Peptonurie. — BINET. *Revue méd. de la Suisse romande*, sept. 1890. — BRUNSCHWIG. Th. de Paris, 1902. — CATTANEO. *Jahrb. f. Kind.*, 1898. — LABBÉ (R.). Th. de Paris, 1903. — HECKEL. *Münch. med. Wochens.*, 1895.

Glycosurie. — GROGNOT. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1892. — LABBÉ. Loc. cit.

Acétonurie. — BINET. Loc. cit. — SCHRACK. *Jahrb. f. Kind.*, t. XV.

Urobilinurie. — GIARRE. *Lo Sperimentale*, 1895 (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1895). — LABBÉ. Loc. cit. — MORFANT. Th. de Paris, 1899. — TISSIER. Th. de Paris, 1899.

Diazo-réaction. — BRUNSCHWIG. Loc. cit. — CLEMENS. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Leipzig 1899. — HÈZE. *Arch. prov. de méd.*, oct. 1900. — LOBLIGEOIS. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, juin 1901; — *Soc. de péd.*, mai 1901; — Th. de Paris, 1902. — MICHAELIS. *Soc. de méd. int.*, Berlin, janv. 1899. — NISSEN. *Soc. de méd. des enf.*, Saint-Pétersbourg 1893-1894. — LŒPER et OPPENHEIM. *Gaz. des hôpit.*, 1901.

Sérothérapie et syndrome urinaire. — ARLOING. *Arch. intern. de pharmacodynamie*, V, 1899. — BAGINSKY. *Diphterie und diphterischer Croup*, 1898. — BEHRING. *Congrès de Buda-Pest*, 1894; — *LXVIIe Réunion des nat. et méd. allemands*, Lubeck 1895. — BOKAI. *Deuts. med. Wochens.*, 1895. — CHANTEMESSE. *Soc. méd. des hôpit.*, mai 1901. — COMMITTON. *Journ. de clin. et de thér. inf.*, 1895; — *XIIIe Congrès all. de méd. int.*, Munich, avril 1895; — *IIe Congrès franç. de méd. int.*, Bordeaux, août 1895; — *VIe Congrès de la Soc. ital. de méd. int.*, Rome, oct. 1895. — FILATOFF. *La sérothérapie* (*Med. obor.*, 1895). — FRÖLICH. *Congrès de Nancy*, 1896. — GILLET. Le sérum antidiphtérique, *Bull. de la Soc. méd. et chir. de Paris*, mars 1901. — GOODALL. *Lancet*, 1895. — GOUGET. *Soc. de biol.*, juillet 1897. — GUINON et ROUFFILLANGE. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1895. — HAUSHALTER. *Congrès de Nancy*, août 1896. — HEUBNER. *Congrès des nat. et méd. all.*, Lubeck, sept. 1895. — JOUBERT. Th. de Paris, 1899. — KARLINSKI. *Wien. med. Wochens.*, 1895. — LANDOUZY. *Les sérothérapies*, 14e leçon, 1898. — LEBRETON et MAGDELAINE. *Soc. méd. des hôpit.*, fév. 1895. — LEGENDRE et HIRTZ. *Soc. méd. des hôpit.*, janv. 1896. — MICHAUT. Th. de Paris, 1900. — MARFAN. *Leçons sur la diphtérie.* — MONGOUR. *Congrès de Bordeaux*, août 1895. — MOUSSOUS. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, oct. 1895. — PERREGAUX. Th. de Paris, 1895. — PETIT (R.). Th. de Paris, 1896. — RABOT. *Lyon méd.*, déc. 1894. — ROGER. *Congrès de Nancy*, 1896. — ROUX. *Congrès de Buda-Pesth*, sept. 1894. — ROUX et MARTIN. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept. 1894. — ROUX et YERSIN. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1888-1889. — SEVESTRE. *Soc. méd. des hôpit.*, 31 janv. et 2 fév. 1896. — SIEGERT. *Virchow's Arch.*, 1896. — SPRONCK. — THIBIERGE. *Journ. de clin. et de thérap. inf.*, 1895, p. 416. — TRIBOULET et GEFFIER. *XXIIIe Congrès intern. de méd.*, Paris, août 1900. — UNGAUER. Th. de Paris, 1896. — VARIOT. *Journ. de clin. et de thérap. inf.*, 1893, 1894, 1895. — VARIOT et COCHINAL. *Id.*, 1895-1896. — VISSMANN. *Med. Rec.*, 14 sept. 1895. — ZAGARI et CALABREZE. *Rif. med.*, 1895.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 MAI 1909)

Relation entre le sommeil et les rétentions d'eau interstitielle. — M. DEVAUX. L'augmentation de la lymphe, qui se produit si fréquemment dans un grand nombre d'états pathologiques et physiologiques, dans l'ivresse, dans la fatigue, dans l'absorption digestive, se réalise aussi périodiquement dans les états de sommeil. Chaque jour, d'une manière régulière et constante, la puissance osmotique de cette lymphe s'élève en traduisant un drainage général du côté des espaces interstitiels. Cette marée lymphatique, qui devient d'autant plus haute que notre organisme a plus besoin de repos, semble être le phénomène essentiel et caractéristique qui préside à la grande fonction du sommeil.

Action sur l'oreille à l'état pathologique des vibrations de la sirène à voyelles. — M. RANJARD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 JUIN 1909)

Sarcome à myéloplaxe de l'épaule. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une observation de M. René Le Fort relative à un sarcome à myéloplaxe de l'omoplate. Il pratiqua la résection de l'omoplate et d'une portion de la clavicule, puis fit une tentative de néarthrose entre l'humérus et la clavicule à l'aide d'un fil d'argent, tentative qui sembla d'abord assez heureuse puisque le malade put faire quelques mouvements. Cette première opération fut faite en février 1908. Il y eut une récidive en juillet. Dans une seconde intervention, M. Le Fort enleva la clavicule. Par suite de l'entrée de l'air dans les veines le malade, quelques instants après, tomba dans un état comateux. Cet état disparut en peu de temps et il y eut une hémiplégie secondaire qui dura quelques jours, puis tout rentra dans l'ordre. Après quelque temps il se fit une récidive pulmonaire qui emporta le malade. L'examen de la pièce montra qu'il s'était formé une sorte de capsule articulaire et pour ainsi dire une véritable néarthrose.

Cette observation présente un certain intérêt à trois points de vue : 1° au point de vue de l'importance de l'opération initiale ; 2° au point de vue de la tentative de néarthrose ; 3° au point de vue de l'entrée de l'air dans les veines.

Pour ce qui est de l'opération initiale, il y a lieu de se demander s'il n'aurait pas mieux valu recourir d'emblée à la désarticulation interscapulo-thoracique. La tentative de néarthrose échoue souvent, dans ces cas, parce que le fil casse, aussi serait-il indiqué de faire porter à ces malades un appareil prothétique.

Dans un cas analogue où il s'agissait d'un sarcome chez une jeune fille de vingt-trois ans, M. Mauclaire fit la résection de la tête de l'humérus et plaça un fil métallique reliant l'extrémité supérieure de l'humérus à la clavicule. Il avait eu soin d'enlever beaucoup de muscle, une fistule se produisit. Le fil ne cassa pas. Au bout de quelque temps, M. Mauclaire crut pouvoir l'enlever. La malade, à partir de ce moment, eut des douleurs épouvantables et ne put plus remuer son bras.

Il appliqua alors un appareil prothétique et les choses s'arrangèrent.

Dans le cas de M. Le Fort l'entrée de l'air dans les veines a-t-elle été la cause de l'hémiplégie ou celle-ci a-t-elle été due à une ligature? C'est ce qu'on ne saurait déterminer.

Prolapsus de cancers du rectum. — M. Mauclaire analyse deux autres observations de M. Le Fort dans lesquels il s'agit de cancers du rectum prolabés.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de trente-deux ans chez lequel, dans une première opération, il enleva un épithélioma cylindrique du rectum. Il fit ainsi quatre opérations successives consistant à enlever des récidives du cancer se greffant sur la muqueuse prolabée. Enfin, il fit un anus iliaque et l'amputation périnéale du rectum qui put être faite très haut. La guérison fut rapide.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de soixante et un ans qui avait un cancer prolabé en dehors du rectum. M. Le Fort fit un anus iliaque, la désinfection de la partie inférieure de l'intestin, l'amputation périnéale très haute. Cette malade présentait une invagination à trois cylindres de la muqueuse rectale.

Une nouvelle mycose. — M. Auvray rapporte l'observation d'un malade qui portait une tuméfaction de la région maxillaire gauche. On crut d'abord à une affection d'origine dentaire. L'éradication de plusieurs dents, à ce niveau, ne donna aucun résultat. La tuméfaction se ramollit et devint un abcès qu'on prit pour un abcès froid. On en fit l'incision, il resta une fistule. Les tissus profonds, ni les os, ni les ganglions n'étaient envahis. On fit l'ablation totale et on recueillit une matière jaunâtre qui fut examinée.

M. Auvray résume l'observation en disant qu'il s'agissait d'une nouvelle variété de sporotrichose (sporotrichosa stellata).

M. Demoulin a observé trois cas de sporotrichose dans lesquels, cliniquement, le diagnostic de tuberculose s'imposait. Il est convaincu qu'on prend bien souvent pour de la tuberculose des cas de ce genre. La tuberculose doit donc être démembrée d'une partie de ces faits.

M. Quénu estime qu'il faut aussi compter sur la confusion possible de ces faits avec des cas de cancers. Il cite l'exemple d'une jeune femme qui portait une tumeur du maxillaire supérieur ayant tous les caractères d'un sarcome. On pensait qu'il n'y avait plus à faire que la résection de la mâchoire. M. Quénu fit une incision naso-génienne qui lui permit de rabattre un grand lambeau; il put se rendre compte que l'os était indemne. Il recueillit une substance jaunâtre qui vraisemblablement était une mycose.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 29 mai 1909)

Fièvre typhoïde et intradermoréaction à la tuberculine. — MM. Paisseau et L. Tixier ont constaté chez deux typhiques du service du professeur Hutinel une intradermoréaction positive à la tuberculine dans les premiers jours de la maladie, alors qu'elle se montrait négative dans la convalescence. Le fait vient à l'appui des recherches expérimentales de F. Arloing; il tend à prouver la non spécificité de la méthode. Sans insister sur ce point théorique, les auteurs font remarquer combien ce procédé peut induire en erreur pour le diagnostic de la typho-bacillose, puisque certaines typhiques peuvent réagir au début de la maladie en dehors de tout épisode tuberculeux.

MM. Paisseau et Tixier estiment que ces faits ne sauraient infirmer les excellents résultats fournis par la méthode, mais qu'ils doivent, au contraire, servir à en préciser l'interprétation.

Lésions de la moelle osseuse dans le rachitisme. — MM. Marfan, Baudoin et Feuillé. La moelle osseuse présente, dans le rachitisme, des altérations qui varient suivant la période de la maladie. Au début, il y a multiplication des cellules de la moelle, plus nombreuses, plus serrées que normalement. Les myélocytes neutrophiles, très nombreux, sont presque tous altérés : leur noyau est volumineux, pâle, pyknotique. Les myélocytes éosinophiles, très rares dans la moelle normale, sont très abondants. De même, les globules rouges nucléés qui forment par places de petits amas et présentent des signes de suractivité. Les figures de karyokinèse sont moins rares que d'habitude. Les mégacaryolytes sont parfois augmentés de nombre. Les myéloplaxes sont rares, les vaisseaux de la moelle nombreux, dilatés et parfois entourés d'amas hématiques ou pigmentaires. Quant à la trame fibreuse, sa prolifération est légère, mais indéniable. Enfin, on constate l'apparition des cellules médullaires dans des régions qui n'en renferment point à l'état normal : capsules cartilagineuses, canaux de Havers, lamelles du tissu compact, etc.

A mesure que la maladie se poursuit, les cellules diminuent de nombre, et sont peu à peu remplacées par du tissu fibroïde, semé de cellules fusiformes ou étoilées, et parcouru par des vaisseaux. Au stade initial du rachitisme, c'est donc la moelle cellulaire qui prolifère; plus tard, c'est la moelle fibreuse. Ces diverses altérations jouent un rôle important dans le processus rachitique ; on doit leur attribuer l'intumescence des os et elles sont une des causes du trouble de la fonction des ostéoblastes, d'où substitution à l'os normal d'un tissu dépourvu de calcaire, le tissu ostéoïde.

Le ferment protéolytique des leucocytes. — MM. Noël Fiessinger et Pierre-Louis Marie ont isolé des polynucléaires le ferment protéolytique qui les caractérise. Ce ferment particulièrement résistant aux agents chimiques et physiques, peut transformer les albuminoïdes en peptones et en acides amidés. Il s'agit non d'un ferment autolytique mais d'un ferment vital du polynucléaire. On pourrait croire que les granulations neutrophiles constituent la représentation figurée de ce ferment, comme les grains de zymogène. Il n'en est rien, car si les myélocytes granuleux possèdent une action analogue, les myélocytes non granuleux (grandes cellules à noyaux clairs et à protoplasma basophile) que les auteurs ont pu étudier dans un cas de leucémie aiguë sont aussi des agents puissants de la protéolyse. Il s'agit donc d'une propriété digestive qui caractérise les éléments figurés de la série médullaire.

Liquide céphalo-rachidien clair dans les méningites cérébro-spinales. — MM. Netter et Debré ont constaté la présence de liquide céphalo-rachidien clair dans différentes circonstances au cours de la méningite cérébro-spinale. Ils étudient d'abord le liquide clair retiré par une ponction faite dans les vingt-quatre premières heures de la maladie. Dans les vingt-quatre premières heures, le liquide est souvent clair (trois fois sur quatre), il est albumineux, et, en général, très riche en éléments microbiens et, au contraire, pauvre en cellules qui sont, en majorité, des mononucléaires (75 à 100 p. 100).

Rôle de la syphilis dans l'étiologie de la démence précoce. — MM. J. Roubinovitch et Levaditi font une communication sur ce sujet. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 62, p. 790.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 29 MAI 1909)

Des albuminuries d'ordre génital (*suite*). — M. GILLET. Le terme d'albuminurie ne doit s'entendre que dans la production au niveau du rein de sérine ou de globuline; tout ce qui n'est pas ces deux corps ne produit pas une albuminurie vraie, mais une fausse albuminurie, ou si l'on veut une *albuminoïdurie*. S'il y a du sperme, du liquide prostatique dans l'urine, il n'y a pas albuminurie.

Du reste, il faut tenir grand compte de la perméabilité rénale. Dans toutes les albuminuries minimes intermittentes, même constantes, il faut chercher du côté de l'appareil génital, d'après M. Le Für. Il faut de plus chercher partout.

M. ROESER expose qu'il est nécessaire de faire le diagnostic de l'albuminurie génitale avec l'albuminurie digestive. Celle-ci apparaît sous l'influence de l'absorption en nature d'albumines hétérogènes comme ovoalbumine, caséine ou albumine de la viande. L'organisme les considère comme des corps étrangers et les expulse.

Cette albuminurie, variable par sa quantité et par son apparition, se différenciera de l'albuminurie génitale en recueillant l'urine dans la vessie ou même dans l'uretère.

M. CASTAIGNE. On s'est demandé si la néphrite chronique albumineuse simple que l'auteur a cherché à isoler ne rentrait pas dans le groupe des albuminuries génitales. En réalité, il s'agit là de faits très différents, les cas ainsi groupés concernent des malades ayant une albuminurie très abondante d'origine rénale non douteuse, mais sans œdème ni symptômes urémiques et pour cela, on doit séparer ces faits de la néphrite interstitielle et de la néphrite parenchymateuse dont les symptômes et l'évolution sont tout à fait différents.

Des états hémorragiques dans la prétuberculose. — M. E. FRANÇOIS-DAINVILLE, à l'aide d'observations personnelles et d'observations dues à M. Talamon, expose l'importance clinique des états hémorragiques cutanés et viscéraux accompagnés de douleurs articulaires qui précèdent quelquefois l'apparition de la tuberculose pulmonaire, et il démontre la nature tuberculeuse de la péliose rhumatismale des anciens auteurs ou purpura rhumatoïde.

Corps thyroïde et sénilité. — M. LÉOPOLD-LÉVI. Parmi les facteurs pathogéniques de la sénilité, une part revient au corps thyroïde. La démonstration s'appuie sur l'analyse clinique : 1° en effet, un certain nombre de signes sont communs au myxœdème et à la sénilité; par contre, on trouve des phénomènes inverses dans l'hyperthyroïdie ; 2° le traitement thyroïdien, en transformant l'hypothyroïdie en hyperthyroïdie, contribue à atténuer ou à faire disparaître un certain nombre des symptômes communs à la sénilité et au myxœdème.

Syphilis atrophique de l'aorte. — M. LETULLE présente plusieurs observations d'artérite syphilitique atrophique dont l'étude histo-pathologique fut pratiquée avec soin.

Dans ces cas, les uns se sont accompagnés de rupture totale ou partielle des parois vasculaires, les autres donnèrent lieu à des dilatations anévrismatiques. L'auteur fait passer sous les yeux une série de projections microphotographiques ayant trait à ces observations.

Traitement des tuberculeux pauvres par la recalcification. — M. Paul FERRIER et Mme SIDLER communiquent les résultats de leurs recherches sur la cure des tuberculeux par la méthode de *recalcification*.

Leur statistique, recueillie au dispensaire du docteur Ferrier, porte sur deux années d'observations méthodiques.

Pleuro-tuberculose secondaire et exercices physiologiques de respiration. — M. Georges ROSENTHAL relate l'histoire clinique de deux bacillaires atteints de pleurésie séro-fibrineuse. Malgré la persistance de l'hyperthermie, l'exercice de respiration a déclanché au commandement la reprise du poids qui a été considérable, bien que les malades fussent soignés dans la salle commune de l'hôpital. Aucune modification n'avait été apportée dans le régime de ces malades.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 27 MAI 1909)

Hygroma du genou chez les écuyers. — M. TOUSSAINT rapporte l'observation d'un écuyer de Saint-Cyr qui présentait un hygroma volumineux à la face interne de chaque genou. Cette affection fut traitée chirurgicalement par la dissection de la poche et l'extirpation. L'intérêt de l'observation réside dans ce fait que, dans un des hygromas, la membrane était très épaisse : c'était une véritable coque fibro-cartilagineuse.

Etiologie de la fièvre typhoïde (discussion). — M. GRANJUX. La fièvre typhoïde relève de deux origines : l'infection et l'autogenèse. L'infection, c'est-à-dire l'invasion de l'organisme par le bacille typhique se fait, soit par les voies digestives (eau, légumes, lait...), soit par les voies respiratoires (émanations et poussières fécales). Sauf à l'hôpital, elle est rarement due à la contagion.

L'autogenèse, c'est-à-dire la transformation de saprophytes de l'intestin en germes pathogènes est, suivant l'auteur, une des causes les plus fréquentes de la dothiénentérie dans le milieu militaire.

Qu'elle soit due, comme le croit Spencer, à la transformation du bacille coli en Eberth ou à toute autre cause, cette autogenèse se produit sous l'influence de trois facteurs principaux : la chaleur, le surmenage et l'encombrement.

De tous les exemples que cite M. Granjux à l'appui de sa thèse, un des plus intéressants est celui qui est fourni par les colonnes ayant opéré dans le Haut-Guir (Sud-Oranais). De ces colonnes, l'une ayant peu fatigué, resta indemne; quant aux deux autres, celle de Colomb-Béchar qui travailla à l'aménagement du camp, et surtout celle de Bou-Denib qui fut soumise à des veilles prolongées de jour et de nuit, présentèrent des atteintes nombreuses de fièvre typhoïde.

M. SCHNEIDER, tout en reconnaissant qu'il ne faut pas négliger l'importance du rôle de la contagion interhumaine dans la production de la fièvre typhoïde, se déclare surtout partisan de l'étiologie hydrique. Il en donne un exemple frappant.

Avant 1886, les troupes casernées à Paris ne consommaient que de l'eau de Seine. A partir de cette année, l'autorité militaire obtint qu'on mît à la porte de chaque caserne une borne-fontaine d'eau de source; de plus, on distribua aux hommes, d'une façon constante, de l'eau bouillie aromatisée de thé. Quelques années plus tard, enfin, l'eau de source pénétra dans les casernes et remplaça définitivement l'eau de Seine. Voici les résultats dus à l'amélioration du régime des eaux : tandis qu'en 1886, on observait 1 245 cas de fièvre typhoïde (soit une proportion de 27,2 p. 100) avec 132 décès ; en 1907 on n'en comptait plus que 84 cas (2,16 p. 100) avec 17 décès et en 1908, 70 cas avec 14 décès. Ces chiffres sont concluants.

M. MANCEAUX insiste sur l'importance des cas frustes qui n'attirent pas l'attention et qui, selon lui, joueraient un rôle dans la propagation des épidémies.

Le même auteur attire l'attention sur le rôle des mouches; ce sont, en effet, les hommes du train, de l'artillerie, de la cavalerie (casernés dans des quartiers où les mouches pullulent) qui sont les plus atteints par la fièvre typhoïde dans

l'armée française. On sait, d'autre part, que ce sont les pays à mouches : midi de la France, Algérie, Tunisie, qui donnent la morbidité typhoïdique la plus élevée.

D'après lui, on pourrait dire : épidémie d'hiver, épidémie hydrique ; épidémie d'été, épidémie d'insectes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 JUIN 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 14 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Segond, Lejars et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Delbet, Walther et Legueu ; — M. Macaigne, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Kirmisson, Hartmann et Gosset ; — (2e série) : MM. Reclus, Monod et Ombrédanne ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Marcel Labbé et Sicard ; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. André Jousset, suppléant.

Mardi 15 juin, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Quénu, Thiéry et Jeannin ; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Morestin ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Raymond, Gouget et Carnot ; — M. Maillard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 16 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Retterer et Rieffel ; — (2e série) : MM. Nicolas, Branca et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Legry et Marcel Labbé ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Walther et Lejars ; — (2e série) : MM. Reclus, Monod et Legueu ; — (3e série) : MM. Delbet, Mauclaire et Ombrédanne ; — (2e partie) : MM. Widal, Sicard et André Jousset ; — M. Macaigne, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin (1re partie) : MM. Lepage, Wallich et Potocki ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 17 juin à une heure. — 1er (oral, 1re série) : MM. Pozzi, Launois et Morestin ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Rémy et Thiéry ; — (3e série) : MM. Prenant, Retterer et Marion.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Faure et Auvray ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Rénon et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Raymond, Claude et Brumpt ; — (3e série) : MM. Gilbert Ballet, Carnot et Balthazard ; — (4e série) : MM. Pierre Marie, Castaigne et Nobécourt ; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 18 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Legueu et Branca ; — (2e série) : MM. Brissaud, Lejars et Macaigne ; — (3e série) : MM. Kirmisson, Retterer et Rieffel ; — (4e série) : MM. Nicolas, Mauclaire et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Widal. — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Monod et Gosset ; — (2e série) : MM. Segond, Walther et Ombrédanne ; — M. Sicard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, neuf heures du matin, 1re partie), MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Langlois, suppléant.

RENSEIGNEMENTS

COMMISSION D'ASSISTANCE ET DE PLACEMENT DES VEUVES ET ORPHELINES. — Les confrères qui connaîtraient un emploi pouvant convenir à la veuve ou à la fille d'un médecin sont priés de l'indiquer à M. le docteur Darras, trésorier général, 5, rue de Surène, Paris (8e).

DEMANDES. — N° 1. — Veuve de médecin, artiste miniaturiste, demande élèves. Portraits, prix modérés.

N° 2. — Veuve de médecin voudrait travaux d'écriture à faire chez elle.

N° 4. — Veuve de médecin donne leçons de peinture, dessin, gravure. Parle allemand et anglais.

N° 6. — Deux sœurs de médecin, âgées l'une de trente-six ans, l'autre de vingt-sept, ayant leur brevet, demandent emploi d'institutrice pour jeunes enfants, ou de gouvernante, ou de dame de compagnie. De préférence en Bretagne.

N° 7. — Fille de médecin, ayant maison médico-chirurgicale, demande pensionnaires. Prix modérés.

N° 11. — Veuve de médecin, trente-neuf ans, connaissant bien direction de maison, ayant l'habitude du monde, désire trouver emploi à Paris ou banlieue, comme dame de compagnie ou pour diriger un intérieur.

N° 12. — Fille de médecin, d'âge sérieux, instruite et d'excellente éducation, connaissant très bien la tenue d'une maison, désire situation de dame de compagnie ou directrice d'intérieur, lectrice ou secrétaire. S'occuperait d'enfants. Douze ans de références parfaites. Très recommandée.

N° 13. — Veuve de médecin demande à être employée *quelques heures par jour* dans une clinique parisienne de spécialités : larynx, oreilles, yeux, hydrothérapie.

N° 16. — Veuve de médecin demande un emploi de *quelques heures par jour* dans clinique ou maison de santé à Paris. Très recommandée.

N° 18. — Veuve de médecin, connaissant anglais et allemand, apte à diriger intérieur et à soigner malades, demande emploi. S'occuperait d'enfants.

N° 19. — Veuve de médecin désire emploi d'infirmière ou travaux de couture.

N° 21. — Fille de médecin, externe des hôpitaux, traduisant l'anglais, demande à faire des recherches bibliographiques ou travaux similaires.

N° 22. — Veuve de médecin, désire emploi de dame de compagnie auprès de jeunes filles à conduire dans le monde, ou étrangères.

N° 23. — Veuve de médecin parlant et traduisant le russe et l'allemand, demande des leçons et des traductions.

N° 24. — Veuve de médecin, quarante-deux ans, désire emploi dans clinique ou maison de santé. Accompagnerait malades ou enfants.

N° 25. — Veuve de médecin, quarante-deux ans, demande massages ou malades à garder.

N° 26. — Veuve de médecin, quarante ans, désirerait accompagner malades aux eaux. S'occuperait d'enfants. Paris ou environs de préférence.

OFFRES. — Fille de docteur, disposant d'un vaste immeuble dans une ville du Midi à proximité de la montagne et de la mer, offre pension, local, service à quelques veuves ou filles de docteurs peu fortunées. Elle serait disposée à créer, dans cet immeuble, une maison de retraite pour plusieurs proches parentes de médecins dépourvues de ressources suffisantes pour vivre confortablement chez elles.

La veuve d'un ancien membre de l'Association reçoit à Paramé, en été, quelques jeunes enfants ou jeunes filles (françaises ou étrangères) que les parents ne peuvent accompagner. Vie au grand air. Santé surveillée. Bonne hygiène. Education familiale et pratique. Villa particulière avec jardin et salle de bains. Conditions spéciales s'il y a lieu pour les jeunes filles appartenant au corps médical.

Ecrire à M. le docteur Darras, trésorier général de l'Association, 5, rue de Surène, à Paris, qui fournira les renseignements.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


RIGOUREUSEMENT EXEMPT DE TOUS GERMES NOCIFS.
SUC PUR INALTÉRABLE
DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN
MUSCULOSINE
BYLA
LE FLACON
500 cms
8 FRANCS
LE ½ FLACON
250 cms
4 Fcs 50
PLASMA MUSCULAIRE
AU MAXIMUM DE PURETÉ
E D'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE
CONTROLÉES
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE
GENTILLY (SEINE)
AUTORISÉS PAR LE GOUVERNEMENT POUR LA PRÉPARATION DES PRODUITS ORGANIQUES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* 1 **FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 4 juin : MM. Froin, 18; Merklen, 17; Clerc, 19.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Favre.

— BORDEAUX. — Un concours pour deux places de premier et de deuxième élève interne à l'hôpital Saint-Jean, sera ouvert le 8 juillet 1909.

Ne seront admis à concourir que les élèves en médecine ayant au moins douze inscriptions.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 3 juillet inclusivement à l'hôtel Dalléas, rue Bouffard, n° 39, division de la police municipale, 4e bureau.

— ROUEN. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé, nous apprend la *Normandie médicale,* par la présentation *ex æquo* de deux des candidats.

Si honorable qu'il soit pour ces candidats, ajoute notre confrère, ce *dead heat* n'est satisfaisant pour personne, même pas pour l'administration qui, paraît-il, a résolu de s'en remettre à l'avis de M. Mirman, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur.

Peut-être aussi est-il fâcheux pour les concours et pour les jurys médicaux en général.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Pierre Duval, agrégé.

M. Aviragnet, médecin des hôpitaux, est délégué en remplacement de M. Méry, démissionnaire, dans les fonctions de chargé d'un cours annexe de clinique (service de la diphtérie, sérothérapie, tubage, trachéotomie, à l'hôpital des Enfants malades).

M. Cartier est nommé chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la clinique d'accouchements.

M. Lelorier, est délégué dans les fonctions de chef de laboratoire de chimie biologique de la clinique d'accouchements.

— TOULOUSE. — M. le professeur Caubet, ancien doyen, est nommé doyen honoraire.

Un congé de trois mois est accordé sur sa demande et, pour raisons de santé, à M. Garrigou, chargé d'un cours d'hydrologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. Sauné, chef des travaux de physique et de chimie, est prorogé pour trois ans, dans ladite fonction.

— CAEN. — M. le docteur Guillet, professeur de clinique obstétricale, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. le docteur Noury, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est nommé professeur de clinique obstétricale.

M. le docteur Osmont, suppléant des chaires de chirurgie, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

PRIX MIS AU CONCOURS PAR L'ACADÉMIE NATIONALE DE MEXICO. — L'Académie nationale de Mexico décernera, au concours, en 1911, les prix suivants :

1° Un prix de 20000 pesos (le peso vaut environ 5 francs), à celui qui découvrira l'agent spécifique du typhus exanthématique. Ce prix peut être partagé ;

2° Un prix de 20 000 pesos à celui ou à ceux qui découvriront le sérum curatif du typhus exanthématique, ou le mode de transmission de cette maladie;

3° Un prix de 10000 pesos sera partagé entre ceux qui auront le plus efficacement aidé les auteurs des découvertes ci-dessus dans leurs travaux.

Les travaux devront être remis à l'Académie nationale de médecine avant mars 1911.

Ce concours est ouvert à tous les savants sans distinction de nationalité.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE. — La prochaine réunion de la Société aura lieu le mercredi 9 juin, à cinq heures, dans l'amphithéâtre de chimie de l'Institut Pasteur.

Comité secret après la séance : I. Rapport de la commission d'élections; II. Projet de modification au règlement.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 818.*)

DÉLIRE CRITIQUE

DU

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

CHEZ UN VIEILLARD

Par Henri ROGER,

Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

Il est assez rare de voir le rhumatisme articulaire aigu évoluer chez un vieillard, et ce rhumatisme s'accompagner de délire critique. Aussi avons-nous cru intéressant de rapporter l'observation suivante :

Le 20 février 1909, nous sommes appelé auprès d'un homme âgé de soixante-trois ans qui est alité depuis six jours, se plaint de douleurs articulaires et d'un certain état fébrile (frisson, sécheresse de la bouche, sueurs). Ces douleurs ont visité successivement la plupart des grandes articulations, coude, poignet, genou, cou-de-pied, s'accompagnant de gonflement assez marqué.

Lorsque nous le voyons, la tuméfaction ne persiste qu'aux genoux et aux cou-de-pied ; elle est rosée, douloureuse à la pression, surtout dans la région péri-articulaire. L'état général est bon : température, 38°3 ; pouls, 100 ; langue un peu sale, appétit diminué, légère constipation ; traces d'albumine dans les urines ; un peu de subdélire la nuit. Clangor aortique assez marqué. Le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu franc s'impose ; nous prescrivons 4 grammes de salicylate de soude.

Le 21 février, les articulations sont un peu moins douloureuses ; il y a un peu d'agitation dans la journée ; le soir, la température s'élève à 39 degrés. Nous donnons 6 grammes de salicylate.

Le 22 février, nous apprenons que dans la nuit le malade a présenté un délire des plus intenses. Il s'agite, interpelle des personnages qu'il voit défiler devant lui. Tantôt il se croit dans un cimetière et proteste contre ceux qui l'y ont conduit et veulent l'enterrer vivant ; tantôt il dit entendre tomber la pluie sur son lit et veut à toute force se lever ; tantôt il se figure en voyage et en décrit tout au long les diverses péripéties. Sa famille ne réussit point à le maintenir au lit ; il se lève, s'habille, va dans la cuisine, absorbe les restes du souper. On a beaucoup de difficulté pour l'empêcher de descendre dans la rue.

Vers les dix heures du matin, quand nous le voyons, l'agitation a cessé ; le délire continue, plus calme, caractérisé par des hallucinations visuelles. La température est à 37°5 ; les articulations sont moins gonflées et ne paraissent pas douloureuses à la pression. Nous supprimons le salicylate de soude et le remplaçons par du bromure (2 grammes) et de l'hydrate de chloral (2 grammes).

Le soir, vers les deux heures, passant fortuitement devant sa maison, nous sommes tout étonné de le trouver assis au soleil devant sa porte, entouré de plusieurs membres de sa famille qui le surveillent attentivement. Il a en effet réussi à se lever ; il réclame violemment ses vêtements et sur le refus de son entourage essaye de descendre en chemise ; il casse quelques objets dans sa chambre, ses parents cèdent à ses menaces ; il s'habille et descend dans la rue. C'est là que nous le trouvons, déjà beaucoup plus calme. Il nous raconte qu'il était il y a quelque temps encore dans le cimetière et est heureux d'avoir pu en sortir. Il se laisse assez facilement reconduire à son lit. A cause de son facies vultueux, nous prescrivons un lavement purgatif et une purgation drastique (eau-de-vie allemande et sirop de nerprun). La température est à 37°2.

La nuit est encore assez mouvementée, mais moins que la précédente. Le lendemain matin, tout délire a cessé. La température est redevenue tout à fait normale. Il n'y a plus ni douleur, ni gonflement articulaire. Les urines sont plus abondantes. Le malade reconnaît maintenant tout son entourage, est très calme, et nous raconte les sensations pénibles qu'il a éprouvées durant ces deux jours. Il ne persiste plus qu'un peu de courbature générale.

Après quelques jours de lit, le malade reprend, au bout d'une dizaine de jours environ, ses occupations de cultivateur, complètement guéri tant de ses manifestations articulaires que de son délire.

Le rhumatisme articulaire aigu est rare dans la vieillesse. Son existence a même été discutée.

« Après quarante ans, on ne trouve plus que des pseudo-rhumatismes, constitutionnels ou infectieux », dit Hanot (1) ; et pour Bouchard (2), après soixante ans, l'infection rhumatismale est « tout à fait inouïe ». Mais, comme le dit notre maître, M. le professeur Rauzier (3), dans l'excellent article de son *Traité des maladies des vieillards*, « à l'heure actuelle il est impossible de mettre en doute la réalité du rhumatisme articulaire aigu sénile » : Charcot (4) en a signalé 2 cas ; Moureaud (5), 2 chez des malades de soixante et onze et de soixante-quatorze ans ; Féré (6), 5 à l'âge de soixante-quatre à quatre-vingts ans ; Delange (7), 5 entre soixante-trois et quatre-vingts ans ; Church (8), sur 693 cas, en relève 17, et Bosanquet (9), sur 450, 7 au-dessus de cinquante ans. Pour Stoll, 18,5 p. 100 des cas de rhumatisme surviennent dans le dernier quart de la vie ; et Lebert et Schott, dans leur statistique, aboutissent à des chiffres analogues.

S'il n'est pas très rare de voir une attaque de rhumatisme articulaire aigu survenir chez un vieillard ayant présenté d'autres crises à l'adolescence ou à l'âge adulte, il est tout à fait exceptionnel de voir la première à un âge aussi avancé. Auscher (10) le conteste. Nous ne trouvons que peu de cas où la première manifestation soit si tardive : après cinquante ans, chez deux malades de Bosanquet ; après soixante-dix ans, chez un malade de Moureaud.

Or, chez notre malade, âgé de soixante-trois ans, et dont les souvenirs sont très précis, nous ne retrouvons aucune attaque antérieure de rhumatisme. Parmi ses *antécédents*, il ne nous signale qu'une maladie infectieuse, mal déterminée, vers l'âge de dix-sept ans, mais sans manifestation articulaire, de l'éthylisme et une affection hépatique

(1) Hanot. *Presse méd.*, 2 juin 1894.

(2) Bouchard, cité par Widal. Art. rhumatisme, *Nouveau Traité méd. et thérap.* Brouardel et Gilbert, 1906.

(3) G. Rauzier. *Traité des mal. des vieillards*, 1909, p. 129.

(4) Charcot. *Leçons clin. sur les mal. des vieillards*, 1868.

(5) Moureaud. *Quelques cas de rhumatisme articulaire aigu, accompagnés de lésions cardiaques, observés chez le vieillard*, Th. de Paris, 1874.

(6) Féré. Affections aiguës du cœur chez les vieillards, *Revue de méd.*, 1882.

(7) Delange. *Du rhumatisme articulaire aigu chez le vieillard*, Th. de Nancy, juillet 1902, n° 28.

(8) Church. *St-Bartholomew's hospital Reports*, 1883.

(9) Bosanquet. *The Lancet*, 1900.

(10) Auscher. In *Manuel de méd.* Debove et Achard.

survenue il y a dix ans, et sur laquelle nous aurons à revenir. Il compte plusieurs rhumatisants parmi ses ascendants ou ses collatéraux.

Ce rhumatisme articulaire aigu a évolué un peu comme chez l'adulte : il paraît avoir été atténué dans la plupart de ses manifestations, comme le sont les maladies infectieuses chez le vieillard. Les douleurs ont été assez peu vives pour que nous n'ayons été appelé qu'à la fin de la maladie; la température, peu élevée, sauf l'avant-dernier jour où elle s'est élevée à 39 degrés; l'évolution assez courte, une huitaine de jours.

Mais nous désirons insister surtout ici sur le *délire* qui marqua la fin de la maladie. Déjà dans le cours de son rhumatisme, ce vieillard a présenté un peu de rêvasserie; puis, une nuit, le délire devient des plus intenses, il se continue pendant la journée et disparaît enfin assez brusquement, comme il est venu. C'est surtout un délire d'hallucinations; ce n'est que pour se soustraire à des hallucinations terrifiantes que notre malade passe aux actes, s'agite, se lève, descend dans la rue. En même temps la température, qui avant le début du délire s'était élevée à 39 degrés, tombe à 37°5; les douleurs et le gonflement articulaires rétrocèdent complètement; les urines augmentent; le délire une fois disparu, le malade est guéri.

En présence de ce délire aigu, à quoi pouvions-nous songer?

Avions-nous affaire à un *délire alcoolique?* On aurait pu le supposer, quoique le rhumatisme se prête moins souvent que la pneumonie ou l'érysipèle à son éclosion. Notre malade a dans sa vie absorbé bon nombre d'absinthes et de petits verres ; mais il est devenu abstinent depuis environ dix ans, époque à laquelle il fut atteint d'une affection hépatique grave avec météorisme abdominal, puis ascite, qui nous paraît avoir été une cirrhose atrophique et dont il est actuellement guéri. Les caractères terrifiants de ce délire paraissent se rapprocher du *delirium tremens*; mais il y manque les tremblements généralisés, l'agitation absolument continuelle. Le délire alcoolique n'a pas l'habitude de supprimer le gonflement articulaire.

S'agissait-il de *délire toxique lié au salicylate de soude?* Ce délire, dont l'existence est aujourd'hui contestée par certains auteurs, est rarement aussi intense. Il ralentit le pouls, alors que dans notre cas le pouls se maintient à 90, 100. Notre malade n'a absorbé du salicylate que pendant deux jours ; la suppression du médicament ne fut pas immédiatement suivie de la disparition des hallucinations.

Etait-ce du *délire urémique ?* Celui-ci s'accompagne généralement de céphalée intense, de vomissements et d'albuminurie assez marquée. Aucun de ces symptômes n'était réalisé chez notre vieillard.

Le *délire cardiaque* ne survient que chez des sujets dont le cœur a été frappé par de multiples attaques de rhumatisme ou présente de graves lésions d'endo-péricardite.

Le *délire névrosique* présente d'autres caractères que le délire de notre malade.

Etait-ce du *délire infectieux ?*

Comme Trousseau l'a dit depuis longtemps le « rhumatisme n'éveille pas les sympathies cérébrales ». Un léger délire peut toutefois le compliquer comme il complique toute autre maladie, chez des sujets à système nerveux facilement excitable (1). Notre malade a présenté tout d'abord pendant trois ou quatre jours ce sub-délire.

On a surtout décrit sous le nom de *rhumatisme cérébral* tout un ensemble d'accidents cérébraux graves, liés très probablement à la localisation sur l'encéphale du bacille d'Achalme et Thiroloix ou de sa toxine et caractérisé par un délire très bruyant, analogue au délire des buveurs, par des troubles de la parole qui est brève, saccadée, par de véritables convulsions épileptiformes, par la disparition des fluxions articulaires, et surtout par l'hyperthermie qui peut s'élever jusqu'à 43 degrés et la terminaison fatale qui surviendrait dans 95 p. 100 des cas, tout au moins chez les sujets qui n'ont pas été traités par les bains froids (2). Au cas exceptionnel où la guérison survient, des troubles vésaniques ou une certaine fatigue cérébrale persistent.

Notre cas peut-il se rattacher au rhumatisme cérébral ? Nous ne le croyons pas ; la température au moment où le délire est le plus accentué, ne s'élève pas au delà de 37°5. Malgré l'agitation, l'état général n'a jamais été mauvais, ni le pronostic très inquiétant. De plus, ce délire a disparu brusquement, sans thérapeutique bien spéciale; son évolution rapide ne nous permet pas non plus de le rattacher aux formes subaiguës et généralement traînantes du rhumatisme cérébral.

Par contre, son apparition à la fin de la maladie coïncidant avec la chute de la température, avec la disparition des fluxions articulaires, avec la crise urinaire, ses caractères hallucinatoires nous permettent de le rapprocher des *délires critiques* qui ont été décrits dans les maladies infectieuses : fièvre typhoïde (Devic et Roux), grippe (Mairet, Toulouse), rougeole, et surtout étudiés dans la pneumonie, par notre maître, M. le professeur Grasset (3).

Pourquoi chez notre malade la crise, « cet acte général auquel tout l'organisme participe à la synergie médicatrice » — si rare à vrai dire dans le rhumatisme articulaire aigu — a-t-elle présenté ce type de délire ? La raison s'en trouve dans les antécédents du sujet : éthylisme ancien et surtout insuffisance hépatique liée à une ancienne cirrhose atrophique. Notre malade a d'ailleurs présenté, il y a dix ans, au cours de cette affection hépatique, une bouffée de délire tout à fait passagère, qui n'a pas duré plus d'un jour et n'a jamais atteint l'intensité de la crise actuelle.

(1) Desnos. Du délire dans le rhumatisme articulaire aigu, *Gaz. méd.*, Paris 1877 et 1878.

(2) Cuq. Th. de Montpellier, 1906-1907, n° 8.

(3) Grasset. *Leçons de clin. méd.*, t. II. — Voir en outre : Feuillade. *Des manifestations délirantes qui marquent le déclin des maladies infectieuses*, Th. de Lyon, 1898-1899, n° 139. — Desvaulx. *Délire dans les maladies aiguës*, Th. de Paris, 1899-1900, n° 43. — Nicolaevici. *Le déclin dans les maladies infectieuses*, Th. de Paris, 1904-1905, n° 497. — Euzière. Délire critique de la pneumonie, *Soc. des sc. méd.*, Montpellier, fév. 1909.

A notre avis, il y aurait donc lieu de décrire dans le rhumatisme articulaire aigu, à côté de délires accidentels (alcoolique, salicylique, urémique, cardiaque, névrosique), des délires liés à la maladie elle-même ou à son évolution. Ces délires sont rares; ils peuvent être divisés en :

1° *Délire infectieux bénin* ou *sub-délire* ;

2° *Délire infectieux grave* auquel on peut conserver, selon l'usage, le nom de *rhumatisme cérébral*;

3° *Délire critique*.

A ces délires prédisposent l'état névropathique, l'alcoolisme, l'insuffisance antitoxique.

Au point de vue de leur évolution et de leur pronostic, le premier, délire infectieux bénin, n'a pas de retentissement sur la maladie. Malgré son épithète de bénin, il doit toujours être attentivement surveillé : car il peut n'être que le premier stade du second.

Celui-ci, le rhumatisme cérébral, est trop connu pour que nous insistions sur son pronostic.

Quant au dernier, le délire critique, il peut présenter des allures assez inquiétantes et offrir au début certaines difficultés de diagnostic avec le rhumatisme cérébral. Loin d'aggraver le pronostic, il est toutefois un bon signe de la terminaison rapide et heureuse de la maladie.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DU REIN MOBILE

Le rein mobile ne doit être considéré comme un rein chirurgical que dans certaines circonstances et après essai suffisamment prolongé, mais sans résultats, d'un traitement médical bien institué. M. Lepoutre a précisé dans sa thèse (1) les bases de ce traitement et les indications opératoires du rein mobile.

Le traitement orthopédique et médical se compose de cinq prescriptions : repos, massage, gymnastique, régime et médicaments, port d'une sangle. Le repos, en position horizontale, combat tous les symptômes; sous son influence, le rein reprend sa place, la congestion diminue et bien souvent les troubles disparaissent: malheureusement, ce traitement n'est efficace que s'il est continué pendant plusieurs mois, ce qui le rend bien difficile à appliquer. Le massage du rein sera pratiqué d'après la technique de Bourcart : « Le malade étant dans la station demi-couchée, genoux fléchis, les mains du médecin sont placées dans la position de palpation du rein; le rein est saisi du bout des doigts de la main droite, tandis que la main lombaire (gauche) y aide de son côté; puis la main lombaire recourbe légèrement ses doigts et déprime vers en haut la région lombaire de façon à faire un monticule empêchant le rein de descendre. A ce moment, la main abdominale, les extrémités des doigts placées par leur pulpe sur le bord inférieur du rein, imprime à l'organe un mouvement de fine trépidation allongée, pénétrante et sans contracture. » Ce mouvement est continué pendant quatre à cinq minutes avec quelques repos. Par la troisième prescription, la gymnastique rationnelle, on cherche à développer le diaphragme, les muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen et les muscles lombaires, dont l'action tend à conserver dans la cavité abdominale un équilibre favorable au maintien du rein dans sa loge. Le régime et les médicaments visent à améliorer l'état de l'estomac, de l'intestin et du foie; ces organes sont, en effet, quelquefois ptosés en même temps que le rein et souvent troublés dans leur fonctionnement; on conseillera donc les laxatifs salins, le bicarbonate de soude et les cures de la lithiase biliaire, le régime correspondant aux symptômes gastriques. Enfin le malade portera une ceinture en tissu élastique (Glénard), destinée à relever l'hypogastre et à soutenir l'abdomen; la sangle agit, d'après Glénard, en combattant l'entéroptose associée au rein mobile, d'après d'autres auteurs, en diminuant la faculté d'excursion du rein.

Les principales indications du traitement chirurgical sont : la compression des organes voisins (intestin, voies biliaires) par le rein déplacé, ce qui est rare; l'hydronéphrose intermittente; les crises douloureuses fréquentes et intenses malgré le traitement médical; l'apparition d'albuminurie, de cylindrurie ou d'hématuries. On décidera alors une intervention; le procédé de choix semble être la fixation périphérique du rein au moyen de lambeaux de la capsule propre décortiquée. Mais avant d'opérer, il convient encore de tenir compte de deux contre-indications; c'est d'abord l'entéroptose de Glénard, avec ventre flasque et pendant, car, dans ce cas, la mobilité rénale n'est qu'un épiphénomène au milieu de l'effondrement général de la paroi abdominale et des viscères, l'intervention chirurgicale sur le rein serait alors forcément insuffisante; c'est ensuite la forme névropathique du rein mobile, avec prédominance des phénomènes nerveux; d'après Guyon, cette forme ne retire que peu de bénéfice d'une néphropexie.

M. BRELET.

(1) C. LEPOUTRE. *Traitement du rein mobile*, Th. de Lille, 1907-1908 (imprimerie Lefebvre-Ducrocq).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er JUIN 1909)

Détermination de la température de pasteurisation du lait dans ses rapports avec les applications industrielles. Influence du chauffage sur la conservation des propriétés physiologiques du lait. — MM. F. MAZÉ, P. GUÉRAULT et DINESCU. Pour conserver au lait toutes ses propriétés originales il faut éviter la coagulation des albumines. On doit donc fixer la température de pasteurisation du lait, quel qu'en soit l'usage auquel on le destine, à un degré où ces albumines ne sont pas sensiblement atteintes. La température de 67-68 degrés permet d'obtenir ce résultat tout en détruisant les bactéries pathogènes du lait, à condition de faire durer son action au moins cinq minutes.

De l'action hypotensive et myotique de l'urine humaine normale. — MM. J.-E. ABELOUS et E. BARBIER. Il existe dans l'urine humaine normale une substance précipitable par l'alcool et par le sulfate d'ammonium à saturation qui donne quelques-unes des réactions des protéoses et qui n'est pas dialysable. Injectée à petite dose dans les veines, elle détermine à la fois un myosis très intense et un très fort abaissement de la pression artérielle. Ces deux actions sont-elles dues à une seule ou à deux substances ? Les auteurs ne peuvent pour le moment que signaler la coexistence constante des deux phénomènes. Sans préjuger de la pureté de ce corps, ils proposent de lui donner pour abréger le nom d'*urohypotensine*.

Sur la catalase du sang. — M. C. GESSARD.

Etude physico-chimique de quelques incompatibilités pharmaceutiques. — M. E. CAILLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 JUIN 1909)

Etude d'un cas de paralysie ascendante aiguë de Landry. — MM. Georges GUILLAIN et Jean TROISIER. Un jeune homme de seize ans, en très bonne santé, sans cause appréciable, ressent le 23 juillet 1908 des engourdissements dans les jambes et les cuisses; le lendemain il ne peut se lever à cause de la faiblesse de ses jambes. Trois jours plus tard, la paralysie envahit les membres supérieurs. Ils l'examinent à ce moment et ils constatent la paralysie presque complète des membres inférieurs et supérieurs. Tous les réflexes tendineux sont abolis, il n'existe aucune douleur à la pression des muscles et des nerfs, aucun trouble des sensibilités tactile, thermique et douloureuse. La température est et restera toujours normale. L'examen du sang ne montre aucune leucocytose, l'ensemencement du sang reste stérile. La ponction lombaire ne dénote aucune réaction méningée. Le 2 août, une dyspnée intense d'origine bulbaire apparaît, le malade ne peut plus expectorer, il meurt en pleine connaissance.

Voici un cas impressionnant de paralysie ascendante aiguë survenue sans fièvre, sans infection, ni intoxication décelables. L'examen des centres nerveux ne donne aucun résultat; on ne constate ni lésions méningées, ni lésions médullaires, à l'exception de quelques cavités de porose qui sont une altération cadavérique. Les nerfs périphériques et les muscles n'ont pu être examinés, mais une polynévrite pure avec cette symptomatologie paraît bien improbable.

Certains cas de paralysie de Landry paraissent être des cas de rage paralytique; cette étiologie n'était pas en cause chez leur malade, car l'inoculation de son bulbe sous la dure-mère de lapins n'a donné aucun résultat.

Il semble que les cas de paralysie de Landry semblables à ceux que les auteurs rapportent sont dus à une intoxication du système nerveux central par un poison ou un virus inconnu qui atteint par voie lymphatique ascendante les différents étages de la moelle et du bulbe.

Les dermopathies rhumatismales : chéloïdes présternales, livedo annularis, pseudo-lipome sus-claviculaire, camptodactylie, etc., rhumatisme tuberculeux et induration tuberculeuse du sommet. — M. MILIAN montre une malade atteinte de rhumatisme chronique tuberculeux, qui présente des manifestations pathologiques cutanées et sous-cutanées multiples : kéloïdes présternales, livedo annularis, œdème blanc et lisse péri et juxta-articulaire, pseudo-lipome sus-claviculaire, sudation des mains et des pieds. Il existe en outre de la camptodactylie et de l'hallux valgus. La nature tuberculeuse des kéloïdes est à peu près admise sans conteste, car il y a eu des inoculations au cobaye avec résultat positif. Le livedo est considéré par tous comme une manifestation scrofulo-tuberculeuse.

L'œdème péri-articulaire, d'aspect comparable au pseudo-lipome sus-claviculaire, autorise à créer une nouvelle variété de tuberculides, les tuberculides œdémateuses, qui permettent de comprendre comment il est possible que les œdèmes évoluent vers la sclérose ou le lipome, modalités anatomo-pathologiques réalisables par la tuberculose.

Le sommet droit du poumon, à l'auscultation comme à la radioscopie, est nettement atteint d'induration tuberculeuse. L'intra-dermoréaction à la tuberculine a été positive. La réunion de tous ces accidents chez un même sujet plaide en faveur de leur nature identique.

Ostéomyélite gommeuse sporotrichosique primitive. Abcès intra-osseux du tibia (présentation de la malade et des radiographies). — MM. DE BEURMANN, GOUGEROT et VERNES. La malade, âgée de soixante-quatre ans, ne présente qu'une lésion de la partie inférieure du tibia gauche ; l'évolution de cette lésion a duré neuf mois et a abouti à la suppuration. La radiographie démontre l'existence de trois foyers de suppuration *intra-osseuse* qui, lentement et sans douleur, se sont fait jour vers le dehors.

Ce cas de sporotrichose démontrée par la culture et par la sporo-agglutination est le n° LXXVIII de la série. Il montre que devant toute lésion osseuse aiguë ou chronique il faut penser à la sporotrichose, car, si l'examen démontre l'existence de cette mycose, le malade guérit rapidement par le traitement ioduré et il n'y a lieu, ni d'intervenir par la chirurgie, ni de lui imposer le traitement de la syphilis ou de la tuberculose.

Un cas de myotonie congénitale avec autopsie. — MM. P. LEREBOULLET et A. BAUDOUIN rapportent un cas dans lequel la paralysie flasque congénitale, tout en existant aux membres avec les caractères que lui a assignés Oppenheim, prédominait dans les muscles de la tête et du cou, rendant la tête absolument ballante. L'enfant, à peine entré à l'hôpital, présenta des phénomènes méningés, accompagnés d'hyperthermie marquée et qui entraînèrent la mort rapide; ils étaient sous la dépendance d'une infection broncho-pulmonaire suraiguë, qui a paru consécutive au séjour hospitalier. Or, l'enfant eut alors des convulsions toniques et cloniques au cours desquelles la flaccidité disparaissait pour faire place à la contracture ; le phénomène, surtout net aux membres, s'observait également au niveau des muscles de la nuque, il montre qu'une forte excitation spasmogène peut triompher de la myotonie.

L'autopsie du petit malade a montré l'intégrité du système nerveux central, elle n'a révélé aucune lésion des divers organes et établi l'état normal des glandes vasculaires sanguines, notamment du corps thyroïde. En revanche, elle a montré l'existence de lésions indiscutables des muscles et notamment des muscles de la nuque au niveau desquels cliniquement prédominait la myotonie (inégalité des fibres musculaires, prolifération nucléaire, segmentation et régression des fibres musculaires, etc.). Quelle que soit l'origine de ces lésions musculaires, il y a donc lieu de leur attribuer un rôle dans la genèse des symptômes. Ce sont d'ailleurs des lésions légères et réparables et le pronostic de la maladie serait relativement favorable, sans la fréquence et la gravité des lésions broncho-pulmonaires analogues à celles qui ont entraîné ici la mort rapide.

Guérison rapide d'un pouls lent permanent par le traitement antisyphilitique. — MM. F. RAMOND et LÉVY-BRUHL donnent l'observation d'un homme de trente et un ans, syphilitique probable depuis dix ans, et qui fut atteint, à la suite d'un traumatisme thoracique, de pouls lent permanent avec sensations vertigineuses et crises syncopales. Il s'agissait vraisemblablement d'une lésion syphilitique du faisceau de His ; car la dissociation des pulsations auriculo-ventriculaires n'était pas influencée par l'injection sous-cutanée de 2 milligrammes d'atropine, ce qui n'a pas lieu dans le pouls lent par irritation du pneumogastrique. D'ailleurs le traitement mercuriel intensif amena rapidement en un mois le retour des pulsations à leur chiffre normal ; seuls les vertiges persistèrent, quoique atténués, plus longtemps. Ils coïncident avec un ralentissement passager du pouls et surtout avec une chute marquée de la pression artérielle.

Traitement de la syphilis par un nouveau dérivé arsenical. — MM. BALZER et MOUNEYRAT présentent l'étude d'un nouveau dérivé, la benzolsulfoneparaaminophénylarsinate de soude destinée au traitement de la syphilis sous toutes ses formes.

Ce nouveau corps, tout en paraissant plus actif que les arsenicaux déjà connus, est beaucoup moins toxique que l'atoxyl et ses dérivés ; en outre, contrairement à ce dernier cas, il n'exerce aucune action fâcheuse sur l'œil.

Il peut être administré par la voie hypodermique ou par la voie buccale, seul ou en combinaison avec le mercure (il s'associe en toutes proportions avec les sels solubles de mercure sans précipiter, ce que ne peut pas faire l'atoxyl); quoiqu'il en soit, l'administration de ce nouveau dérivé est toujours très facile et la tolérance parfaite. Des observations rapportées, ce nouveau corps semble appelé à rendre de réels services dans le traitement de la syphilis d'une manière générale, et particulièrement de la syphilis secondaire, dans la syphilis tertiaire avec gommes ou ulcères et dans les cas rebelles où il devient nécessaire de varier les médications pour les faire tolérer pendant des cures très longues.

Les auteurs ont administré ce nouveau dérivé aux doses de 10 à 20 centigrammes par jour, et de 2 à 8 centigrammes chez l'enfant, cela pendant dix ou quinze jours de suite avec temps égal de repos. On peut donner des doses beaucoup plus fortes, le corps étant très peu toxique, mais elles sont inutiles. Dans la plupart des observations rapportées, une série de dix ou vingt injections ont suffi pour une cure.

Trois cas de pleurésie séro-fibrineuse traités par injection sous-cutanée de liquide pleural. Résorption de l'épanchement. — MM. Enriquez, G. Durand et Pierre Weil rapportent trois cas de pleurésie séro-fibrineuse traités favorablement par l'injection sous-cutanée de liquide pleural (1 ou 2 centimètres cubes par injection), suivant la méthode de Gilbert (Suisse). Dans un de ces cas, on avait attendu quinze jours avant de procéder à ce traitement, l'épanchement était stationnaire, deux injections ont suffi pour amener une régression rapide de l'épanchement. Dans les deux autres, trois injections ont été nécessaires.

Les variations de l'épanchement ont été suivies par l'examen radioscopique. Dans deux cas sur trois, la deuxième injection a été suivie d'une polyurie assez abondante.

Injections intra-musculaires de strophantine. — M. E. Barié fait une communication sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 3 juin 1909)

Myopathie et Basedow. — MM. Dufour et Chazal. Il s'agit d'une myopathie tardive, survenue, en même temps qu'un syndrome de Basedow sans goitre, chez une femme qui souffre de douleurs articulaires avec déformations analogues à celles du rhumatisme déformant.

Abcès cérébraux chez un tuberculeux. — MM. Laignel-Lavastine et H. Roger ont observé un tuberculeux, chez lequel une hémiplégie progressive, avec épilepsie jacksonienne firent croire à une méningite tuberculeuse. L'autopsie révéla des abcès cérébraux multiples, par infection secondaire due, sans doute, à une dilatation bronchique, dont était porteur ce malade.

Sur le diagnostic et le traitement chirurgical des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. — M. Souques, à propos de la communication de M. Lannois faite à la dernière séance, apporte une tumeur qui ne fut révélée qu'à l'autopsie, les signes ayant été mis sur le compte d'un tabes fruste. Il a fait opérer un autre malade qu'il croyait atteint d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, alors qu'elle siégeait dans la région préfrontale. Enfin, il montre un homme présentant une stase papillaire, avec syndrome cérébelleux; l'asynergie siège à gauche, ainsi que la surdité, les mouvements de latéralité des yeux sont limités du même côté. — M. Babinski estime que, lorsque l'intervention devient urgente, on ne doit pas hésiter à pratiquer la décompression, par ablation d'un large volet cranien. — M. Marie cite une lettre du professeur Oppenheim, d'après laquelle la statistique des succès ne serait que de 1/10. — M. Sicard ajoute qu'il y a des signes de localisation au versant antérieur du rocher; le malade qu'il a présenté à la dernière séance, comme méningite bactérienne guérie, présentait une diplopie passagère, du trismus, enfin, l'atteinte simultanée des trois branches du trijumeau, signes qui avaient permis de localiser la tumeur au versant antérieur du rocher; l'opération fut renouvelée il y a quinze jours, le malade étant mort d'hémorragie, l'autopsie montra l'exactitude du diagnostic; la névralgie faciale, lorsqu'elle s'accompagne de trismus et de paralysie, doit être considérée comme n'étant pas essentielle.

Paraplégie spastique familiale, intégrité du faisceau pyramidal. — MM. Raymond et Rose montrent une malade atteinte de paralysie spastique, avec signes de Babinski, de Strummpell et d'Oppenheim. Sa sœur, qui était exactement dans le même état, étant morte, la méthode de Pal ne put révéler aucune lésion du faisceau pyramidal. — M. Sicard cite un cas de compression médullaire par enfoncement d'une lame vertébrale où, celle-ci ayant été enlevée, la guérison fut complète, sans signes d'irritation du faisceau pyramidal. — M. Marie rappelle qu'il en est ainsi dans l'athétose double.

Hématomyélie. — MM. Achard et Foix présentent un homme qui, à la suite d'un effort survenu le 11 mai dernier, fut pris d'une hématomyélie qu'on peut localiser à la région cervico-dorsale; la face n'a rien; aux membres supérieurs, les réflexes sont exagérés, surtout à gauche; au membre inférieur gauche, on trouve le signe de Babinski et l'exagération du réflexe rotulien. Il n'y a d'autres troubles de la sensibilité qu'un peu d'hypoesthésie à droite, sans dissociation de la sensibilité.

Radiographie d'arthropathie. — MM. Achard et Foix montrent les radiographies d'une arthropathie avec signes de la série tabétique, caractérisée surtout par l'hyperostose.

Amputation spontanée des doigts. — MM. Chéné et Jumentié montrent un homme dont les doigts des mains se sont amputés spontanément, il présente du dermographisme et une paraplégie spasmodique sans Babinski. Le nerf cubital est à peine augmenté de volume, la lèpre semble pouvoir être éliminée, l'absence de troubles sensitifs rend douteux le diagnostic de syringomyélie.

Atrophie musculaire complexe. — MM. Lejonne et Touchard. Le malade est un tuberculeux très maigre; l'atrophie, très accentuée principalement aux jambes avec abolition des réflexes, sans troubles sensitifs, pourrait être attribuée à une polynévrite; un certain degré de paralysie labio-glosso-laryngée qui, d'ailleurs, est en voie d'amélioration, pourrait reconnaître la même explication, mais le malade a un peu le rire transversal des myopathiques, de l'inocclusion des paupières qui rendent plausible l'hypothèse de l'association d'une myopathie et d'un Charcot-Marie.

Hémiplégie spasmodique infantile double. — MM. Claude et Scheffer. Elle a débuté à l'âge de trois mois; à trois ans, on dut faire des ténotomies aux membres inférieurs; aux membres inférieurs existe actuellement une spasmodicité prédominante à droite avec intégrité des membres supérieurs et de l'intelligence; on trouve du strabisme, des troubles de la convergence, l'absence d'accommodation, une impressionnabilité particulière; enfin, une maladresse spéciale pour les petits mouvements.

Atrophie musculaire complexe. — M. Thomas montre une fillette de huit ans, atteinte d'une atrophie musculaire semblant relever à la fois d'une hémiplégie infantile et d'une poliomyélite avec douleurs.

Les signes de lésion organique dans la chorée de Sydenham. — M. Thomas ajoute au cas qu'il a présenté dans

la dernière séance trois nouveaux faits de chorée de Sydenham avec petits signes de lésion organique. — Il s'agit là d'une série heureuse, dit M. Babinski qui a souvent cherché vainement ces signes tout en étant convaincu de l'origine organique possible de l'affection.

Myoclonie rare, autopsie. — MM. Lenoble et Aubineau. Le malade présentait une atrophie optique, de la polyurie simple et du tremblement ; les auteurs rapprochent cette affection de la chorée fibrillaire et du nystagmus-myoclonie.

DOCUMENTS OFFICIELS

L'AVANCEMENT DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE LA TERRITORIALE

Le président de la République française,

Vu les décrets des 9 août 1897 sur le recrutement et l'avancement des médecins et des pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale et 17 avril 1901 sur l'avancement des officiers d'administration du service de santé de réserve et de l'armée territoriale,

Sur le rapport du ministre de la guerre,

Décrète :

I. Officiers de réserve du service de santé. — Article premier. — Les médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe, les officiers d'administration de troisième classe du service de santé de la réserve sont promus au grade supérieur quand ils comptent quatre années de grade d'officier, et s'ils ont accompli deux périodes d'instruction avec ce grade.

Toutefois, le temps d'ancienneté exigé pour la promotion au grade supérieur est ramené à deux années et le nombre des périodes réduit à une :

1° Pour les médecins et pharmaciens de réserve qui remplissent ou ont rempli l'une des fonctions énumérées ci-après :

Professeur titulaire ou professeur agrégé dans les facultés de médecine, les facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les écoles supérieures de pharmacie; professeur titulaire ou suppléant dans les écoles de plein exercice ou préparatoire de médecine et de pharmacie; médecin, chirurgien ou pharmacien des hôpitaux dans les villes où ces emplois sont donnés au concours; chefs de clinique ou prosecteurs nommés au concours dans les facultés de médecine, ou les facultés mixtes de médecine et de pharmacie;

2° Pour les officiers d'administration de troisième classe de réserve du service de santé provenant des sous-officiers retraités.

Art. 2. — Les médecins et pharmaciens aides-majors de première classe, les officiers d'administration de deuxième classe du service de santé, appartenant à la réserve, quelle que soit leur origine, peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent six années de service dans le dernier grade et qu'ils ont accompli en cette qualité :

Les médecins et pharmaciens, une période d'instruction;

Les officiers d'administration, deux périodes d'instruction.

Art. 3. — Les médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe, les officiers d'administration de première classe du service de santé appartenant à la réserve et provenant des anciens médecins, pharmaciens et officiers d'administration de l'armée active peuvent être promus respectivement médecin ou pharmacien-major de première classe et officier d'administration principal, s'ils comptent six années de service dans le grade, et s'ils ont accompli avec ce grade une période d'instruction.

II. Officiers du service de santé de l'armée territoriale. — Art. 4. — Les médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe, les officiers d'administration de troisième classe du service de santé appartenant à l'armée territoriale sont promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent quatre années d'ancienneté dans le grade et s'ils ont accompli deux périodes d'instruction avec ce grade.

Toutefois, le temps d'ancienneté exigé pour la promotion au grade supérieur est ramené à deux années et le nombre des périodes réduit à une :

1° Pour les médecins et pharmaciens de l'armée territoriale qui remplissent ou ont rempli l'une des fonctions énumérées au troisième alinéa de l'article 1er du présent décret;

2° Pour les officiers d'administration de troisième classe de l'armée territoriale provenant des sous-officiers retraités.

Art. 5. — Les médecins et pharmaciens aides-majors de première classe, les officiers d'administration de deuxième classe de la réserve ou de l'armée territoriale peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent six années de service dans le dernier grade et qu'ils ont accompli avec ce grade :

Les médecins et pharmaciens, une période d'instruction.

Les officiers d'administration, deux périodes d'instruction.

Art. 6. — Les médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe, les officiers d'administration de première classe, de la réserve ou de l'armée territoriale, peuvent être promus respectivement au grade de médecin ou pharmacien-major de première classe et officier d'administration principal du service de santé de l'armée territoriale lorsqu'ils comptent six années de services dans le dernier grade et s'ils ont accompli une période d'instruction avec ce grade.

Toutefois, les officiers d'administration de première classe de la réserve ou de l'armée territoriale provenant des officiers retraités sont dispensés, pour leur promotion, de l'accomplissement de ladite période.

Art. 7. — Les médecins et pharmaciens-majors de première classe de la réserve ou de l'armée territoriale peuvent être promus médecins ou pharmaciens principaux de deuxième classe dans l'armée territoriale lorsqu'ils comptent cinq années de grade et s'ils ont accompli une période d'instruction avec ce grade.

Les médecins et pharmaciens-majors de première classe de la réserve ou de l'armée territoriale provenant des médecins et pharmaciens militaires retraités sont dispensés de cette dernière obligation.

III. Dispositions communes aux médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et de l'armée territoriale. — Art. 8. — Aucune période d'instruction n'est exigée pour la promotion des médecins, pharmaciens et officiers d'administration de réserve ou de l'armée territoriale qui, lors du travail annuel d'avancement, ont été proposés pour le grade supérieur dans l'armée active.

Art. 9. — L'avancement a lieu au choix, sauf pour les grades de médecin et de pharmacien aide-majors de première classe, d'officier d'administration de deuxième classe, qui sont donnés dans les conditions particulières prévues aux articles 1 et 4.

Art. 10. — L'aptitude des candidats à l'avancement est constatée d'après leur manière de servir au cours des périodes d'instruction, sans recourir à des examens spéciaux donnant lieu à la délivrance d'un certificat.

Art. 11. — L'ancienneté de grade des médecins, pharmaciens et officiers d'administration de réserve et de l'armée territoriale est déterminée par la date du décret qui les a nommés à leur grade, soit dans l'armée active, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale, déduction faite des interruptions de réserve.

Le temps passé par ces officiers dans leurs foyers compte

pour l'ancienneté de grade. Le temps passé dans la position hors cadres et le temps de la suspension sont déduits de l'ancienneté.

ART. 12. — Les médecins, pharmaciens et officiers d'administration de réserve et de l'armée territoriale sont inscrits au tableau d'avancement et peuvent en être rayés dans les mêmes formes que les médecins, pharmaciens et officiers d'administration de l'armée active.

ART. 13. — En temps de guerre, les médecins, pharmaciens et officiers d'administration de réserve et de l'armée territoriale peuvent obtenir de l'avancement dans les mêmes conditions que les médecins, pharmaciens et officiers d'administration de l'armée active, mais au titre de la réserve et de l'armée territoriale.

Fait à Paris, le 22 mai 1909.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le ministre de la guerre,

G. PICQUART.

FORMULAIRE

MÉTRITE CHRONIQUE

Injections chaudes à 45 degrés contenant une à deux cuillerées à café par litre d'eau de la solution :

Formol	25 grammes.
Eau	500 —

Tous les deux jours, pansement avec un tampon d'ouate ou de gaze imbibée de :

Thigénol « Roche »	50 grammes.
Glycérine neutre	100 —

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONTRE L'ENCOMBREMENT DES ÉTUDES MÉDICALES

La *Gazette des hôpitaux* a publié (1909, n° 56) le décret du 12 mai 1909 relatif aux aspirants aux grades ou titres établis par l'Etat. Le ministre de l'Instruction publique adresse à ce sujet aux recteurs une circulaire interprétant ce décret.

« L'artice 1er, dit-il, rappelle et confirme le principe en vertu duquel nul ne peut être admis à postuler un des grades ou titres institués par l'Etat s'il ne justifie du diplôme, brevet ou certificat requis par le règlement spécial du grade ou du titre auquel il aspire.

Mais il est stipulé en outre, en son paragraphe 2, que : « Aucune dispense ne peut être accordée. »

J'appelle toute votre attention sur cette disposition qui fixe nettement une interdiction formelle, absolue.

En conséquence, nul Français, à l'avenir, ne pourra se faire inscrire :

En vue de la licence en droit et de la licence ès lettres s'il ne justifie du baccalauréat de l'enseignement secondaire (décret du 22 juillet 1902);

En vue des études pharmaceutiques et de la licence ès sciences, s'il ne justifie d'un diplôme de bachelier (décrets du 26 juillet 1885 et du 22 janvier 1896);

En vue du doctorat en médecine, s'il ne justifie du baccalauréat de l'enseignement secondaire et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles [P. C. N.] (décrets des 31 juillet 1893, 22 juillet 1902, 11 janvier 1909);

En vue des études pour le diplôme de chirurgien-dentiste, s'il ne justifie des diplômes, brevets ou certificats prévus par les décrets du 25 juillet 1893 et du 11 janvier 1909.

Toute aspirante au diplôme de sage-femme de première classe devra justifier du brevet élémentaire (décret du 25 juillet 1893). Toute aspirante au diplôme de sage-femme de deuxième classe et tout aspirant au certificat d'herboriste de première classe devra justifier de sa réception à l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

Un régime de faveur avait été adopté à l'égard des pharmaciens de première classe et des vétérinaires diplômés désireux d'entreprendre les études médicales. La dispense du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.) leur était accordée. Ce régime cesse dès à présent d'être en vigueur. Ces praticiens, s'ils postulent le doctorat en médecine, devront ajouter à leur baccalauréat le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.).

Les pharmaciens de deuxième classe obtenaient aisément la dispense du baccalauréat en vue de la licence ès sciences. Le décret du 12 mai s'oppose à ce que cette dispense leur soit désormais accordée.

On a dit — on a même écrit — que le décret du 12 mai 1909 mettait fin au régime des dispenses en vue des titres universitaires, notamment en vue du doctorat d'université « mention médecine » ne conférant pas le droit d'exercer en France.

C'est là une interprétation tout à fait erronée.

Il suffit de lire les premières lignes de l'article premier pour s'en rendre compte. Le décret du 12 mai est relatif aux grades et titres établis par l'Etat. Il ne vise en aucune façon les titres universitaires.

Les grades et titres établis par l'Etat sont d'ordre professionnel; les titres créés par les universités dans les conditions fixées par l'article 15 du décret du 21 juillet 1897 sont d'ordre exclusivement scientifique. Ils ne confèrent aucun des droits et privilèges attachés aux grades par les lois et règlements, et ne peuvent en aucun cas être déclarés équivalents aux grades. Enfin, les diplômes sont délivrés, au nom de l'université qui les a créés, par le président du conseil de l'université, en des formes différentes de celles adoptées pour les diplômes délivrés par le ministre représentant l'Etat.

La jurisprudence suivie à l'égard des étudiants étrangers venus en France pour y postuler le doctorat universitaire « mention médecine » subsiste donc dans toute son intégralité.

Je crois devoir vous rappeler que c'est à la suite d'un ample débat à la Chambre des députés que cette jurisprudence a été établie en 1896. Elle a fait l'objet d'une circulaire en date du 21 juillet de cette année-là, dont je tiens à replacer sous vos yeux les prescriptions essentielles relatives aux étudiants en médecine étrangers :

« Les services et laboratoires de nos facultés de médecine continueront de rester grands ouverts et sans condition aux médecins étrangers qui, leurs études terminées dans leurs pays respectifs, viennent en France pour se perfectionner dans telle ou telle branche de leur art.

Quant aux jeunes gens, chaque année plus nombreux, qui viennent de l'étranger en France pour y commencer et y poursuivre les études médicales, il y a lieu de distinguer entre ceux qui ont l'intention de s'établir en France pour y exercer la médecine et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leurs pays d'origine.

Pour les premiers, il est juste de les astreindre aux mêmes conditions que nos étudiants nationaux. Ils ne recevront donc le diplôme d'Etat conférant le droit d'exercer la médecine en France que si, au moment de leur première inscription, ils justifient du diplôme français de bachelier et du certificat de sciences physiques, chimiques et naturelles.

Pour les autres, qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, il continuera de leur être accordé comme par le passé, et plus largement encore, dispense du baccalauréat français en vue de l'inscription dans les universités; mais le diplôme qu'ils pourront recevoir à la fin du cours régulier des études ne leur conférera pas le droit d'exercer la médecine en France. Avis devra leur en être donné aux secrétariats des facultés, au moment de leur inscription..........

« Il continuera d'être accordé, en vue des études médicales, des équivalences de baccalauréat aux étudiants originaires de pays auxquels nous lient, pour cet objet, des conventions internationales ».

Je ne saurais rien ajouter à ces prescriptions, ni en rien retrancher. Elles restent conformes à la volonté exprimée par la Chambre des députés.

Elles continueront donc à être appliquées après le décret

du 12 mai comme elles l'étaient avant. Les intéressés devront toutefois introduire leurs demandes dans les conditions fixées par l'article 2 du décret. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 JUIN 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Samedi 19 juin, à une heure. — 1er (oral) : MM. Quénu, Morestin et Lenormant.

2e : MM. Prenant, Langlois et André Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Launois et Brindeau ; — (2e série) : MM. Bar, Thiéry et Auvray.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard ; — M. Maillard, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon*, (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Claude ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Castaigne et Nobécourt.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin ; — M. Fernand Bezançon, suppléant.

THÈSES

Mercredi 16 juin 1909, à une heure. — M. Perochon. Contribution à l'étude des grossesses développées dans les cornes utérines sans communication avec l'extérieur. (MM. Pinard, président; Segond, Gosset et Couvelaire.) — M. Pfeiffer. Essai d'une prophylaxie de l'avortement criminel. (MM. Pinard, président; Segond, Gosset et Couvelaire.) — M. Foucault. Contribution à l'étude de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie à l'aide de l'instrumentation de Brünüqs. (MM. Segond, président ; Pinard, Gosset et Couvelaire.) — M. Janets. Les irrégularités dentaires. Thérapeutique préventive. (MM. Segond, président ; Pinard, Gosset et Couvelaire.) — M. Masson. Les névromes ganglionnaires du grand sympathique. (MM. Pierre Marie, président ; Hartmann, Lœper et Lecène.) — M. Faix. Essai sur les soins pré et post-opératoires dans les laparotomies. (MM. Hartmann, président ; Pierre Marie, Lœper et Lecène.) — M. Chavelet. Des tumeurs de la fosse ischio-rectale. (MM. Hartmann, président ; Pierre Marie, Lœper et Lecène.) — M. Dacheux. La lithotritie des calculs géants (description d'un lithotriteur modifié). (MM. Hartmann, président ; Pierre Marie, Lœper et Lecène.)

Jeudi 17 juin, à une heure. — M. Thomas. La sérothérapie intensive sous le traitement des angines diphtériques graves et paralysies. (MM. Hutinel, président ; Albert Robin, Quénu et Lenormant.) — M. Lepel-Cointet. De la valeur curative des inhalations et des pulvérisations dans les maladies du poumon et des bronches. (MM. Hutinel, président ; Albert Robin, Quénu et Lenormant.) — M. Astraud. Petits et grands accidents nerveux de la maladie de Recklinghausen. (MM. Albert Robin, président ; Hutinel, Quénu et Lenormant) — M. Boulay. De l'anesthésie locale par la cocaïne dans la réduction des luxations et des fractures. (MM. Quénu, président ; Hutinel, Albert Robin et Lenormant.) — M. Perrée. La tuberculose dans la marine marchande. (MM. Chantemesse, président ; Chauffard, Gouget et Fernand Bezançon.) — M. Rousseau-Lanywelt. Contribution à l'étude de la fièvre ondulante (fièvre de Malte, fièvre méditerranéenne). (MM. Chauffard, président ; Chantemesse, Gouget et Fernand Bezançon.) — M. Lagarde. La stomatite mercurielle, maladie fusospirillaire ; étude bactériologique critique. (MM. Chauffard, président ; Chantemesse, Gouget et Fernand Bezançon.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ch. Mas, médecin des douanes à Marseille ; Oudiné (de Barbonne-Fayel) et M. Armand Banzou, étudiant en médecine à Marseille.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le docteur P. Le Noir, assisté de MM. les docteurs Jean Camus et A. Courcoux, commence aujourd'hui lundi 7 juin, une série de 15 conférences sur le *Diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.*

Ces conférences auront lieu tous les jours, à dix heures.

Le cours est gratuit. Le mercredi, à neuf heures : Consultation des maladies du tube digestif.

COURS DE VACANCES DE M. CALOT (DU 2 AU 8 AOUT) A L'INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DE BERCK. — En sept jours, de huit heures du matin à sept heures du soir, enseignement de l'orthopédie indispensable aux médecins et du traitement des tuberculoses externes, déviations, maladies des os, spina-ventosa, etc.

Neuf leçons avec présentation de malades, démonstrations et exercices pratiques.

Programme des leçons. — I. Lundi 2 août (dix heures matin). — M. Calot : La technique des appareils (plâtre, moulage, celluloïd). — Traitement des tuberculoses externes. Injections et liquides modificateurs. Adénites. Tuberculoses du testicule et de l'épididyme.

II. Mardi 3 août (dix heures matin). — M. Calot : Le mal de Pott. Indications thérapeutiques et traitement.

III. Mercredi 4 août (dix heures matin). — M. Calot : Traitement de la coxalgie. Injections dans la hanche. Appareils du membre inférieur.

IV. Jeudi 5 août (dix heures matin). — M. Calot : Traitement des tumeurs blanches : genou, pied, épaule, poignet. Injections intra-articulaires. Appareils de ces régions.

V. Vendredi 6 août (dix heures matin). — M. Calot : Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

VI. Vendredi 6 août (cinq heures soir). — M. le docteur Privat : Traitement de la paralysie infantile du pied bot paralytique. Syphilis des os et des articulations.

VII. Samedi 7 août (dix heures matin). — M. le docteur Fouchou : Radiologie et radiothérapie. Traitement du torticolis, de l'ostéomyélite aiguë et chronique.

VIII. Samedi 7 août (dix heures matin). — Mlle Larson (diplômée de l'Institut orthopédique de Stockolm, professeur de gymnastique suédoise) : Traitement de la scoliose essentielle de l'adolescence.

IX. Dimanche 8 août (dix heures matin). — M. Calot : Traitement du pied bot congénital. Traitement de la tarsalgie, de la maladie de Little, des déformations rachitiques (scoliose rachitique, genu valgum, déviations du tibia, coxa vara, etc.)

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Chaque élève inscrit sera exercé individuellement à la construction des appareils plâtrés et aussi, dans la mesure du possible, aux diverses opérations, soit par M. Calot, soit par MM. les docteurs Privat et Fouchou.

Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck, s'adresser dès maintenant à M. le docteur Privat, à l'Institut orthopédique, Berck Plage (Pas-de-Calais),

Droit à verser : 100 francs pour les leçons, démonstrations et exercices pratiques. — Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Des trains d'excursion auront lieu chaque dimanche, jusqu'au 19 septembre inclus, entre Paris, Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe, 4 fr. 50 ; 3e classe, 3 fr. ; Moret, 2e classe, 5 fr. 50 ; 3e classe, 3 fr. 50. — Départ de Paris à 7 h. 25 matin. Arrivée : à Fontainebleau, 8 h. 40 matin ; à Moret, 8 h. 55.

Retour par tous les trains du dimanche dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires. — Nombre de places limité. — Franchise de 30 kilos de bagages par place.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 65. — JEUDI 10 JUIN 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 10 JUIN 1909. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Médaille d'or (internat en pharmacie). — Le jury du prochain concours est composé de MM. André, Hérissey, Grimbert, Carette.

L'INTERDICTION DU BIBERON A TUBE AU SÉNAT. — M. Strauss vient de conclure, au nom de la commission spéciale, à l'adoption du projet de loi suivant :

Article premier. — La mise en veute des biberons à tube est interdite.

Art. 2. — Toute infraction aux dispositions de la présente loi est punie d'une amende de 25 à 100 francs, et en cas de récidive, d'un emprisonnement de huit jours à un mois. Dans tous les cas, les tribunaux pourront prononcer la confiscation des biberons à tube saisis en contravention.

CENTENAIRE D'AMÉDÉE BONNET. — On a célébré, dimanche dernier, à Ambérieu-en-Bugey (Ain), le centenaire de la naissance d'Amédée Bonnet, l'un des plus grands chirurgiens du XIXe siècle, célèbre par ses travaux sur les maladies des os et des articulations, sur la cautérisation, la méthode sous-cutanée, etc., mort à Lyon en 1858 à l'âge de quarante-neuf ans.

La cérémonie était présidée par M. le docteur Chauveau, membre de l'Institut, professeur au Muséum. Elle a eu lieu, au milieu d'une grande affluence de chirurgiens, de médecins français, parmi lesquels on remarquait les professeurs Bœckel (de Strasbourg), Reverdin et Girard (de Genève), Sonnenburg (de Berlin), etc.

Des discours ont été prononcés par MM. les professeurs Teyssier et Poncet.

Ce dernier successeur de Bonnet, dans sa chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, a fait une très belle et très complète analyse de l'œuvre souvent géniale de son éminent prédécesseur.

MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE, sous la direction de MM. Hartmann, professeur, et Paul Lecène, agrégé. (Cours de M. le docteur A. Bréchot, prosecteur). — *Opérations d'urgence et de pratique courante.* — Ouverture le vendredi 11 juin 1909, à neuf heures précises.

I. Sutures des plaies chirurgicales et accidentelles. Anesthésie locale à la cocaïne. Anesthésie des doigts. Ongle incarné. Ablation des petites tumeurs (kystes sébacés, kystes synoviaux...), des corps étrangers. Greffes simples.

II. Plaies des artères et des veines : ligature dans la plaie. Sutures des tendons et des nerfs. Incisions des abcès des membres : panaris, phlegmons des gaines, phlegmons diffus, phlegmon sous-pectoral.

III. Arthrotomies pour arthrites purulentes : genou, tibio-tarsienne, coude. Ostéomyélite : trépanation d'urgence. Amputations utiles. Amputations atypiques pour écrasements des doigts de la main. Amputations des doigts, de l'avant-bras, du bras.

IV. Amputations atypiques pour écrasement du pied, de la jambe. Amputations des orteils, du pied au niveau du métatarse et du tarse. Amputations tibio-tarsiennes (calcanéum intact, calcanéum envahi). Amputations de jambe, de cuisse.

V. Fractures du crâne : intervention d'urgence dans les cas de compression. Ponction lombaire. Mastoïdite : trépanation d'urgence de l'apophyse mastoïde. Incisions des abcès du cou : abcès rétropharyngien, abcès de la dent de sagesse, phlegmon gangréneux du plancher de la bouche.

VI. Trachéotomie. Pleurésie purulente : intervention d'urgence : pleurotomie, résection de côte. Plaies de poitrine. Plaies du cœur.

VII. Ablation du sein cancéreux. Appendicite : intervention d'urgence : large drainage du péritoine, résection à froid de l'appendicite. Gastrostomie.

VIII. Hernie étranglée. Cure radicale de la hernie inguinale et crurale. Plaies de l'abdomen.

IX. Anus temporaire (occlusion intestinale) et définitif (cancer du rectum). Hémorroïdes. Abcès de la marge de l'anus. Fistules.

X. Rupture de l'urètre. Infiltration d'urine. Phimosis. Hydrocèle. Abcès de la prostate.

Le cours aura lieu tous les jours. — Les élèves répéteront eux-mêmes les leçons sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 50 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à trois heures, les mardis, jeudis et samedis.

ÉPILEPSIE SYPHILITIQUE SECONDAIRE

Par Louis GUÉNOT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Depuis longtemps on connaît l'existence d'accidents épileptiformes au cours de la période tertiaire de la syphilis. Cette épilepsie syphilitique est le plus souvent partielle et revêt le type Bravais-Jacksonnien; c'est qu'en effet elle est symptomatique d'une lésion soit du cerveau, soit de ses enveloppes méningées ou cranienne. Mais à côté de ces cas tardifs, relativement fréquents, il en existe d'autres plus précoces survenant en même temps que les manifestations secondaires. C'est l'épilepsie syphilitique secondaire qui diffère de la précédente par la pathogénie, la symptomatologie et le pronostic. Elle est très rare, c'est pourquoi il nous a paru intéressant d'en publier une observation personnelle.

Laf..., âgé de vingt-six ans, employé au chemin de fer, entre le 19 février 1909 à l'hôpital Cochin-annexe dans le service de notre maître le docteur Alex. Renault. Il est manifestement syphilitique, présentant une éruption erythémato-papuleuse du tronc, d'ailleurs assez discrète, une angine spécifique légère, et des syphilides érosives du gland. Adénopathie biinguinale et bicervicale. Il ne peut y avoir de doute sur la nature syphilitique des lésions; d'ailleurs la séro-réaction de Wassermann, faite à l'Institut Pasteur, s'est montrée très nettement positive. Le chancre a débuté au commencement de décembre, donc presque deux mois et demi avant l'entrée à l'hôpital, les accidents secondaires cutanés et muqueux datent d'environ quinze jours.

Depuis son chancre le malade a eu trois crises convulsives avec perte de connaissance: la première vers le 31 décembre, la seconde vers le 15 janvier et la troisième vers le 10 février environ. Ces trois attaques ont eu des caractères semblables, mais la première a été plus accentuée. Constamment le début en a été marqué par une sensation de « sang qui montait à l'œil gauche », une impression de « lumières qui doublaient, triplaient, prenaient l'aspect de l'arc-en-ciel », puis étourdissement. La première fois la perte de connaissance fut brusque, et le malade, tombant à la renverse, se fit à la région occipitale une plaie du cuir chevelu qui vient seulement de se cicatriser, en même temps qu'il s'emportait entre les deux arcades dentaires un lambeau de muqueuse buccale, lésion dont on voit très bien la cicatrice grosse comme une pièce de 1 franc environ. Les deux autres fois le patient, qui s'était mieux rendu compte de son malaise, n'a perdu connaissance qu'après s'être assis, et est tombé sans qu'il en soit résulté de plaie. A chaque attaque la perte de connaissance a duré environ un quart d'heure. Le malade ne se rappelle qu'une chose : c'est qu'il est tombé. D'après les renseignements fournis par ses compagnons présents il n'y a pas eu de cri initial, pas d'écume à la bouche. Les quatre membres ont été agités de mouvements convulsifs au moins au début de la crise, la face d'abord rouge, congestionnée, est devenue pâle. Il n'y a eu d'incontinence d'urine que la première fois. Notons encore que toujours le malade a été atteint pendant son travail. Revenu à lui il n'était pas courbaturé, et bien qu'on l'ait reconduit chez lui, il lui semble qu'il aurait pu retravailler immédiatement. Pas d'autres phénomènes cérébraux, intellectuels ou moteurs.

L'étude des antécédents personnels les montre exempts de toute tare nerveuse, jamais Laf... n'a eu de crise analogue avant son chancre; il n'a pas eu de convulsions dans son enfance, et n'a jamais fait de maladie sérieuse. Aucun membre de sa famille, où, dit-il, « on a plutôt le tempérament lourd », n'a présenté non plus de troubles névropathiques. Il a une sœur et un frère bien portants, sa mère vivante est en bonne santé, son père est mort à quarante-cinq ans alcoolique, mais il n'avait pris des habitudes éthyliques qu'après la naissance de notre malade. Celui-ci ne présente pas de troubles de la sensibilité, pas de modifications des réflexes, pas de perturbations de l'ouïe, du goût, ni de l'odorat (il a seulement de la gêne respiratoire nasale par lésion locale depuis cinq ans) pas de paralysie oculaire extrinsèque, les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation, pas de rétrécissement du champ visuel, abolition du réflexe pharyngien.

Le 21 février une ponction lombaire donne issue sous pression notable (petit jet au début) à un liquide céphalo-rachidien d'aspect normal dont on recueille très facilement une quinzaine de centimètres cubes. Il y a de la lymphocytose d'ailleurs légère. L'hémolyso-diagnostic de Wassermann, pratiqué avec ce liquide céphalo-rachidien à l'Institut Pasteur par le docteur Salmon, donne une réaction positive quoique plus faiblement qu'avec son sérum.

Le malade a déjà pris avant de venir nous voir, du 15 décembre au 15 janvier, une dose quotidienne de 10 centigrammes de protoiodure. A son entrée à l'hôpital il est mis au traitement mixte (soit par jour 2 centigrammes de biiodure de mercure et 2 grammes d'iodure de potassium) lequel est remplacé le 10 mars par 20 centigrammes de protoiodure par vingt-quatre heures, et cela jusqu'à la fin de mars.

Il n'est pas survenu de nouvelle crise convulsive. A plusieurs reprises seulement s'est produite cette même sensation de « chaleur et de sang » montant vers l'œil gauche, mais rien autre, et encore ces auras peu fréquentes ont-elles constamment diminué d'intensité. Pas de céphalée. Le malade quitte l'hôpital à la fin de mars en bon état. A une nouvelle ponction lombaire pratiquée à ce moment, le liquide céphalo-rachidien, toujours d'aspect normal, s'écoule goutte à goutte sans tension, et cette fois la réaction de Wassermann pratiquée avec lui comme anticorps s'est montrée négative.

Ajoutons pour terminer qu'à la suite de ses attaques épileptiformes, notre homme a été réformé par sa Compagnie de chemin de fer.

C'est le professeur Fournier (1) qui, en 1880, a le premier individualisé l'épilepsie syphilitique secondaire. Jusqu'alors les syphiligraphes n'avaient étudié que l'épilepsie tertiaire, et il semble que les accidents de même ordre survenant à une période plus précoce, sans s'accompagner d'aucun trouble cérébral, leur aient échappé. C'est ainsi que dans les nombreuses observations relatées par Gustave Lagneau (2) il n'y en a qu'une, l'observation 58 due à Cullerier, où l'épilepsie, survenue six mois après le chancre, peut être considérée comme secondaire; mais l'auteur ne la différencie pas des autres cas. Et si Trousseau (3) admet qu'à côté de l'épilepsie syphilitique due à des lésions matérielles, il peut en exister une autre purement dynamique, au début des accidents secondaires, la plupart des auteurs, ou bien ignorent ces cas, ou bien, comme Zambaco (4), pensent que « les faits que nous connaissons ne

(1) Fournier. De l'épilepsie syphilitique secondaire in *Ann. de dermatol. et de syphiligr.*, 2e série, t. I, 1880, pp. 16 et 198. — *Leçons cliniques sur la syphilis particulièrement étudiée chez la femme*, 2e édit. — Epilepsie et syphilis, in *Gaz. des hôp.*, 1888, n° 105.

(2) Gustave Lagneau. *Maladies syphilitiques du système nerveux*, 1860.

(3) Trousseau. *Traité de matière médicale*, t. I, p. 230.

(4) Zambaco. *Affections nerveuses syphilitiques*, 1862, p. 465.

nous autorisent pas à conclure dans ce sens », ou comme Mauriac (1), que rien ne prouve que ces accidents puissent être parfois « un trouble névropathique transitoire et semblable aux céphalées de la période prodromique des éruptions érythémateuses».

Si l'épilepsie syphylitique secondaire est restée si longtemps méconnue, c'est vraisemblablement par suite de sa grande rareté. En effet Fournier n'en a observé qu'une douzaine de cas parmi les nombreux syphilitiques auxquels il a été appelé à donner ses soins.

La nature syphilitique de cette épilepsie ressort manifestement (2) : 1° de l'impossibilité de rattacher ces accidents d'épilepsie incidente et transitoire à une cause autre que la syphilis ; 2° de l'identité des conditions générales dans lesquelles ils se manifestent; 3° de leur coïncidence chronologique avec d'autres accidents de nature incontestablement spécifique; 4° de l'évolution parallèle des accidents d'épilepsie et des autres manifestations syphilitiques contemporaines; 5° enfin de l'influence curative du traitement spécifique. C'est en nous basant sur ces considérations : absence de crise convulsive antérieurement au chancre, absence d'antécédents et de prédispositions héréditaires ou personnels, disparition simultanée des attaques et des accidents cutanés et muqueux, et cela sous l'influence du traitement mercuriel, que nous nous sommes cru autorisé à porter chez notre malade le diagnostic d'épilepsie syphilitique secondaire.

Au point de vue symptomatologique, l'épilepsie secondaire revêt tout à fait l'aspect de l'épilepsie essentielle. Seul le cri initial fait défaut, mais ensuite la crise se déroule avec toutes les phases de l'épilepsie la plus franche. A cette absence de cri initial Rubino (3) ajoute comme signe distinctif la rareté de l'aura. Chez notre malade, elle a pourtant existé d'une façon constante au début des trois attaques nettes, puis comme unique phénomène d'attaques avortées. A part cette aura, toujours la même, nous n'avons d'ailleurs jamais constaté, pas plus que Fournier, de symptômes de « petit mal » (vertiges, absences, spasmes subits, impulsions, etc.). C'est que l'épilepsie syphilitique secondaire semble ne se manifester que sous l'aspect du « haut mal ».

Quand survient-elle? Tandis que chez les malades de Fournier la première crise n'a éclaté que du troisième au sixième mois de la syphilis, en pleine poussée secondaire, chez le nôtre elle a été particulièrement précoce, puisque c'est dans le courant du premier mois, environ trois semaines après le début du chancre, et précédant de plus d'un mois les autres manifestations secondaires qu'elle s'est manifestée. Cette extrême précocité est-elle une objection à l'origine syphilitique des accidents observés, nous ne le pensons pas; Ricord n'a-t-il pas dit depuis longtemps que le chancre était le premier des accidents secondaires?

(1) Mauriac. *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux*, 1879.

(2) Fournier. *Loc. cit.*

(3) Rubino. Congrès de Naples, 1897. In Fournier. *Traité de la syphilis*, t. I.

Le nombre des attaques convulsives est très variable. Grand dans les exemples de Fournier, s'il a été dans notre cas très réduit, il nous semble que la raison en est dans ce fait que le traitement mercuriel a été institué de bonne heure et continué d'une façon soutenue. L'épilepsie syphilitique secondaire (c'est un de ses caractères diagnostiques) est en effet éminemment curable par le traitement spécifique, et cela vraisemblablement d'une façon définitive sans laisser de traces.

Le pronostic en est donc bénin contrairement à celui de l'épilepsie tertiaire toujours grave, souvent même très grave.

La différence d'évolution entre les manifestations épileptiformes de la période secondaire et de la période tertiaire tient évidemment à la différence de leur pathogénie. On ne peut guère faire que des hypothèses sur la nature de l'épilepsie secondaire, mais il est vraisemblable qu'elle ne s'accompagne pas comme l'épilepsie tertiaire, de lésions des centres nerveux, en tout cas celles-ci ont toujours été inappréciables par nos moyens actuels de diagnostic. Et Fournier pour en faire une simple névrose se base sur son apparition à une époque de la syphilis où l'on n'observe pas de lésions viscérales, sur l'absence de phénomènes cérébraux, sur son caractère éphémère, sur sa facile curabilité sans reliquat, sur sa coexistence possible avec d'autres névroses telles que l'hystérie attribuables également à la syphilis.

En résumé nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'une épilepsie vraie, mais bien plutôt d'une « fausse épilepsie ». Ce n'est pourtant pas une raison, comme le voudraient Gros et Lancereaux (1), pour lui refuser ce nom d'épilepsie, qui, à défaut d'exactitude pathogénique, a du moins l'avantage de bien indiquer le caractère clinique des accidents.

Peut-être la nature de l'épilepsie syphilitique secondaire pourra-t-elle être mieux connue par l'étude approfondie du liquide céphalo-rachidien, car il est possible qu'elle soit due à l'action directe sur les centres nerveux de ce liquide ayant subi du fait de la syphilis une modification encore inconnue. Il serait intéressant de pouvoir y retrouver le tréponème, car jusqu'à présent cette recherche du tréponème dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques a été négative. Peut-être aurions-nous eu la chance de réussir si nous avions vu le malade à sa première crise, avant tout traitement mercuriel.

Nous avons trouvé de la lymphocytose, mais légère, et par suite sans intérêt pour le cas particulier, puisque à ce degré elle est un fait d'observation banale chez tous les syphilitiques, même sans accidents nerveux.

Plus importants sont les résultats fournis par l'hémolyso-diagnostic de Wassermann. Chez les syphilitiques à la période secondaire, sans accidents nerveux, cette réaction avec le liquide céphalo-rachidien est quelquefois positive, mais le plus souvent elle est négative. Or chez notre malade à un premier examen (le 21 février) la réaction fut posi-

(1) Gros et Lancereaux. *Accidents nerveux de la syphilis.*

tive, assez faiblement il est vrai ; mais n'oublions pas qu'à partir de ce moment il n'eut plus que des crises avortées se manifestant seulement par des auras, et que, d'autre part, il avait déjà suivi un mois de traitement mercuriel. On peut alors d'autant mieux supposer qu'un examen pratiqué plus tôt, fin décembre par exemple, eût donné une réaction plus intense, que le traitement spécifique ayant été continué, et le malade semblant d'ailleurs guéri de ses accidents convulsifs, la réaction de Wassermann fut complètement négative le 29 mars.

Il serait prématuré et imprudent de conclure à la suite d'une seule observation, mais peut-être y a-t-il là un moyen, dans les cas douteux, de vérifier la nature syphilitique d'accidents épileptiformes, et par plusieurs examens plus ou moins espacés, de suivre l'évolution de ces accidents et de contrôler leur guérison.

MÉDECINE PRATIQUE

LES CINÉMATOPHTALMIES (TROUBLES OCULAIRES PAR CINÉMA)

Les troubles oculaires par cinéma auxquels M. Et. Ginestous (1) donne la dénomination générique de *cinématophtalmies* n'ont pas encore été l'objet d'une description dans la littérature ophtalmologique : ils constituent une véritable *maladie* nouvelle due à un spectacle nouveau. L'électricité nous a donné l'ophtalmie électrique; le cinématographe nous donne l'ophtalmie par cinématographe ou *cinématophtalmie*.

Faut-il s'en étonner ? L'illusion chronophotographique ou cinématographique a pour base et pour principe la persistance des impressions lumineuses sur la rétine. La durée de cette persistance, variable, d'après les recherches de Plateau (2), d'Helmholtz (3), de Charpentier (4), suivant les conditions d'intensité de l'éclairage, la répétition plus ou moins fréquente des excitations, la grandeur de l'image rétinienne, etc., peut être évaluée en moyenne à 2/45 de seconde. Pour que l'illusion cinématographique se produise, il suffit qu'avec une rapidité assez grande des images lumineuses se succèdent et se superposent sur la rétine *avant la fin* de leur persistance. Il n'est donc pas surprenant qu'à ce travail visuel corresponde une fatigue visuelle; on ne soumet pas impunément une membrane sensible comme la rétine à une telle succession d'excitations sans risquer de provoquer des troubles de ses fonctions physiologiques.

Les *cinématophtalmies* peuvent affecter différentes formes :

1° Les unes sont essentiellement *temporaires* et *fugitives*. Elles consistent en larmoiement, photophobie, obligeant le spectateur à fermer les paupières. Leur début coïncide avec le passage des premières images sur l'écran. Le plus souvent, quelques secondes de repos par l'occlusion des paupières suffisent à arrêter ces troubles oculaires; le sujet semble s'accoutumer, adapter sa rétine au travail nouveau qu'il lui demande.

(1) Communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 23 avril 1909 ; — Cf. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 23, 1909.

(2) PLATEAU. *Dissertation sur quelques propriétés des impressions produites par la lumière sur l'organe de la vue*, Liége 1849.

(3) HELMHOLTZ. *Optique physiologique*, traduction Javal-Klein, p. 445.

(4) CHARPENTIER. Nouvelle série d'expériences sur la persistance des impressions lumineuses sur la rétine, *Mémoires de la Soc. de biol.*, 1887, p. 120, 159, 174, 191.

2° Certains troubles sont plus *durables*. L'adaptation rétinienne est impossible. Dès que le sujet veut ouvrir les paupières, les troubles reparaissent et il doit renoncer à regarder le spectacle. Au sortir de la représentation, il persiste un faible larmoiement, une légère rougeur de la conjonctive. Dans la majorité des cas, tout rentre rapidement dans l'ordre, et c'est fini.

3° Mais, parfois, certaines formes peuvent être dites *prolongées*. Pendant deux, trois, quatre jours — rarement davantage — le sujet présente une véritable conjonctivite, *conjonctivite par cinéma*, habituellement sans agglutinement des paupières, mais avec rougeur de la conjonctive, cuisson et démangeaison, larmoiement et photophobie.

Quelquefois, enfin, les troubles oculaires sont encore plus accusés et se traduisent par des phénomènes de fatigue visuelle réelle, d'*asthénopie rétinienne* et d'*asthénopie accommodative*. Pendant les deux ou trois jours qui suivent le spectacle, le sujet accuse de la difficulté pour la vision de près (lecture, écriture, etc.). Dans tous les cas, l'acuité visuelle est restée normale, il n'existe aucun vice de réfraction et, à l'ophtalmoscope, on ne constate aucune lésion du fond de l'œil.

Au point de vue de l'interprétation physiologique, les *cinématophtalmies* seraient la conséquence de la fatigue oculaire. Mais quelles sont, dans les spectacles cinématographiques, les conditions favorables au développement de cette fatigue, conséquemment à la production des *cinématophtalmies?*

En premier lieu, il faut tenir compte de la prédisposition individuelle. Certaines personnes sont incommodées dès le passage de la première image, d'autres résistent plus longtemps, d'autres enfin n'en éprouvent aucun dommage. Cela dépend de l'état de repos ou de fatigue du sujet, peut-être aussi de sa prédisposition nerveuse. Mais les causes principales de l'affection doivent être recherchées dans le fonctionnement même du cinématographe.

I. *Les clichés défectueux, leur mise au point imparfaite* rendent pour l'œil qui les regarde les spectacles cinématographiques pénibles et difficiles. Les épreuves négatives doivent avoir la plus grande netteté possible, car les positifs subissent dans la projection un agrandissement considérable qui peut dépasser en surface plus de 97 000 fois l'image originale; les mêmes défauts de netteté sont ainsi exagérés dans la même proportion.

II. *Situation du spectateur.* — Charpentier (1) a établi que la persistance des impressions lumineuses dépend de la grandeur de l'image rétinienne et que la persistance est moins longue de près que de loin. Il en résulte que, dans une salle de spectacle cinématographique, les places les plus rapprochées de l'écran ne sont pas les meilleures.

III. *Les intensités lumineuses trop fortes ou trop faibles sont une cause de fatigue.* — D'après les recherches de Charpentier, la persistance des impressions lumineuses diminue quand l'éclairage augmente, et inversement. Le cinématographe confirme cette loi. Les images brillantes et fortement éclairées fatiguent davantage que les autres. Ce qui fatigue surtout, c'est le passage du noir au blanc, de l'obscur au brillant.

IV. D'après la théorie du cinématographe, il est nécessaire de produire dans la minute un nombre égal d'éclipses et d'images. Pour obtenir ce résultat, sur les bords de la pellicule ou film — pour employer l'expression technique — sont perforées des ouvertures équidistantes de 20 millimètres. Le développement régulièrement périodique de ces ouvertures est assuré par deux griffes qui retiennent le film le temps nécessaire à la durée de l'éclipse. Mais les perforations du film s'usent à la longue et il se produit un jeu se traduisant par un défaut de superposition et un tremblement des images.

(1) CHARPENTIER. Loc. cit.

Ce défaut, minime en apparence, se trouve amplifié en raison directe de l'agrandissement considérable de l'image sur l'écran.

V. Pour allonger leur spectacle, certains entrepreneurs font défiler leurs films à la vitesse minima physiologiquement nécessaire pour assurer la persistance des images rétiniennes. L'œil doit faire effort pour retenir ces images successives et pour les superposer. Il en résulte une fatigue rétinienne incontestable.

Telles sont les causes susceptibles de provoquer les différentes formes de *cinématophtalmies*.

« En réalité, conclut M. Ginestous, les ophtalmies de cette nature ne sont pas d'un pronostic très grave ; le plus souvent, elles guérissent rapidement, même sans aucun traitement, et les formes les plus tenaces cèdent facilement à une thérapeutique bénigne ; à part quelques collyres insignifiants à la cocaïne et à l'adrénaline, le repos est encore le meilleur des remèdes. Le port de verres colorés bleutés réussit très bien à l'un de mes malades ; mais je n'oserais conseiller d'en généraliser l'emploi, car je craindrais, par ce procédé, d'amoindrir le charme du spectacle. M. Larrieu, directeur du cinéma Pathé de Bordeaux, nous a encore indiqué, comme moyen prophylactique, de faire passer devant les yeux les doigts de la main écartés de manière à former une sorte d'écran perforé ; mais vraiment est-ce là un stratagème bien pratique ? Il importe simplement que le clinicien soit prévenu que le cinéma est susceptible de provoquer des troubles oculaires, et s'il est un conseil à donner aux fervents du spectacle nouveau, contentons-nous de leur dire, non de s'éloigner du « film » favori, mais seulement de choisir le meilleur des cinémas exempts de toutes les imperfections, causes du mal. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 JUIN 1909)

Expériences de greffes. — M. Pozzi, de retour d'un voyage scientifique en Amérique, fait connaître à l'Académie les belles expériences de notre compatriote, M. Alexis Carrel, un des directeurs de l'Institut Rockfeller à New-York, et que nos lecteurs connaissent déjà en partie (1).

Voici quelques-unes de ces expériences :

I. *Rapiècement de l'aorte abdominale avec un morceau de péritoine.* — Sur une chienne résection de la moitié antérieure de l'aorte abdominale sur une étendue de 2 centimètres. Rapiècement du vaisseau avec un morceau de péritoine doublé du muscle transverse pris sur la paroi antéro-latérale de l'abdomen du même animal et conservé pendant quelques minutes dans de la vaseline.

Vingt-deux mois après l'opération, laparotomie. On met à nu l'aorte abdominale ; on constate que ses pulsations sont normales. Il n'y a aucune trace apparente de l'opération primitive. Il y a eu adaptation morphologique et fonctionnelle parfaite du lambeau péritonéal transplanté. M. Carrel pratique alors la résection d'un segment de l'aorte comprenant le rapiècement, et rétablit la circulation à l'aide d'un segment de veine cave. Aussitôt, dans le segment d'aorte réséqué, la pièce péritonéale devient apparente, car le tissu aortique, dès qu'il n'est plus distendu par la pression sanguine, revient sur lui-même et se rétracte, tandis que la zone péritonéale garde les mêmes dimensions.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1908, p. 970, communication de M. Delbet à la Société de chirurgie sur les expériences de M. Carrel, et *Gaz. des hôpit.*, 1909, p. 33 : La « transplantation des membres », d'après le docteur Alexis Carrel.

L'examen histologique de ce rapiècement a été pratiqué.

La paroi formée par la pièce péritonéale a la même épaisseur que la paroi formée par le tissu aortique. Les fibres musculaires du transverse, qui doublaient cette pièce, ont été remplacées par des fibres conjonctives allongées qui ressemblent aux fibres musculaires de l'aorte. Il n'y a pas eu de production de fibres élastiques, et cependant il ne s'est fait aucune dilatation au niveau de la partie rapiécée.

M. Pozzi a vu l'animal en parfaite santé.

II. *Transplantation de veines fraîches.* — On transplante un segment de veine jugulaire externe sur la carotide d'un chien.

La circulation est tout à fait normale. On excise un petit morceau de la paroi pour en faire l'examen histologique, puis on suture la plaie vasculaire. Cette paroi est résistante.

III. *Renversement partiel de la circulation dans la glande thyroïde.* — Il s'agit d'un chien atteint de goitre. On a anastomosé le bout périphérique de la veine jugulaire interne au bout central de l'artère carotide.

Examen huit mois après. Le goitre a diminué de volume. La veine jugulaire et les veines thyroïdiennes ont pris l'aspect d'artères ; leur calibre est demeuré normal. Le calibre de la jugulaire, au-dessus des veines thyroïdiennes, a diminué.

M. Carrel estime que la chirurgie du goitre pourrait tirer parti de cette expérience dans les cas où l'opération radicale paraît contre-indiquée.

IV. *Conservation des vaisseaux en chambre froide* (*cold storage*). — M. Carrel emploie le procédé suivant : les vaisseaux sont prélevés sur l'animal vivant, ou peu de temps après sa mort, avec une asepsie scrupuleuse ; on les immerge et on les lave dans la solution de Locke et on les place dans des tubes de verre stérilisés dont l'atmosphère est rendue humide par l'addition de quelques gouttes d'eau ou de solution ; ces tubes sont aussitôt fermés à la lampe ; ils sont placés dans une glacière à parois épaisses, dont la température est maintenue constante entre 0 et + 1 degré centigrade.

Après six, et même après dix mois, l'aspect macroscopique des vaisseaux n'est pas modifié, et au microscope il peut n'y avoir qu'une très légère modification des noyaux des fibres musculaires.

Quelques minutes avant de se servir du vaisseau conservé pour une transplantation, le tube est ôté de la glacière, et son extrémité est brisée. On enlève le vaisseau, on le plonge dans la solution de Locke à la température du laboratoire, on l'y lave et on le met dans de la vaseline chaude. Puis la vaseline est exprimée soigneusement hors de la lumière du vaisseau et on procède à la greffe. Dès qu'elle est effectuée, on voit la partie greffée, qui était décolorée, prendre l'aspect de l'artère vivante.

M. Pozzi rapporte plusieurs expériences caractéristiques à ce sujet.

V. *Hétéro-transplantation de vaisseaux frais.* — Le 18 novembre 1907. Transplantation d'un segment de carotide de chien sur l'aorte abdominale d'une vieille chatte. Cette chatte, dix-sept mois après l'opération, est en parfaite santé, les pulsations des fémorales sont normales.

Toutefois, M. Carrel a noté que dans les hétéro-transplantations (d'une espèce à une autre) il se produit des modifications histologiques dans le segment greffé : disparition des fibres élastiques, puis des fibres musculaires.

VI. *Transplantation de l'oreille, de la glande thyroïde, extirpation temporaire et replantation de la rate.* — M. Pozzi a vu deux chiens à qui M. Carrel avait temporairement enlevé, puis replacé la rate. Ils se portaient bien, mais on ne peut rien dire du résultat avant qu'ils n'aient été sacrifiés ultérieurement.

VII. *Extirpation temporaire et replantation d'un rein sur le même animal.* — Le 6 février 1908, le rein gauche d'une chienne de moyenne taille est extirpé, lavé et plongé dans la solution de Locke à la température du laboratoire ; au bout

de quelques minutes, on le remet dans la cavité abdominale, on suture les vaisseaux rénaux et les uretères. L'animal se rétablit rapidement. Quinze jours après, le rein droit est extirpé; aucun accident ne se produit, pas d'albumine dans l'urine. Cette chienne a mis bas normalement onze petits. Elle ne se ressent pas de la terrible opération qu'elle a subie.

VIII. *Transplantation du rein d'un animal à un autre de même espèce.* — M. Pozzi a vu dans une même cage, à l'Institut Rockfeller, deux chiens, un jaune et un blanc. Le jaune avait un des reins du chien blanc. Ils se promenaient gaiement, mais l'opération ne datait que de quelques jours.

IX. *Transplantation des membres.* — L'an dernier (1908), M. Carrel a réussi, pour la première fois, à obtenir une réunion complète par première intention de la jambe postérieure d'un fox terrier récemment tué, greffée à un autre chien qu'il venait d'amputer. Le membre avait été coupé circulairement, juste au-dessous du genou, imbibé de solution de Locke et laissé quelque temps sur la table, enveloppé de taffetas gommé. On le fixa rapidement au bout central du tibia à l'aide d'une *splint* ou attelle en aluminium d'Elsberg (tube métallique criblé de petits orifices enfoncé dans le canal médullaire).

Les muscles, les nerfs et les vaisseaux furent réunis les uns aux autres et la circulation se rétablit. Pour s'en assurer, on fit une petite incision exploratrice entre le second et le troisième orteil; du sang rutilant s'écoula. L'animal se remit rapidement et demeura en bon état, quoique la température du nouveau membre fût d'abord plus élevée que celle du membre intact, et qu'il y eût un peu d'œdème qui disparut ensuite.

Quinze jours après l'opération, la cicatrisation par première intention était parfaite, mais l'attelle d'aluminium unissant le tibia s'étant brisée, cet os était un peu incurvé.

L'incision exploratrice faite au pied était guérie, ce qui prouvait bien la parfaite vitalité du membre greffé.

La nouvelle jambe avait le même aspect que l'autre. A ce moment, une épidémie de broncho-pneumonie fit mourir ce chien avec plusieurs autres; il succomba vingt jours après l'opération.

L'autopsie montra que la réunion des tissus était parfaite : les muscles, les vaisseaux, les nerfs sont parfaitement réunis; il y a un cal osseux.

Deux nouveaux greffages font prévoir deux nouveaux succès, mais, alors même que ces dernières expériences n'auraient pas un résultat aussi complet que la première, il demeure établi que la greffe d'un segment de membre est possible chez le chien. M. Carrel n'hésite pas à dire que cette transplantation pourra être tentée sur l'homme avec un membre provenant d'une amputation ou du cadavre d'un individu mort de mort violente.

Toutefois, il déclare qu'il faut être d'une extrême prudence et ne pas conclure trop hâtivement de l'animal à l'homme.

Etude critique de l'emploi de la tuberculine dans la phtisiothérapie. — M. Louis Rénon. Les diverses tuberculines préconisées actuellement en thérapeutique ne comprennent pas tous les poisons du bacille de Koch, puisqu'aucune d'elles n'utilise la bacillo-caséine de M. Auclair. La tuberculinothérapie n'est donc pas un traitement vraiment spécifique de la bacillose. C'est un traitement partiel, visant quelques-uns des symptômes de la maladie, sans les atteindre tous dans leur ensemble. Même partiel, ce traitement doit prendre place à côté des autres médications antituberculeuses, car il donne des résultats intéressants dans des cas très déterminés.

Les indications de la tuberculinothérapie sont limitées aux cas suivants : l'apyrexie relative du malade (37°8 au maximum le soir), les formes très lentes de la tuberculose en évolution et surtout les formes torpides déjà traitées et améliorées, dont l'état général est parfait, tandis que l'état local s'immobilise dans des signes invariables; la tuberculine fait alors disparaître souvent des lésions fixées dans leur immobilité depuis des semaines, des mois et même plus. L'étendue et la profondeur de la lésion ne sont pas toujours un obstacle au traitement, si elle est arrêtée depuis longtemps dans son évolution et si le malade est apyrétique.

Les contre-indications sont fort nettes : les tuberculoses fébriles, les tuberculoses hémoptoïques, les tuberculoses à marche aiguë, les tuberculoses en activité progressive, les tuberculoses très cavitaires sont aggravées par le traitement.

On peut utiliser toutes les tuberculines. On peut en employer une seule à l'exclusion des autres, la combiner ou l'alterner avec une autre. M. Rénon fait personnellement usage de la tuberculine de l'Institut Pasteur de Paris. On peut donner des doses progressivement croissantes d'un millième de milligramme à un vingtième de milligramme et même plus, en les augmentant selon les effets produits. On doit s'efforcer de n'obtenir ni réaction générale, ni réaction pulmonaire locale.

Envisagée non comme une médication spécifique, mais comme une thérapeutique pragmatique applicable à des cas restreints, la tuberculinothérapie mérite d'être utilisée en France, en attendant la découverte du traitement spécifique réel de la tuberculose.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1909)

Modifications de la moelle osseuse des rachitiques. — MM. Hutinel et L. Tixier. Les classiques n'accordent pas une place suffisante aux modifications de la moelle osseuse dans la pathogénie des lésions du rachitisme. Sur ce point, les auteurs sont d'accord avec l'opinion récemment émise par MM. Marfan, Baudoin et Feuillié. Leurs résultats diffèrent cependant sur quelques points de détail ; cela tient sans doute à ce que les examens n'ont pas porté sur les mêmes régions du squelette, MM. Hutinel et Tixier ont surtout étudié la moelle osseuse fémorale.

Les modifications macroscopiques consistent en une prolifération importante de la moelle. Dans les formes légères tout se borne à une simple augmentation du calibre du canal médullaire et des aréoles du tissu spongieux; dans les formes sévères, la moelle osseuse prolifère de telle façon qu'elle transforme les aréoles du tissu spongieux en véritables logettes qui finissent par communiquer avec le canal médullaire. La prolifération de la moelle osseuse joue un rôle indéniable dans la résorption du tissu spongieux; en effet, les moelles de rachitiques ne contiennent généralement pas comme celles des sujets indemnes de rachitisme, d'aiguilles osseuses; en outre, la face interne du canal diaphysaire est d'autant plus lisse que le rachitisme est plus avancé et le cordon médullaire plus volumineux.

Les modifications microscopiques consistent surtout en une multiplication considérable des éléments normaux de la moelle osseuse. La disparition des aréoles graisseuses est constante ; il est fréquent de constater une reviviscence du tissu lymphoïde. Quant à la sclérose à laquelle on a attribué une grande importance, les auteurs ne l'ont trouvée qu'à un léger degré autour des vaisseaux, la trame réticulée ne donnait qu'à titre exceptionnel les réactions électives du tissu conjonctif.

Si les réactions de la moelle osseuse interviennent dans la résorption de certaines parties de l'os, on ne saurait admettre leur rôle exclusif dans les modifications du cartilage de conjugaison, puisqu'au milieu des nodosités costales la moelle osseuse fait défaut.

Variations de l'amylase sanguine après ligature du canal pancréatique. — MM. Clerc et Lœper. Après la ligature du canal pancréatique du lapin, le pouvoir amylolytique du sérum augmente notablement, pour revenir ensuite au taux primitif et même s'abaisser au-dessous. Pourtant cet abaissement reste limité et les animaux gardent l'apparence de la santé.

Narcose par voie rectale. — MM. Legueu, Morel et Verliac ont réalisé sur l'animal un grand nombre d'anesthésies par voie rectale. L'intérêt de leurs recherches est justifié par les essais récents de réhabilitation de cette méthode proposée dès 1847, puis abandonnée. Leurs conclusions sont les suivantes :

Le principe de l'éthérisation rectale n'est pas passible de critiques irréductibles, mais la technique classique est loin d'être parfaite. L'emploi du bromure d'éthyle en inhalation préparatoire, de l'éther non chauffé, de l'oxygène chargé d'éther par barbottage, semble constituer une amélioration à la technique usuelle. Prudemment conduite, la narcose rectale n'est pas dangereuse. Elle a des contre-indications formelles (maladies de l'intestin, interventions sur l'abdomen, le périnée et les organes génitaux). Elle ne présente pas d'avantages dans les interventions sur les membres. Elle offre des avantages indiscutables dans les interventions sur la face, la cavité buccale, le cou (l'opérateur n'étant ni gêné, ni contaminé par l'anesthésiste) et sur le thorax (suppression des vapeurs anesthésiques concentrées sur le poumon). Elle constitue une méthode d'exception.

Sur la spécificité de l'anaphylaxie chez le lapin. — MM. E. Lesné et L. Dreyfus. La réaction à l'anaphylaxie est spécifique dans certaines conditions : un lapin inoculé dans les veines avec une albumine meurt lorsqu'il ne subit qu'une inoculation d'épreuve et que cette inoculation est faite avec la même albumine. Il ne meurt pas si l'inoculation d'épreuve est pratiquée avec une albumine différente.

Cette spécificité n'est pas absolue car elle cesse lorsqu'on multiplie les injections et surtout si on emploie une liqueur albumineuse différente pour chaque inoculation : l'animal succombe avec des symptômes typiques d'anaphylaxie si on lui injecte l'une d'entre elles avec laquelle il n'avait pas été traité.

Ces résultats n'autorisent pas à séparer l'étude de l'anaphylaxie de celles des réactions d'immunité.

Ferment protéolytique des polynucléaires dans les méningites aiguës à méningocoques. — MM. N. Fiessinger et P.-L. Marie, ayant étudié le ferment protéolytique des polynucléaires dans les méningites cérébro-spinales à méningocoques et particulièrement son action sur les albumines en présence du liquide céphalo-rachidien et du sérum antiméningococcique, concluent que le sérum agit non seulement par son action antimicrobienne et antitoxique, mais encore à titre d'antiferment. L'injection de ferment protéolytique déterminant dans l'organisme une réaction fébrile, aiguë, on peut se demander si, en plus de l'infection microbienne, il n'existe pas une auto-intoxication par les protéoses des polynucléaires et si le sérum ne possède pas ainsi une action double antimicrobienne et antifermentative, ce qui expliquerait peut-être certaines guérisons rapides de méningites à méningocoques par la simple injection intrarachidienne de sérums non spécifiques.

Note sur l'existence de glandes vasculaires sanguines non décrites juxta-thymiques. — MM. L. Tixier et Mlle Feldzer ont trouvé chez une quinzaine d'enfants de petites glandules juxta-thymiques se différenciant par leur structure du thymus, des parathyroïdes et des ganglions. La charpente de l'organe est formée par un lacis de vaisseaux sanguins et lymphatiques; à la paroi mince des vaisseaux se raccorde un réticulum délicat dans les mailles duquel sont disposées des cellules lymphatiques ordinaires et des cellules très particulières qui paraissent l'élément caractéristique de cette formation. Ces cellules ont un noyau arrondi et un protoplasma qui retient intensément les colorants basiques.

L'existence de ces glandes est intéressante, car il n'est pas impossible qu'elles fassent du système thymique un système glandulaire superposable au système thyroïdien.

Biligénie hémolytique locale dans l'hémorragie méningée. — MM. Widal et Joltrain. La transformation de l'hémoglobine en pigments biliaires peut, comme l'a montré M. Froin, s'effectuer dans les épanchements hémorragiques des méninges et de la plèvre. MM. Guillain et Troisier ont bien mis en évidence les rapports de l'hémolyse et de la biligénie dans l'hématome pleural septique et ils ont constaté la diminution de la résistance des globules épanchés, avec polychromatophilie très marquée; ils en ont conclu que les malades porteurs d'un tel hématome pouvaient être considérés comme atteints d'ictère hémolytique local circonscrit à la cavité pleurale.

Chez un sujet atteint de grande hémorragie cérébro-méningée, ils ont pu, grâce à des ponctions fréquemment répétées, suivre dans le liquide céphalo-rachidien les phases successives d'hémoglobinolyse et de biligénie.

Le liquide ponctionné deux jours et sept jours après l'ictus était franchement hématique; la centrifugation donnait un culot hématique déjà diminué lors de la deuxième ponction, culot surmonté d'un liquide jaune. Une troisième ponction faite onze jours après l'ictus donnait cette fois un liquide rouge brun sans modification de teinte après centrifugation. Presque tous les globules rouges étaient hémolysés et toute numération était devenue impossible. Au spectroscope, on trouvait dans le liquide centrifugé les raies de l'hémoglobine. Pour la première fois, on constata dans le liquide de la bilirubine et des traces d'urobiline. La réaction de Hay a été négative.

De nouvelles ponctions lombaires pratiquées jusqu'à la mort, pendant les trois semaines suivantes, ont donné issue à un liquide qui, de rouge sombre, est devenu à nouveau progressivement jaune. Les pigments biliaires persistèrent avec une égale intensité dans le liquide pendant les dix-sept jours qui suivirent l'ictus; après ce temps, ils persistèrent encore jusqu'à la mort, mais la réaction de Grimbert qui les décélait alla sans cesse en diminuant.

La recherche de la fragilité de globules rouges répandus dans le liquide n'a pu être faite que lors des deux premières ponctions, puisque par la suite leur hémolyse était presque complète. Cette fragilité a été nettement constatée dans les deux cas.

Jamais, MM. F. Widal et Joltrain n'ont pu déceler d'hématies granuleuses dans le liquide, par contre, ils ont constaté une polychromatophilie très marquée.

Dans le sérum du malade comme dans les urines, la réaction de Gmelin s'est toujours montrée négative.

Ils n'ont pas pu déceler dans le liquide la présence de sensibilisatrice.

Il s'agissait donc bien ici comme dans le cas de MM. Guillain et Troisier, d'un ictère hémolytique local, mais circonscrit cette fois au sac arachnoïdo-pie-mérien.

L'un des auteurs a soutenu avec MM. Abrami et Brulé que, dans les ictères hémolytiques par fragilité des hématies circulantes, il s'agissait d'une cholémie purement pigmentaire et que, pendant presque toute l'évolution de la maladie, les pigments devaient se former dans l'organisme aux dépens de l'hémoglobine, sans l'intervention du foie. Ils s'étaient appuyés pour soutenir cette opinion, d'une part, sur l'absence de phénomènes d'intoxication biliaire et, d'autre part, sur la notion de la biligénie locale. Les faits rapportés par MM. Guillain et Troisier et nous-même apportent un argument nouveau à cette manière de voir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 3 JUIN 1909)

Albuminurie transitoire. — M. NOTIN apporte deux nouvelles observations d'albuminurie transitoire apparue à la suite d'une légère contusion rénale. L'albuminurie apparaît une heure environ après le traumatisme; elle se manifeste en l'absence de tout symptôme fonctionnel et elle disparaît en quelques heures sans laisser aucune trace ultérieure. La centrifugation de l'urine a permis dans ces deux cas de déceler des globules rouges dans le culot, de sorte qu'il est vraisemblable que cette albuminurie est l'indice d'une hématurie microscopique, conséquence elle-même d'une très légère attrition du rein ou de sa capsule. C'est donc un signe intéressant à rechercher dans tous les cas de contusions, même légères de la région lombaire.

Deux cas de récidive de rougeole. — M. LEJEUNE signale deux récidives de rougeole survenues deux mois après la première atteinte.

Etiologie de la fièvre typhoïde (discussion, *suite*). — M. A. BILLET considère la contagion comme le mode étiologique le plus habituel de la dothiénentérie; cette conception de la contagion a pris une importance considérable depuis les travaux de R. Koch à la suite desquels il a été posé, en principe, que le point de départ de toute infection typhoïdique est un individu atteint de fièvre typhoïde ou convalescent de cette maladie, ou même un individu sain ayant été en contact avec des typhoïdiques et excrétant des bacilles pathogènes.

Cette théorie, qui semble si moderne et qu'on attribue si volontiers aux Allemands, remonte en réalité au début du XIXe siècle. Elle est due à des médecins français qui ont eu d'autant plus de mérite à la faire ressortir, qu'ils ignoraient le contage. C'est en effet à Bretonneau, à Leuret et à Gendron que revient l'honneur d'avoir dès 1829 affirmé la contagiosité de la fièvre typhoïde. Ce dernier auteur en particulier attirait l'attention sur les dangers de contamination par les convalescents de fièvre typhoïde, par les garde-malades et même les visiteurs restés sains.

Dans une discussion à laquelle prennent part MM. DELORME, TOUSSAINT, SIEUR, DAUSSAT, CHUPIN, H. BILLET, LESPINASSE, diverses objections sont opposées à cette conception de la contagion et au rôle des « semeurs de bacilles ». Ceux-ci sont relativement rares et atteignent une proportion de 2 à 4 p. 100 environ.

On sait d'autre part que l'évacuation des casernes suffit à arrêter le plus souvent des épidémies de fièvre typhoïde en pleine évolution. Enfin, les résultats obtenus en Allemagne par la lutte contre les porteurs de germe ne paraissent pas avoir été considérables.

MM. DEJOUANY et RUDLER apportent des observations intéressantes au sujet des rapports entre la fièvre typhoïde humaine et l'affection dite fièvre typhoïde du cheval. Leur recherche documentée ne fait que confirmer les faits déjà présentés à la Société, à savoir qu'il n'y a aucune analogie étiologique et même symptomatologique entre ces deux affections, il y a seulement similitude de nom.

On observe quelquefois des épidémies concomitantes chez l'homme et chez le cheval; c'est une simple coïncidence, il n'y a pas rapport de cause à effet.

LIVRES NOUVEAUX

L'Orthopédie indispensable aux praticiens (Tuberculoses externes, déviations, difformités, etc.), par F. CALOT [de Berck (1)] (2e édition, revue et augmentée).

La première édition de ce livre a été épuisée en moins de quatre mois, ce qui est sans précédent, peut-être, dans les annales de la librairie médicale.

Et l'on peut prédire le même succès à la deuxième édition (revue et augmentée de 40 figures nouvelles) qui paraît aujourd'hui.

« Si les praticiens ont fait à cet ouvrage un pareil accueil, c'est qu'il y a vraiment très peu de livres qui puissent, autant que celui-ci, leur rendre service.

Pourquoi un livre de ce genre n'avait-il pas encore été écrit?

C'est que, pour le faire, il faut non seulement avoir la connaissance approfondie de ces questions délicates, il faut l'expérience prolongée de cette chirurgie infantile si particulière, et la compétence chirurgicale qui en résulte, mais il faut avoir aussi le sens de l'enseignement avec cette tournure pratique de l'esprit qui permet de discerner dans les questions ce qu'elles ont d'indispensable à connaître et ce qu'elles présentent de difficultés dans leur application, de manière à les simplifier pour le lecteur tout étonné de les comprendre si facilement.

Ces qualités nécessaires, M. Calot, qui a tant fait pour le développement de cette thérapeutique devenue en ses mains souvent plus médicale que chirurgicale, les possède au plus haut degré.

Dans son livre, où d'ailleurs le texte s'appuie sur un nombre considérable de figures admirablement exécutées, tout est simple et concis, peu de discussions, beaucoup d'aphorismes qui fixent dans l'esprit, mieux que de longues phrases, les règles à suivre dans la thérapeutique à employer. » (Lucas-Championnière.)

L'ouvrage est divisé en 4 parties :

Ire partie : Affections orthopédiques d'origine tuberculeuse : *mal de Pott*, *coxalgie*, *tumeurs blanches*.

IIe partie : Affections orthopédiques acquises, mais non tuberculeuses : *scoliose*, *rachitisme*, *genu valgum*, *tarsalgie*, *paralysie infantile*.

IIIe partie : Affections orthopédiques congénitales : *luxation congénitale de la hanche*, *pied bot*, *torticolis*, *maladie de Little*.

IVe partie ou appendice : *Adénites cervicales*. Les autres tuberculoses externes : *abcès froids*, *ostéites*, *synovites*, *spina ventosa*, *tuberculose du testicule* et de *l'épididyme*, *tuberculose de la peau*, tuberculoses multiples, *syphilis des os et des articulations*, *ostéomyélite* aiguë et chronique. Diagnostic pratique des ostéites et des arthrites chroniques. De l'anesthésie, etc.

L. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT

PIEDS BOTS CONGÉNITAUX (2)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *A*. VARUS ÉQUIN. — Farabeuf a décrit d'une façon lumineuse les déformations ostéoarticulaires qui constituent le pied bot invétéré.

Le pied bot est l'exagération de mouvements physiologiques du pied. Dans cette exagération les *os du tarse se subluxent* progressivement. Il s'en suit que : 1° les parties articulaires laissées découvertes s'hypertrophient, tandis que s'atrophient les parties qui subissent un contact permanent; 2° les ligaments relâchés par le varus équin physiologique se raccourcissent et se rétractent, tandis que ceux que distend ce mouvement, jouant un rôle de frein, s'hypertrophient. Chez le nouveau-né, les lésions fibreuses sont encore prédominantes ; c'est surtout après la marche que les déformations osseuses s'accentuent, les os ayant perdu droit de domicile, se sont alors créé des *néarthroses*.

(1) In-8 de 742 p., avec 855 fig. originales dans le texte, cart. toile. — Prix : 16 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 62, p. 994.

Dans le pied bot comme dans le pied normal, l'équinisme est le fait de la tibiotarsienne, le varus de la médiotarsienne et de la sous-astragalienne.

1° **Equinisme** — Il est dû à l'*extension tibiotarsienne* avec un peu de *flexion de l'avant-pied* sur l'arrière-pied dans la médiotarsienne.

1. *Altérations osseuses.* — La partie antérieure de la poulie astragalienne est devenue trop large et trop haute pour rentrer dans la mortaise tibiopéronière. On trouve : *a.* une *cale prépéronière* externe (Ch. Nélaton) recouverte par les ligaments péronéo-astragaliens antérieurs hypertrophiés; *b.* une *barre prétibiale* supérieure.

Toute cette partie antérieure est dépolie, inégale, adhérente à la capsule; la partie postérieure articulaire, tassée, s'est amincie en un coin à tranchant postéro-interne.

2. *Altérations fibreuses.* — Le tendon d'Achille est rétracté. On trouve de nombreuses brides tibio et péronéo-calcanéennes postérieures, en particulier le ligament de Besselhagen qui va de la malléole externe et des ligaments tibiopéroniers postérieurs à la face supérieure du calcanéum. Les faisceaux postérieurs des ligaments latéraux sont aussi raccourcis. La flexion de l'avant-pied se rattache à la rétraction des ligaments plantaires.

2° **Varus.** — Il est dû à la *flexion-adduction dans la médiotarsienne* et à la *bascule dans la sous-astragalienne du calcanéum* qui *vire* en portant sa tête en dedans, *roule* en versant sur sa face externe et *tangue* en abaissant sa tête (Farabeuf).

1. *Altérations osseuses.* — Le scaphoïde et le cuboïde quittent la partie antérieure de l'astragale et du calcanéum et se créent une néarthrose sur leur face interne.

L'*astragale* semble coudé en équerre; le col à 60 ou 90 degrés sur le corps. En réalité, c'est la surface scaphoïdienne qui a envahi la partie interne du col; de la surface primitive il ne reste qu'une petite tubérosité mousse et dépolie prolongeant le col comme la tête normale.

Le *scaphoïde* est atrophié, comprimé entre la malléole interne et le premier cunéiforme. Son tubercule forme une *cale interne.*

Le *calcanéum* est moins haut, mais allongé, incurvé en dedans et en bas, il fait une forte saillie en avant de l'astragale ; il a exécuté sa triple bascule. Sa face externe est convexe. Sa face interne est atrophiée ; la surface cuboïdienne s'est allongée sur cette face et l'éperon cuboïdien vient user jusqu'à la face inférieure du sustentaculum tali. La facette cuboïdienne primitive abandonnée dans sa partie externe forme une *cale externe calcanéenne.*

Le *cuboïde* est atrophié par sa face plantaire, hypertrophié par sa face dorsale contribuant à rendre convexe le bord externe du pied.

2. *Altérations fibreuses.* — Les ligaments dorsaux sont hypertrophiés : le ligament annulaire antérieur du tarse glisse sur le collier astragalien élargi, renforcé souvent par un noyau cartilagineux.

Le ligament deltoïdien s'interpose comme un ménisque entre le tubercule du scaphoïde et la malléole interne, en les unissant solidement. Le ligament en Y est très développé, de même que la partie externe du ligament interosseux astragalocalcanéen.

Les ligaments plantaires sont rétractés : aponévrose plantaire dont la cloison interne forme une corde rigide à la palpation ; ligament calcanéoscaphoïdien inférieur; ligament calcanéocuboïdien inférieur qui, devenu oblique en avant et en dedans, applique l'éperon cuboïdien sur la face interne du calcanéum. Les tendons des jambiers sont rétractés.

Outre ces lésions, on peut encore trouver des déformations concomitantes telles qu'un léger genu valgum.

Chez le nouveau-né, les déformations osseuses sont encore à l'état d'ébauche mais généralement déjà nettes; cependant les altérations fibreuses dominent encore. Rappelons seulement que le noyau osseux pousse droit jusqu'à ce qu'il arrive près de la surface cartilagineuse déformée (Farabeuf).

B. Talus valgus. — Peu de déformations. La tête astragalienne est déviée sur le bord interne du pied; le calcanéum basculé, sa face interne devient inférieure, le scaphoïde et le cuboïde sont repoussés en dehors et en haut. Le talus est le fait de la tibiotarsienne.

C. Obstacles au redressement. — Ils sont donc multiples :

1° Déformations osseuses (cales astragalienne et calcanéenne);

2° Rétractions tendineuses (tendon d'Achille, jambiers);

3° Rétractions ligamenteuses et aponévrotiques.

Traitement. — Il variera comme d'ailleurs les chances de guérison avec le degré et l'ancienneté des lésions, l'âge de l'enfant par conséquent. Il faut commencer le traitement le plus tôt possible à la deuxième ou troisième semaine.

On essaiera d'abord le redressement manuel pour ne s'adresser au traitement chirurgical qu'au cas d'insuccès ou pour compléter les résultats obtenus.

I. Redressement manuel. — Il peut être *lent* par manœuvres douces exécutées quotidiennement; entre les séances on immobilise le pied avec une botte de gutta percha ou le petit appareil à plaquette de Saint-Germain. Il peut être *rapide*, en quelques séances, par massage forcé sur le coin de Lorenz par exemple, avec ou sans anesthésie générale.

On peut enfin associer les deux méthodes. Dans tous les cas il faut à chaque manipulation agir isolément sur les trois déformations du pied : 1. réduire l'adduction en écrasant avec le pouce la bosse dorsale externe; 2. désenrouler la plante; 3° corriger l'équinisme.

La correction de l'équinisme doit être cherchée seulement après celle du varus car la tension du tendon d'Achille donne un point d'appui solide pour agir sur l'avant-pied et corriger le varus.

Les cas moyens seront ainsi guéris ; on sera souvent obligé de compléter le redressement par une *ténotomie du tendon d'Achille* à ciel ouvert ou au ténotome.

Il ne faudra en tout cas la faire qu'*après correction complète du varus.* Après la ténotomie on immobilise le pied pendant trois semaines dans un plâtre léger. Les massages devront d'ailleurs être continués longtemps après, sous peine de récidive.

II. Traitement opératoire. — Chez les enfants âgés non traités ou quand le traitement manuel aura été inefficace, il faudra intervenir en faisant soit l'opération de Phelps, soit une exérèse osseuse.

1° **Opération de Phelps-Kirmisson.** — C'est la section transversale de toutes les parties molles du bord interne du pied et de la plante qui empêchent la correction du varus. Kirmisson insiste sur l'importance d'ouvrir largement l'articulation médio-tarsienne et de sectionner le ligament en Y. Cela fait une plaie large de 3 à 4 centimètres après redressement, qu'on bourre de gaze iodoformée et qui cicatrise en deux ou trois mois. La cicatrice s'assouplit par la suite. On fait si besoin est la ténotomie.

2° **Tarsectomie.** — De multiples opérations ont été proposées dans ce sens. Deux surtout sont intéressantes. Elles sont indiquées quand l'étendue des lésions ne permet pas le Phelps (quand l'écartement serait trop grand et l'équilibre du tarse impossible à maintenir). Ce sont la tarsectomie cunéiforme et la résection de l'astragale.

La *tarsectomie cunéiforme* consiste à enlever un coin à base dorsale externe sans se préoccuper des os intéressés. Conseillée par Farabeuf, elle est facile et peut donner de bons résultats.

La *résection de l'astragale* est préférable cependant dans les cas invétérés. On la complète généralement par l'extirpation d'un coin osseux à base externe sur la partie antérieure du calcanéum (opération de Gross) ou de toute la grande apophyse de cet os. Avec Lucas-Championnière on résèque souvent aussi le cuboïde, le scaphoïde, même les cunéiformes jusqu'à correction totale du pied bot. On a ainsi en faisant de la mobilisation précoce un pied régulier et solide ; cependant Kirmisson reproche à cette opération d'affaiblir et d'aplatir le pied. Toutes ces tarsectomies doivent être suivies d'immobilisation pendant trois à quatre semaines dans un appareil plâtré; puis on commence le massage et la mobilisation.

Dans la plupart des cas il sera encore nécessaire de faire porter à l'enfant une chaussure orthopédique.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 66. — SAMEDI 12 JUIN 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 12 JUIN 1909. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H., ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — INTERNAT EN PHARMACIE. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du dernier concours, sont prévenus qu'il sera procédé, le vendredi 25 juin, à deux heures, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les divers établissements hospitaliers, pour l'année 1909-1910.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

— PRIX FILLIOUX. — *Avis aux internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris.* — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé chaque année à la fin du concours.

Pour l'année 1909, le concours sera ouvert le jeudi 2 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (service de santé), tous les jours, les dimanches exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 9 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le samedi 9 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Programme du concours. — 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les *Maladies de l'oreille*, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique;

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — MM. Dautry et Lavigne ont été délégués dans les fonctions de préparateur de physiologie, M. Moreaux dans celles de préparateur d'histologie.

— TOULOUSE. — M. le professeur Jeannel est nommé, pour une période de trois ans, doyen de ladite Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ALGER. — M. le docteur Gillot est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— LIMOGES. — M. le docteur Marcland est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. le docteur Filhoulaud est institué, pour une même période, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et clinique obstétricale.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Berthoumeau a été nommé médecin-adjoint de l'Asile national de convalescence, dit « Asile de Vincennes ».

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée à M. le docteur Decouvelaere (d'Hazebrouck).

La médaille en bronze est décernée à MM. les docteurs Génevrier (de Paris), Lenormand (de Saint-Denis); à MM. Allard et Le Mée, internes des hôpitaux de Paris; MM. Doucet, Foisy, Escallier, Girard, Petit et Lelong, externes des hôpitaux de Paris; M. Martin (Joseph), étudiant en médecine; M. Goldsmith, interne à l'hôpital Payen à Orléans.

Une mention honorable est décernée à M. le docteur Lequint (de Harnes).

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE. — En mai 1910, cette Société, présidée par M. le professeur Lancereaux, distribuera aux auteurs qui fourniront les meilleurs travaux concernant la tuberculose les prix suivants : 1° Un prix de 300 francs; 2° un prix de 100 francs; 3° deux prix de 50 francs chaque; 4° deux médailles d'or avec diplôme d'honneur; 5° trois médailles d'argent avec diplôme d'honneur.

Les auteurs français ou étrangers qui désirent participer à ce concours, doivent adresser avant le 1er janvier 1910, leur mémoire sous pli cacheté, à M. Georges Petit, secrétaire général de la Société internationale de la tuberculose, 51, rue du Rocher, Paris.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — PRIX FAURÉ. — Suivant l'intention du fondateur, ce prix

d'une valeur de 300 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet intéressant l'hygiène de la population peu aisée, la Société met au concours la question suivante : « Logements ouvriers insalubres et tuberculose, à Bordeaux ».

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *franco de port*, à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, cours de Tourny, à Bordeaux. Les membres associés résidents de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (4-9 octobre 1909). — Le XXIIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 4 octobre 1909, sous la présidence de M. le docteur G. Richelot, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Chirurgie des artères.* — Rapporteurs : MM. Monod (de Paris) et Vanverts (de Lille).

2° *Soins anté et post-opératoires en chirurgie abdominale.* — Rapporteurs : MM. Tuffier (de Paris) et Ch. Girard (de Genève).

3° *Intervention chirurgicale dans les traumatismes du rachis et de la moelle.* — Rapporteurs : MM. Auvray (de Paris) et Sencert (de Nancy).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. le docteur Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris (VIIe).

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, d'objets de pansements, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE. — La dixhuitième séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le mardi 15 juin 1909, à quatre heures précises, au Palais des sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence d'honneur de M. le docteur Fiessinger, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Ordre du jour. — 1° Compte rendu de la situation morale et financière de la Société; 2° Allocution de M. le docteur Jules Voisin, président de la Société; 3° Eloge du professeur Liégeois (de Nancy) par M. le docteur Bérillon et M. Guilhermet, avocat à la Cour d'appel; 4° Eloge du docteur Fernand Lagrange, par M. le docteur Paul Magnin; 5° Communications et lectures; présentation de malades; 6° Vote sur l'admission des nouveaux membres.

Question générale mise à l'ordre du jour : « Les méthodes de rééducation en psychothérapie. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-deuxième semaine, 934 décès, au lieu de 950 pendant la semaine précédente et de 836, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins et de 50 au lieu de 36 pendant la semaine précédente (moyenne 28).

La rougeole a causé 19 décès, au lieu de 12 pendant la semaine précédente (moyenne 14). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 437, au lieu de 523 pendant la semaine précédente (moyenne 348). Les quartiers les plus atteints sont : Sainte-Marguerite (14 cas), Picpus (27 cas), Plaisance (22 cas), Grenelle (18 cas), Grandes-Carrières (21 cas), Clignancourt (21 cas), La Villette (17 cas), Amérique (17 cas), Combat (22 cas), Charonne (15 cas).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 138 décès, au lieu de 152 pendant la semaine précédente (moyenne 106).

La phtisie pulmonaire a causé 197 décès (moyenne 193).

On a signalé en outre 9 cas de méningite cérébro-spinale.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 21 AU 26 JUIN 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 21 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Hartmann et Lejars; — (2e série) : MM. Reclus, Legueu et Gosset; — M. Macaigne, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Segond, Walther et Mauclaire; — (2e série) : MM. Delbet, Monod et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et André Jousset ; — M. Sicard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Mardi 22 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Faure et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Gilb. Ballet, Jeanselme et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 23 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Walther et Legueu; — (2e série) : MM. Delbet, Gosset et Ombrédanne; — (3e série) : MM. Monod, Lejars et Mauclaire; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Legry et Sicard; — (2e série) : MM. Roger, Macaigne et André Jousset; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, neuf heures du matin, 1re partie), MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Vendredi 25 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delbet, Legueu et Gosset; — (2e série) : MM. Hartmann, Mauclaire et Ombrédanne; — M. André Jousset, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Langlois, suppléant.

Samedi 26 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Fernand Bezançon; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Castaigne et Nobécourt.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 23 juin 1909, à une heure. — M. GUYÉNOT. Les fonctions de la vessie natatoire des poissons Péléostuns. (MM. Ch. Richet, président; Reclus, Gley et Marcel Labbé.) — M. CHEVASSU-PÉRIGNY. De la fréquence de l'appendicite chronique. (MM. Reclus, président; Ch. Richet, Gley et Marcel Labbé.) — M. CLÉRET. De l'autoplastie par grand décollement spécialement dans l'amputation du sein (méthode de M. Morestin). (MM. Segond, président; Hartmann, Branca et Zimmern.) — M. HAUTEFORT. Vésicule biliaire et lithiase. Choix d'un procédé opératoire dans la lithiase vésiculaire. (MM. Hartmann, président; Segond, Branca et Zimmern.)

Jeudi 24 juin, à une heure. — M. ROCCA-SERRA. Contribution à l'étude de la valeur thérapeutique du tannate de quinine. (MM. Debove, président; Chauffard, Fernand Bezançon et Castaigne.) — M. KOCH. Etudes bactériologiques sur le méningocoque. (MM. Chauffard, président; Debove, Fernand Bezançon et Castaigne.) — Mlle CHABLEVSKY. Les complications mortelles de la chorée. (MM. Hutinel, président; Gilb. Ballet, Claude et Nobécourt.) — M. PETIT. Le cerveau et l'appareil surrénal. (MM. Gilb. Ballet, président; Hutinel, Claude et Nobécourt.)

REVUE GÉNÉRALE (1)

APPLICATIONS CHIRURGICALES DES SUTURES VEINEUSES

Par M. J. FIOLLE,
Interne des hôpitaux de Marseille.

I

Historique. — La chirurgie a devancé l'expérimentation dans les essais de sutures vasculaires, puisque Asman, en 1773, a tenté de réparer chez l'homme des plaies d'artères et de veines. Mais la question n'a pu faire de progrès que grâce aux recherches de laboratoire contemporaines, favorisées par l'asepsie. Gluck, en 1883, avait essayé, sans succès, de suturer des vaisseaux iliaques de chiens. Six ans plus tard, Jassinowsky prouva qu'il était possible de laisser subsister la lumière des artères ou des veines réparées. R. Abbe en 1894 obtint quelques succès en opérant sur l'aorte du chat, et en 1899, Dörfler montra l'utilité de prendre toutes les tuniques dans la suture. Murphy proposa son procédé par invagination et Payr imagina son anastomose par un tube prothétique (1904).

Mais depuis longtemps déjà, les essais avaient été repris chez l'homme, Czerny en 1881 avait cherché, sans succès d'ailleurs, à suturer une jugulaire interne. Puis furent publiés les cas de Max Schede, von Horoch, Mayrs, Clermont, etc.

Un peu plus tard, de 1902 à aujourd'hui, Carrel fit une série d'expériences de laboratoire du plus haut intérêt; sans parler des résultats surprenants qu'il a obtenus sur des animaux, on peut dire que ses modifications de technique, sa suture à points d'appui surtout, ont fortement contribué à rendre la méthode applicable à la chirurgie humaine. Le manuel opératoire a été encore perfectionné par Frouin (1908-1909).

Aussi les tentatives et les succès se sont-ils multipliés chez l'homme, à tel point que Lejars a pu en faire l'objet d'un très important rapport au Congrès français de chirurgie de 1906.

Des anastomoses veino-veineuses et artério-veineuses ont été pratiquées en grand nombre depuis les publications de San Martin y Satrustegui, de Jaboulay, de Delbet, de Tuffier, de Widal, etc. Proust les étudie dans un travail plus particulièrement consacré aux sutures artérielles (*Journ. de chir.*, 1908). Jaboulay vient de publier un cas nouveau (V. Charrin. Th. de Lyon.)

Enfin mon maître, M. le professeur Imbert, a fait dernièrement une anastomose pour gangrène, et j'ai eu l'occasion d'intervenir dans un cas de blessure du sinus longitudinal supérieur pour pratiquer la suture de ce vaisseau.

(1) Reproduction interdite.

II

Indications. — Il est bien démontré aujourd'hui, par les succès obtenus chez l'homme, qu'on peut réparer les troncs veineux par la suture. Un nombre déjà considérable de faits démontre qu'il est possible d'obtenir par cette méthode une étanchéité complète du vaisseau, sans obturation de la lumière.

En fait, dans la pratique chirurgicale, il est nécessaire, pour que la suture soit pratiquée, qu'un certain nombre de conditions essentielles se trouvent réalisées; et, avant de rechercher dans quelles circonstances cette intervention est indiquée, il faut d'abord savoir dans quelles conditions elle est POSSIBLE.

La condition essentielle de la suture veineuse, c'est l'*asepsie*; tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point; ils attribuent les insuccès des premiers expérimentateurs à la septicité; l'infection a pour résultat constant d'amener une coagulation au niveau du point suturé. Donc, pas de suture sur des veines atteintes de phlébite; pas de suture si les tissus qui avoisinent le vaisseau sont le siège d'une suppuration; en n'observant pas ce principe, on ne s'expose pas seulement à avoir un résultat opératoire nul, on fait courir au malade les graves dangers d'une infection veineuse avec toutes ses conséquences.

La suture peut être impraticable pour des raisons d'un tout autre ordre; c'est une opération minutieuse, délicate, souvent assez longue; elle nécessite une bonne exposition du vaisseau ou des vaisseaux à suturer, une hémostase provisoire parfaite. Or, il arrive souvent que la veine se cache dans une cavité profonde; c'est ainsi qu'une plaie de la veine cave inférieure est difficile à réparer, à cause des organes abdominaux qui la recouvrent; le sang sort en telle abondance qu'on en est réduit souvent à appliquer, un peu au hasard, un tampon ou une pince, pour parer au danger immédiat de mort rapide par hémorragie; on conçoit les difficultés insurmontables d'une suture en pareil cas.

Les conditions de milieu sont aussi à envisager; pour faire la suture veineuse, il faut être bien éclairé, bien aidé et bien outillé. Presque toujours, c'est sans avoir eu le temps de se préparer que l'on a à la pratiquer; il ne faut pas l'entreprendre, si l'on juge que l'instrumentation de fortune dont on dispose n'est pas suffisante; au cours d'une hernie étranglée opérée à la campagne, par exemple, on ne cherchera pas à réparer la fémorale lésée, si l'on n'a pas sous la main des aiguilles fines, des fils de très faible calibre. Mieux vaut faire immédiatement la ligature que tenter la suture dans de mauvaises conditions.

Telles sont les circonstances qui rendent l'opération possible ou impraticable. Voyons maintenant quelles en sont les *indications*. En règle générale, elle n'est applicable qu'aux troncs veineux de gros volume, sauf en ce qui concerne les sinus du crâne, pour lesquels la conduite est variable. Les veines de petit et de moyen calibre n'offrent pas assez de résistance pour être le siège d'interventions semblables à celles que l'on fait sur les artères de même volume, et d'autre part, la richesse des collatérales

contre-indique des opérations presque toujours destinées à maintenir le cours normal du sang, puisque la circulation veineuse peut se rétablir facilement par le réseau anastomotique.

On a proposé la suture des veines dans une foule de circonstances et dans des buts très divers. Nous pouvons les résumer ainsi :

A. *Plaies des troncs veineux*;

B. *Sutures veino-veineuses* : *a.* comme traitement des varices (Delbet); *b.* comme traitement de l'ascite (Vidal);

C. *Sutures artério-veineuses* : *a.* dans la gangrène sénile ; *b.* autoplastie par interposition de veine entre deux bouts artériels écartés; *c.* transfusion directe du sang;

D. *Sutures des anévrismes artério-veineux*;

E. *Transplantation d'organes*;

F. *Thromboses veineuses.*

A. Plaies des troncs veineux. — C'est, de beaucoup, le cas où l'on a le plus souvent l'occasion de poser les indications de la suture veineuse. Autrefois, la ligature ou la forcipressure des deux bouts du vaisseau lésé étaient les seules méthodes employées. Actuellement, la suture est la seule opération légitime pour certaines plaies des veines. Les indications relèvent de plusieurs facteurs, et à ce point de vue, il faut examiner : quelle est la veine lésée, les caractères de la plaie, l'état de l'artère homonyme, la dilatation des collatérales, l'état du cœur, etc.

a. *Veine blessée.* — Le *tronc porte* ne peut pas être lié; son occlusion est un arrêt de mort pour l'opéré. Quelles que soient les conditions de milieu et d'instrumentation, il faut donc essayer de le suturer; c'est la seule chance de survie qui reste au malade. Presque toujours il s'agit d'une plaie latérale et non d'une section complète; c'est une raison de plus pour essayer de conserver la lumière du vaisseau.

Le pronostic n'est pas aussi grave lorsqu'il s'agit d'une des branches du tronc porte; il suffit de savoir que l'obstruction des mésaraïques est un fait très grave, mais non fatalement mortel, comme le prouve un cas de M. Robson. Les indications de la suture sont par conséquent moins absolues.

La *veine cave inférieure* a été souvent liée : ici intervient une question de siège en hauteur ; la ligature au-dessous de l'abouchement des veines rénales n'est que très dangereuse ; au-dessus, elle est fatale. Par conséquent, les plaies de la portion inférieure seront suivant le cas traitées par la ligature circulaire ou la suture; cette dernière ne sera tentée que si l'on se trouve dans de bonnes conditions. Quant à la ligature latérale, il faut la rejeter; certes, elle conserve la lumière du vaisseau ; mais elle favorise la thrombose et risque, par glissement du fil, d'amener des hémorragies secondaires; on a eu souvent à déplorer des accidents semblables. Au-dessus du rein, les plaies de la veine cave relèvent toujours de la suture, quelles que soient les conditions de milieu et d'instrumentation ; il faut tout tenter pour la mener à bien.

Au cours des opérations abdominales, la *veine rénale* a été quelquefois blessée; si l'on n'a pas de raison particulière de douter de la valeur fonctionnelle du rein opposé, la ligature est préférable à la suture, qui n'est alors qu'une opération de luxe, applicable seulement dans des cas très favorables d'exposition et de milieu.

La *jugulaire interne* est exposée par son siège à des traumatismes accidentels ou chirurgicaux fréquents. C'est presque toujours pendant la dissection d'une tumeur du cou qu'on la blesse. On doit être dans ce cas prêt à faire une réparation nécessaire, d'autant que la situation relativement superficielle du vaisseau permet de l'aborder et de le manipuler avec assez de facilité. Presque tous les chirurgiens qui ont eu à faire des ligatures circulaires de la jugulaire interne affirment qu'ils n'ont observé aucun phénomène grave, quelquefois un peu de cyanose ou d'œdème de la face qui disparaissent en quelques jours. Mais il y a eu un certain nombre de cas malheureux, par exemple ceux de Kummer, de Linser, à la suite de la ligature ; la mort est survenue au milieu de symptômes de congestion ou d'œdème du cerveau, qu'on n'a pu rattacher qu'à l'obstruction vasculaire. On a cherché à expliquer ces accidents par une anomalie du système veineux du cou : la jugulaire peut être beaucoup plus volumineuse d'un côté que de l'autre, d'où la gravité de la ligature si elle porte sur le vaisseau le plus important. D'autre part, la ligature a d'autant plus de chances de provoquer des accidents qu'elle siège plus haut, près de la base du crâne, en un point où les collatérales ne sont pas encore suffisantes.

Mais, en fin de compte, cette ligature est bien tolérée dans la majorité des cas. Ici encore, la suture ne s'impose pas; elle est préférable, elle n'est pas absolument nécessaire.

La ligature de la *veine fémorale* a donné lieu à plus de discussions; elle a toujours été redoutée pour les accidents de gangrène qui la suivent; mais ses résultats se sont certainement améliorés depuis la période aseptique. On n'imite plus guère la conduite de Gensoul et de Langenbeck qui liaient l'artère en même temps que la veine blessée, pour éviter la stase qui se produit lorsqu'on arrête le sang noir sans empêcher l'afflux du sang rouge. Cependant, Morestin déclare que cette technique lui paraît préférable, et que, mis dans la nécessité de lier la veine, il lie aussi l'artère.

Ces discussions montrent en tous cas la crainte des chirurgiens appelés à lier la veine fémorale. La suture est-elle légitime ? Certainement oui, croyons-nous, étant données, d'une part les complications de l'arrêt du sang, d'autre part la situation superficielle du vaisseau, qui rend facile son exposition opératoire. C'est dans le débridement de l'anneau de la hernie crurale étranglée que sa blessure se produit le plus souvent. La plaie est en général petite, incomplète, dirigée parallèlement à l'axe de la veine. En prolongeant l'incision, on se donne largement du jour. Enfin, une considération importante, c'est qu'on se trouve ici au-dessus de l'abouchement de la saphène interne; une occlusion rendrait nulle la valeur de cette forte collatérale. Plus

bas, les indications sont beaucoup plus discutables.

La ligature de la *poplitée* s'impose en cas de blessure de cette veine; contrairement à ce qui se passe pour l'artère homonyme, son occlusion n'est pas à craindre, surtout si l'on est au-dessus de l'abouchement de la saphène externe.

On peut en dire autant des plaies de la *sous-clavière* qu'on a souvent liée sans inconvénients.

La chirurgie du *tronc brachio-céphalique* veineux est encore peu intéressante et pauvre en documents. Il a été lié pourtant, et même suturé plusieurs fois. Mais la profondeur de ce tronc et surtout les lésions graves des organes voisins, produites en même temps que sa blessure, rendent très rares les indications de sa suture.

Les *sinus dure-mériens* diffèrent des troncs dont nous avons parlé jusqu'ici par leur constitution, leur siège, et l'importance des organes dont ils résument la circulation veineuse. La présence de la méninge fibreuse, dans l'épaisseur de laquelle ils sont creusés, constitue surtout une importante condition nouvelle. D'autre part, on connaît les troubles qui se produisent lorsque le sang ne circule plus dans un sinus; pour ne parler que des troubles purement mécaniques de la thrombose, on sait que la richesse des collatérales ne suffit pas à prévenir les phénomènes de stase : congestion et œdème du cerveau, cyanose et dilatation veineuse de la face, exophtalmie, etc. Il est vrai qu'ici le facteur infection vient s'ajouter au facteur obstruction; les caillots poussent des prolongements à distance; mais justement le même inconvénient n'est-il pas à redouter lorsqu'on emploie certains moyens thérapeutiques préconisés contre les plaies des sinus, par exemple le tamponnement au catgut?

La ligature des sinus est souvent difficile ou même impossible ; la dure-mère qui les enveloppe empêche la prise du vaisseau par les pinces; il faut l'inciser parallèlement au sinus, de chaque côté, et libérer, disséquer pour ainsi dire le canal veineux. De plus, le passage de l'aiguille au-dessous du vaisseau est un temps dangereux; on a souvent piqué la substance cérébrale, le sinus lui-même, ou les vaisseaux pie-mériens sous-jacents. Cette dernière éventualité est la plus fâcheuse, car ce sont ces veines pie-mériennes qui ont le rôle le plus important dans le rétablissement du cours du sang. Dans un cas de Morestin, la ligature fut impossible; chaque coup d'aiguille amenait un redoublement de l'hémorragie.

La ligature latérale et la forcipressure sont de mauvais moyens; la première risque de lâcher et expose aux hémorragies secondaires; la deuxième expose à l'infection et la pince à demeure peut léser la substance cérébrale.

Le tamponnement, malgré ses défauts, est souvent le seul traitement appréciable; il convient surtout aux cas où le sinus saigne au fond d'une plaie profonde, et où un plan osseux résistant peut le rendre efficace; c'est la méthode habituelle de traitement des plaies du sinus latéral au cours d'une opération de mastoïdite. Par contre, le tamponnement n'est guère applicable aux plaies du sinus longitudinal supérieur.

Toutes les fois qu'on le pourra c'est donc à la suture qu'il faudra avoir recours; bien entendu, l'asepsie est encore plus de rigueur que pour toute autre veine. La suture convient parfaitement aux plaies du sinus longitudinal supérieur, qui est bien exposé, et dont la ligature et le tamponnement sont difficiles. Outre qu'elle évite des phénomènes de stase toujours redoutables, elle est souvent *plus facile* que les autres interventions, ou même seule possible; c'est l'inverse de ce qui se produit pour les autres vaisseaux. J'ai eu l'occasion de le vérifier chez un homme atteint de fractures multiples du crâne avec hémorragie abondante sortant de la profondeur. Après avoir extirpé plusieurs fragments osseux qui comprimaient le cerveau, je vis que le sang venait du sinus longitudinal supérieur lésé à sa partie supérieure. J'essayai de placer des pinces, mais elles glissèrent sur la dure-mère et je dus y renoncer. Je tentai alors de bourrer au catgut, mais ce moyen échoua, à cause du manque de plan osseux résistant. Au contraire, ce fut avec une facilité extrême que je fis la suture, à l'aide d'une aiguille intestinale fine et de catgut 00. Je fis un surjet sur le vaisseau avec des points perforants et un deuxième surjet prenant la dure-mère, pour enfouir le premier. L'hémostase a été parfaite. Le malade a succombé à des lésions de la base, mais le sinus est resté complètement étanche, et l'autopsie a montré qu'il n'y avait pas de caillot dans sa lumière. J'ai eu l'impression que la suture était beaucoup plus facile dans ce cas que tous les autres moyens d'hémostase.

b. *La blessure.* — C'est surtout aux plaies incomplètes des veines que la suture est applicable, surtout lorsque ces plaies sont dirigées suivant l'axe du vaisseau ; les conditions les plus favorables sont alors réunies : accolement facile des surfaces sectionnées, pas de tendance à l'écartement, possibilité de ne pas rétrécir trop la lumière de la veine. Les plaies transversales incomplètes sont encore assez facilement réparées.

Mais la suture est beaucoup plus difficile ou même irréalisable si la veine est complètement sectionnée ; les difficultés de technique sont infiniment plus grandes. On ne peut espérer rétablir le cours du sang lorsque la plaie vasculaire est mâchée, irrégulière, lorsqu'il y a perte de substance notable, lorsqu'une contusion violente a produit une attrition des parois faisant craindre une hémorragie secondaire.

En un mot, on peut répéter pour les veines la formule de Tuffier pour les indications de la suture des plaies artérielles : elle est indiquée s'il s'agit d'une petite plaie sur une grosse veine.

c. *Blessure de l'artère homonyme.* — D'une façon générale, et indépendamment de tout autre facteur, la blessure de l'artère homonyme constitue une indication de plus à la suture de la veine (Lejars).

d. *Dilatation des collatérales.* — Il est des cas où l'on est surpris de voir se produire l'obstruction d'une veine volumineuse sans aucun symptôme fâcheux; presque toujours alors, les voies collatérales ont été préparées depuis un temps plus ou moins long. C'est ainsi que la compression progres-

sive par une tumeur permet aux anastomoses de se développer peu à peu.

Comme conséquence thérapeutique, on peut conclure de tout cela que la ligature est sans inconvénient sur une veine comprimée depuis longtemps: par exemple, blesse-t-on la veine fémorale en disséquant une tumeur de la cuisse qui comprime ce vaisseau, il n'y aura guère intérêt à en faire la suture; les collatérales dilatées suppléeront largement à son obstruction.

e. *Etat du cœur.* — Lejars fait remarquer l'importance qu'il faut attacher à l'état du cœur et du système vasculaire. Les branches anastomotiques ne se dilatent, après ligature d'un tronc important, que si la pression est suffisante pour vaincre leur résistance au passage du sang. Le cœur peut être incapable de résister aux phénomènes généraux de stase qui se produisent alors. C'est pourquoi la constatation d'une myocardite, d'une dégénérescence cardiaque, d'une insuffisance mal compensée, doit être considérée comme une indication nouvelle à la suture.

En résumé, la suture veineuse s'impose pour les plaies de la veine porte, de la veine cave inférieure au-dessus des rénales et quelquefois des sinus craniens, surtout du sinus longitudinal supérieur. Elle est indiquée d'une façon bien moins nette pour les autres veines de moyen volume, jugulaire interne, fémorale, etc., mais elle est encore préférable à la ligature si on peut la pratiquer dans de bonnes conditions. Les plaies incomplètes longitudinales et de petites dimensions sont les plus faciles à réparer. La blessure de l'artère homonyme, les lésions cardiaques sont des indications à la suture, tandis que la compression antérieure du vaisseau avec dilatation des collatérales est en faveur de la ligature.

B. Sutures veino-veineuses. — Elles ont été pratiquées dans deux circonstances : par Vidal (de Périgueux) pour le traitement de l'ascite, et par Delbet pour le traitement des varices. Elles ont pour but de dériver le sang, d'un tronc où la circulation se fait mal, dans une voie largement ouverte.

a. Vidal, en 1903, eut à traiter un homme atteint de cirrhose atrophique du foie, avec ascite et hématémèses abondantes. Il sectionna la veine porte et aboucha son bout inférieur à la veine cave après avoir fait à cette dernière une ouverture latérale. Il réalisait ainsi une sorte de fistule d'Eck. Le malade survécut trois mois; les hématémèses disparurent, mais l'ascite ne diminua pas. L'absorption des albuminoïdes amenait des phénomènes d'intoxication. L'auteur lui-même déclare qu'il n'y a pas lieu d'imiter son exemple.

b. Pierre Delbet s'est inspiré du même principe pour créer une nouvelle méthode de traitement des varices (1906). Les troncs variqueux sont soumis, par suite de l'insuffisance de leurs valvules, à des augmentations brusques de pression, surtout lors des efforts abdominaux. Pour mettre la saphène interne à l'abri de ces « coups de pression », Delbet anastomose le bout périphérique de ce vaisseau au bout central de la veine fémorale qui a des valvules suffisantes. L'auteur de la méthode ajoute que cette technique ne convient qu'aux cas où les varices sont limitées au domaine de la saphène interne; de plus, les veines doivent être perméables et non enflammées.

C. Sutures artério-veineuses. — Leurs indications sont multiples :

a. *Gangrène sénile.* — San Martin y Satrustegui et Jaboulay ont eu presque simultanément l'idée de traiter la gangrène sénile par l'anastomose artério-veineuse (1902). Le sang n'arrive plus aux tissus par les artères rétrécies; ces chirurgiens ont cherché à l'y conduire par voie veineuse.

Ces interventions n'ont pas encore donné de résultats satisfaisants; mais elles ne doivent pas être repoussées définitivement.

Doberauer a obtenu un succès, non pas dans un cas d'artérite il est vrai, mais dans un cas d'embolie de l'artère humérale. On cite aussi, comme favorable à la méthode, l'observation de Wieting-Pacha. Il semble a priori que la disposition des valvules dans les veines constitue un obstacle au cours renversé du sang; on peut craindre que la colonne sanguine ne puisse arriver aux tissus. En réalité, comme le font observer Gallois et Pinatelle, il s'agit le plus souvent de vieillards; leur système veineux n'offre plus trop de résistance, et la circulation peut facilement s'y établir. Dans le cas de M. le professeur Imbert, on a constaté en effet que, sitôt après l'anastomose, la saphène interne s'est remplie de haut en bas.

Malheureusement, il y a d'autres inconvénients plus graves : d'abord, rien ne prouve que le sang passe réellement dans les capillaires; Delbet croit plutôt qu'il s'échappe par les anastomoses veineuses, moins résistantes que les capillaires, et revient directement au cœur. De plus, il est à craindre que les artères soient complètement calcifiées; dans ces conditions, la suture est extrêmement difficile à pratiquer, et l'on risque de priver le membre du peu de sang qui lui arrive par l'artère, sans compensation aucune.

En somme, les indications sont encore assez restreintes dans l'état actuel de la chirurgie. Les quelques améliorations signalées légitiment les essais que l'on fait, mais les anastomoses vasculaires ne doivent être considérées que comme des tentatives, d'ailleurs assez anodines par elles-mêmes, que l'on a le droit de faire avant de recourir à l'amputation.

b. *Interposition d'un segment de veine entre deux bouts artériels écartés.* — Cette opération n'a guère été pratiquée que sur des animaux: en chirurgie humaine, il n'y a que le cas, terminé par la mort, de Lexer. Nous n'avons donc pas à y insister.

c. *Transfusion directe du sang.* — Dolley et Crile ont anastomosé l'artère du « donneur » à la veine du « preneur ». Ce procédé est inférieur à l'appareil de Crile, constitué par un bouton anastomotique (Proust).

D. Anévrismes artério-veineux. — Le traitement idéal des anévrismes artério-veineux consiste à supprimer la communication vasculaire anormale et à

rendre aux deux vaisseaux leur état primitif. La possibilité de cette reconstitution est démontrée par des cas déjà anciens (Murphy, 1896; Körte, 1904, etc.). Tantôt la veine a été liée et l'artère suturée, tantôt ç'a été l'inverse; Garré, entre autres, a suturé la veine et lié l'artère. La double suture est évidemment préférable chaque fois qu'elle est possible. C'est pourquoi il faut opérer le plus tôt possible; il vaut mieux avoir à traiter l'hématome du début que l'anévrisme constitué; les lésions sont beaucoup plus faciles à réparer; il n'y a pas de poche anévrismale, pas de tissu scléreux; les surfaces de section sont encore saignantes et peuvent aisément s'accoler.

E. Transplantation d'organes. — Les transplantations d'organes nécessitant des sutures vasculaires sont encore du domaine de l'expérimentation. Les rares essais chez l'homme n'ont pas abouti.

F. Thromboses veineuses. — Ce que nous avons dit plus haut des conditions de possibilité des sutures veineuses nous permet d'être bref au sujet des thromboses. La suture ne convient qu'aux cas aseptiques. Or, les thromboses relèvent de l'infection. Il est à craindre que l'ablation du caillot suivie de réparation de la veine produise des accidents infectieux. La suture est donc à rejeter dans ce cas. La ligature est bien supérieure, d'autant que les voies collatérales ont eu le temps de se développer largement.

III

Technique. — La technique varie avec chacune des applications des sutures des veines. Mais tous les cas peuvent être ramenés à deux : les plaies, les anastomoses.

A. Plaies des veines. — Il est inutile de revenir sur les précautions d'asepsie indispensables. Ce qu'il faut surtout éviter, c'est le contact des substances antiseptiques, sublimé, acide phénique, etc. Tous ces corps ont la fâcheuse propriété, lorsqu'on les met en contact avec la plaie veineuse, de favoriser la coagulation du sang; et de fait, les insuccès des chirurgiens, qui ont précédé l'ère aseptique, tenaient surtout à cette cause. S'il est nécessaire de déterger la plaie, de laver les tissus, c'est le sérum tiède qu'il convient d'employer.

D'une façon générale, il faut autant que possible éviter le contact de la veine avec les tissus voisins, dont les propriétés coagulantes sont dangereuses.

a. *Sutures latérales.* — Les plaies latérales sont celles que l'on répare le plus aisément, surtout si elles sont longitudinales.

Avant d'entreprendre la suture, il faut préparer l'instrumentation si l'opération est préméditée. Souvent au contraire, c'est par hasard qu'on se trouve appelé à la faire; il faut alors se servir de ce que l'on a sous la main, sans attacher une importance excessive au manque d'instruments spéciaux.

Les *fils* employés varient avec chaque chirurgien : Doyen se sert de soie n° 0; Frouin, de fils de lin n° 700; Proust, de soie floche 1 1/2. Scheede préfère le catgut très fin, qui a l'avantage de gonfler et d'obturer exactement les orifices qui lui livrent passage. C'est le catgut n° 0 que nous avons employé pour suturer le sinus longitudinal supérieur.

Les *aiguilles* doivent être très fines; Doyen emploie des aiguilles rondes très fines à sutures intestinales; Jaboulay et Proust préfèrent les aiguilles « Kirby » n° 14 ou n° 16; en cas de nécessité, dit enfin Lejars, on peut se servir de l'aiguille intestinale de Reverdin.

L'*hémostase provisoire* est quelquefois difficile à obtenir. Delbet préconise des pinces à mors caoutchoutés, Frouin des pinces à mors croisés. Les unes et les autres sont à rejeter : même si elles ne produisent pas de lésion extérieure, visible, elles risquent de rompre la tunique interne plus fragile et de provoquer ainsi une thrombose.

Dans certains cas, la veine est assez superficielle et exposée sur une assez grande étendue pour qu'on ait intérêt à la faire comprimer simplement par les doigts d'un aide. Dans le cas contraire, la meilleure technique consiste à passer sous le vaisseau une sonde cannelée, mieux encore un catgut ou une soie; on tend le fil, la veine se coude, et la circulation est suspendue. Le sang continue-t-il à couler, c'est qu'une collatérale le déverse dans le segment isolé; il suffit de la lier pour voir cesser l'hémorragie.

A ce moment, on examine les lèvres de la plaie, on les régularise s'il y a lieu.

Suture : Gluck, redoutant la thrombose, avait proposé pour la suture des vaisseaux des points non perforants. Sa conduite n'est plus suivie aujourd'hui pour ce qui concerne les artères; pour les veines, les points perforants sont plus indiqués encore; leur paroi est trop mince pour qu'on puisse ne pas la prendre dans toute son épaisseur; et avec l'asepsie cette circonstance n'est d'ailleurs nullement fâcheuse.

Le surjet semble préférable aux points séparés; outre qu'il est plus rapide, il est plus facile : le premier fil passé, il suffit d'exercer sur lui une traction pour relever et affronter les lèvres de la plaie. On le commence et on le termine de chaque côté un peu au delà des limites de la blessure. On fait pénétrer l'aiguille à 2 millimètres environ des bords; on ne risque pas ainsi de diminuer la lumière du vaisseau dans de trop grandes proportions (Taddei affirme qu'on peut sans inconvénient rétrécir le calibre de la moitié du diamètre).

Il est bon, après avoir suturé la veine, de rapprocher par quelques points ou par un surjet les tissus périvasculaires, la gaine cellulo-graisseuse qui entoure le vaisseau. Pour les sinus du crâne, il est possible de ramener ainsi la dure-mère; dans notre cas, il a été facile de recouvrir le sinus par quelques points prenant la méninge.

Après la suture, un peu de suintement peut persister; dans ce cas, Lejars conseille de tamponner; si cela ne suffit pas, on fait des points complémentaires sur les surfaces saignantes.

b. *Sutures circulaires.* — Mêmes règles générales et même instrumentation. Plusieurs procédés ont été employés.

Murphy préconise l'invagination d'un bout dans

le bout opposé. Payr se sert d'un tube de magnésium, dans lequel il invagine une des extrémités; il renverse sur le tube cette extrémité de la veine, de façon à mettre à l'air sa surface intérieure sur une certaine étendue; puis il introduit le tout dans le bout opposé, endo-veine contre endo-veine.

Ces procédés sont presque toujours inapplicables en pratique, le premier parce que la paroi veineuse est trop mince et trop flasque, le second à cause de sa complexité; on n'a pas toujours sous la main des tubes de magnésium, dont le calibre surtout corresponde à celui du vaisseau.

Clermont fait des points en U; il éverse en dehors les lèvres des bouts à suturer, de façon à mettre en contact des surfaces endothéliales; tout cela est assez compliqué; et les méthodes les plus simples sont les meilleures.

Carrel a simplifié la suture; sa technique est celle que l'on suit actuellement; son innovation a consisté à placer, avant de faire le surjet, trois points de rapprochement, points d'appui, sur les deux bouts, qui sont ainsi mis en contact approximativement. En tirant sur chacun des trois fils, on transforme la circonférence de la veine en un triangle, dont il ne reste plus qu'à suturer chaque côté. (Frouin fait quatre points d'appui au lieu de trois.) Cette méthode paraît être la meilleure pour les applications chirurgicales des sutures; elle est simple, ce qui est essentiel; elle n'exige aucun appareil spécial. De plus, des fils de soutien facilitent extrêmement le surjet et permettent de le faire d'une façon très régulière.

B. Anastomoses. — Il n'est pas nécessaire de séparer, au point de vue de la technique, les anastomoses artério-veineuses et veino-veineuses; le manuel opératoire est semblable dans les deux cas.

Tantôt on abouche deux extrémités (suture termino-terminale), tantôt on anastomose les vaisseaux par des ouvertures latérales (sutures latéro-latérales), tantôt on emploie un procédé mixte (sutures termino-latérales). Enfin, on a fait des transplantations complètes de segments veineux.

a. *Anastomose termino-terminale.* — Si les deux vaisseaux à anastomoser ont le même calibre, la technique est exactement celle que l'on emploie pour les plaies complètes (voir plus haut).

Mais fréquemment, le calibre est différent pour les deux bouts à mettre en contact; les difficultés sont alors un peu plus grandes. On commence par placer les fils de soutien de Carrel ou de Frouin; puis on fait entre chaque fil le surjet suivant leur technique, mais en fronçant régulièrement la lèvre trop longue du vaisseau le plus volumineux. L'opération terminée, on est surpris de voir que la transition est insensible entre la petite et la grosse veine, par exemple.

b. *Anastomose latéro-latérale.* — L'hémostase provisoire assurée, on fait à chaque vaisseau, à la même hauteur, une ouverture au bistouri; les orifices ainsi pratiqués doivent avoir les mêmes dimensions pour chacun des vaisseaux sur lesquels on opère. Il semble logique de faire l'incision transversale plutôt que longitudinale : la plaie transversale reste plus facilement béante, tandis qu'une ouverture longitudinale a tendance à devenir virtuelle.

c. *Anastomose termino-latérale.* — Elle consiste à sectionner le vaisseau le plus petit et à suturer un bout de ce vaisseau à une ouverture pratiquée sur l'autre.

C'est à elle qu'a eu recours M. le professeur Imbert dans un cas de gangrène sénile du pied. Il sectionna la saphène et fixa son bout supérieur à une ouverture longitudinale faite sur l'artère fémorale, avec des aiguilles très fines et de la soie. Les premiers points furent perforants, mais M. Imbert s'aperçut qu'il serait très facile de ne pas traverser les parois vasculaires et c'est par des points non perforants qu'il termina sa suture. La saphène se remplit de haut en bas; il n'y eut aucun trouble circulatoire, mais le malade, profondément cachectisé, succomba deux jours après l'opération. L'autopsie démontra qu'il n'y avait pas trace de thrombose; la communication était bien établie entre les deux vaisseaux.

Delbet modifie un peu la technique habituelle; il sectionne très obliquement la saphène, ce qui a pour résultat d'augmenter les dimensions de l'orifice.

d. *Transplantation complète.* — Les expériences curieuses de Carrel n'ont pas eu encore d'applications chirurgicales. Signalons cependant les succès de la transplantation de segments veineux conservés pendant plusieurs jours en cold-storage (solution de chlorure de sodium isotonique refroidi à 32-34 degrés Fahrenheit).

— Les anastomoses latéro-latérales ont l'incontestable avantage de conserver la circulation qui se fait dans les vaisseaux avant l'intervention. Mais elles risquent de n'amener qu'une dérivation insuffisante du sang et de ne pas conduire au but que l'on recherche. D'autre part, elles exposent davantage aux thromboses veineuses ascendantes. Le procédé termino-terminal semble préférable. (Jaboulay, in Th. Charnis.)

IV

Résultats. — *A.* C'est dans le traitement des plaies des veines que les sutures ont donné les résultats les meilleurs.

Les sutures latérales surtout ont fourni un nombre remarquable de succès. La liste en serait déjà longue. Citons les cas de Peugniez et de Barnsby qui ont suturé avec un excellent résultat des plaies latérales de la veine cave inférieure, les deux succès de Villar pour la veine axillaire, ceux de Delagénière et de Doyen pour la veine fémorale, etc...

Sur trois ligatures de sinus dure-mériens citées par Boutaud, on note deux guérisons (cas de Navratil et de Parkes) et une mort (Le Conte). Le cas de Schwartz, qui fit deux points de suture à la soie sur le sinus latéral blessé, est un nouveau succès. Dans notre observation, la mort n'a pas été le fait de la plaie du sinus, mais des lésions concomitantes du crâne et de l'encéphale.

Les sutures bout à bout ont été beaucoup plus rarement pratiquées, en cas de plaies des veines. Les

résultats en sont beaucoup plus médiocres. Cependant Doyen a rapporté deux observations de suture circulaire de la veine axillaire, avec résultat parfait dans chacune d'elles; il en est de même pour celle rapportée par Kummel, de suture circulaire de la veine fémorale.

B. En 1905, Carrel avait fait 13 anastomoses artério-veineuses sur des animaux, et avait obtenu 13 succès. Chez l'homme, la possibilité de l'opération est bien démontrée, mais l'utilité en est encore contestable.

L'opération de Vidal (de Périgueux) n'a pas été reprise.

Celle de Delbet qui traite les varices par l'anastomose saphéno-fémorale a été par contre pratiquée plusieurs fois.

Delbet lui-même a publié huit cas en 1906; dans tous, la guérison s'est faite aseptiquement, et il n'y a pas eu de thrombose. L'auteur ajoute que les résultats obtenus ont été meilleurs qu'avec les autres méthodes; les troubles trophiques ont eu tendance à disparaître, les ulcères ont marché rapidement vers la cicatrisation. Quant aux troncs variqueux eux-mêmes, ils ont diminué de volume chez presque tous les malades. Mais cette opération n'en reste pas moins extrêmement grave; elle expose à la phlébite thrombosante et à l'embolie; elle ne doit être entreprise que sous le couvert de la plus stricte asepsie et engage fortement la responsabilité du chirurgien.

Les anastomoses artério-veineuses pour gangrènes ont donné des résultats très médiocres. Nous avons cité les cas favorables de Doberauer et de Wieting-Pacha qui légitiment de nouveaux essais. Citons encore un cas récent de Jaboulay : ce chirurgien pratiqua chez un sujet atteint de gangrène sénile une anastomose termino-terminale entre la veine et l'artère fémorales; suites aseptiques, limitation de la gangrène; mais trois semaines après, se produisit une embolie massive de l'artère pulmonaire gauche. La suture avait bien tenu, mais dans le bout inférieur de la veine fémorale s'était formée une thrombose ayant gagné par une collatérale la veine iliaque. (Th. Charnis, de Lyon, 1909.) Les résultats seraient moins mauvais lorsqu'il s'agit de gangrènes par embolies ou lésions traumatiques.

C. Dans la cure radicale des anévrismes artério-veineux, la suture donne en général des résultats satisfaisants : Matas, en 1901, opéra un anévrisme sous-clavier; il sutura la veine et lia l'artère; guérison, après gangrène de deux doigts. En 1904, Körte eut à traiter un anévrisme artério-veineux poplité : il fit la suture de l'artère et de la veine; le résultat fut excellent, etc.

Une condition de réussite est la précocité de l'intervention; il faut opérer avant que la poche soit constituée; c'est dans ces conditions qu'on a obtenu le plus de succès.

BIBLIOGRAPHIE

CLERMONT. Suture latérale et circulaire des veines, *Presse méd.*, 1901, n° 40. — ALBARRAN. Conduite à tenir dans les déchirures de la veine cave, etc., *Bull. de la Soc. de chir.*, 1902, p. 1267. — VIDAL. Traitement chirurgical des ascites dans les cirrhoses du foie. *XVIe Cong. fr. de chir.*, 1903, p. 294. — GALLOIS et PINATELLE. Un cas d'anastomose artério-veineuse longitudinale pour artérite oblitérante, *Revue de chir.*, 1903, t. I, p. 236. — JABOULAY. Chirurgie des artères, etc., *Semaine méd.*, 1902, p. 405. — TRENDELENBURG. Operative interference in embolism of the pulmonary artery, *Ann. surg. Phil.*, 1908, p. 772. — BOUTAUD. *Des ruptures traumatiques des sinus craniens et de leur traitement chirurgical*, Th. de Paris, 1907. — FROUIN. Sur la suture des vaisseaux, *Presse méd.*, 1908, p. 233; 1909, p. 217. — BALLANCE. Case of arterio-venous anastomosis for senile gangrene, *Lancet*, 1908, p. 1412. — R. PROUST. Résultats actuels des sutures artérielles chez l'homme, *Journ. de chir.*, Paris 1908, p. 94. — ZALACHAS. Chirurgie des gros troncs veineux, *Méd. et hyg.*, Bruxelles 1907. — J. FIOLLE. Suture du sinus longitudinal supérieur, *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Vaucluse*, 1906. — LEJARS. De la valeur pratique de la suture artérielle, *Semaine méd.*, 1903, n° 14. — P. DELBET. Chirurgie artérielle et veineuse. Rapp. au *XVe Cong. intern. de méd. de Lisbonne*, 1906, t. IX, p. 99. — PEUGNIEZ. Chirurgie des gros troncs veineux, *C. R. du XIXe Cong. fr. de chir.*, 1906, p. 101. — MATAS. An operation for the radical cure of aneurism based upon arteriorraphy, *Ann. of Surg.*, 1903, t. XXXVII, p. 161. — JABOULAY et BRIAU. Recherches expérimentales sur la suture et la greffe artérielle, *Lyon méd.*, 1896, p. 97. — BOUGLÉ. La suture artérielle. Etude critique et expérimentale, *Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, 1901, p. 205. — CARREL. Technique des anastomoses vasculaires et la transplantation des viscères, *Lyon méd.*, 1902, p. 859. — FLORESCO. Transplantation des organes, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1905, p. 27. — LEJARS. Rapport sur une observation de Launay, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1904, p. 675. — DEPAGE. Un cas de suture de l'artère carotide primitive, *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1902, p. 45. — BÉRARD et CAVAILLON. Plaie latérale de l'aorte abdominale réparée par enfouissement des bords, *Lyon méd.*, 1907, p. 25. — TRENDELENBURG. *Presse méd.*, 1908, p. 277. — PAPIN. *Biol. méd.*, 1908, p. 45. — RICARD, in VEAU. La suture des artères, *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 297. — WIART. Un cas de suture artérielle, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1903, p. 347. — LEJARS. Chirurgie des gros troncs veineux. Rapp. au *XIXe Cong. fr. de chir.*, oct. 1906; — *Gaz. des hôpit.*, 1906, p. 1323; — *Semaine méd.*, 1906, p. 469; — *Discussion : Cong. de chir.*, 1906. — CARREL et GUTHRIE. Transplantation biterminale complète d'un segment de veine sur une artère, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1905, p. 412; — Résultats éloignés de la transplantation veineuse uniterminale, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1906, p. 276. — CARREL. Transplantation des veines et applications chirurgicales, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1905, p. 412. — MATAS. *The suture in the surg. of the vasc. syst.*, Montgomery 1906. — I. JIANO. Suture de l'aorte abdominale, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Bucarest 1906-1907, p. 17. — BULLOCK. Intra sacular suture of aneurisms, *Journ. Amer. med. Assoc.*, Chicago 1906, p. 1017. — HUBBARD. Arterio-venous anastomosis, *Ann. surg. Phil.*, 1906, 559. — DELANGLADE. Suture des artères radiale et cubitale, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1903, p. 1101. — MARTIN. *Presse méd.*, 2 mai 1908. — BRAUN. *Id.* — GONTIER. *Contribution à l'étude du pronostic dans les lésions sinusiennes de la dure-mère.* — P. CHARNIS. *Traitement chirurgical des gangrènes d'origine artérielle*, Th. de Lyon, 1908-1909, n° 85. — SAN MARTIN Y SATRUSTEGUI. Anal. in *Semaine méd.*, 1902, p. 395. — STICH. Ueber die Implantation von Venenstücken in resezierten Arterien, *Deuts. med. Woch.*, Leipzig u. Berlin, 1908, p. 312. — HUBBARD. Arterio-venous anastomosis, *Boston med. a. surg. Journ.*, 1906, p. 647. — SWIATECKI. Suture of the femoral artery, *Medycyna-Warszawa*, 1906, p. 825. — A. CARREL. Transplantation de vaisseaux conservés au froid pendant plusieurs jours,

C. R. de la Soc. de biol., 1906, p. 572. — P. DELBET. Traitement des varices par l'anastomose saphéno-fémorale, *Bull. méd.*, 1906, p. 1119; — *Chirurgie des artères et des veines*, Paris 1906 (chez Baillière). — A. CARREL. The surg. of blood vessels, etc., *Johns Hopk. hosp. Bull.*, Baltimore 1907, p. 18. — SKUPIEWSKI. Doua saturi venoase, *Spit.*, Bucuresci, 1907, p. 87. — P. DELBET. Tentative de greffe artérielle, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1907, p. 413. — TUFFIER. Pièces expérimentales d'anastomose vasculaire, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1907. — TORRANCE. Arterio-venous anastomosis, *Charlotte (N.C.) med. Journ.*, 1907, p. 304. — HUBBARD. Arterio-venous anastomosis, *Boston med. a. surg. Journ.*, 1907, p. 185. — MUNRO. Surgery of the vascular system, *Ann. surg. Phil.*, 1907, p. 335. — RUOTTE. Abouchement de la saphène externe au péritoine pour résorber les épanchements ascitiques, *Lyon méd.*, 1907, p. 574. — PAYR. *Arch. f. klin. Chir.*, 1904, t. LXXII, p. 32, et 1901, t. LXIV, p. 726. — MURPHY. Resection of Arteries and Veins injured in Continuity End to End suture, *Med. Rec.*, 16 janv. 1907, p. 73. — DOBERAUER. Demonstration eines Falles von operierte Embolie des Arteria axillaris, *Prag. med. Woch.*, 1907, n° 23, p. 437.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 JUIN 1909)

La fulguration. — M. QUÉNU fait connaître les résultats de sa pratique personnelle. La place nous manque pour donner ses observations. Nous résumerons seulement les conclusions qui s'en dégagent. D'après les faits qu'il a observés, M. Quénu pense que la fulguration n'empêche pas la réunion par première intention. Cependant elle lui est plutôt nuisible. Le tripotage de la plaie par les électrodes, la durée plus longue de l'opération sont autant de conditions qui peuvent favoriser l'infection. Ces appareils électriques qui ont fulguré des rectums cancéreux et qui fulgurent ensuite des tumeurs du sein ne disent rien qui vaille à M. Quénu. Il est vrai que M. Ricard a bien mentionné qu'ils étaient stérilisés. Mais comment le sont-ils ?

M. Quénu a voulu savoir si le liquide que sécrètent les plaies après la fulguration était septique ou toxique. Il a fait des expériences d'inoculations qui ont toutes été négatives. Il se défie donc de l'idée d'infection par la fulguration elle-même. Il croit plutôt que l'infection est le résultat d'une faute de technique opératoire. Il serait donc disposé à laver la fulguration du reproche d'homicide que lui a fait M. Ricard.

Au point de vue de la réunion des plaies, voici ce qu'a observé M. Quénu : alors qu'une plaie du sein, par exemple, est réunie après quatorze jours, sans fulguration, elle n'est réunie qu'après vingt-quatre ou vingt-cinq jours, avec fulguration. Celle-ci prolonge donc la cicatrisation en amoindrissant la vitalité des tissus. On le voit, nous sommes loin de la fougue de la cicatrisation sur laquelle ont tant insisté les fulgurateurs.

En résumé, il n'a pas semblé à M. Quénu que l'acte opératoire soit aggravé par la fulguration. Donne-t-elle des chances d'éloigner la récidive? Des douze observations communiquées par M. Quénu, dont deux cancers de la bouche, deux cancers du rectum et huit cancers du sein, il résulte que la fulguration n'a ni empêché, ni même retardé la récidive. A ce point de vue, les conclusions de M. Quénu se rapprochent beaucoup de celles de M. Ricard.

M. GUINARD se montre un peu plus indulgent pour la fulguration et il voudrait atténuer un peu l'impression qu'a laissée à ses collègues la communication de M. Ricard. Il croit pouvoir comparer ses résultats à ceux de son collègue puisqu'il a suivi exactement la même technique que lui, a eu recours au même fulgurateur et a pris les mêmes précautions. Dans ces conditions, les résultats devraient être les mêmes de part et d'autre. Il a eu recours 28 fois à la fulguration pour cancer du sein, de la face, du rectum, du vagin et du fémur. Sur 20 malades, il a eu 2 cas de mort, soit 10 p. 100. Il ne croit pas devoir attribuer ces morts à la fulguration. Il ne croit pas non plus qu'elle aggrave en quoi que ce soit l'acte opératoire. Il n'a jamais observé la moindre lymphorrée. Il n'a jamais vu se produire d'escarres; enfin il a toujours obtenu une cicatrisation parfaite.

M. Guinard reconnaît, avec MM. Ricard et Quénu, que la récidive n'est pas évitée par la fulguration. Quant aux cas inopérables, M. Guinard ne partage pas l'avis de M. Ricard et il pense que la fulguration est, pour ces cas, un excellent palliatif. A ce point de vue la fulguration a reculé les limites de l'opérabilité dans certains cas. Tous ces palliatifs ont leur valeur et la fulguration est un très bon palliatif.

M. Guinard cite plusieurs exemples à l'appui de cette opinion.

En terminant sa communication, M. Guinard nous présente un tuberculeux, un jeune homme de vingt ans, atteint de tuberculose osseuse ou articulaires multiples chez lequel la fulguration a donné un excellent résultat.

Calculose rénale. — M. POUSSON (de Bordeaux) fait une communication sur les diverses interventions à apporter aux lithiases rénales, aseptiques ou septiques.

Epiploïte. — M. POTHERAT présente une masse épiploïque qui avait été prise pour une appendicite et qui n'était qu'une portion du grand épiploon tordue sur elle-même.

Résection intestinale. — M. GUINARD présente un malade chez lequel il a enlevé le cæcum, le côlon ascendant et une portion de l'intestin grêle pour une bacillose.

Cette masse avait été prise pour un rein tuberculeux. Incision lombaire, rein normal. Laparotomie, résection de cette portion considérable de l'intestin, fermeture des deux bouts, anastomose iléo-sigmoïdienne, très beau résultat.

Election. — M. Riche a été élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

FORMULAIRE

FORMULES DE MÉDICATION HYPOTHERMISANTE CHEZ LES ENFANTS (LEMANSKI).

Lavement.

Antipyrine	1 gramme.
Bromhydrate de quinine	0,40 centigr.
Eau de tilleul tiède	150 grammes.

A donner en une fois après lavement évacuateur.

Potion.

Antipyrine	0,60 centigr. à 1 gramme.
Sirop simple	40 —
Eau de tilleul	90 cent. c.

Une cuillerée à café toutes les deux heures, au-dessous d'un an; au-dessus, toutes les heures.

Suppositoires.

Bromydrate de quinine	0,30 centigr.
Phénacétine	} *àà* 5 —
Antipyrine	}
Beurre de cacao	2 grammes.

(*Clinique infantile.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DE L'AGRÉGATION

La Société de l'internat des hôpitaux de Paris, réunie en séance d'intérêts professionnels, le mercredi 9 juin 1909, s'est spécialement occupée de la question de l'agrégation et a émis les vœux suivants :

1° Qu'une audience soit demandée à M. le président du conseil pour les représentants des différents groupements médicaux qui lui rappelleron que, à son invitation, un mémoire élaboré par les délégués des groupements médicaux, d'accord avec les candidats, a été remis à M. le ministre de l'instruction publique; que la conclusion en était la demande de la nomination d'une commission mixte, composée de membres du corps enseignant et de praticiens, et qui solliciteront qu'aucune décision ne soit prise avant que cette commission n'ait été nommée et n'ait donné son avis.

2° Qu'un referendum soit fait entre tous les membres de la Société de l'internat (qui recevront incessamment uu rapport sur la question), referendum qui portera sur les vœux suivants, élaborés par sa commission et votés à l'unanimité par tous ses membres et par ceux qui assistaient à la séance d'intérêts professionnels :

1. Suppression de l'agrégation des facultés de médecine;
2. Recrutement élargi du corps enseignant, reposant sur les travaux personnels et sur les succès antérieurs des candidats dans l'enseignement.

LIVRES NOUVEAUX

La Grippe ou influenza (1), par le docteur G. André.

La gripe n'est plus, comme au temps de Broussais, « une invention des gens sans le sou et des médecins sans clients qui, n'ayant rien de mieux à faire, se sont amusés à créer ce farfadet ». La grippe est une infection sérieuse; elle double et triple la mortalité au moment de certaines épidémies ; chez beaucoup de malades qui ne succombent pas lors de l'atteinte grippale, elle laisse des séquelles et entraîne une déchéance plus ou moins profonde du cœur, des reins ou des poumons.

Les travaux publiés sur la grippe sont très nombreux ; M. André les a étudiés, discutés, en y ajoutant l'expérience acquise de par ses observations personnelles. Après des considérations générales sur la grippe, l'historique de cette maladie et de l'épidémie de 1889-1890, il expose la bactériologie, l'anatomie pathologique et les lésions de l'influenza. Les chapitres suivants traitent de la symptomatologie et des différentes formes cliniques de la grippe, puis de ses complications si diverses et si nombreuses. Le traitement est enfin très minutieusement indiqué. Ce volume, d'une lecture facile et attrayante, rendra les plus grands services aux praticiens; la grippe étant une des affections les plus fréquemment observées dans la clientèle journalière, il importe de la bien connaître pour la bien soigner et la guérir aussi souvent que possible.

L. BABONNEIX.

(1) Petit in-8. — Paris, Masson et Cie; Toulouse, Ch. Dirion.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Riforma medica. — (N° 11, 15 mars 1909.) Prof. G. Rummo : Les tumeurs de la base de l'encéphale. — Spiro Livierato : A propos de l'action exercée par les extraits de tissu lymphatique tuberculeux sur l'évolution de la tuberculose expérimentale. — G. Alonzo : La valeur différentielle de certains caractères des épanchements mécaniques et inflammatoires. — (N° 12, 22 mars.) Prof. G. Rummo : Les tumeurs de la base de l'encéphale. — Nicolo Serio-Basile : Contribution clinique à la cardioptose ou maladie de Rummo. — G. Alonzo : La valeur différentielle de certains caractères des épanchements mécaniques et inflammatoires. — (N° 13, 29 mars.) Prof. G. Rummo : Les tumeurs de la base de l'encéphale. — Luigi Ferrannini : Le travail dans les solfatares de l'Avellinese. — G. Alonzo : La valeur différentielle de certains caractères des épanchements mécaniques et inflammatoires. — (N° 14, 5 avril.) Prof. G. Rummo : Les tumeurs de la base de l'encéphale. — Ludovico Tarsia : Un cas de périthéliome de la jambe. — Luigi Ferrannini : Le travail dans les solfatares de l'Avellinese. — (N° 15, 12 avril.) Prof. Gaetano Rummo : Les tumeurs de la base de l'encéphale (*fin*). — Stefano Mancini : A propos de la pathogénie de la polynévrite a frigore. — Augusto Acquaderni : Le réflexe de Mendel-Bechterew dans la première et la seconde enfance. — (N° 16, 19 avril.) Domenico Taddei : Contribution à l'étude des moyens de diagnostic de l'affection appelée hypernéphrome du rein. — Giuseppe Milone : Le passage des microrganismes à travers les parois vésicales. — Ettore Greggio : Toxémie staphylococcique exogène transitoire, avec métastases sous-cutanées multiples à évolution chronique, secondaire à une lympho-adénite tuberculeuse. — (N° 17, 26 avril.) Ettore Levi : Contribution clinique à l'anatomie et à la pathologie des racines spinales postérieures considérées spécialement au point de vue de la pathogénie du tabes dorsal. — Ettore Greggio : Toxémie staphylococcique exogène transitoire, avec métastases sous-cutanées multiples à évolution chronique, secondaire à une lympho-adénite tuberculeuse. — Carlo Laccetti : La méthode de Bier en thérapeutique chirurgicale. — (N° 18, 3 mai.) Alessandro Connio : La diffusion de la toxine diphtérique dans l'organisme. — Carlo Laccetti : La méthode de Bier en thérapeutique chirurgicale. — Dino De Albertis : La formule hémo-leucocytaire dans dix cas de scorbut.

Therapie der Gegenwart. — (N° 2, fév. 1909.) F. Umber : De la pathologie et du traitement de la goutte. — Adolf. Baginsky : Sur les pneumonies des enfants (pneumonie fibrineuse aiguë). — Folke-Düsseldorf : Des procédés d'emploi de la digitale dans les hémorragies spontanées. — R. Kothe : Du traitement des états de collapsus avec les injections d'adrénaline intra-veineuses. — Prof. Félix Klemperer : Vue d'ensemble sur le traitement par la tuberculine dans la tuberculose pulmonaire. — L. Jacobsohn : Traitement par l'escaline des hémorragies et des tumeurs gastriques. — J. A. Schabad : Discussion sur la question de l'influence du passage du phosphore à travers le foie sur les échanges minéraux d'enfants sains ou rachitiques. — Gottfried Krüger : Une table pratique pour malades au lit.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 11 juin : MM. Ribierre, 19; Lemierre et Comte, 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Après concours, M. le docteur Payenneville a été nommé médecin des hôpitaux.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Hérissey est institué, pour une période de dix ans, agrégé (section d'histoire naturelle et de pharmacie) près l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Paris.

MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — A la suite des concours qui viennent d'avoir lieu, ont été nommés médecins de l'Assistance médicale : MM. Milhet, Jean, Quinqueton, Morellet, Beaujeu, Sabot.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 12 juin 1909 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Boucher passe à l'hôpit. milit. de Marseille.

Médecins-majors de première classe. — MM. Launois, passe à l'hôpit. du camp de Châlons; Fournial, à l'hôpit. de Marseille.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Drouineau, passe au 3e zouaves; David, au 39e d'inf.; Chanal, au 35e d'art.; Lajoanio, chargé du service médical des places de Collioure et Port-Vendres; Marland, aux troupes de l'armée de terre détachées en Indo-Chine; Rit, au 58e d'inf.

Médecin aide-major de première classe. — M. Poutrin passe au 24e d'inf.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Le préfet de la Seine a ainsi constitué la commission chargée d'examiner les soumissions que lui ont fait transmettre les dix-sept concurrents au chauffage des pavillons des troisième et quatrième quartiers de l'asile de Vaucluse :

MM. Laurent-Cély, conseiller général, président; Pierre Arnould, ingénieur-expert, près le Tribunal civil; Desbrochers des Loges, ingénieur de l'Assistance publique; Loiseau, architecte de la deuxième division; Chapellier, constructeur désigné par la Chambre syndicale du chauffage.

La commission a tenu sa première séance la semaine dernière.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Le concours annuel pour l'Internat de l'hôpital Saint-Joseph s'ouvrira le lundi 12 juillet pour six places d'internes titulaires dont une pour le service d'oto-rhino-laryngologie et plusieurs places d'internes provisoires.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans : ils reçoivent annuellement 1100 francs et prennent à l'hôpital le petit déjeuner du matin et le repas de midi.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser de suite à M. l'administrateur délégué à l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (XIVe).

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 24 juin, à neuf heures et demie, à l'asile Sainte-Anne, service de la clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Saint-Yves-Ménard, membre de l'Académie de médecine et de la Société nationale d'agriculture, chevalier de la Légion d'honneur, décédé en son domicile, 8, rue Ballu, à l'âge de soixante-deux ans. Notre regretté confrère était président de l'Association nationale des vétérinaires, professeur d'hygiène à l'Ecole centrale et directeur de l'Institut de vaccine animale. Ses obsèques auront lieu aujourd'hui mardi, à midi, en l'église de la Trinité; — et de MM. les docteurs Debize (de Chagny), Dorson (de Marguerittes), Grosjean (de Montmirail) et Salle (de Herbiers).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie vient de publier une brochure artistique intitulée : « Tourisme et villes d'eaux ».

Cette publication est illustrée par la reproduction d'une composition en couleurs de Léandre, et par près d'une centaine de vues finement exécutées en simili-gravure ; elle renferme, en outre, neuf petites cartes des principaux centres de tourisme du réseau P.-L.-M. avec tracé des routes les plus intéressantes pour excursions en automobile.

La brochure « Tourisme et villes d'eaux » est mise en vente au prix de 0 fr. 50 dans les bibliothèques des gares du réseau, ou envoyée par la poste sur demande accompagnée de 0 fr. 60 en timbres-poste, adressée au Service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris, XIIe.

LES

APPLICATIONS DU SÉRUM DE ROUX

DANS UN SERVICE DE MÉDECINE (*)

Par P.-E. LAUNOIS,

Médecin de l'hôpital Lariboisière, Agrégé, chargé de cours.

Rien n'est plus intéressant pour des médecins qu'une visite à l'annexe que possède l'Institut Pasteur dans le parc de Garches. Tout en examinant avec grande curiosité et les chevaux qui fournissent les sérums et les cobayes qui servent à les expérimenter, on est initié, avec autant de savoir que de bonne grâce, par M. Prévost, à la technique mise journellement en pratique dans l'établissement qu'il dirige depuis sa fondation. C'est de Garches que nous viennent les différents sérums-vaccins que nous utilisons dans notre pratique, en particulier le sérum antidiphtérique.

Si c'est à Behring et Kitasato (1) que revient le mérite d'avoir, les premiers, obtenu un sérum antitoxique, c'est à Roux (2) qu'il appartenait d'en déterminer et d'en perfectionner la préparation.

D'une manière très générale, et vous me permettrez de ne pas insister sur les détails, pour obtenir le sérum antidiphtérique, on injecte au cheval 1/100 de centimètre cube de toxine tuant le cobaye au 1/100 de centimètre cube. On injecte ensuite, à périodes espacées, des doses de plus en plus considérables pendant trois mois. On laisse reposer l'animal pendant trois semaines, de façon à lui permettre d'éliminer la toxine qu'il a reçue successivement. Ce délai écoulé, on retire par saignée aseptique quatre litres de sang, qu'on laisse coaguler de façon à séparer du cruor le sérum qui renferme l'antitoxine. Une série d'essais faits sur les cobayes permettent de déterminer le pouvoir préventif et antitoxique du liquide ainsi obtenu, pouvoir variable d'ailleurs.

Le sérum est conservé, dans des conditions appropriées, pendant un temps plus ou moins long : la date que porte chacun des flacons qui le renferment est celle du jour où il est mis en circulation. Appliquée au sérum antidiphtérique l'épithète de frais n'est donc pas justifiée.

C'est Roux également qui appliqua chez l'homme la sérothérapie. La première injection fut faite le 1er février 1894, dans le service de Moizard, à l'hôpital des Enfants-Malades, chez un jeune enfant atteint de diphtérie.

Vous connaissez tous les merveilleux résultats que donna et que donne encore chaque jour la sérothérapie, curative ou préventive, dans la lutte contre la diphtérie. Si je les apprécie mieux que vous, c'est que j'ai vécu l'année 1882 et une partie de la suivante à l'hôpital de la rue de Sèvres et qu'à cette époque, l'affection, très répandue, était, dans ce milieu nosocomial, presque toujours mortelle.

Il nous arrive parfois, dans nos services de médecine générale, d'observer la *diphtérie* chez les adultes et d'être amenés à pratiquer des injections de sérum. Mais les règlements nous obligeant à évacuer nos diphtériques dans des hôpitaux spécialement affectés à leur traitement et à leur isolement, nous ne pouvons suivre nos malades et vous montrer les résultats de la médication. C'est une lacune que vous aurez certainement l'occasion de combler au cours de vos études et de votre stage dans les hôpitaux d'enfants.

Ce n'est pas d'ailleurs de la sérothérapie antidiphtérique que je veux vous entretenir dans les deux leçons qui vont se succéder. Je veux vous montrer les merveilleux résultats que peut donner l'emploi des sérums frais d'animaux, du sérum de Roux en particulier, dans la cure d'affections les plus diverses, aiguës ou chroniques, dans certaines maladies du sang, tout particulièrement l'hémophilie, dans les hémorragies. Cette revue générale vous intéressera d'autant plus, je l'espère, qu'il vous sera facile de contrôler dans mon service l'exactitude de mes assertions, étant donné l'usage, pour ainsi dire quotidien, qu'on y fait de la sérothérapie.

Si les premières tentatives ont été faites avec du sérum frais d'animaux (bœuf, lapin), nous n'avons pas tardé, imitant l'exemple de quelques devanciers et suivant le conseil de P. Emile-Weil, à n'utiliser que le sérum de Roux, tant à cause de son mode de préparation que de la facilité avec laquelle nous pouvons nous le procurer. Je n'ai pas besoin de vous dire que, dans les cas multiples où nous l'utilisons, l'antitoxine de Roux n'agit nullement en tant que sérum spécifique, mais en tant que sérum de cheval, provenant d'un animal appartenant à une espèce différente de la nôtre.

En 1894, della Vedova (3), ayant constaté dans les sécrétions nasales des ozéneux la présence d'un bacille se rapprochant par ses caractères morphologiques de celui de Lœffler, eut l'idée d'appliquer à l'*ozène* la sérothérapie antidiphtérique. Encouragé par ses premiers résultats, il continue à expérimenter, avec le concours de Belfanti, et tend à considérer le sérum de Roux, comme étant dans l'affection chronique de la muqueuse du nez un véritable agent spécifique. Cette opinion n'est pas partagée par les spécialistes qui ont suivi son exemple : tous cependant [Bozzoli et Gradenigo (3 *bis*)] admettent que le sérum, en accroissant la tension vasculaire dans l'épaisseur même de la muqueuse, augmente les sécrétions, les rend plus liquides et que le mouchage qu'il provoque fait détacher les croûtes. L'effet obtenu, pour n'être que temporaire, n'en est pas moins intéressant, les résultats ne sont pas toutefois ceux qu'avaient espéré les médecins italiens.

Révilliod (4), en 1897, applique la même méthode de traitement dans l'*asthme essentiel* et obtient des succès chez des malades dont les premières crises remontaient à quarante ans.

Le 22 février 1901, Ch. Talamon (5), qui a été, chez nous, un des premiers vulgarisateurs des découvertes pastoriennes, mettait en évidence les heureux effets de la sérothérapie antidiphtérique dans les *infections pulmonaires à pneumocoques.* Dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, basée sur 115 cas observés par lui soit à l'hôpital Tenon, soit à l'hôpital Bichat, concernant des malades âgés de seize à soixante-quinze ans, il démontra que l'action du sérum est surtout marquée dans la jeunesse et la vieillesse, qu'elle abaisse des deux tiers le taux de la mortalité, qu'elle abrège la durée de la maladie, qu'elle supprime ou atténue les complications. D'après lui, les effets sont d'autant plus

(*) Leçon faite à l'hôpital Lariboisière, les 24 et 28 mai 1909.

marqués que la médication a été appliquée d'une façon plus précoce et il a pu citer des faits où l'infection pneumococcique a été arrêtée vingt-quatre à trente-six heures après l'injection. Le cinquième jour de la pneumonie constitue la limite pour l'usage efficace du sérum. En règle générale, la température s'abaisse vingt-quatre heures après la première injection pour décroître ensuite progressivement jusqu'à la normale.

Plusieurs médecins suivirent l'exemple de Talamon et obtinrent les mêmes succès que lui. Mongour (6), en particulier, rapporta les observations de trois malades qui, atteints d'*abcès pulmonaires* consécutifs à la grippe (l'un d'eux était âgé de soixante-dix ans) guérirent très rapidement. De même il obtint des succès dans le traitement de la broncho-pneumonie chez des enfants et chez des adultes.

Vous m'avez vu parfois recourir à l'usage du sérum dans les *infections pneumococciques graves* et n'avez pas perdu le souvenir du jeune malade, âgé de vingt-sept ans, qui était couché au n° 2 de la salle J. Bouley.

Exerçant la profession de déménageur, il ressent brusquement, dans l'après-midi du 4 mars, au cours de son travail, un violent point de côté à gauche, puis surviennent un frisson très intense, de la fièvre, une toux sèche et répétée. Il m'est adressé le 6 mars par mon collègue et ami le docteur Gallois. A son entrée, son état général est grave : sa face est vultueuse, son abattement marqué, sa dyspnée intense (on compte 32 respirations à la minute). Il est tourmenté par une toux fréquente, quinteuse et par une abondante expectoration de crachats rouillés, visqueux, quelques-uns franchement sanglants, qui fourmillent de peumocoques. L'examen de la poitrine permet de constater tous les signes (matité, râles crépitants, souffle tubaire, ces derniers surtout

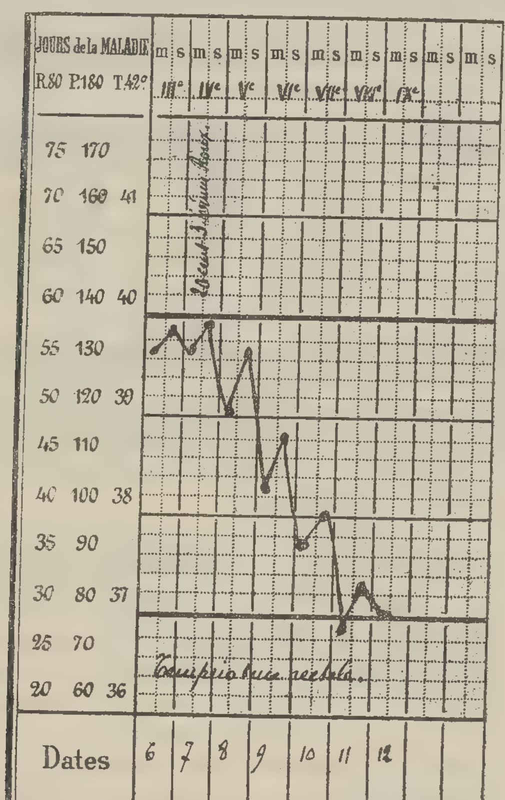


Fig. 1. — *Pneumonie gauche.*

marqués dans le creux axillaire) d'une hépatisation totale du lobe supérieur du poumon gauche. Si le cœur est bon, il n'en est pas de même du rein : l'urine, en effet, est émise en très petite quantité et renferme une notable proportion d'albumine.

L'état général me paraissant sérieusement atteint et craignant l'évolution d'une pneumonie grave, je fais appliquer six ventouses scarifiées sur le flanc gauche, pratiquer une injection de 20 centimètres cubes de sérum de Roux, et ordonne une potion à l'acétate d'ammoniaque légèrement alcoolisée.

Dès le lendemain, les crachats se sont modifiés et ont perdu leur coloration jaune ou rouge. Des phénomènes délirants apparaissent le cinquième jour et durent pendant vingt-quatre heures. L'albumine disparaît de l'urine le sixième jour en même temps que cesse le souffle tubaire et que l'oreille perçoit des râles sous-crépitants de retour. La température descendit progressivement et si, dans ce cas particulier, la durée de l'infection n'a pas été raccourcie, sa gravité a été certainement atténuée et il me paraît évident que c'est au sérum que l'on doit attribuer cette heureuse influence.

Le 17 janvier 1906, Joulin (7) communiquait à la Société de médecine du Loiret l'histoire d'un jeune enfant, atteint de *pleurésie traumatique* (coup de couteau) qu'il avait été appelé à soigner dans le service de Geffrier qu'il remplaçait. Le petit malade, ayant contracté la diphtérie, fut isolé et reçut une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum de Roux. La pleurésie, qui occupait depuis plusieurs mois la moitié inférieure de la plèvre et qui, malgré les traitements les plus divers, était demeurée stationnaire, disparut complètement en quarante-huit heures.

Cette constatation, due au hasard, fut le point de départ, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, d'une nouvelle méthode de traitement des *pleurésies*, dont Derouet (8) vient de faire connaître les résultats. D'après lui, le traitement des pleurésies par le sérum de Roux se serait montré efficace dans plus de la moitié des cas. Il amènerait la disparition du liquide et de la fièvre dans un laps de temps très court, très souvent moins de quatre jours, permettant aussi d'éviter au malade le long affaiblissement qui résulte de la durée habituelle des épanchements pleuraux.

Séduit par les avantages et l'innocuité de la médication, je la mis en pratique avec le concours de mon externe Jean Dubois. Je dois vous avouer que, chez dix pleurétiques traités de cette façon dans ces deux derniers mois, je n'ai constaté aucun des avantages annoncés par nos collègues d'Orléans. Je n'en continuerai pas moins à la mettre en pratique, n'osant conclure après ces premiers essais.

Chapiro, Tzviétaiew (9) n'enregistrèrent que des succès lorsqu'ils soignèrent à l'aide du sérum des malades atteints de *formes graves d'érysipèle*. Vous savez que l'érysipèle est particulièrement grave chez les tout jeunes enfants et chez les vieillards. Depuis un an et demi, Mongour a traité sans insuccès par la sérothérapie quatre cas d'érysipèle de la face chez des enfants de seize mois, deux ans, trois ans, cinq ans et deux cas d'érysipèle chez des vieillards asystoliques de soixante-douze et quatre-vingt-trois-ans. « Il est remarquable, écrit-il, de constater la chute brusque de la température quelques heures après les injections de sérum; chez tous mes malades, l'érysipèle fut, en quelque sorte, sidéré sur place ; il n'a jamais diffusé. »

Il vous a été facile de constater l'exactitude des assertions de mon collègue de Bordeaux chez la

malade qui a occupé pendant dix jours le lit 19 de la salle Trousseau.

Mme veuve Cérès, ménagère, âgée de soixante-dix ans, a donné le jour à neuf enfants et n'a jamais fait de maladie grave. Elle est obèse depuis longtemps.

Il y a quelques jours, elle fut prise de malaise, de fièvre, de gêne pour avaler et remarqua, un matin, l'existence d'une plaque rouge à l'angle interne de l'œil gauche. La rougeur s'étendant et s'accompagnant de gonflement sur la joue correspondante, la malade se fait admettre à l'hôpital.

Le diagnostic d'érysipèle, succédant à une angine de même nature, était facile à faire. Mais ce qui assombrissait le pronostic que je portais après avoir examiné la malade, c'était et l'élévation thermique, et la prostration, et aussi les résultats fournis par l'examen de l'urine; émise en très petite quantité, elle renfermait du glucose et de l'albumine. Toutefois le pouls était bon et le cœur se comportait bien.

Transgressant un peu le règlement qui nous oblige à évacuer les malades atteints d'érysipèle, je prescrivis un isolement relatif à l'aide de paravents. Craignant que l'infection streptococcique ne revêtît, pour les raisons que je viens de vous rappeler, une allure grave, on fit le 19 et le 20 mars une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum de Roux.

L'effet de cette médication fut immédiat; dès la seconde injection, la température s'abaissa de 39°8 à 38 degrés et le surlendemain à 37 degrés. La durée de l'infection ne dépassa pas trois jours.

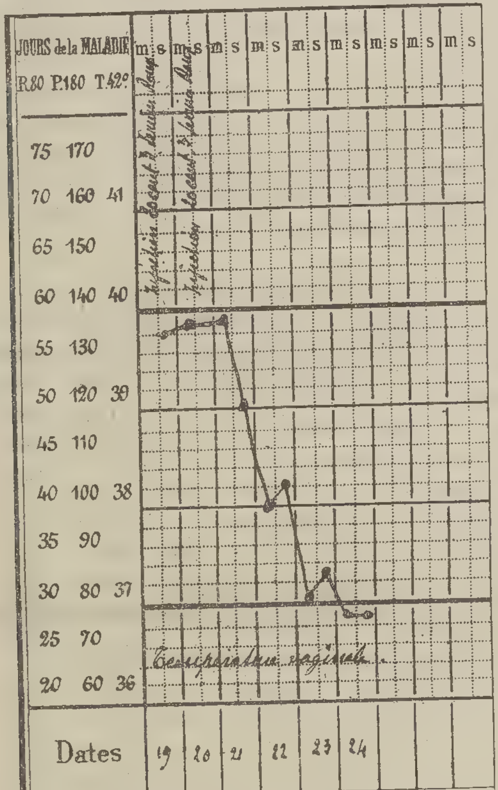


Fig. 2. — *Erysipèle de la face. Diabète. Albuminurie.*

Quant à l'évolution locale, elle n'en fut pas moins heureusement influencée. Partis de l'angle interne de l'œil gauche, la rougeur, le gonflement s'étendirent au front, aux paupières, au nez, aux deux côtés de la face, respectant le menton, comme c'est la règle. En trois jours également, toutes ces modifications disparurent, de même que les adénites pré-auriculaires et sous-angulo-maxillaires. Le derme se décongestionna et se décolora rapidement; l'épiderme distendu se détacha sous forme de larges squames.

L'intelligence se réveilla, l'appétit et les forces revinrent; complètement guérie, mais encore diabétique, la malade put quitter l'hôpital dix jours après son entrée.

La sérothérapie a été également mise à profit par San Giovanni et del Monaco (10) dans la *fièvre aphteuse*, par Mongour dans la *fièvre typhoïde* chez des enfants âgés de cinq à quatorze ans, dont l'infection éberthienne, vérifiée par l'épreuve du séro-diagnostic, revêtait des allures tout particulièrement graves.

Mongour a guéri également de la même manière deux malades atteints de *scarlatine maligne* avec albuminurie supérieure à 4 grammes et un malade atteint de *cholécystite suppurée.*

Vennat (11) a, de son côté, attribué au sérum de Roux la guérison d'une *néphrite aiguë grave*, survenue au cours d'une scarlatine fruste, non diagnostiquée.

Tout récemment, Blanc (12) a publié un cas de *méningite cérébro-spinale à méningocoques* identifiés expérimentalement, qu'il traita uniquement par l'injection de sérum antidiphtérique. Seize heures après l'injection, l'amélioration était tout à fait surprenante et, huit jours après, la convalescence était complète.

J'en ai fini avec le rôle que peut jouer la sérothérapie dans la cure des *infections aiguës*; je me propose de vous montrer maintenant les services aussi remarquables qu'inattendus qu'elle peut rendre dans le traitement des *hémorragies diverses*, des *maladies du sang*, en particulier dans l'*hémophilie*, qu'elle soit *spontanée* ou *familiale.*

Cette nouvelle application est tout entière l'œuvre de mon élève et ami P. Emile-Weil (13) et je ne veux pas perdre l'occasion qui m'est offerte de vous faire saisir toute l'importance des recherches hématologiques qu'il poursuit depuis longtemps avec autant d'intelligence que de méthode.

Etudiant l'hémophilie, en 1905, alors qu'il travaillait dans mon laboratoire, il fut amené à rechercher les moyens susceptibles de faire disparaître les anomalies de la coagulation du sang. Les physiologistes avaient remarqué que souvent du sang incoagulable expérimentalement retrouvait *in vitro* sa coagulabilité par l'adjonction du sérum sanguin frais, emprunté à un animal de même ou d'autre espèce, mais, jamais les médecins n'avaient eu l'idée de rechercher si ce même sérum serait capable d'exercer dans l'organisme humain une action antihémorragique. Ils se contentaient, à l'exemple de Wright, de conseiller l'usage des sels de chaux, dont l'action est indéniable. P. Emile-Weil n'attendait que l'occasion propice pour mettre en pratique les conclusions tout à fait logiques auxquelles l'avaient conduit ses recherches. Cette occasion, je fus heureux de pouvoir la lui fournir.

Reprenant, le 1er octobre 1905, la direction de mon service de l'hôpital Tenon, je trouvai couchée dans un des derniers lits de la salle Couverchel, une malade qui y avait été admise le 19 septembre précédent pour polyarthrites aiguës fébriles.

Cette femme, qui avait des habitudes et des stig-

mates d'alcoolisme, présentait, à son entrée, un état fongueux et hémorragique des gencives, des épistaxis abondantes et des troubles gastriques marqués. Les urines étaient claires et sans albumine.

Le 23 septembre apparaissent des hémorragies sous-conjonctivales, de larges taches purpuriques sur les membres et une abondante hématurie. Tous ces symptômes, de même que les douleurs articulaires, la fièvre élevée, persistent jusqu'à la fin du mois. Après une légère diminution, l'hématurie augmente, l'urine est littéralement noire. La situation me paraissant menaçante, je fais mander P. Emile-Weil. L'examen du sang veineux ayant permis de constater les troubles de la coagulation, en particulier la non-rétraction du cruor, nous pratiquons une injection intra-veineuse de 15 centimètres cubes de sérum frais de bœuf. Un quart d'heure environ après l'injection, la réaction fut des plus violentes : la malade fut prise d'un frisson intense, de tremblement, de vomissements.

Le lendemain, la température tombe de 39 degrés à 37°4, les urines sont plus claires, les gencives cessent d'être fongueuses et de saigner; les douleurs et les arthropathies ont complètement disparu. Du 6 au 9, on retrouve encore quelques traces de sang dans l'urine et à partir de ce jour, tous les phénomènes anormaux disparaissent : la malade peut quitter l'hôpital le 15 octobre, complètement guérie, quoique présentant encore des troubles atténués de la coagulation sanguine.

Peu de temps après, un jeune homme de dix-neuf ans, porteur d'une insuffisance aortique, est pris de douleurs abdominales très vives, avec état gastrique, diarrhée et fièvre.

Il entre dans mon service le 20 octobre 1905, pâle, très anémié, présentant un foie énorme, débordant les fausses côtes de trois travers de doigt. Son urine est abondante (4 litres *pro die*), elle est rouge sombre, renferme 7 grammes d'albumine par litre due à la présence du sang. Le 14 novembre l'hématurie augmente, en même temps qu'apparaissent d'abondantes épistaxis. Le diagnostic étiologique ne peut être établi et nous soupçonnons la possibilité d'une infection tuberculeuse.

L'examen du sang montre une forte anémie (2912000 hématies par millimètre cube) et des troubles marqués de la coagulation (coagulation plasmatique du sang veineux en deux heures).

L'injection intra-veineuse de sérum frais de lapin (10 centimètres cubes) supprime immédiatement et radicalement les saignements de nez. Les urines diminuent de quantité et renferment notablement moins de sang, mais l'hématurie persiste, la quantité d'albumine oscillant entre $1^{g}50$ et $0^{g}50$ par litre.

Une seconde injection de 15 centimètres cubes de sérum frais, pratiquée le 22 novembre, est suivie d'une notable amélioration de l'état général; le malade, primitivement très émacié, commence à engraisser, toutefois les modifications du sang, quoique moins marquées, persistent, sa coagulation ne se fait *in vitro* qu'en cinquante-cinq minutes.

A ces observations dans lesquelles les *hémorragies* se firent d'une façon massive et aiguë, laissez-moi en ajouter une qui concerne un *purpura chronique*, à répétition.

Un boucher de quarante-deux ans, qui a fait pendant longtemps de forts excès alcooliques, se présente à moi avec des troubles digestifs, des douleurs articulaires et des taches purpuriques sur les quatre membres. Son foie est énorme.

En l'interrogeant, j'apprends que dans les trois derniers mois, le malade eut une dizaine de poussées d'éruptions purpuriques, que ses douleurs articulaires alternaient avec des crises abdominales. Les urines contenaient du sang de façon presque continue; en même temps des hémorragies prolongées survenaient quand il se coupait en se rasant.

Soumis à un régime diététique convenable, notre homme vit son état général s'améliorer et son poids augmenter de 25 livres en six mois. Cependant le purpura apparaissait encore fréquemment, à la moindre fatigue, et souvent les urines redevenaient rosées ou rouges.

L'ayant examiné dans l'Orne, son pays, je lui conseillai de venir à Paris et l'adressai à P. Emile-Weil le 15 juillet 1905.

A la suite d'une injection intra-veineuse de 15 centimètres cubes de sérum bovin, les modifications de la coagulation sanguine, qui étaient notables, s'améliorent.

Une seconde injection de même quantité de sérum est faite le 22 juillet suivant.

Revu le 22 septembre, le malade déclare que ses urines n'ont plus jamais été roses; il n'a plus présenté ni douleurs articulaires, ni purpura. Le sang coagulant encore de façon subnormale, on fait une troisième injection de 15 centimètres cubes de sérum humain frais.

Le malade, revenu en mars 1906, n'a plus présenté d'éruption purpurique, mais son urine, plus abondante que normalement, renferme des traces d'albumine.

En novembre, il avoue qu'il a recommencé à boire de l'alcool et du vin; le foie est toujours gros, l'urine, qui ne renferme pas de traces histologiques de sang, est albumineuse et pourtant on ne constate aucun symptôme de brightisme. La coagulation du sang est redevenue normale.

Je pourrais multiplier les exemples, je me contenterai de résumer le suivant qui, pour être tout récent, n'en est pas moins des plus démonstratifs.

Il concerne une jeune fille de dix-neuf ans, dont beaucoup d'entre vous ont gardé l'impressionnant souvenir et qui, entrée le 20 janvier dernier, fut couchée salle Trousseau.

Ayant toujours joui d'une bonne santé, régulièrement réglée depuis l'âge de douze ans, elle est prise de fièvre, de malaise et d'un abondant saignement de nez. Ayant résisté aux moyens habituels, celui-ci nécessite le tamponnement antérieur et postérieur.

Quand nous l'examinons, son état est des plus graves : elle est pâle et fortement anémiée, le pouls est petit, filiforme; les narines comme les lèvres sont encroûtées de caillots noirâtres. En la découvrant, on voit se détacher sur le fond pâle du tégument de petites taches violettes, ne disparaissant pas sous la pression du doigt, atteignant les dimensions d'une tête d'épingle ou d'une lentille. Au milieu d'elles sont disséminées des taches plus larges, véritables pétéchies. L'éruption, surtout confluente à la face externe des jambes, est répandue également sur les cuisses, l'abdomen, les bras. Le bocal d'urine est à moitié rempli par un liquide sanglant.

La situation est si grave qu'on ne prend pas le temps d'étudier le processus de coagulation; une injection de 20 centimètres cubes de sérum est faite

séance tenante. La malade prend dans la journée une potion avec 4 grammes de chlorure de calcium et boit de la limonade citrique, du thé et du lait.

L'amélioration fut pour ainsi dire instantanée : le lendemain les muqueuses du nez et de la bouche avaient cessé de saigner, l'urine était redevenue en grande partie claire. Les pétéchies, les taches purpuriques avaient pâli. Moins de huit jours après cette alerte, la convalescence était complète. La malade, ayant recouvré ses forces et sa santé, put quitter l'hôpital le 20 février, sans qu'il nous ait été possible de nettement déterminer la cause première des manifestations hémorragiques graves qu'elle avait présentées.

Dans les deux formes d'*hémophilie*, la *familiale* et la *spontanée*, que P. Emile-Weil nous a appris à distinguer l'une de l'autre, en tenant compte de l'étiologie, des manifestations cliniques et des altérations sanguines, la coagulation du sang est tout particulièrement troublée. Par l'adjonction *in vitro* de faibles doses de chlorure de calcium, on peut l'accélérer plus ou moins, mais elle reste toujours anormale et dans le temps et dans la forme. Par contre, l'adjonction *in vitro* au sang recueilli chez un hémophile d'une minime quantité de sérum frais, provenant d'un animal ou d'un homme, favorise la coagulation de façon assez marquée dans l'hémophilie familiale, de façon absolue dans l'hémophilie spontanée. Dans ce dernier cas, un sang, dont la coagulation mettait une heure à s'accomplir, coagule normalement en cinq à dix minutes.

La correction des anomalies de coagulation peut s'obtenir également *in vivo* par des injections de sérum sous la peau ou dans les veines du malade; elles disparaissent rapidement dans l'hémophilie spontanée, elles diminuent dans l'hémophilie familiale. Dans la première forme, l'action du sérum *in vivo* est plus marquée qu'*in vitro*.

Toutes ces considérations que j'emprunte à P. Emile-Weil ont été longuement développées dans la thèse qu'il a inspirée à Eliçagaray (14). Vous y trouverez indiquée également l'action préventive des injections de sérum, grâce auxquelles l'hémophile, guéri de sa dyscrasie sanguine, se comporte normalement devant les traumatismes accidentels ou opératoires. Obtenue au bout de deux jours, la correction du vice humoral se prolonge au moins pendant vingt-cinq jours, mais va s'affaiblissant après un mois. Elle existe également, quoique moins nette, chez les hémophiles familiaux et si la méthode ne donne pas chez eux toute sécurité pour une intervention, elle est cependant la seule susceptible d'être de quelque utilité.

Quant à l'action curative, elle est, dans les deux variétés d'hémophilie, tout à fait remarquable, plus, bien entendu dans la forme spontanée que dans la forme familiale.

L'action du sérum ne se manifeste pas seulement quand on l'injecte dans l'organisme; elle est encore évidente lorsqu'on l'utilise en applications locales. Broca arrête une hémorragie gingivale par un pansement fait d'ouate imbibée de sérum. Chez un hémophile observé par Clunet, une hémorragie en nappe consécutive à une circoncision cesse définitivement à la suite d'un pansement et d'une injection de sérum.

Les rapports de Carrière et de Labbé (15) au IVe Congrès de médecine interne ont confirmé l'exactitude et l'importance des recherches de P. Emile-Weil; ils ont montré que, chez les hémophiles, les applications locales aussi bien que les injections intra-veineuses ou sous-cutanées de sérum antidiphtérique, étaient susceptibles de mettre un terme aux hémorragies.

Ces heureux résultats ont été obtenus également à l'étranger. Wirth (16) a présenté, le 5 novembre 1908, à la Société de médecine interne de Vienne, un jeune garçon de quatorze ans, atteint depuis trois ans d'hémophilie. La moindre cause donnait lieu, chez lui, à d'interminables hémorragies. Depuis plus d'un mois le malade saignait du nez, du pharynx et de la bouche. Les injections de gélatine, d'adrénaline et d'ergotine n'avaient eu qu'un effet très relatif. Ce n'est qu'après une injection de sérum antidiphtérique que les hémorragies s'arrêtèrent. Elles reparurent au bout de neuf jours et cessèrent après une nouvelle injection. Il en fut de même pour une troisième récidive.

A la même Société, Schlesinger (17) confirma les précieux avantages de la méthode.

L'hémorragie constitue, vous le savez, une complication assez fréquemment observée dans les *maladies des reins*. Au cours des néphrites aiguës, l'hématurie est variable dans sa durée comme dans son abondance. On la voit parfois s'accompagner d'hémorragies diverses et d'éruptions purpuriques. Dans les néphrites chroniques, ce sont les épistaxis à répétition, parfois assez abondantes pour mettre la vie du malade en danger, les hémorragies rétinienne et cérébrale et encore le purpura que l'on observe. Ces complications, surtout fréquentes dans les néphrites interstitielles sont généralement mises sur le compte de l'hypertension artérielle qui est habituelle et atteint facilement le taux de 18 à 25.

P. Emile-Weil et mon interne Octave Claude (18) se sont demandé si d'autres causes n'interviendraient pas et si une part ne devait pas être faite, en particulier, aux altérations du sang dans la genèse de ces accidents. Etudiant le processus de coagulation chez plusieurs malades de mon service, atteints de néphrites et présentant des hémorragies isolées ou accompagnées, ils ont constaté qu'il était le plus souvent troublé et plus ou moins retardé. Ils ont été ainsi amenés à préconiser pour l'arrêt de ces hémorragies l'usage des injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum frais. Les résultats obtenus, et dont nous avons été le témoin, sont des plus encourageants.

Mongour a tout récemment publié avec Ch. Gautier (20) l'observation d'un enfant de quatre ans qui, en quelques heures, fut guéri d'une *hémoglobinurie grave* à la suite d'une injection de sérum antidiphtérique. Ce fait, pour être unique, n'en a pas moins une grande importance, car il prouve que la fragilité globulaire ne constitue pas une contre-indication à l'emploi de la méthode.

A Hort [de Turquay (19)] revient le mérite d'avoir administré du sérum frais par la voie buccale à des malades atteints d'hémorragies diverses. Il leur faisait prendre 10 centimètres cubes de sérum frais de cheval dans du lait et put répéter cette dose aussi souvent qu'il a été nécessaire, sans qu'il en résultât le moindre inconvénient.

Sans détailler la série des succès qu'il obtint, je vous en citerai deux tout particulièrement signifi-

catifs. L'un a trait à un *tuberculeux* présentant des *hémoptysies* qui n'avaient été influencées par aucune médication; les hémorragies ont chaque fois cessé après l'absorption de sérum.

Un second fait rapporté par le même observateur concerne une jeune femme qui était atteinte d'un *ulcère du duodénum* donnant lieu à des mélæna et à des vomissements sanglants, lesquels avaient résisté aux traitements usuels. Après la première ingestion de sérum normal de cheval, il se produisit une amélioration qui ne fit que s'accentuer les jours suivants. Au bout de trois semaines de traitement, la malade ne souffrait plus, les hémorragies s'étaient arrêtées et même la dyspepsie dont elle se plaignait depuis deux ans avait complètement disparu. La patiente avait ingéré en totalité onze doses de sérum, soit 110 centimètres cubes.

Depuis bientôt un an, mon interne M. Cléret et moi, utilisons la sérothérapie pour arrêter les *hémoptysies des tuberculeux* et chaque semaine vous voyez appliquer la méthode dans le service. Tout tuberculeux, qui crache du sang, est immobilisé demi-assis dans son lit; il reçoit une ou deux injections de 20 centimètres cubes de sérum de Roux et matin et soir une injection d'un demi-centigramme de morphine. Comme adjuvant il prend une potion au chlorure de calcium, qu'on intercale entre l'absorption de boissons glacées. Sur une vingtaine de malades que nous avons soumis à ce mode de traitement, nous n'avons compté que deux insuccès. Je n'ai pas besoin de vous dire que la méthode demeure inefficace dans les crachements de sang de la période cavitaire, qui sont dus à la rupture des petits anévrismes pariétaux, qu'a si bien décrits Rasmussen.

L'action du sérum ne se manifesterait pas seulement par les modifications de la coagulabilité du sang, elle porterait aussi sur les globules rouges et sur leur valeur en hémoglobine.

Ayant remarqué, chez la malade dont je vous ai résumé plus haut l'observation, que le taux de l'hémoglobine était passé de 60 à 75 p. 100 après le septième jour de traitement par ingestion de sérum, pour atteindre finalement 95 p. 100, Hort fut amené à l'employer dans l'*anémie* et la *chlorose*. Chez une femme atteinte d'anémie chronique de cause inconnue, dont le sang contenait 2800000 hématies avec 68 p. 100 d'hémoglobine, l'administration de sérum de cheval, répétée une dizaine de fois en l'espace de trois semaines, porta le nombre des érythrocytes à 4560000 et le taux de l'hémoglobine à 85 p. 100. Un résultat tout aussi satisfaisant fut obtenu chez une chlorotique souffrant depuis longtemps de douleurs gastriques.

Dans le lit nº 4 de la salle Trousseau est actuellement couchée une femme atteinte d'ulcère de l'estomac, d'anémie grave et de splénomégalie. A l'exemple de Hort, nous avons conseillé l'ingestion quotidienne dans du lait de 10 centimètres cubes de sérum de Roux. Elle a, en dix-sept jours, ingéré 170 centimètres cubes et vous avez pu remarquer que, chez elle, cette médication semble avoir donné les meilleurs résultats.

Les douleurs gastriques ont disparu, la rate a diminué de volume, l'état général s'est amélioré, ainsi qu'en témoignent les résultats des deux analyses de sang faites par mes internes Cléret et Pinard.

5 MAI		24 MAI	
Globules rouges..	2176000	Globules rouges..	2800000
Globules blancs...	5200	Globules blancs...	3200
Résistance globulaire diminuée, l'hémolyse commence à..............	58	Résistance globulaire plus marquée, l'hémolyse commence à........	50
Hémoglobine.....	20 p. 100.	Hémoglobine.....	20 p. 100.

Renon et Léon Tixier (21) ont retiré des avantages du même genre dans divers *états anémiques*, Achard et Feuillée (22) dans un cas de *leucémie aiguë*.

Dans un rapport très documenté qu'a fait à la Société de chirurgie A. Broca (23), nous trouvons exposées toutes les indications de la sérothérapie, appliquée de façon curative ou de façon clinique en chirurgie. Quénu (24), depuis dix-huit mois, utilise les injections de sérum avant d'opérer certains de ses malades, atteints d'affections hépatiques (lithiase), les ictériques chroniques étant prédisposés d'une façon toute particulière aux hémorragies secondaires post-opératoires.

Il y a quelques mois, mon ami Morestin (25) rapportait un cas de purpura des plus graves, dans lequel il avait observé, suivant sa propre expression, une véritable résurrection grâce au sérum.

Lapeyre [de Fontainebleau (26)] a eu fréquemment recours avec succès à la sérothérapie dans le traitement de certaines *métrorragies*.

Je vous dirai aussi que Raymond Petit (27) a utilisé le sérum chauffé de cheval dans le traitement des *brûlures* avec grand profit et que les ophtalmologistes, en particulier Darier (28) et Fromaget (29), n'ont eu qu'à se féliciter d'avoir recouru aux injections de sérum dans la cure de graves et rebelles *affections oculaires*, la *kératite pneumococcique* en particulier.

Les cliniciens, médecins et chirurgiens, ont donc eu le mérite de démontrer l'incontestable efficacité des sérums animaux, du sérum de Roux en particulier, dans le traitement des maladies les plus diverses. Ils ont été tout d'abord assez embarrassés pour interpréter d'exacte façon ces heureux résultats; les uns, se contentant de peu, se sont bornés à admettre une exaltation momentanée de l'activité phagocytaire; les autres, plus curieux, ont cherché à préciser les réactions humorales produites dans l'organisme. Ils ont constaté que ces réactions étaient les mêmes, quels que soient les sérums employés et que, ces derniers étaient susceptibles de provoquer, à l'occasion, les mêmes accidents.

Ces réactions organiques et humorales sont de trois ordres.

Il y a tout d'abord une simulation des organes hématopoiétiques, se traduisant cliniquement par une augmentation plus ou moins notable du volume de la rate et des ganglions lymphatiques et histologiquement par l'augmentation des leucocytes polynucléaires, par l'apparition dans le sang d'hématies nucléées (von Pirquet, Lortat-Jacob, Roger et Josué). La stimulation semble donc bien porter sur la totalité de l'appareil hématopoiétique.

Il semble exister également une action chimidactique, agissant de façon positive sur les leucocytes. Elle a été démontrée par les recherches de Raymond Petit et par celles de Mongour.

Enfin l'adjonction d'un sérum étranger au sérum humain provoque dans ce dernier la formation de corps spécifiques. Ces anticorps sont : un ambocepteur spécifique qui donne au sérum de l'homme,

qui a reçu du sérum de cheval, la faculté de dissoudre les hématies de ce dernier animal; une précipitine spécifique qui donne au sérum de l'homme, dans les mêmes conditions, la faculté de former un coagulum en présence du sérum de cheval.

La constatation de ces différentes réactions permet précisément d'interpréter l'action favorable du sérum de cheval, immunisé ou non, dans les divers états pathologiques que je vous ai précédemment énumérés.

Pour si dissemblables les unes des autres que paraissent au premier abord ces affections morbides, on peut les ramener à trois grandes catégories. Dans les unes, telles que les anémies, les leucémies, où le nombre, la valeur des hématies sont diminués, le sérum concourt à la réparation du sang par la stimulation qu'il exerce sur la moelle osseuse rouge.

Dans les maladies infectieuses, le sérum, comme l'avait déjà noté mon ancien interne A. Paris (30), agit en favorisant la multiplication des leucocytes et leur exode vers les régions offensées.

Quant à son action pour ainsi dire spécifique dans les états hémorragiques, elle est en rapport avec les modifications de la coagulation sanguine. Le mécanisme est, en pareil cas, un peu plus complexe. Il faut faire intervenir, en effet, l'apport de certaines substances, *fibrine*, *ferment*, *thrombose*, qui, manquant dans le sang des hémophiles, retardent ou empêchent sa coagulation, comme nous l'ont appris les recherches de P. Emile-Weil. On doit faire jouer aussi un rôle aux précipitines, aux substances vasoconstrictives (Batelli), que fait apparaître dans le sang humain l'adjonction d'un sérum étranger; la présence de ces dernières explique en particulier l'action hémostatique locale du sérum.

On ne pratique plus guère aujourd'hui la transfusion du sang dans les hémorragies graves; je ne l'ai vu faire, pour ma part, que deux fois en trente ans. On expliquait son action salutaire par l'introduction, dans un organisme exsangue, de globules rouges frais, riches en oxygène. Il est permis actuellement de se demander si cette action n'était pas due plutôt à l'introduction d'un sérum normal d'un autre individu de même espèce, car c'est à la transfusion d'homme à homme que je fais allusion, et que l'on a peut-être abandonnée à tort.

Dans la genèse des états hémorragiques, auxquels j'ai fait allusion, une part importante revient aux altérations hépatiques. Les expériences des physiologistes et parmi les plus récentes celles de Doyon, de Kareff et de Billet, sont venues confirmer les données fournies par la clinique; elles nous ont appris qu'en dehors des fonctions si multiples et si importantes que remplit le foie, il tient encore sous sa dépendance l'équilibre histo-chimique du sang et gouverne en particulier sa coagulabilité. Aussi, chez tout individu qui saigne de façon spontanée, est-il de règle de rechercher avant tout l'état de la glande hépatique. Vous savez combien sont fréquentes les altérations du foie chez les tuberculeux et vous comprendrez les raisons qui nous ont amenés, Cléret et moi, à soupçonner chez nombre d'entre eux des troubles de coagulation et à recourir, pour remédier à la défaillance de l'organe, aux injections de sérum. L'opothérapie hépatique n'avait-elle pas déjà donné, en pareil cas, d'excellents résultats? (Gilbert, in Th. de Berthe, 1898.)

Une explication de l'action des injections de sérum a été tout dernièrement proposée par Viquerat (31) et son originalité m'impose le devoir de vous la résumer. D'après cet auteur, le sérum injecté agirait surtout en détruisant les globules rouges; le fer, qu'ils renferment, se trouvant mis en liberté va s'accumuler dans le foie et dans la rate, et vient renforcer l'action de ces organes dans la lutte antitoxique. Je ne nie pas l'importance du fer dans la nutrition et la défense de l'organisme; les travaux de Gilbert, Castaigne, Lereboullet, Le Play nous ont permis de l'apprécier, mais ce n'est certainement pas à des modifications de cette réserve que se borne l'action des sérums animaux introduits dans un but thérapeutique, elle est beaucoup plus complexe, ainsi que j'ai cherché à vous le démontrer.

Qu'allez-vous conclure de tous ces faits? Que les sérums animaux, celui de Roux en particulier, constituent une véritable panacée, applicable à la cure des affections les plus variées et que vous avez le devoir d'y recourir chez tout individu qui saigne, chez tout individu infecté. Je ne voudrais pas vous laisser sous cette impression, car la sérothérapie, comme toute autre médication, a ses indications et ses contre-indications, qu'il vous faudra toujours préciser avant d'y recourir.

Elle n'est pas d'ailleurs sans dangers et, après vous avoir exposé ses avantages, il me faut vous faire connaître ses inconvénients. Une expérience facile à réaliser sera plus démonstrative qu'une longue dissertation. On injecte sous la peau d'un cobaye du sérum normal de cheval ou encore du sérum antidiphtérique; il ne survient aucun accident. Mais si, douze jours après, on trépane le même animal et si on injecte dans le cerveau une nouvelle dose de sérum, même dix fois moindre que la première, il meurt. Il était sensibilisé et dès lors prédisposé aux accidents les plus graves. Je n'ai pas besoin de vous dire que cette injection intra-cérébrale aurait été absolument inoffensive si elle n'avait pas été précédée d'une injection sous-cutanée. C'est cette sensibilisation tout à fait particulière qui constitue l'*anaphylaxie* (Ch. Richet).

De même si on injecte au lapin du sérum antidiphtérique pendant la période où son sérum contient encore des précipitines, c'est-à-dire du neuvième au quarantième jour environ après la première injection, l'animal se cachectise et meurt (Arthus, F. Lemaire). Au lieu de s'habituer à la toxine, il y est devenu plus sensible.

Des accidents de cette gravité ont été parfois observés chez l'homme: on a cité quelques cas de mort après des essais de sérothérapie [Gottstein (32)] et aussi des accidents syncopaux [von Pirquet (33)].

Vous n'oublierez pas que certains sujets sont plus prédisposés que les autres aux accidents sérothérapiques et cela par le fait d'une idiosyncrasie qu'on ne peut guère expliquer.

Le plus souvent les troubles se bornent à des érythèmes, à des douleurs rhumatoïdes, à une réaction fébrile et à de l'albuminurie. Plus ou moins marqués et plus ou moins tenaces, ils ne comportent pas, en général, un pronostic grave, mais il vous faudra avant tout chercher à les éviter.

Pour introduire le sérum vous aurez recours soit à la voie sous-cutanée, la plus communément employée, soit à la voie intra-veineuse, dont Courmont (34) et Widal ont constaté la parfaite innocuité et la supériorité d'action.

Dans le premier cas, vous injecterez 20 à 30 centimètres cubes, dans le second 10 à 20 seulement.

Vous pourrez, sans inconvénients, injecter une nouvelle dose d'égale quantité ou de quantité un peu moindre, deux jours après et, malgré quelques faits rapportés par Mongour, il y aurait danger à répéter les injections à intervalles plus ou moins rapprochés. *Mieux vaut utiliser dès l'abord une quantité suffisante et ne pas la répéter plus d'une fois*; en agissant ainsi, vous vous conformerez à l'adage qui doit inspirer tous vos actes thérapeutiques : *primum, non nocere*.

BIBLIOGRAPHIE

BEHRING. Ueber das Zustandkonnen der Diphterie... Immunserum bei Thieren, *Deuts. med. Wochens.*, 1890, p. 1113. — ROUX. *Congrès intern. d'hyg. de Buda-Pesth*, sept. 1894. — DELLA VEDOVA et BELFANTI. *Arch. ital. d'otol., rhinol.*, etc., 1896, et *Giorn. d. R. Accad. med. di Torino*, 1896. — BOZZOTI et GRADENIGO. Traitement de l'ozène, analysé in *Sem. méd.*, 1896, p. 144. — REVILLIOD. Traitement de l'asthme par le sérum antidiphtérique, *Sem. méd.*, 1897, p. 446. — Ch. TALAMON. Sur le traitement de la pneumonie par le sérum antidiphtérique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 22 fév. 1901. — Ch. MONGOUR. *Journ. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 30 juin 1907; — *Arch. de méd. et de chir. milit.*, oct. 1907; — *Soc. méd. de Bordeaux*, 12 juillet 1907; — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 8 sept. 1907; — *Prov. méd.*, 2 janv. 1909; — Des applications de la sérothérapie antidiphtérique, *Journ. méd. franc.*, 15 fév. 1909. — JAULIN. *Ann. méd.-chir. du Centre*, 1906. — F. DEROUET. *Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par le sérum antidiphtérique*, Th. de Paris, 1er avril 1909. — CHAPIRO et TZVIÉTAIEW. Sérum antidiphtérique dans le traitement de l'érysipèle, analysé in *Sem. méd.*, 1902, p. 328. — SAN GIOVANNI et DEL MONACO. Guérison de deux cas de stomatite aphteuse, analysé in *Sem. méd.*, 11 fév. 1903. — VENNAT. *Ann. de méd. et de pharm. milit.*, n° 10, oct. 1905. — BLANC. *Caducée méd.*, 29 mars 1909. — P. EMILE-WEIL. L'hémophilie. Pathogénie et sérothérapie, *Presse méd.*, 18 oct. 1905; — Etude du sang chez les hémophiles, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 oct. 1906; — Recherches cliniques et physiopathologiques sur l'hémophilie d'après six cas, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 2 nov. 1906; — La coagulation du sang dans les états hémorragipares, *C. R. de la Soc. de biol.*, 8 déc. 1906; — Des injections de sérums sanguins frais dans les états hémorragipares, *Tribune méd.*, 12 janv. 1907, et *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 janv. 1907; — Traitement de l'hémophilie par les injections de sérum sanguin frais, *Congrès franç. de méd.*, IXe session; — Les hémorragies et les troubles de la coagulation du sang dans les néphrites (en collaboration avec Octave Claude), *Tribune méd.*, 20 avril 1907; — Les complications hémorragiques de l'appendicite (en collaboration avec A. Broca), *Presse méd.*, 2 janv. 1909. — ELIÇAGARAY. *Des injections de sérums sanguins frais dans les états hémorragipares*, Th. de Paris, 1907. — CARRIÈRE et H. LABBÉ. *Congrès de méd. int.*, IXe session, Paris, oct. 1907. — WIRTH. *Soc. de méd. int. de Vienne*, 5 nov. 1902, analysé in *Sem. méd.*, nov. 1908. — SCHLESINGER. *Soc. de méd. int. de Vienne*, 5 nov. 1902, analysé in *Sem. méd.*, nov. 1908. — P. EMILE-WEIL et Octave CLAUDE. Les hémorragies et les troubles de la coagulation du sang dans les néphrites, *Tribune méd.*, 20 avril 1907. — E. C. HORT (de Turquay). Efficacité du sérum frais administré par la voie buccale, analysé in *Sem. méd.*, 4 mars 1908. — MONGOUR et Ch. GAUTHIER. *Soc. méd. de Bordeaux*, 12 juillet 1907, et *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 8 sept. 1907. — RÉNON et Léon TIXIER. Anémie pernicieuse traitée avec succès par la radiothérapie et les injections de sérum antitoxique, *Soc. méd. des hôpit.*, 9 mars 1906. — ACHARD et FEUILLÉE. Leucémie aiguë hémorragique, *Congrès de méd. de Paris*, 1907. — A. BROCA. L'hémostase chez les hémophiles (rapport à la Soc. de chir.), *Bull. de la Soc. de chir.*, 20 fév. 1907 — A. BROCA et P. EMILE WEIL. Les complications hémorragiques de l'appendicite, *Presse méd.*, 2 janv. 1909. — QUÉNU. *Soc. de chir.*, 24 juin 1908. — MORESTIN. Purpura hémorragique d'une certaine gravité. Résurrection véritable par les injections de sérum de cheval, selon la méthode de Weil, *Bull. de la Soc. de chir.*, 24 juin 1908. — LAPEYRE. Traitement des métrorragies par les injections de sérum animal, *Soc. d'obstétrique, de gynécol. et de pédiat.*, 6 juillet 1908, et *La Gynécologie*, 1908. — Raymond PETIT. Du traitement des brûlures par le sérum de Roux, *La Tuberculose infantile*, t. X, 1908. — DARIER. *La Clinique ophtalmologique*, 10 oct. 1906, et *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1909. — FROMAGET. Kératites à pneumocoques guéries par le sérum antidiphtérique (2 cas), *Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 janv. 1907. — Albert PARIS. *Contribution à l'étude des modifications sanguines chez l'enfant diphtérique traité par le sérum antidiphtérique*, Th. de Paris, 1903. — VIQUERAT. Cité par Castaigne, in *Journ. méd. franç.*, 1909, n° 3. — GOTTSTEIN. *Therap. Monats.*, 1896. — V. PIRQUET. *Verhamdl. der Gesells. f. Kind.*, 1905. — COURMONT. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 juin 1907.

FORMULAIRE

1° POUDRE A EMPLOYER CONTRE LE CORYZA AIGU :

Acide nitrique	} *áâ*	5 grammes.
Sucre de lait		
Salol		2 —
Poudre de benjoin		5 —

2° Même emploi que la précédente :

Dermatol		10 grammes.
Poudre de quinquina		15 —
Orthoforme		5 —
Morphine	} *áâ*	0g50
Cocaïne		

3° POUDRE ANTISEPTIQUE ET ANESTHÉSIANTE FAVORABLE AUX PANSEMENTS DES ESCARRES DOULOUREUSES DES TYPHIQUES OU DES BRULURES ÉTENDUES :

Dermatol	10 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	2 —
Poudre de benjoin	5 —
Amidon	20 —

(LEMANSKI.)

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 24 avril 1909.) Paul HEGER et Fernand HEGER-GILBERT : Les fonctions de l'épiploon. — Denys et F. VANDEN BRANDEN : La méningite cérébro-spinale en Belgique.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 4, avril 1909.) E. LAMBLING : L'acétonurie à l'état normal et chez le diabétique. — R. S. KOLBÉ : L'examen fonctionnel de l'intestin dans la pratique journalière (*fin*).

Archives générales de chirurgie. — (N° 4, 25 avril 1909.) NOVÉ-JOSSERAND : Traitement des formes graves de l'hypospadias et de l'épispadias, par la tunellisation avec greffe (*fin*). — FRŒLICH : Paralysie ischémique de Volkmann [considérations à propos de 8 cas personnels (fig.)]. — SANCERT : Contribution à l'étude du traitement moderne des anévrismes des membres (*fin*).

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 5, 15 mai 1909.) Guillaume LOUIS : La réaction de déviation du complément. — MASCAREL : L'emphysème pulmonaire. — R. MORICHAU-BEAUCHANT : La suralimentation habituelle; son rôle dans la genèse de l'arthritisme.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 14 juin : MM. Sainton, 17; Balthazard, 16; Deguy, 17.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Composition du jury pour le prochain concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux :

Juges titulaires. — MM. Moussous, Bitot, Pitres, Dumur, Bouvet, Courtin, Lefour.

Suppléants. — MM. Martin du Magny, Sabrazès, Cassaët, Denucé, Rivière.

— Composition du jury pour le concours de la médaille d'or :

Juges titulaires. — MM. Sabrazès, Dumur, Princeteau, Chavannaz, Badal, Rivière, Verger.

Suppléants. — MM. Cassaët, Martin du Magny, Lagrange, Lefour, Venot, Courtin de Boucaud.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE. — Prix Sirus Pirondi. — Prix biennal de 300 francs, produit des arrérages d'une somme de 6000 francs, léguée au Comité médical par son ancien président d'honneur, M. Sirus Pirondi. Ce prix sera décerné à l'Assemblée générale de 1910, à l'auteur du meilleur mémoire manuscrit sur un sujet, au choix du concurrent, portant sur la pratique médico-chirurgicale.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français.

Les mémoires inédits devront être adressés, pour le prochain concours, au secrétaire général du Comité médical des Bouches-du-Rhône, à Marseille, 3, Marché-des-Capucins, avant le 31 décembre 1909.

Ils ne devront pas être signés, mais porter en tête une légende reproduite sur une enveloppe cachetée, qui sera jointe au mémoire et qui contiendra à l'intérieur le nom de l'auteur.

MESURES SANITAIRES APPLICABLES A LA MARTINIQUE, LA GUADELOUPE ET LA RÉUNION. — Dans son article 33, la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique prévoit que les conditions d'application des dispositions qu'elle contient relativement aux colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion seront déterminées par des règlements d'administration publique.

La récente épidémie de fièvre jaune à la Martinique a fait ressortir l'intérêt qu'y présenterait une nouvelle législation, et un règlement d'ensemble a été rédigé pour les trois colonies, en s'inspirant des décrets du 27 mai 1907 et du 5 août 1908 déterminant les conditions d'application de la même loi en Algérie.

Le *Journal officiel* du 15 juin 1909 publie un décret reproduisant les dispositions combinées des deux décrets cités plus haut, avec des modifications de détail nécessitées par l'organisation des colonies intéressées.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *De Paris en Orient* (*viâ Marseille*). — La Compagnie P.-L.-M., d'accord avec les Compagnies des Messageries maritimes, Fraissinet et Paquet, délivre des billets simples valables quarante-cinq jours, pour se rendre, par Marseille, de Paris à l'un quelconque des ports ci-après : Alexandrie, Beyrouth, Constantinople, Le Pirée, Smyrne, Jaffa, Port-Saïd, Batoum, Salonique, Odessa, Samsoun, etc.

Les agences de la Compagnie des Messageries maritimes et de la Compagnie Paquet délivrent des billets d'aller et retour, valables cent vingt jours, pour se rendre, viâ Marseille, de Paris aux principaux ports du Levant.

Arrêts facultatifs sur le réseau P.-L.-M. (par la Bourgogne ou par le Bourbonnais).

Ces billets donnent droit à une franchise de 30 kilogs de bagages par place sur le chemin de fer ; sur les paquebots, cette franchise est de 100 kilogs par place de première classe et de 60 kilogs par place de deuxième classe.

Pour plus amples renseignements, consulter le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M. mis en vente au prix de 0 fr. 50 dans les gares de la Compagnie.

MONOPLÉGIE HYSTÉRIQUE

Apparition consécutive au développement d'un fibro-sarcome du bras. Guérison immédiate après une intervention chirurgicale faite sous le bénéfice de l'anesthésie névrosique,

Par MM. L. RIMBAUD,
Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier,
et J. ANGLADA,
Interne des hôpitaux.

Observation. — La malade qui fait l'objet de cette étude entre pour une paralysie du membre supérieur droit, qui date de huit jours. Elle a perdu connaissance subitement et est restée dans cet état pendant quelques jours. Depuis, la paralysie persiste.

Elle est hospitalisée dans le service de M. le professeur Rauzier.

Antécédents. — Du côté de l'hérédité, rien de saillant à relever. Au point de vue personnel, on note tout particulièrement un état nerveux prononcé se manifestant par des crises d'hystérie assez fréquentes. Il y a douze ans, consécutivement à une forte émotion (écroulement d'un édifice), elle aurait présenté une paralysie identique comme localisation à la paralysie actuelle et qui aurait cédé à un traitement électrique d'une durée de trois mois; à l'âge de dix-sept ans elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde assez bénigne.

Elle avait remarqué, il y a quelques mois, l'apparition d'une petite tumeur cutanée qui l'inquiétait beaucoup et à laquelle elle pensait souvent. Elle n'osait demander l'avis d'un médecin, craignant qu'il n'y eût là une manifestation néoplasique susceptible d'une opération, lorsque, il y a huit jours, elle fut témoin de la chute d'un château, voisin de sa demeure. On lui rapporte son fils blessé, aussitôt elle entre en crise nerveuse violente. Pendant une huitaine de jours elle reste sans connaissance, parlant confusément, s'agitant, voulant se lever. Puis tout rentre dans l'ordre, il ne persiste qu'une paralysie du membre supérieur droit accompagnée d'une faiblesse légère dans la jambe du même côté. Au moment où se produisit la chute, elle eut, dit-elle, la sensation de perdre son bras.

Examen. — Au point de vue fonctionnel, les troubles nerveux seuls attirent l'attention.

Ils consistent dans une impotence absolue du membre supérieur droit, avec sensation locale de brûlure intermittente. La jambe est paresseuse, gêne la marche, mais il n'y a point de véritable paralysie. Les autres appareils fonctionnent normalement.

Examen physique. — L'examen seul de l'appareil nerveux est intéressant, signalons pourtant les différences de tension artérielle : à droite, 13 degrés; à gauche, 17 degrés.

Motilité. — Bras droit absolument impotent, paralysie flasque complète. Du côté du membre inférieur un léger degré de faiblesse, l'ensemble des mouvements est toujours possible, il y a simplement un peu de gêne et une légère paresse. Rien à la face.

Sensibilité. — Abolition totale de tous les modes de la sensibilité pour la main, l'avant-bras et le bras droit, s'arrêtant exactement en une ligne passant par le commencement de l'épaule. Au membre inférieur, rien; par contre, à gauche, une hyperesthésie assez marquée. Pas d'incoordination, de zones hystérogènes; anesthésie laryngée et cornéenne.

Réflexes. — Cutanés et tendineux, normaux et égaux, réflexe des orteils en flexion.

Champ visuel : normal à gauche, légèrement rétréci à droite.

Rien de spécial pour les différents appareils sensoriels, pas de troubles trophiques. Sur le bras droit, au niveau de la face postéro-externe, un peu au-dessous de l'insertion deltoïdienne, existe une petite induration du volume d'une pièce de 50 centimes, avec hyperkératose et infiltration diffuse du derme, n'adhérant point aux plans profonds.

M. le professeur Vedel pose le diagnostic de fibro-adénome du derme. La malade a son attention attirée du côté de cette manifestation et demande si là ne réside pas la cause de sa paralysie. On la fortifie progressivement dans cette idée.

Le 23 mars, crise hystérique violente; la malade est en contracture, couchée en chien de fusil, ne répondant point aux interrogations. Une forte pression dans la fosse iliaque droite fait disparaître les phénomènes nerveux avec quelques cris et grincements de dents.

Le 25 mars, nouvelle crise de contracture prédominant au niveau du membre paralysé. Les doigts sont fermés; quelques mouvements convulsifs sur un ensemble de torpeur accentuée. La crise disparaît comme les jours précédents par une forte compression ovarienne. La malade est du reste en période menstruelle et perd abondamment.

Le 27, intervention opératoire, la malade réclamant avec insistance l'extirpation de la tumeur qui, pense-t-elle, la guérira de son impotence. L'opération (sans anesthésie médicamenteuse) est absolument indolore, elle dure quatre à cinq minutes et s'accompagne d'un large curettage des tissus périnéoplasiques. Les premiers points de suture ne sont point perçus, la sensibilité ne se manifeste qu'au moment même où on avertit cette femme que l'intervention va être terminée. Elle se plaint alors d'une sensation de fourmillements étendue à tout le bras, et geint légèrement pendant qu'on lui fait les derniers points.

La recherche des différents modes de sensibilité, pratiquée à ce moment, montre la disparition complète de l'anesthésie. Quant à la mobilisation, elle est moins absolue. La malade se borne à remuer les doigts et à fléchir un peu l'articulation du poignet.

Le 30. La sensibilité normale persiste, la mobilisation de la main se fait très bien, mais le pansement gêne un peu l'intégrité des mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras et d'élévation du bras. Mais le quatrième jour consécutif à l'opération, les points de suture étant enlevés, le retour à l'état physiologique se produit rapidement, et deux jours plus tard, la malade remue l'un et l'autre bras avec la même facilité. Elle se déclare guérie et quitte le service. La faiblesse de la jambe droite a disparu.

L'examen histologique de la tumeur l'a étiqueté : fibro-sarcome.

Il y a dans cette observation quelques points qui méritent d'être signalés, et parmi ceux-ci il faut principalement souligner le rôle du fibro-sarcome dans l'apparition de la monoplégie, l'intensité de l'anesthésie locale qui permet une intervention chirurgicale assez profonde sans que la malade éprouve la moindre douleur, la guérison immédiate consécutive à l'extirpation de la tumeur.

Dans ce cas, comme dans la plupart des manifestations isolées hystériques, une épine organique localise les troubles névrosiques; ici, c'est le fibro-sarcome qui a joué le rôle localisateur. L'émotion (écroulement d'un édifice) n'est que la cause occasionnelle; il fallait que cette hystérique fît quelque manifestation après un choc moral aussi intense. Elle a présenté jadis une paralysie hystérique, c'est encore une paralysie qu'elle va faire; comme elle a au bras droit une petite lésion qui l'inquiète et dont

elle s'est maintes fois préoccupée, c'est au bras droit qu'elle fait sa paralysie.

C'est un cas bien fréquent, que la localisation des phénomènes nerveux à la suite d'une épine organique ancienne ou récente chez les hystériques; une laryngite légère crée de l'aphonie complète, parfois même du mutisme; un foyer discret de bacillose pulmonaire se manifeste par une hémoptysie sensationnelle. L'un de nous vient de communiquer un cas d'arthropathie chez une hystérique qui, à propos d'une légère hydarthrose du genou, fit pendant quelques semaines de l'impotence complète (1). L'articulation très douloureuse limitait les moindres mouvements. En quarante-huit heures la suggestion hypnotique détermine une guérison complète. Le froid avait produit un peu d'hydarthrose et l'hystérie hypertrophiait la symptomatologie en une contracture qui simulait une véritable ankylose de l'articulation.

Ici, le facteur pathogénique secondaire de la paralysie est représenté par une émotion, comme dans de multiples modalités fréquemment signalées. La malade pensait à son bras; on sait que communément le bras représente chez le peuple l'ensemble du membre supérieur, c'est donc ce membre tout entier qui est pris dans sa totalité; il n'y a pas d'autre cause traumatique ou professionnelle pouvant centraliser à une fonction ou à un acte les troubles paralytiques; ce ne sera donc point une paralysie systématisée mais une monoplégie en bloc, où le facteur de suggestion inconsciente guide et prime les éléments du tableau symptomatique.

Un fait bien intéressant est l'anesthésie cutanée et profonde persistant pendant toute la durée de l'opération, résistant à l'incision large, à la dissection, au curettage des tissus périnéoplasiques. On ne peut supposer qu'il faille invoquer ici une endurance particulière d'une malade qui ne veut pas souffrir. Pas de simulation possible, les pupilles restent normales au cours de l'intervention, cette femme ne songe nullement à une indemnisation, il n'y a pas de procès d'engagé, personne sur qui faire retomber la responsabilité d'un accident qu'elle ramène à la présence sur le bras de la petite tumeur.

C'est donc une anesthésie véritable; si notre névrotique ne se plaint pas, c'est qu'elle n'a rien ressenti, la sensibilité normale avait bien disparu.

Les cas cliniques semblables au nôtre ne sont pas fréquents surtout lorsqu'ils se présentent avec un tel caractère de véracité. Pierre Janet en a rapporté une curieuse modalité dans l'histoire d'une malade chez qui l'analgésie fut assez intense pour permettre un curettage utérin, sans que l'on eut besoin de l'endormir (2). L'un de nous a encore opéré dans le service de M. le professeur Forgue une jeune fille qui présentait un lipome de la région frontale : toute la région est le siège d'une anesthésie névrosique, on enlève la tumeur du volume de la grosseur d'une noix sans recourir à la moindre insensibilisation médicamenteuse locale ou générale. L'anesthésie est telle, que la malade ne s'aperçoit pas que l'intervention est déjà commencée; elle se plaint que le lavage préopératoire fasse couler de l'eau chaude sur son visage et cette eau n'est autre chose que son propre sang.

Mais la donnée la plus caractéristique de cette observation est la disparition des troubles de la sensibilité, disparition immédiate dès le moment où la malade est avertie de l'extirpation de la tumeur. Les premiers points de suture sont indolores, mais à l'instant précis où la malade *sait* qu'elle est débarrassée du néoplasme, dès qu'elle voit la tumeur sanglante dans les mains de l'un de nous, elle déclare ressentir dans tout le bras des fourmillements très pénibles, et les derniers points de suture sont très difficilement supportés.

Il y a donc des éléments superposables mais légèrement différents dans leur intensité pour expliquer le retour de la sensibilité et de la motricité chez la malade. Il s'est produit à l'état de veille une suggestion qui a rendu conscient le facteur inconscient de la monoplégie. On a longuement insisté devant elle sur le rôle prédominant qu'exerçait le fibro-sarcome sur la persistance des troubles paralytiques; l'intervention a été nettement considérée comme la seule thérapeutique effective possible et lorsque la malade se couche sur la table d'opération, c'est avec la certitude absolue qu'on va la délivrer en même temps et de la cause et de l'effet. Mais elle a besoin d'être avertie; tant qu'elle ignore que l'extirpation est commencée, les temps généralement les plus douloureux ont passé inaperçus, la sensibilité douloureuse et tactile demeure absente, et si les derniers points de suture sont seuls douloureux, c'est qu'il s'est produit un fait nouveau, la malade a été mise au courant de l'opération; la tumeur responsable pour elle de la maladie étant enlevée, elle se libère en même temps des troubles sensitivo-moteurs qui n'en étaient que fonction. Elle s'en libère, mais en dissociant les phénomènes paralytiques des phénomènes sensitifs. La sensibilité restait endormie, la suggestion la réveille subitement, plus lentement se produit l'action curative sur la motilité du bras, de la main et de l'avant-bras qui se sont immobilisés pendant une période assez longue, et qui ont besoin d'un certain laps de temps pour revenir à l'intégrité complète. Mais ce retour suit une marche croissante, très rapidement progressive et bientôt il ne demeure plus de la monoplégie du membre supérieur droit que le mauvais souvenir.

Cette guérison est-elle définitive, durable. Il est difficile de le préciser. A l'heure actuelle, la malade nous écrit que son état demeure excellent, et la vue seule de sa lettre nous indique bien une mobilisation absolument normale de la main et du bras. Maintenant il faut se mettre en garde contre un retour éventuel. L'élément nerveux sommeille encore chez cette névrosée, il est bien possible qu'à un moment donné une légère douleur au niveau de la cicatrice, une néoplasie secondaire puissent reconstituer un tableau symptomatique identique à celui que présentait cette femme à son entrée à l'hôpital. Il n'en

(1) L. Rimbaud et Camus. *Montpellier méd.*, 16 mai 1909.
(2) Janet. *Névroses et idées fixes*, 1898.

demeure pas moins d'un intérêt très appréciable qu'une intervention indolore l'a débarrassée, tout au moins jusqu'à maintenant, d'une paralysie qui relevait de la présence d'un fibro-sarcome au bras et qui n'a pas survécu à l'acte opératoire.

MÉDECINE PRATIQUE

TROIS FORMES CLINIQUES DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE CHEZ L'ADULTE

D'après les traités classiques, l'adénopathie trachéo-bronchique, inflammatoire ou tuberculeuse, est presque exclusivement observée dans l'enfance; M. Cassaët considère cette assertion comme inexacte, et il enseigne que l'adénopathie trachéo-bronchique est fréquente, mais « insuffisamment recherchée » chez l'adulte; son élève M. Boisseau a étudié, comme sujet de thèse (1), quelques formes cliniques de cette affection qui donnent lieu à des considérations intéressantes de diagnostic.

C'est d'abord la forme asthmatique; on sait que celle-ci est assez commune chez les enfants (Lalouette, Rilliet et Barthez); Joal l'a décrite sous le nom d'asthme ganglionnaire, elle se voit aussi à l'âge adulte, mais seulement chez des sujets en puissance d'asthme, de par leur prédisposition neuro-arthritique. La crise de dyspnée, produite par un réflexe pneumo-bulbaire, rappelle assez exactement un accès d'asthme essentiel; cependant l'asthme d'origine ganglionnaire est plus irrégulier dans son apparition, il se traduit par une dyspnée qui n'est pas aussi nettement expiratoire que celle de l'asthme essentiel, l'inspiration est souvent pénible, elle peut même s'accompagner de tirage; les crachats perlés manquent presque toujours; enfin deux complications sont particulièrement fréquentes dans l'asthme ganglionnaire des adultes : une congestion pulmonaire du sommet siégeant du même côté que l'adénopathie; une dilatation aiguë mais passagère du cœur avec pouls petit, cyanose et tendance à la syncope.

La forme cardiaque de l'adénopathie trachéo-bronchique des adultes se présente sous deux aspects. Quelquefois il s'agit d'un abaissement simple du cœur, d'un abaissement du cœur avec dilatation aiguë ou permanente des cavités cardiaques; ces faits ont été observés par M. Cassaët. Dans d'autres cas, les ganglions trachéo-bronchiques augmentés de volume compriment l'aorte à son origine; on note alors tous les symptômes d'un rétrécissement aortique et cette compression de l'aorte peut provoquer de l'hypertrophie cardiaque et à plus longue échéance l'asystolie.

Dans la forme congestive, la compression du pneumo-gastrique, des bronches, ou des veines pulmonaires par les ganglions a pour conséquence des poussées plus ou moins fréquentes de congestion pulmonaire unilatérale du sommet. Cette congestion a une allure tantôt franchement aiguë, tantôt subaiguë; dans certains cas elle est intermittente. Les symptômes et signes physiques sont ceux que l'on observe habituellement dans tous les états congestifs du poumon; on note seulement comme caractères un peu spéciaux l'abondance de l'expectoration muco-spumeuse striée de sang, et, à l'auscultation, le timbre du souffle qui est souvent caverneux. La congestion aiguë ou subaiguë disparaît sans laisser de traces; la congestion intermittente peut aboutir à la sclérose du sommet du poumon; on conçoit que, dans ces cas, le diagnostic avec la tuberculose pulmonaire soit souvent très difficile.

Voici donc toute une série de faits dans lesquels l'affection primitive ganglionnaire est en quelque sorte éclipsée par des symptômes à distance, ce qui entraîne souvent des erreurs de diagnostic; pour remonter à l'origine de ces troubles morbides, il faut savoir attendre qu'ils aient disparu, et alors, on peut constater chez les malades les signes physiques ou l'adénopathie trachéo-bronchique et instituer un traitement pathogénique.

M. BRELET.

(1) R.-G. BOISSEAU. *Etude clinique des formes asthmatique, cardiaque et congestive de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'adulte*, Th. de Bordeaux, 1907-1908 (Cadoret, imprimeur).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 JUIN 1909)

Le problème de la vision cinématographique sans scintillements. — M. C. DE PROSZYNSKI. Nous avons récemment vu les troubles de la vision que peut produire le cinématographe. (Cinématophtalmie, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 65, p. 825.) Une des causes de ces troubles est le scintillement causé par l'obturateur qui, 14 fois par seconde, en moyenne, masque la lumière au moment précis du remplacement de chaque image par la suivante.

On cherche depuis longtemps à supprimer ces scintillements. Les personnes qui s'appliquent à résoudre ce problème se basent souvent sur l'hypothèse aux termes de laquelle l'agent principal de la suppression de ces scintillements est la persistance de l'excitation subie par les organes visuels, excitation qui survit à la disparition de la cause.

Se basant sur cette hypothèse, l'auteur a essayé de résoudre le problème susdit en employant les moyens suivants :

1° En tâchant de remplacer une image par l'image suivante le plus rapidement possible afin de réduire la durée de l'obturation;

2° En employant un écran phosphorescent pour réduire la diminution de l'intensité lumineuse due aux obturations;

3° En intercalant plusieurs palettes supplémentaires moins larges que la principale et disposées méthodiquement de différentes manières.

Traitement des nævi par l'électrolyse et le radium combinés. — M. FOVEAU DE COURMELLES. Les longues irradiations de sels de radium à 1 000 000 ou 1 500 000 activités sont nécessaires pour la disparition des nævi, mais on peut vulgariser ce traitement efficace en employant l'électrolyse positive par aiguilles multiples avant l'application du radium qui peut devenir simplement un vernis radifère, 5^{mg} à 100 000.

Par comparaison avec un grand nombre de cas traités simplement par les sels de radium ou par des régions sur le même individu soumises au radium seul, ou au radium et à l'électrolyse, on peut dire qu'on diminue de moitié la durée du traitement en général.

Quelques observations relatives aux phénomènes anaphylactiques et en particulier à leur non spécificité. — M. P. DELANOË.

Effets du chocolat et du café sur l'acide urique et les purines. — M. Pierre FAUVEL.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 JUIN 1909)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Saint-Yves-Ménard et donne la parole à M. Kauffmann pour la lecture du discours qu'il a prononcé sur sa tombe au nom de l'Académie.

La photothérapie dans le traitement de la tuberculose laryngée. — M. NEPVEU expose les résultats qu'il a obtenus par la photothérapie dans le traitement de la tuberculose laryngée. Perfectionnant les méthodes employées jusqu'ici

surtout en Suisse et en Allemagne, et qui ne comportent d'ordinaire que l'emploi de la lumière solaire, il projette avec des miroirs spéciaux sur les parties atteintes du larynx les rayons refroidis et concentrés de la lampe à arc. Les effets de ce traitement plus prompts et plus énergiques que ceux de l'héliothérapie, ont, sur les méthodes actuelles, l'avantage de n'être suivis d'aucune réaction douloureuse. La dysphagie et la dyspnée cèdent rapidement; les infiltrations tuberculeuses et les ulcérations sont heureusement influencées et, dans les cas relativement peu avancés, des guérisons ont été obtenues.

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Hallopeau.

Sur le pouvoir antitryptique du sérum sanguin et sa valeur diagnostique. — M. Widal présente une note de M. Poggenpohl (de Saint-Pétersbourg) qui a étudié, dans son laboratoire, le pouvoir antitryptique du sérum sanguin chez 112 malades en employant le procédé de M. Marcus. Il a trouvé le pouvoir antitryptique augmenté comme règle générale dans les cas de cancer et de pneumonie lobaire, tandis que diverses autres affections aiguës et chroniques, à de rares exceptions, présentaient un index antitryptique normal. La recherche du pouvoir antitryptique du sérum sanguin, proposée par MM. Brieger et Frebing pour le diagnostic du cancer, possède donc réellement une valeur séméiotique de haute importance.

L'auteur ne pense pas, comme M. Brieger, que cette réaction soit un symptôme de cachexie; il l'a trouvée en effet chez des sujets non cachectiques, et, d'autre part, chez beaucoup de malades atteints de cachexie non cancéreuse, il n'a pu la constater.

Il envisage plutôt cette réaction comme un processus de défense, d'immunisation, autrement dit il prétend que l'antitrypsine est un anticorps vrai, fabriqué par l'organisme comme défense contre l'introduction d'un ferment protéolytique dont l'origine peut être diverse.

L'augmentation du pouvoir antifermentatif du sérum est due à l'introduction exagérée de l'antigène correspondant, ce qui a pu être établi pour le cancer et la pneumonie lobaire.

Traitement des cancers profonds inopérables par le rayonnement ultra-pénétrant du radium. — M. Dominici a obtenu de bons résultats de ce mode de traitement qui consiste à introduire du bromure de radium pur inclus dans un tube de verre, contenu lui-même dans un tube d'or ou d'argent, au centre même des néoplasmes.

M. Dominici a ainsi traité un lymphadénome de la parotide dans le service de M. Bazy, un sarcome de la parotide dans le service de M. Reynier, et une autre tumeur cancéreuse inopérable dans le service de M. Schwartz. On aurait obtenu, dans ces cas, une régression très accentuée des tumeurs.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Chauvel.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Schwartz ; en deuxième ligne, M. Nélaton ; en troisième ligne, M. Jalaguier; en quatrième ligne, M. Bazy ; en cinquième ligne, M. Routier; en sixième ligne, M. de Lapersonne.

M. Schwartz a été élu par 62 suffrages sur 82 votants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 11 juin 1909)

Deux cas mortels de paralysie de Landry. — MM. Achard et Louis Ramond. Le premier cas concerne un homme de cinquante-sept ans, chez qui la paralysie fut ascendante d'un côté et descendante de l'autre. Chez le second, elle débuta par le cou, puis envahit successivement les membres inférieurs et les supérieurs.

La mort, dans la paralysie de Landry, survient habituellement par des troubles respiratoires et, en règle générale, avant la troisième semaine. Or, le premier malade mourut au trente-cinquième jour et le second au vingt-septième. Le pronostic semblait même d'autant plus favorable chez le premier, qu'une ébauche de mouvements reparaissait aux extrémités.

Les troubles respiratoires paraissent imputables à une origine bulbaire. Mais d'autres circonstances interviennent sans doute d'une façon accessoire. La paralysie du diaphragme et des muscles respirateurs auxiliaires, la tachycardie qui est fréquente, l'obésité qui existait dans les deux cas et rendait les déplacements difficiles, contribuaient à gêner la respiration. Enfin chez le second malade, le décubitus dorsal et la pénétration fréquente du liquide dégluti dans le larynx expliquaient la congestion pulmonaire dont on avait constaté les signes physiques.

Ce second malade succomba deux heures et demie après une ponction lombaire. Mais il n'est guère possible d'attribuer un rôle à cette ponction dans le mécanisme de la mort; car si la position donnée au malade pendant l'opération avait accru momentanément sa dyspnée, le calme était revenu après et le malade avait pu s'endormir.

Aucune circonstance étiologique n'a pu être invoquée dans ces deux cas et, à part quelques lésions de névrite périphérique insuffisantes pour expliquer la mort, le système nerveux n'était pas altéré. Cette intégrité se conçoit sans peine dans les cas rapidement mortels. Il n'en est pas de même au bout de plusieurs semaines. Pourtant, dans ces deux cas, alors que la cause pathogène n'avait pas cessé d'agir, après environ un mois, le système nerveux était resté à peu près intact.

Un nouveau cas de méningite cérébro-spinale aiguë, avec microbes abondants dans le liquide céphalo-rachidien, sans réaction leucocytaire. — MM. A. Pissavy et Guggenheim rencontrèrent, à l'état de culture pure, un bacille prenant le gram qu'ils ne purent identifier.

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une méningite primitive, avec congestion très vive des méninges, sans trace de suppuration.

Cette constatation ne permet pas de se rattacher à l'hypothèse d'une sédimentation des éléments cellulaires, à laquelle M. Widal avait pensé dans un cas analogue.

D'autre part, l'évolution relativement lente de la maladie (15 jours) éloigne l'idée d'une hypervirulence assez grande pour sidérer complètement les moyens de défense.

Sclérodermie et maladie de Raymond. Syndrome polyglandulaire. — MM. Dupré et Pierre Kahn. Femme de cinquante-sept ans, atteinte de sclérodermie de la face et des extrémités, d'asphyxie locale des pieds et des mains avec atrophie thyroïdienne probable. Hypertension artérielle et dilatation aortique. Quelques légers troubles mentaux de nature dépressive.

Dans les antécédents, bronchites fréquentes, pleurésie gauche, paralysie faciale périphérique; troubles vaso-moteurs liés aux périodes menstruelles.

A trente-deux ans, embonpoint rapide, essoufflement, nervosisme, douleurs des jointures.

A trente-neuf ans, fièvre typhoïde. Début de l'affection actuelle vers quarante ans. Ménopause à cinquante ans.

Aggravation progressive des symptômes. Depuis un an sans résultat appréciable, opothérapies : thyroïdienne, ovarienne, pituitaire, fibrolysine. Discussion des rapports de la sclérodermie, de l'asphyxie locale : rappel des observations antérieures analogues et de l'histoire des syndromes polyglandulaires.

Des méningites cérébro-spinales abortives, à liquide clair, sans méningocoques apparents. Leur démonstration par la réaction de Vincent. — M. Vincent lit un mémoire sur cette question de MM. Salebert et Louis qui appellent

l'attention sur les formes frustes ou atténuées de la méningite cérébro-spinale et signalent qu'en 1907 Salebert et Monziols ont observé trente cas abortifs à liquide clair, avec réaction cellulaire insignifiante, à l'occasion d'une épidémie survenue à Reims en 1907. La réaction de Vincent a récemment permis de vérifier chez un malade semblable le diagnostic d'infection méningococcique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 JUIN 1909)

Pouvoir leuco-activant des sérosités pathologiques. — MM. ACHARD et FOIX ont étudié le pouvoir leuco-activant des sérosités pathologiques en mesurant, à l'aide des levures stérilisées de muguet, l'activité de leucocytes normaux dans les liquides et en la comparant à celle de ces mêmes leucocytes dans du sérum normal.

Dans les sérosités de glissement riches en albumine, à l'état normal, le pouvoir leuco-activant paraît être élevé; il est faible, au contraire, dans les sérosités de remplissage ou de soutien, pauvres en albumine. Mais l'état pathologique modifie ces qualités en accroissant le pouvoir leuco-activant normalement faible par l'exsudation d'albumine et de produits venus du sang, et en abaissant le pouvoir leuco-activant normalement élevé par l'élaboration de produits nuisibles dus aux microbes et à la destruction cellulaire. De là deux sortes d'effets opposés qui expliquent sans doute des variations dont, au premier abord, on n'aperçoit pas la raison.

Ainsi dans le liquide céphalo-rachidien, le pouvoir leuco-activant, normalement très faible, est augmenté dans le tabes et la paralysie générale et surtout dans les méningites aiguës, jusqu'à égaler ou dépasser celui du sérum normal.

Dans le liquide d'ascite mécanique, ce pouvoir est élevé, égal ou supérieur à celui du sérum; il est abaissé dans la péritonite tuberculeuse. Dans les pleurésies il est inférieur à celui du sérum.

Il est à remarquer que l'activité des leucocytes renfermés dans ces épanchements est tout à fait indépendante du pouvoir leuco-activant.

Hépatites scléreuses produites par les toxines adhérentes du bacille de Koch. — MM. A. COURCOUX et L. RIBADEAU-DUMAS. Par l'inoculation de petites doses dans la circulation générale, et pendant un long espace de temps, des toxines d'Auclair, on peut provoquer des lésions scléreuses du foie, il s'agit d'une cirrhose jeune atteignant les espaces portes, les veines centrolobulaires et diffusant dans le lobule; des lésions spécifiques concomitantes, cellules géantes, amas folliculaires, indiquent la nature du processus lésionnel.

Dans d'autres cas, l'inoculation par la trachée ou dans la plèvre provoquant des lésions spécifiques pulmonaires et pleurales, on peut trouver surtout à la suite des lésions pleurales droites, des hépatites scléreuses ayant soit l'aspect de cirrhose columnaire portobiliaire et intra-lobulaire avec dégénérescence graisseuse des cellules, soit l'aspect d'une cirrhose annulaire.

Les caractères spécifiques indiquant la nature spéciale de la réaction scléreuse manquent dans ces cas, il n'y a pas trace de cellules géantes d'amas folliculaires.

Etude du pouvoir opsonique en dehors de l'influence directe du sérum. — Recherche du phénomène de Pfeiffer avec le gonocoque. — M. LE PLAY étudie les variations du pouvoir opsonique, en dehors de l'influence directe du sérum; globules blancs et microbes sont mis en présence dans de l'eau salée de concentration variable, à l'étuve à 37 degrés, pendant un temps variable : on n'observe pas de phagocytose spontanée. D'autre part, des microbes maintenus à l'étuve à 37 degrés, au contact de sérum sanguin pendant un temps variable, puis lavés avec de l'eau salée physiologique, présentent tout au plus une ébauche d'opsonisation. En conclusion, l'opsonisation ne se produit efficacement qu'en présence du sérum sanguin.

L'auteur a cherché à reproduire, mais sans résultat positif, le phénomène de Pfeiffer, avec le gonocoque, après vaccination préalable.

Thymus et thyroïdectomie. — MM. JEANDELIZE, LUCIEN et PARISOT. Lorsqu'on enlève la thyroïde à des animaux jeunes, le thymus de ces animaux diminue de poids, mais son involution ne commence pas plus tôt que d'ordinaire. Il n'y a donc pas lieu d'admettre l'existence de suppléances fonctionnelles entre le corps thyroïde et le thymus.

Hypertension céphalo-rachidienne et pression artérielle. — M. PARISOT. Au cours d'affections diverses du système nerveux central, on peut constater une forte élévation de la pression du liquide céphalo-rachidien, et, simultanément, de la tension artérielle. Lorsqu'on laisse, dans ces conditions, s'écouler le liquide céphalo-rachidien, de façon à ce que la pression de celui-ci retombe à son chiffre normal, la pression artérielle baisse parallèlement. L'hypertension céphalo-rachidienne est donc susceptible de provoquer une élévation de la tension artérielle.

Passage de l'iodure de potassium dans le liquide céphalo-rachidien normal. — MM. ACHARD et RIBOT, en employant une technique suffisamment sensible, ont pu, dans le liquide céphalo-rachidien d'un sujet absolument normal, retrouver l'iodure une heure après l'ingestion de 6 grammes, ou une quinzaine de minutes après l'injection intra-veineuse d'une dose de 50 centigrammes. Les méninges normales n'opposent donc pas une barrière infranchissable aux substances étrangères introduites dans l'organisme.

Biligénie hémolytique localisée à la peau sur de larges plaques d'érythème noueux sans extravasation sanguine. — MM. WIDAL et René BENARD. La transformation directe d'hémoglobine en pigments biliaires, en dehors du foie, n'a été signalée jusqu'à présent qu'au niveau de foyers hémorragiques. Les faits de biligénie cutanée apparus à la suite d'extravasation sanguine sont aujourd'hui bien connus : ainsi, on observe souvent une auréole jaune autour des ecchymoses et les taches purpuriques avant de pâlir prennent, en général, la teinte jaune biliaire.

MM. Widal et Benard viennent d'observer un cas de biligénie cutanée au cours d'un érythème noueux non purpurique. Le fait intéressant de cette observation est la formation locale du pigment sans qu'il y ait eu extravasation sanguine. Des plaques étendues et confluentes d'érythème noueux de couleur rouge violacée recouvraient la partie moyenne des deux jambes sur une étendue de 12 centimètres de haut sur 14 de large. Au niveau de ces plaques, la moindre pression faisait complètement disparaître la tache érythémateuse; il n'y avait donc pas d'infiltration sanguine.

Au centre de ces plaques apparurent des taches d'une belle couleur jaune qui atteignirent en quelques jours les dimensions de la paume de la main. Cette coloration s'éteignit après quelques jours.

L'un d'eux a soutenu, avec MM. Abrami et Brulé, que dans les ictères hémolytiques la formation du pigment peut s'effectuer dans l'organisme sans l'intervention du foie; c'est dans le sang circulant que les hématies abandonnent l'hémoglobine génératrice de pigments biliaires. Le fait que les auteurs viennent de rapporter prouve précisément que ces pigments peuvent se former aux dépens de l'hémoglobine dans le sang non extravasé. Lorsque le régime circulatoire est troublé au niveau de larges plaques érythémateuses, les hématies contenues dans le réseau vasculaire congestionné laissent diffuser

leur hémoglobine qui se transforme elle-même en pigments biliaires imprégnant la plaque primitivement rouge.

Athérome expérimental et chlorure de calcium. — MM. Etienne et Fritsch. L'addition, à l'adrénaline, de chlorure de calcium, favorise la production d'athérome expérimental. Or, le $CaCl^2$ est un décalcifiant, comment agit-il donc ? Probablement, en décalcifiant l'organisme, il dissout le squelette, maintient le plasma sursaturé de chaux et en permet la fixation sur l'artère antérieurement lésée par l'adrénaline.

Existence d'anticorps précipitants dans le liquide céphalo-rachidien de méningite tuberculeuse. — M. Vincent, dans dix cas de méningite tuberculeuse, a pu constater, dans le liquide céphalo-rachidien des malades, l'existence d'une précipitine, dont la recherche peut, parfois, faciliter singulièrement le diagnostic.

Eruptions sériques après injections intra-rachidiennes de sérum antiméningococcique. — M. Netter, sur 52 sujets traités par le sérum en injections intra-rachidiennes, a relevé 18 éruptions, soit 34,6 p. 100. Ces éruptions ont paru du septième au dix-neuvième jour, avec maximum le neuvième. Elles ne sont ni plus fréquentes ni plus précoces chez les sujets ayant reçu le plus grand nombre d'injections ou la plus grande quantité de sérum. Les injections se succédant à intervalles habituels de vingt-quatre heures, avec très courtes interruptions, l'auteur n'a injecté que rarement des sujets dans le stade d'anaphylaxie. Sur 6 sujets de cet ordre, 2 ont eu des éruptions.

Il est très intéressant de rapprocher ces résultats de ceux que Currie a rapporté en 1908 à propos de 50 méningitiques traités par le sérum en injections sous-cutanées. La concordance est parfaite. Currie trouve des éruptions chez 38 p. 100, l'auteur chez 34,6. Les éruptions ont lieu chez des malades du septième au dixième jour, chez 79 au lieu de 71 ; les éruptions immédiates ou accélérées chez les sujets injectés en anaphylaxie chez 28 p. 100 contre 33.

On voit qu'après les injections intra-rachidiennes les accidents sériques ne sont ni plus ni moins fréquents qu'après les injections sous-cutanées, que la répétition des injections à courts intervalles ne rend les accidents ni plus fréquents, ni plus graves, ni plus tardifs.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 10 JUIN, CONSACRÉE A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE)

Sur la genèse des lésions de la moelle épinière dans un cas de syphilis nerveuse à marche rapide. — M. Alquier. Un homme de quarante-quatre ans, syphilitique depuis dix ans, est pris de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et en ceinture ; en un mois, s'installe une paraplégie complète, spasmodique. Le malade succombe quinze jours plus tard, la paralysie étant devenue flasque les huit derniers jours. A l'autopsie, foyers multiples de myélomalacie, disséminés de la moelle cervicale inférieure à la région sacrée. L'artère du septum médian postérieur est entourée d'un manchon lymphocytique discontinu, suffisant pour assurer le diagnostic de syphilis, mais n'oblitérant pas le vaisseau. Les méninges ne présentent d'autre lésion qu'un peu de méningite postérieure ancienne, sans altérations vasculaires. Dans les foyers, de nombreux capillaires sont rétrécis ou oblitérés, d'autres dilatés, rompus par places. Mais, les troubles circulatoires n'apparaissent pas suffisants pour expliquer toutes les lésions, et rendent mal compte de la forme très irrégulière, en carte de géographie, des foyers, dont la configuration, l'étendue, l'intensité varient d'une coupe à l'autre. Une part semble devoir revenir aux toxines dans la genèse de ces lésions.

Atrophie musculaire progressive spinale syphilitique. — M. P. Merle. Un homme de quarante-quatre ans, syphilitique depuis vingt ans, fut pris d'une amyotrophie simultanée des quatre membres, diffuse, sans signes de tabes ni de myélite, sans troubles de la sensibilité, avec lymphocytose céphalo-rachidienne.

Sur toute la hauteur de la moelle, les cellules des cornes antérieures sont très atrophiées avec sclérose péricellulaire. Légère vascarite chronique avec léger infiltrat lymphocytique, les racines sont saines mais contiennent de nombreuses fibres fines. Les nerfs périphériques sont sains, les lésions musculaires légères.

Sur la genèse des plaques de sclérose dans la sclérose en plaques. — M. Lhermitte a étudié deux scléroses en plaques et constaté que les plaques se développent autour des vaisseaux. On a bien dit que les altérations vasculaires existent en dehors des plaques, mais elles y sont moins accentuées qu'à leur intérieur. D'autre part, elles ne sauraient être consécutives à l'irritation provoquée par la désintégration des fibres nerveuses, puisqu'elles peuvent se rencontrer en dehors des plaques. La méthode de coloration de la névroglie imaginée par l'auteur lui a montré que, dans la moelle, les plaques sont surtout fibrillaires ; dans le cerveau, où elles sont surtout riches en cellules névrogliques et semblent plus jeunes, on trouve également de nombreux plasmazellen avec des lymphocytes. — C'est là, fait remarquer M. Alquier, une loi générale ; dans les affections à plasmazellen, celles-ci sont surtout abondantes dans les formes subaiguës ou les poussées subaiguës des inflammations chroniques.

Recherches anatomo-pathologiques sur l'épendyme cérébral. Etat scryptique, kystique et varioliforme. — MM. G. Delamare et P. Merle. L'état cryptique, qui peut coïncider avec l'aspect vermoulu de l'écorce, est constitué par de petites dépressions avec bourrelet peu saillant. Il est dû à la raréfaction de la névroglie autour d'un vaisseau sous-épendymaire. Un kyste sous-épendymaire gros comme un pois, rempli de liquide clair, sans cysticerques, était revêtu d'un épithélium cubique discontinu. Autour, la névroglie était œdémateuse, l'état varioliforme est dû à une plaque fibreuse sous-épendymaire, amincie au niveau de l'ombilication, et qui a été trouvée en continuité avec les parois d'un vaisseau.

Dysostose cléido-cranienne héréditaire. — MM. Roussy et Ameuille. Le malade est mort à cinquante-deux ans. Le crâne présente l'élévation de l'étage moyen de la base, la persistance des fontanelles, de nombreux os wormiens, du prognatisme. La clavicule droite est représentée par une courte tige osseuse, unie au sternum et à l'acromion par deux points fibreux ; la gauche est grêle, mais complète. Gros cerveau de brachycéphale. Moelle syringomyélique.

Tumeur de l'hypophyse. — MM. Roussy et Lecène. L'extirpation, tentée par voie frontale, avait été partielle et suivie d'accalmie, pendant quelques jours, puis mort le dix-septième. A l'autopsie, la tumeur apparaît énorme, grosse comme un œuf. Le malade était acromégalique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 JUIN 1909)

Des albuminuries d'origine génitale (*suite*). — M. Le Fur confirme l'opinion de M. Castaigne, à savoir que les albumines d'origine génitale étant le plus souvent minimes et intermittentes ne sauraient être confondues d'ordinaire avec les cas de néphrite chronique albumineuse simple. Il rejette pour les cas qu'il a décrits le nom de fausses albuminuries, accepte avec réserves le terme de pseudo-albuminurie ; il a surtout voulu démontrer dans sa communication que dans les

cas d'albuminuries petites et intermittentes, à côté de l'origine rénale, il fallait penser à l'origine génitale.

Mammite suppurée et cancer du sein. — M. BOUCHER relate l'observation curieuse d'une mastite carcinomateuse suppurée du sein, à évolution subaiguë survenue chez une femme de cinquante-deux ans, avec les allures d'une mammite suppurée simple, ayant nécessité des incisions multiples, puis ayant récidivé rapidement après l'intervention chirurgicale, avec survie d'un an. Ce n'est pas la forme de cancer aigu de Volkmann parce que celui-ci ne suppure pas, évolue très rapidement en quelques mois vers la cachexie cancéreuse et ne s'observe guère que chez des femmes jeunes, enceintes ou puerpérales.

Emploi de l'air chaud dans les affections chirurgicales. — M. DUREY étudie les applications thérapeutiques de l'air chaud et montre qu'on peut l'employer de trois façons différentes, l'une comprenant les températures de 37 à 60 degrés en applications prolongées de six à vingt heures, celles de 80 à 150 degrés pendant une demi-heure ou une heure, ce sont celles qui conviennent le mieux dans les affections douloureuses; enfin, au delà de 300 degrés, on obtient une carbonification des tissus qui permet de détruire *in situ* des productions pathologiques dont le type est la gangrène diabétique.

Drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien, technique et indications générales. — MM. LE FILLIATRE et Georges ROSENTHAL substituent à la ponction lombaire le drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien. Par un dispositif ingénieux et parfaitement toléré par l'organisme, ils laissent en place une petite canule fermée par un obturateur métallique, le tout couvert par un pansement rigoureux, grâce au protecteur-ceinture.

En cas d'hypertension continue (hydrocéphalie, tumeurs cérébrales), en cas de suppurations intra-rachidiennes (méningites suppurées spécifiques à méningocoques ou dues à des infections banales), en cas de rachicocaïnisation, la canule lombaire permanente permet l'évacuation répétée des humeurs et aussi l'injection répétée des solutions colloïdales, des solutions médicamenteuses ou des sérums.

FORMULAIRE

LAVEMENT ALIMENTAIRE

Lait....................	250 grammes.
Jaunes d'œufs............	N° 2.
Sel de cuisine............	1 pincée.
Vin rouge...............	1 cuillerée à bouche.

(LEMANSKI.)

PARAMÉTRITE CHRONIQUE

Irrigations intra-utérines, chaque jour, avec la solution iodo-iodurée tiède et les injections rectales chaudes.

Appliquer tous les jours sur le col un tampon imbibé de :

Thigénol...............	50 grammes.
Glycérine..............	100 —

Toniques : quinquina, arsenic, glycérophosphate.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

STATUT DES FONCTIONNAIRES. LES MÉDECINS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.

L'Association amicale des médecins des asiles publics d'aliénés, auxquels se sont joints un grand nombre des médecins de ces asiles, ont déféré au Conseil d'Etat un décret du 12 décembre 1907, instituant un concours à l'effet de pourvoir au poste de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine et contre un arrêté préfectoral ouvrant le concours le 5 mars 1908.

Avant le décret attaqué et en vertu de textes antérieurs il existait un concours unique pour toute la France. Le décret de 1907 avait été pris à la suite d'un vœu présenté au Conseil général de la Seine et tendant à ce que l'on constituât le corps médical des asiles d'aliénés de la Seine en service autonome comme celui des médecins des hôpitaux de Paris.

Les requérants, qui avaient subi avec succès les concours précédents et qui avaient été nommés médecins adjoints dans des établissements publics d'aliénés, soutenaient devant le Conseil d'Etat qu'ils avaient par là même le droit d'être nommés aux fonctions de médecins en chef des établissements publics d'aliénés de toute la France, sans distinction ni restriction aucune. Suivant eux, le décret de 1907 aurait porté atteinte aux droits qui leur avaient été ainsi conférés par le concours d'adjuvat, en subordonnant à un deuxième concours, spécialement institué à cet effet, l'obtention des fonctions de médecins en chef des asiles de la Seine.

Devant la haute assemblée, au contraire, le commissaire du gouvernement Tardieu a fait remarquer que le décret de 1907 maintient toutes les garanties antérieures pour l'entrée dans la carrière ainsi que la durée minimum du stage dans l'emploi de médecin adjoint. Mais, au lieu d'abandonner la nomination des médecins en chef de la Seine à l'arbitraire, il institue un nouveau concours pour ces postes de choix.

Il a ajouté qu'il est inexact que, parce qu'un fonctionnaire est entré dans une carrière sous un régime déterminé, même à la suite du concours, il puisse prétendre voir toute sa carrière se développer jusqu'à la fin sous l'empire de cette même réglementation.

Si l'on admettait cette thèse, il arriverait que, dans un même corps, chaque fonctionnaire pourrait avoir son statut particulier, ce qui créerait un régime absolument incohérent.

Il arriverait que toute modification, même urgente, apportée à l'organisation d'un corps de fonctionnaires ne pourrait avoir d'effet que quand tous les fonctionnaires du régime précédent auraient disparu.

Le droit du fonctionnaire, c'est d'exiger que, tant que demeure en vigueur l'acte qui a constitué son statut, le gouvernement en observe exactement à son égard toutes les prescriptions, et quand ce régime vient à être modifié, que les modifications soient faites par les autorités compétentes.

Mais, si ces conditions sont remplies, les fonctionnaires ne peuvent se plaindre des changements apportés aux règlements dans l'intérêt général.

Tout ce que l'on peut faire en pareil cas, pour ménager des intérêts respectables, c'est de régler par des dispositions transitoires la situation des fonctionnaires qui pourraient être trop gravement lésés par les nouvelles mesures. Mais ce n'est là qu'une faculté et non une obligation.

Il faut donc admettre le principe qu'à moins de dispositions législatives spéciales ayant placé un corps de fonctionnaires sous le régime légal, c'est au chef de l'Etat qu'appartient le pouvoir de déterminer leur situation.

M. Tardieu a cité dans ce sens l'avis émis par M. Georges Teissier dans son *Traité de la responsabilité de la puissance publique*.

Le Conseil d'Etat a, dans son arrêt, rejeté la requête des médecins et reconnu qu'en l'absence d'une disposition législative ayant statué sur cet objet, un nouveau décret peut modifier valablement les droits et avantages résultant pour les fonctionnaires d'une réglementation précédente.

(*Le Temps.*)

NOTES POUR L'INTERNAT

CIRRHOSE BILIAIRE HYPERTROPHIQUE DE HANOT

Hanot a décrit, en 1875, une variété de cirrhose hypertrophique caractérisée : 1° *anatomiquement* par une sclérose extra-lobulaire et souvent intra-lobulaire sans tendance à la rétraction, avec une lésion spéciale des canalicules biliaires : leur développement exagéré et leur catarrhe chronique; 2° *cliniquement*, les principaux symptômes sont l'ictère chronique, l'hypertrophie du foie et de la rate, l'absence ou la faible importance de l'ascite et du développement des veines sous-cutanées abdominales; les phénomènes de l'ictère grave constituent la terminaison la plus habituelle, mais après une évolution lente, marquée par des poussées et des rémissions.

On discute aujourd'hui l'unité de la *maladie de Hanot*; d'après Chauffard, cette unité paraît très contestable. Mais cependant cette cirrhose reste un type des *cirrhoses biliaires* : cirrhoses qui ont leur point de départ dans l'inflammation de tout ou partie des voies biliaires et évoluent par le processus de la péri-angiocholite scléreuse, les voies sanguines restant saines ou à peu près. Elles diffèrent donc complètement des autres hépatites interstitielles, les *cirrhoses veineuses*, dont le type est la cirrhose de Laënnec.

Notons toutefois que les lésions et syndromes de ces deux formes peuvent dans certains cas s'associer, pour créer des *cirrhoses mixtes* (Dieulafoy).

ÉTIOLOGIE. — La cirrhose de Hanot s'observe surtout chez les hommes, chez les adultes encore jeunes, entre vingt et trente-cinq ans. Quelques cas ont été signalés dans l'enfance, dans la vieillesse. L'hérédité joue un rôle important; il existe en effet une véritable prédisposition héréditaire et familiale aux infections biliaires chroniques; elle se manifeste parfois par la présence de cirrhose biliaire chez divers membres d'une même famille, plus souvent ce sont d'autres types d'infection biliaire que l'on constate; c'est la *diathèse biliaire* (Gilbert et Lereboullet).

Quelquefois les premiers symptômes de la cirrhose biliaire apparaissent peu après une *maladie infectieuse* : fièvre typhoïde, scarlatine, pneumonie, grippe, etc... L'*alcoolisme* se retrouve assez souvent dans les antécédents des malades, mais il peut aussi manquer complètement. Le paludisme n'intervient qu'exceptionnellement; dans certains cas, la *syphilis* provoque un syndrome anatomique et clinique très voisin de la cirrhose biliaire, c'est l'hépatite syphilitique avec ictère chronique qui a été décrite aussi par Hanot. Peut-être la *tuberculose* est-elle parfois en cause à l'origine de la cirrhose de Hanot ou tout au moins du syndrome de Hanot; Péron a montré en 1898 qu'il existait une forme de cirrhose hypertrophique tuberculeuse analogue à la cirrhose hypertrophique biliaire; tout récemment (*Soc. méd. des hôpit.*, 15 janv. 1909), Géraudel a soutenu cette opinion que la maladie de Hanot relève fréquemment de la tuberculose, à la condition de n'accorder au terme, maladie de Hanot, que la valeur d'une expression commode pour caractériser certain mode hyperplasique des réactions hépatique et splénique.

En résumé, l'étiologie de la maladie de Hanot est encore très mal connue.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'anatomie pathologique est beaucoup plus caractéristique.

Etude macroscopique. — L'hypertrophie du *foie*, souvent énorme (poids, 2 200 à 4000 grammes) est dans la plupart des cas assez régulière; cependant l'hypertrophie d'un lobe peut prédominer. La surface de l'organe, sans être très granuleuse, n'est pas lisse; elle présente un aspect chagriné dû à une série de mamelons assez volumineux. La coloration générale est d'un vert plus ou moins foncé, quelquefois marbré de vert et de jaune; la consistance est le plus souvent accrue; la vésicule biliaire est tantôt dilatée, tantôt normale, parfois même atrophiée; les voies biliaires sont libres.

Sur une surface de section, l'aspect général est celui d'une mosaïque, formée par de larges bandes de tissu scléreux, irrégulièrement disposées, et délimitant des territoires jaunâtres ou verdâtres qui représentent le parenchyme hépatique.

Les *ganglions* du hile du foie, péripancréatiques et sous-diaphragmatiques, sont volumineux, d'un rouge foncé ou d'un gris noirâtre, très mous; sur une section, leur centre semble presque diffluent.

La *rate* est augmentée de volume, elle pèse de 500 grammes à 1 kilogramme et même plus; la périsplénite est parfois très marquée. A la surface de section, l'aspect est celui d'une rate congestive, avec un tissu tantôt ramolli, tantôt assez ferme, et dans lequel on voit parfois un développement exagéré des corpuscules de Malpighi.

Les lésions du *péritoine* sont fréquentes, mais localisées : périhépatite et périsplénite. Le tube digestif paraît sain; les reins sont souvent volumineux, avec une substance corticale imprégnée de bile, mais sans lésions macroscopiques notables.

Etude microscopique. — En examinant des coupes du foie à un faible grossissement, on voit le tissu conjonctif disposé en larges bandes irrégulières et anastomosées; entre ces bandes, s'emboîtent, comme dans un jeu de patience, les îlots de parenchyme hépatique; souvent ces îlots sont échancrés sur leurs bords du fait de la pénétration incomplète à leur intérieur du tissu de sclérose qui forme en ce point comme une tête de serpent. C'est une *cirrhose insulaire* ou columnaire; cependant parfois, elle est en certains points annulaire. Le *tissu conjonctif* des plaques de sclérose est plus ou moins dense, plus ou moins serré, adulte ou jeune; on y voit par place des amas de cellules embryonnaires, surtout en manchons, autour des canaux biliaires. Les artères hépatiques sont, en règle générale, peu modifiées; les ramifications de la veine porte conservent leur aspect normal, mais elles sont souvent dilatées (cirrhose télangiectasique de Kiener); les canaux et canalicules biliaires sont toujours lésés; ils sont plus ou moins entourés de cellules rondes ou de tissu de sclérose; les *néo-canalicules biliaires* sont très abondants au sein du tissu de sclérose, et c'est un caractère important pour le diagnostic anatomique, bien qu'on en puisse trouver dans d'autres variétés de cirrhose; ces canalicules, sans paroi propre, et constitués par un épithélium cubique, sont souvent sinueux, coudés, anastomosés, formant des plexus, ou dilatés, formant les angiomes biliaires de Sabourin.

Le *parenchyme hépatique*, entre les bandes de sclérose, montre une conservation presque générale de l'aspect normal des cellules et des travées hépatiques; on remarque quelquefois que leur volume paraît dépasser la normale, qu'il existe une multiplication très active des cellules hépatiques et une fréquence de figures karyokinétiques. Il faut encore signaler la surcharge biliaire du tissu hépatique.

Mais, vers la fin de la maladie, les cellules hépatiques s'altèrent, on trouve alors une dégénérescence granulo-graisseuse ou granulo-pigmentaire.

En résumé : hyperplasie conjonctive diffuse et très abondante, respectant le plus souvent les veines sus-hépatiques; abondance des néo-canalicules biliaires; angiocholite et péri-angiocholite constantes; atteinte moindre ou nulle des ramifications de la veine porte et de l'artère hépatique; intégrité de la plupart des cellules hépatiques, souvent même hyperplasie du parenchyme (Lereboullet).

La *rate* présente surtout des lésions congestives avec un peu d'hyperplasie du tissu splénique, d'hypergenèse du tissu lymphoïde.

Dans les ganglions, on trouve des lésions d'inflammation chronique.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 16 juin : MM. Decloux, 19; Armand-Delille, 18; Rostaine, 17.

— Dans la séance précédente (14 juin), M. Balthazard avait obtenu la note *19* et non 16.

L'EXERCICE DE LA RADIOGRAPHIE. — Dans sa dernière séance, l'Académie des sciences a voté les conclusions suivantes au sujet de l'exercice de la radiographie :

« 1° Il n'y a pas lieu de réformer la loi du 30 novembre 1892 en ce qui concerne l'application médicale des rayons de Rœntgen. Dans le vague où elle est restée intentionnellement, le magistrat, en l'interprétant et en l'appliquant, saura couvrir l'homme de science qui fait bénéficier les malades des acquisitions nouvelles; il frappera le charlatan qui, sans savoir et sans conscience, cherche à se substituer au médecin, dans l'emploi de ces moyens, en vue d'exploiter l'ignorance et la crédulité;

2° L'usage dans un but thérapeutique des rayons X ne peut être confié qu'à des docteurs en médecine. Mais on ne saurait considérer comme exerçant illégalement la médecine ceux qui, sans être munis du diplôme de docteur en médecine, se bornent à faire des radiographies et pratiquent l'examen préalable au radioscope;

3° En ce qui concerne les experts en radiologie, il n'y a pas lieu de limiter la liberté des juges;

4° Les directeurs et directeurs-adjoints de laboratoires de radiologie des hôpitaux seront nommés à la suite d'un concours. Les épreuves de ce concours seront surtout pratiques; elles auront lieu dans un laboratoire de radiologie d'un hôpital. On utilisera pour les épreuves les faits cliniques qui se présenteront.

Les candidats non médecins seront examinés en outre sur l'anatomie;

5° Le jury comprendra des docteurs ès sciences, des docteurs en médecine et un chef de laboratoire de radiologie. Il sera désigné par les commissions administratives sur une liste dressée par le conseil supérieur d'hygiène de France;

6° Les directeurs-adjoints pourront n'être pas médecins;

7° Les radiographes des laboratoires des hôpitaux, assurant le service le 1er janvier 1909, seront maintenus dans leurs fonctions;

8° Il n'y a pas lieu de créer un nouvel ordre de praticiens, qui, n'étant pas docteurs en médecine, mais ayant fait preuve de certaines connaissances médicales d'une part, et de connaissances théoriques et pratiques en radiologie d'autre part, seraient autorisés à appliquer médicalement les rayons X;

9° Il n'y a pas lieu de créer, pour les docteurs en médecine, un titre spécial d'aptitude aux applications radiologiques;

10° Il est désirable que, dans l'exécution des règlements relatifs à la réforme de l'enseignement médical, une importance beaucoup plus grande soit accordée aux études et aux exercices pratiques de radiologie.

11° Il est désirable aussi que, dans certains centres de haut enseignement, une place soit faite à l'étude scientifique de la radiologie;

12° L'Académie recommande l'installation, dans un des hôpitaux de chaque ville, siège d'une faculté de médecine, d'un laboratoire spécialement consacré à la radiographie. Ces laboratoires outillés pour faire des mesures précises seraient des centres d'enseignement et d'études pour le perfectionnement de la radiologie. Les directeurs et les directeurs-adjoints de ces laboratoires seront nommés au concours. Le diplôme de docteur en médecine ne sera pas exigé des candidats. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-troisième semaine, 837 décès, au lieu de 934 pendant la semaine précédente et de 836, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 6 pendant la semaine précédente.

La rougeole a causé 15 décès, au lieu de 19 pendant la semaine précédente (moyenne 14). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 393, au lieu de 437 pendant la semaine précédente (moyenne 348).

La scarlatine a causé 6 décès au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 267, il s'élevait à 264 pendant la semaine précédente (moyenne 192).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 117 décès, au lieu de 138 pendant la semaine précédente (moyenne 106).

La phtisie pulmonaire a causé 169 décès (moyenne 193).

On a signalé en outre 2 cas de méningite cérébro-spinale.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE LA « PRÉVOYANCE MÉDICALE »

A la dernière assemblée de l'Association générale des médecins de France, le secrétaire général, M. G. Lepage, à propos d'un vœu de la Société des Landes, montra, dans un rapport très documenté, combien les associations commerciales sont dangereuses pour le renom de la profession médicale. (V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 51, p. 642.)

M. Lepage revient aujourd'hui sur cette question et publie dans le *Bulletin médical*, à propos de la « Prévoyance médicale », une lettre ouverte dont nous croyons nécessaire de publier les principaux passages :

« Le rôle du médecin dans la société est de donner à ses concitoyens, qui en ont besoin, des conseils d'hygiène, des soins en cas de maladie, et de recevoir une rémunération variable suivant les usages courants et les conditions matérielles d'existence.

Il y a dix ans, sauf de rares exceptions, tous les médecins estimaient que, sous aucun prétexte, ils ne devaient être intéressés d'une manière plus ou moins directe aux produits pharmaceutiques ou non qu'ils conseillaient à leurs clients.

Sous l'influence de la dureté des temps, il s'est produit dans le corps médical un fléchissement du sens moral sur cette question de dignité professionnelle. La « Prévoyance médicale », dirigée par des hommes fort habiles, en a profité pour sortir de la pénombre discrète où elle se tenait prudemment pour se montrer au grand jour. En même temps, des confrères qui, pendant de longues années, s'étaient refusés à admettre la légitimité des principes sur lesquels repose la « Prévoyance médicale », ont tout d'un coup viré de bord, et créé une société similaire; ils ont répandu dans le public médical cette idée fausse que les médecins dits officiels étaient plus ou moins intéressés dans des sociétés d'eaux minérales ou dans des spécialités pharmaceutiques, généralisant ainsi à tout un groupe d'honorables confrères les fautes de quelques-uns, dont la conduite est d'autant plus répréhensible que leur situation est plus élevée. Ils ont fait valoir qu'il était permis au médecin isolé d'être actionnaire de sociétés thermales et que, ce qui était permis individuellement à chaque médecin, devait l'être *a fortiori* à un groupe de médecins réunissant en commun, pour une œuvre de solidarité médicale, les bénéfices résultant de la possession d'un nombre plus ou moins considérable d'actions de sociétés thermales.

En quelques années, grâce à une publicité habile, directe ou indirecte, les directeurs de la « Prévoyance médicale » ont obtenu des adhésions de plus en plus nombreuses...

Au fur et à mesure que les médecins adhéreront en nombre de plus en plus grand à des œuvres telles que la « Prévoyance médicale », ils perdront progressivement la confiance du public qui recourra de moins en moins à des avis que l'on saura intéressés. Et les *compérages* de ce genre feront perdre au corps médical la considération qui lui est de plus en plus nécessaire...

Personnellement, j'estime que, dans certaines conditions, les médecins peuvent être propriétaires d'eaux minérales et profiter de leur exploitation; mais je crois que tout médecin qui a l'occasion de conseiller à des malades une cure thermale ou un traitement hydro-minéral à domicile, doit, autant que possible, éviter d'être actionnaire des eaux qu'il prescrit.

C'est aux associations professionnelles ou à un « Ordre des médecins » qu'il appartiendrait de préciser la limite de ce qui est permis et de ce qui ne l'est pas, au point de vue des intérêts généraux de la profession.

Je vais plus loin. J'admets... qu'un médecin a le droit d'être actionnaire d'une station thermale : sa situation est bien différente de celle d'un membre de la « Prévoyance médicale ». Jamais, en effet, il ne viendra à l'idée d'un membre du conseil d'administration d'une société thermale de contrôler si, dans le cours d'une année, le médecin actionnaire a prescrit plus ou moins de bouteilles d'eau minérale provenant de la station. Il n'en est pas de même à la « Prévoyance médicale ». Ouvrez au hasard un des numéros du journal, vous y verrez par exemple (n° 3, 20 mars 1905), dans un article intitulé « Une mesure utile », les réflexions suivantes :

« Le conseil d'administration de la société a pris une mesure excellente qui lui permettra de connaître quels sont ceux de ses membres qui font leur devoir en prescrivant, pour développer les ressources de notre compagnie, et les frelons qui, contrairement à leur engagement d'honneur pris en entrant dans la société, le négligent... Le conseil a décidé, en effet, la création de tickets de remise. Ces tickets revenant au siège social, revêtus du timbre des pharmaciens vendeurs, sont classés par départements d'abord, par arrondissements ensuite, et enfin par localités et noms des vendeurs. De cette façon, nous aurons des indications certaines sur les endroits où nos sociétaires font leur devoir en prescrivant, et sur ceux où ils oublient nos eaux et nos produits hygiéniques qui ont été créés pour augmenter nos ressources. »

Depuis cette époque, la surveillance de la « Prévoyance médicale » sur les prescriptions de ses adhérents s'est perfectionnée, comme le prouvent les lettres adressées à certains d'entre eux, dans lesquelles on leur reproche de n'avoir pas suffisamment prescrit l'année précédente tel ou tel produit...

Ainsi donc, si le médecin adhérent à la Prévoyance ne veut pas encourir de reproches, il doit contribuer à la prospérité de l'œuvre commune en prescrivant d'une manière suffisante les produits patronnés par la « Prévoyance médicale ».

Comme vous le voyez, la situation du médecin actionnaire d'une société thermale n'est en rien comparable, au point de vue de l'indépendance, à celle d'un membre de la « Prévoyance médicale »...

J'estime qu'en principe il est préférable, pour le médecin, de ne point être actionnaire d'une maison de santé dont il peut conseiller l'entrée à ses malades. Mais il ne faut pas être à ce point d'un rigorisme trop absolu : il faut tenir compte des mœurs qui se transforment et des nécessités nouvelles provenant des modifications de la thérapeutique.

Il est certain que c'est grâce au concours pécuniaire apporté par des médecins que certains établissements, rendant aux malades des services signalés, ont pu être créés et prospérer. Il importe, en outre, de remarquer qu'en pareil cas le médecin qui, la plupart du temps, agit surtout dans un but philanthropique, fait courir à ses capitaux un certain risque, il n'est que juste qu'il soit rémunéré du concours pécuniaire qu'il a apporté à une œuvre destinée au traitement des malades.

Il serait nécessaire que toutes ces questions soient franchement abordées et résolues par un Ordre des médecins dont le bureau serait élu par ses adhérents. Mais, encore une fois, il n'y a, à mon avis, rien de commun entre les bénéfices retirés par les médecins dans ces conditions avec ceux qui résultent pour lui d'une adhésion à une Société, au succès de laquelle il contribue sans courir aucun risque, en se contentant de formuler sur ses ordonnances certains produits à l'exclusion des autres, en mettant au service d'intérêts particuliers l'autorité des conseils qu'il donne aux malades; car si, depuis quelques mois, la « Prévoyance médicale » a modifié un peu ses exigences vis-à-vis de ses adhérents, elle leur recommandait à un moment donné de prescrire ses eaux et ses produits à l'*exclusion* des autres. C'est ainsi que, propriétaire des « Perles de Vals », elle interdisait à ses adhérents de faire partie du « Patronage médical », qui était propriétaire de la « Reine de Vals »...

Se désintéresser d'une évolution si grave est sans doute habile, mais comme M. Lepage, comme notre excellent confrère le *Bulletin médical*, nous préférons à cette abstention une discussion loyale, au grand jour, et nous espérons qu'on aboutira ainsi à une situation plus nette, pour le plus grand bénéfice de toute la profession.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE CANCER PRIMITIF DU FOIE

Par MM. CH. GARIN et R. CRÉMIEU,
Internes des hôpitaux de Lyon.

I

Historique. — Le cancer du foie était inconnu des anciens. Il fut confondu par les médecins du XVII[e] et du XVIII[e] siècles avec toutes les dégénérescences du foie. Bayle, le premier, en 1812, décrivit les signes du carcinome hépatique qu'il compara au cancer de la mamelle. Quant à l'existence même du cancer primitif elle fut soupçonnée par Andral et J. Cruveilhier.

On retrouve signalée l'existence du cancer hépatique primitif dans Carswell, Rokitansky, Aug. Bonnet, Frerichs. Avec Murchison, les détails se précisent. Mais il faut arriver au livre célèbre de Hanot et Gilbert (1888) pour trouver une étude détaillée, complète, et, on peut le dire, définitive du cancer primitif du foie. Les deux formes anatomiques décrites par eux, de cancer en amande et de cancer nodulaire, sont restées classiques. Ce sont eux également qui ont individualisé les premiers la forme du cancer avec cirrhose.

Enfin, Lancereaux (1899) a mis au point l'anatomie pathologique microscopique.

Les nombreuses observations récentes n'ont guère servi qu'à compléter le tableau clinique, et à préciser à la fois la symptomatologie et le diagnostic de cette affection.

II

Etiologie. — L'étiologie du cancer hépatique primitif est naturellement très obscure.

On a invoqué l'hérédité cancéreuse (Murchison). Harley donne cette maladie comme commune dans les familles tuberculeuses. Elle atteint surtout les sujets qui ont dépassé cinquante ans, bien qu'on l'ait signalée chez des enfants (Smith, Labric, Cade et Pallasse).

Le traumatisme se rencontre souvent dans les observations publiées, mais on sait quelle tendance ont les malades à attribuer leurs maux à un traumatisme antérieur.

Le paludisme, la syphilis se retrouvent souvent aussi dans les observations de cancer primitif du foie. Mais l'agent étiologique le plus constant c'est l'alcoolisme. C'est celui que nous avons relevé le plus communément dans les observations que nous avons réunies; c'est celui qui nous a paru le plus certain de tous.

Toutes ces causes sont d'ailleurs uniquement prédisposantes; la pathogénie vraie du cancer primitif reste aussi incertaine que celle de tous les cancers.

Fréquence. — La plupart des auteurs s'accordent à admettre que le cancer du foie est beaucoup plus souvent secondaire que primitif.

Pour Oppotzer, Frerichs, Niemayer, cités par Hanot et Gilbert, le cancer primitif serait très fréquent. Pour Sibley et Meissner il serait très rare.

En additionnant une dizaine de statistiques, Hanot et Gilbert arrivent à admettre la proportion de 1 cancer primitif pour 8 cancers secondaires.

En ce qui concerne la fréquence relative, parmi les cancers primitifs, de la forme avec cirrhose, Hanot et Gilbert admettent que cette forme représente 32 p. 100 de la totalité.

Sur 17 observations lyonnaises que nous avons lues, nous avons trouvé signalée 7 fois (soit 41 p. 100) la forme avec cirrhose.

III

Anatomie pathologique. — Nous suivrons dans ce chapitre la description de Hanot et Gilbert qui nous a paru la plus claire et la plus compréhensible.

A. Anatomie macroscopique. — Tous les auteurs depuis Hanot et Gilbert décrivent 3 formes : *cancer massif*, *cancer nodulaire*, *cancer avec cirrhose*.

Le *cancer massif* a été bien décrit par Gilbert dans sa thèse (1886). Ce type a été désigné aussi sous le nom de *cancer en amande*. Dans cette forme la néoplasie occupe une région centrale de la glande hépatique.

A l'ouverture du cadavre, on se trouve en présence d'un foie augmenté de volume, mais dont la surface est absolument lisse et de coloration normale; en somme, rien ne permet de soupçonner le cancer avant la coupe.

L'organe étant coupé, on trouve une masse cancéreuse centrale plus ou moins volumineuse, pouvant occuper parfois un lobe hépatique dans sa presque totalité et venir affleurer la capsule.

La masse cancéreuse est de teinte blanchâtre ou grise ou jaunâtre. « Son centre n'est presque jamais ramolli, comme le centre des nodosités cancéreuses de grande dimension, primitives ou secondaires; il semble, le plus souvent, que ses différentes parties constituantes soient de même âge, aient apparu simultanément et non qu'elles aient subi un développement successif et centrifuge » (Hanot et Gilbert).

En dehors du foie, les ganglions du hile, les ganglions gastro-hépatiques et ceux de la région prévertébrale peuvent être dégénérés.

Les généralisations à d'autres organes sont exceptionnelles dans cette forme, mais la vésicule biliaire ou le rein droit peuvent être envahis par contiguité. Un certain nombre d'observations rapportent des métastases pulmonaires.

Le *cancer nodulaire* ressemble en tous points au cancer secondaire du foie, alors que la forme en amande est l'apanage du cancer primitif. Ici le foie apparaît irrégulièrement bosselé, marronné, par des nodosités cancéreuses multiples, dont le nombre est plus ou moins grand, et dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une mandarine.

Quelquefois d'ailleurs les noyaux cancéreux ne forment pas de saillie à la surface du foie, mais apparaissent simplement sous forme d'une tache blanchâtre, que l'on a comparée à une *tache de bougie*.

Sur une coupe la glande hépatique apparaît comme farcie de noyaux de dégénérescence, de volume variable, et dont la teinte oscille entre le blanc et le jaune d'or; l'organe est toujours augmenté de volume et peut peser jusqu'à 4 kilogrammes.

Les lésions extra-hépatiques sont constituées par de la péri-hépatite qui est très fréquente dans cette forme, par des généralisations de voisinage et des généralisations ganglionnaires ou viscérales et exceptionnelles, analogues à celles que nous avons mentionné pour le cancer massif.

Le *cancer avec cirrhose* constitue cette forme particulière où le cancer se développe en concomitance avec une sclérose hépatique. Dans ce cas d'ailleurs la cirrhose évolue en même temps que le cancer et les deux processus associés constituent une lésion néoplasique spéciale que les auteurs dénomment encore *adénome* ou *adéno-carcinome*. Le cancer avec cirrhose amène en général une augmentation de volume du foie, mais beaucoup moins considérable que les formes précédentes. « Les nodosités néoplasiques qui le caractérisent restent parfois cachées dans la profondeur de la glande hépatique et demeurent inappréciables à l'examen extérieur de celle-ci. Le plus souvent, ou bien elles hérissent la surface du foie tout entier, ou bien elles ne la soulèvent que sur une partie de son étendue, de telle sorte qu'à côté de mamelons cancéreux, l'on peut reconnaître par places et particulièrement au niveau du lobe gauche les granulations de la cirrhose. Les nodosités ont une consistance ferme et une coloration blanchâtre ou jaunâtre lorsqu'elles sont récentes; elles sont ramollies et transformées en une bouillie de coloration jaune d'or lorsqu'elles sont anciennes et dégénérées » (Hanot et Gilbert).

Sur les surfaces de coupe, les granulations cancéreuses apparaissent plus ou moins nombreuses, avec les mêmes caractères de volume et de coloration qu'à la surface; elles sont souvent comme enserrées par une coque fibreuse et dure qui les entoure et sur laquelle elles forment une légère saillie.

Les lésions extra-hépatiques sont analogues à celles de la forme nodulaire, et les généralisations viscérales les plus fréquentes se font dans la plèvre et le poumon droit.

La rate est, de même que dans les autres formes, le plus souvent hypertrophiée.

B. Anatomie microscopique. — Les auteurs décrivent en général deux grandes formes de cancer hépatique primitif en se basant les uns, avec Lancereaux, sur l'origine glandulaire ou biliaire des cellules néoplasiques, les autres avec Hanot et Gilbert sur la disposition des cellules cancéreuses relativement au tissu conjonctif. C'est ainsi que le premier de ces auteurs décrit le *cancer acineux ou glandulaire* et le *cancer des voies biliaires intra-hépatiques*. Les seconds décrivent l'*épithélioma alvéolaire* et l'*épithélioma trabéculaire*, qui correspond à l'épithélioma acineux de Lancereaux, à l'adénome de Kelsch et Kiener, et que nous décrirons tout d'abord.

Epithélioma trabéculaire. — Cette forme appelée aussi *adéno-carcinome* par quelques auteurs, est formée de travées néoplasiques et d'un stroma conjonctif. Ces travées se disposent sur les coupes de la même façon que les travées normales de la glande hépatique dont elles dérivent. Elles ne s'en différencient à un faible grossissement que par leur diamètre considérable. Elles sont séparées les unes des autres par un stroma conjonctif creusé ou non de lacunes vasculaires.

Ces travées cancéreuses sont pleines ou canaliculées. Les canalicules, de dimensions et de formes variées, peuvent contenir des éléments épithéliaux mortifiés, des blocs colloïdes ou des concrétions biliaires.

Quant aux cellules néoplasiques qui par leur juxtaposition constituent ces travées, leurs formes sont variables, comme leurs dimensions.

Elles sont le plus souvent polyédriques dans les travées pleines; dans les travées canaliculées, à côté de cellules polyédriques, on peut trouver aussi des cellules lamellaires, cylindriques ou cubiques.

En ce qui concerne leurs dimensions, plus petites d'ordinaire que les cellules hépatiques normales, elles peuvent être aussi beaucoup plus volumineuses et l'on trouve souvent dans la même région, les uns à côté des autres, des éléments de volume très différent.

Les noyaux sont également très variables en forme et en dimension. Ils sont ronds ou ovalaires, et leur diamètre peut atteindre le chiffre énorme de 40 μ. On en trouve très souvent plusieurs, et quelquefois un grand nombre dans une même cellule. Chacun d'eux contient un ou plusieurs nucléoles.

Si nous passons maintenant à l'étude des rapports du tissu cancéreux avec le tissu sain, nous pouvons constater que très souvent les travées cancéreuses se développent à la suite des travées normales, et qu'elles en dérivent. Les éléments cancéreux perdent cependant les caractères de la cellule hépatique normale; leurs réactions histo-chimiques, leur forme, leur structure deviennent différentes, et enfin leurs propriétés physiologiques paraissent aussi modifiées sans que l'on puisse dire, évidemment, en quoi consiste cette modification.

Toutefois si les travées cancéreuses paraissent continuer les travées normales dans la plupart des cas, et en particulier dans les nodules cancéreux récents, les auteurs s'accordent à reconnaître qu'il n'en est pas toujours ainsi. Quand on examine sur des coupes des nodules déjà anciens et qui ont eu le temps d'atteindre un développement plus complet, on voit que le tissu normal, au lieu de continuer régulièrement le tissu néoplasique, est plus ou moins refoulé par lui. Les cellules saines refoulées se distribuent en rangées plus ou moins concentriques autour du nodule cancéreux qu'elles enkystent.

A un stade plus avancé le nodule cancéreux dégénère, et les cellules qui le constituent sont plus ou moins modifiées par la nécrobiose, la dégénérescence graisseuse, ou la transformation fibreuse.

En dehors des régions vraiment néoplasiques, le tissu qu'on est convenu d'appeler sain présente aussi des lésions irritatives. Les noyaux cellulaires

sont volumineux, multipliés. Les travées hépatiques peuvent être plus ou moins dissociées, ou bien prolifèrent et donnent par place de l'hépatite parenchymateuse. La lésion irritative se manifeste surtout par la réaction du tissu interstitiel; la coexistence de la cirrhose et du cancer se voit souvent dans l'épithéliome.

Cette réaction du tissu conjonctif péricapillaire est plus ou moins considérable à la limite du nodule cancéreux. Elle forme parfois de véritables nappes concentriques à la néoplasie, au milieu desquelles on distingue un grand nombre de canalicules biliaires.

Ces lésions cirrhotiques accompagnant le cancer trabéculaire sont pour Lancereaux la conséquence du développement dans le foie des nodosités néoplasiques. Pour Sabourin c'est la cirrhose qui est la première en date, et le cancer ne survient qu'à titre d'accident au cours de la cirrhose. Pour Hanot et Gilbert enfin, la cirrhose et le cancer trabéculaire sont simultanés et seraient deux manifestations connexes et différentes d'un même agent irritatif.

Epithélioma alvéolaire. — Cette forme de cancer ne répond pas à un seul type, mais en comprend un certain nombre. Ce qui en fait l'unité, c'est la disposition du stroma conjonctif qui est sensiblement la même pour tous les types. Ces différents types se différencient entre eux par la qualité des cellules cancéreuses qui composent les alvéoles. Le plus souvent ce sont des éléments soit inégaux, soit de petites dimensions et polyédriques, d'où les deux formes de *cancer alvéolaire à cellules polymorphes*, et de *cancer alvéolaire à petites cellules polyédriques*.

Il existe aussi des variétés plus rares où les éléments cancéreux sont des cellules de grande dimension ou des cellules cylindriques; ces deux dernières variétés ont été bien décrites par Hanot et Gilbert.

Le *cancer alvéolaire à cellules polymorphes* présente sur les coupes une disposition particulière. Le tissu conjonctif se montre sous forme d'îlots fibreux plus ou moins larges, donnant, sur leurs bords, insertion à de fines bandes conjonctives qui limitent les alvéoles cancéreux. Ces îlots fibreux représentent la coupe des espaces portes modifiés, augmentés de volume et densifiés.

Les ramifications de l'artère hépatique y ont disparu, ou se montrent plus ou moins imperméables. Les ramifications portales y apparaissent obstruées par un bouchon épithéliomateux.

Le tissu conjonctif ainsi disposé circonscrit des alvéoles plus ou moins arrondis, quelquefois irréguliers et qui renferment les éléments néoplasiques.

Ces éléments ont des formes très variées suivant les points examinés. Dans un même alvéole ils sont aussi le plus souvent très polymorphes : arrondis, cubiques, fusiformes ou d'une irrégularité complète.

Leur volume est en général peu considérable. On peut noter cependant parfois la présence d'un très gros élément isolé.

Ces cellules cancéreuses ont un protoplasme souvent granuleux. Leurs noyaux, volumineux, sont souvent multiples et peuvent occuper une situation centrale ou périphérique. D'ailleurs quand on étudie comparativement la morphologie de différents cas de cancer, on se rend compte que chaque cas particulier présente une disposition spéciale. Si bien que Hanot et Gilbert, dont nous suivons la description dans cette étude, reconnaissent eux-mêmes que les cas qui sont rangés sous la même étiquette sont probablement d'ordre très différent.

Sur les limites des régions malades, on constate que le cancer se continue sans transition avec le tissu avoisinant qui, paraissant sain à un examen sommaire, présente cependant le plus souvent des lésions. La disposition trabéculaire des éléments y est moins marquée qu'à l'état normal; les cellules hépatiques elles-mêmes accusent une réaction inflammatoire soit par leur protoplasme devenu adipeux, soit par leurs noyaux segmentés et vivement colorés.

Il est le plus souvent assez malaisé de suivre la transformation de la cellule hépatique normale en cellule cancéreuse; pourtant dans certains cas on a pu voir les travées hépatiques se changer en travées néoplasiques et plus loin en bloc alvéolaire.

Le *cancer épithélial à cellules polyédriques* diffère peu de la forme précédente. Le stroma conjonctif présente une disposition analogue; il est composé de bandes scléreuses épaisses reliées par des travées fines qui délimitent les blocs alvéolaires. Ces bandes scléreuses sont sinueuses, parfois disposées en anneaux. Sur les coupes les alvéoles sont plus petits que dans la forme précédente. Les groupes d'éléments cancéreux y sont plus morcelés par le tissu conjonctif.

Quant aux cellules cancéreuses elles-mêmes, ce sont elles qui donnent à cette forme son individualité. Elles sont entassées sans ordre apparent dans les mailles du réseau conjonctif que nous avons décrit. Leur forme est généralement polyédrique par pression réciproque, leurs dimensions sont plus faibles que celles des cellules hépatiques normales.

Sur les confins de la tumeur le parenchyme hépatique se comporte différemment suivant les points observés.

En certains endroits où la prolifération cancéreuse est très active, le tissu hépatique voisin est refoulé, et les cellules normales se tassent et se disposent en bandes circulaires concentriques entourant le bloc alvéolaire. Quelquefois même certaines cellules hépatiques sont complètement aplaties, peuvent même disparaître, au point que la région circonscrivant le nodule cancéreux n'est plus représentée que par le tissu conjonctif des capillaires. De la sorte, la région cancéreuse finit par être complètement isolée de la partie saine par une bande conjonctive, comme dans un cancer secondaire.

Dans d'autres points, où la prolifération cancéreuse est moins active, il n'en est plus de même : les éléments cancéreux se continuent sans transition avec les éléments normaux et l'on peut assister au passage progressif des cellules normales aux cellules néoplasiques.

Tel est l'aspect du cancer alvéolaire à éléments polyédriques à son stade adulte. Mais en certains points d'âge plus avancé on observe des phénomènes de nécrobiose, et la dégénérescence graisseuse, granuleuse des éléments.

En d'autres points au contraire le tissu conjonctif, présentant dans son sein des capillaires dilatés, enserre de plus en plus les éléments cancéreux et les étouffe. C'est là un véritable processus partiel de guérison.

Nous avons décrit jusqu'ici les formes classiques du cancer primitif du foie; nous devons signaler maintenant avec Hanot et Gilbert certaines formes rares comme le cancer à cellules gigantesques, et le cancer à cellules cylindriques.

Le *cancer à cellules gigantesques* se différencie d'un cancer alvéolaire ordinaire en ce que les éléments constitutifs de chaque bloc alvéolaire sont très peu nombreux et de dimensions énormes. Ces cellules sont trois ou quatre fois plus grosses qu'une cellule hépatique normale, leur noyau est également monstrueux et peut atteindre 30 μ. En réalité, à un fort grossissement ces noyaux énormes se résolvent en un amas d'un grand nombre de noyaux plus petits. On peut trouver même à l'intérieur de ces singulières cellules gigantesques de véritables cellules endogènes. Au voisinage des régions cancéreuses le tissu hépatique est peu modifié. Mais la cellule hépatique, elle, paraît touchée dans son noyau qui est plus volumineux et se colore plus vivement.

L'*épithéliome alvéolaire à cellules cylindriques* est une forme très rare également et a été étudié par Laveran, puis par Hanot. Dans cette forme, les alvéoles sont petits, au sein d'un stroma très épais. Dans le sein d'un alvéole, on trouve une seule rangée de cellules cylindriques réparties à la périphérie. Chaque cellule contient vers sa base d'implantation un noyau ovale. Au centre se trouvent quelques éléments arrondis. A la périphérie des points cancéreux, les auteurs signalent une légère condensation du parenchyme sain.

D'où dérivent les éléments de cette forme néoplasique? Pour Nébykow le point de départ serait dans l'épithélium cylindrique des voies biliaires; Lancereaux se range à cet avis. Laveran et Hanot admettent que les cellules cancéreuses dérivent des travées hépatiques normales, et on trouve dans le livre de Hanot et Gilbert (fig. 12, p. 40) une figure singulièrement démonstrative à cet égard.

IV

Symptômes. — Au point de vue symptomatique, les trois formes anatomiques que nous venons de différencier peuvent se réduire à deux tableaux cliniques. Les formes nodulaire et massive présentent en effet une symptomatologie sensiblement analogue, alors que le cancer avec cirrhose offre un tableau nettement individualisé.

Nous décrirons donc ensemble les deux premières, réservant la dernière pour un second paragraphe.

Forme massive et forme nodulaire. — Le début est particulièrement insidieux; il se fait sans douleurs, sauf peut-être dans la forme nodulaire, où les noyaux superficiels peuvent créer de la périhépatite et occasionner de ce fait des phénomènes douloureux : douleurs vagues et sourdes dans l'hypocondre droit, avec irradiations dans l'épaule droite en particulier. Disons cependant que c'est là un fait rare, que précèdent ou accompagnent toujours les symptômes généraux qui sont les vrais signes de début.

Ces signes généraux sont une diminution progressive de l'appétit, un dégoût plus ou moins électif pour les matières grasses, et enfin une déperdition assez rapide des forces. Cette anorexie, cette asthénie s'accompagnent également d'une décoloration des téguments. Et c'est tout, jusqu'à l'apparition d'un symptôme capital : l'augmentation évidente et perceptible du volume du foie.

C'est en général à cette période que le malade vient se montrer au médecin. L'examen du foie permet alors de constater soit un abaissement encore léger du rebord hépatique (un ou deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes), soit un abaissement déjà énorme; le foie peut souvent en effet descendre très bas alors que les symptômes fonctionnels sont encore peu accusés. Dans ce cas, on constate souvent une véritable saillie de l'organe, qui vient soulever la paroi abdominale; le foie, échappé à la barrière costale, se développe librement en avant. C'est là un caractère important de l'hépatomégalie cancéreuse, constant surtout dans la forme nodulaire. Le rebord de l'organe peut être linéaire ou irrégulièrement échancré; il est plus ordinairement lisse dans la forme massive, irrégulier dans la forme nodulaire; en tout cas, sa consistance est toujours très dure.

La surface de ce foie cancéreux est décrite par les auteurs comme étant, ainsi que son rebord, lisse dans la forme massive, bosselée dans le type nodulaire; mais en réalité, si dans certains cas on sent nettement les *marrons* superficiels, l'épaisseur de la paroi ou d'autres conditions locales rendent parfois impossible cette sensation. Il arrive que le développement du foie, au lieu de se faire dans l'hypocondre, se fait surtout dans la région épigastrique; dans ce cas on se trouve en présence d'une tumeur médiane, dont la nature hépatique peut être méconnue pendant un certain temps, et qui s'explique par le développement primitif du néoplasme dans le lobe gauche. La percussion permettra de rattacher au foie cette tumeur épigastrique; ce procédé de recherche ne devra jamais être négligé dans l'examen d'une telle tumeur, car elle confirme et complète les données de l'inspection et de la palpation.

La façon dont se comportera ultérieurement le gros foie est caractéristique; il faut savoir en effet que l'accroissement du volume hépatique est d'une extrême rapidité. Si l'on a soin de repérer au crayon dermographique la limite inférieure de l'organe, on peut constater de semaine en semaine, parfois de jour en jour, un abaissement qui se mesure par centimètres. La constatation de ce phénomène est de toute importance, et permet à elle seule d'établir le diagnostic.

Ces signes locaux, qui sont absolument constants et seuls caractéristiques, s'accompagnent de symptômes à distance qui varient beaucoup suivant les cas. Parmi ceux-ci, ceux que l'on trouve le plus constamment signalés par les auteurs sont les troubles gastro-intestinaux. L'anorexie notée au début persiste et s'accompagne d'un dégoût plus manifeste

pour les graisses. Les vomissements sont fréquemment signalés; ce sont des vomissements alimentaires ou bilieux, qui sont les épisodes aigus d'un état nauséeux continuel.

Du côté de l'intestin, la diarrhée est de règle. Les selles sont souvent graisseuses, plus ou moins décolorées, témoignant d'une acholie relative. Les fermentations intestinales sont augmentées et se traduisent par la fétidité exagérée des matières fécales et le météorisme abdominal.

L'état saburral de la langue, la fétidité de l'haleine complètent la symptomatologie digestive de l'affection.

Les *urines* sont rares, hautes en couleur, rarement albumineuses. Elles renferment des pigments anormaux, l'urobiline en particulier que l'on trouve à peu près constamment. L'hyperazoturie est également de règle, accusant la dénutrition de l'organisme. En un mot la formule urinaire reflète l'insuffisance de la cellule hépatique.

La *glycosurie alimentaire* souligne encore la déchéance du parenchyme hépatique; c'est un signe que l'on retrouve assez généralement dans les observations.

Il faut pourtant noter l'inconstance relative de ces signes urinaires et la divergence d'opinion des auteurs à leur sujet. A propos du malade de J. Courmont et Pauly, qui éliminait 28 grammes d'urée par jour et ne présentait pas de glycosurie alimentaire, Lépine et Bard émettent l'opinion que cette formule doit être la règle dans le cancer du foie : pour le premier, les cellules saines, excitées par le cancer, exagèrent leur activité; pour le second, les cellules cancéreuses fonctionnent au même titre que les cellules saines et même davantage. Il n'en est pas moins vrai que la glycosurie alimentaire est loin d'être rare.

L'*ictère* et la présence de *pigments biliaires* normaux dans les urines se voient peu: le passage des éléments de la bile dans le sang est en effet un phénomène plutôt rare et qui n'est signalé qu'à une période ultime de la maladie.

L'*ascite* est rare dans la forme massive, au moins dans les débuts. Elle semble s'installer d'une façon plus précoce dans la forme nodulaire. Elle apparaît peu à peu, et s'établit insidieusement, contrairement à ce qui se passe dans la cirrhose ou dans la forme de cancer avec cirrhose, où, lorsqu'il existe, l'épanchement atteint rapidement un taux élevé. Le liquide est citrin, exceptionnellement hémorragique; l'examen cytologique peut y révéler des cellules rondes à côté des placards endothéliaux classiques.

En général, l'apparition de l'ascite marque le début des symptômes alarmants qui caractérisent la période terminale. A ce stade la cachexie est arrivée à son maximum; les malades présentent un teint terreux, sans ictère la plupart du temps, ou avec une simple ébauche d'ictère conjonctival. La maigreur est extrême et les escarres fessières et sacrées en sont une conséquence ordinaire. L'œdème des membres inférieurs manque rarement à ce tableau; c'est un œdème mou, toujours considérable, qui peut remonter sur la paroi abdominale et même jusqu'à la paroi thoracique.

La dyspnée fait rarement défaut; elle est due au refoulement du diaphragme par l'ascite et par le foie. D'autres fois elle reconnaît comme cause un noyau de généralisation pulmonaire ou un épanchement pleural.

Le malade ne s'alimente plus; l'intolérance gastrique est devenue complète. Il est en proie à une diarrhée fétide; les selles sont souvent décolorées et graisseuses, car dans les jours qui précèdent la mort, l'ictère apparaît fréquemment.

L'*hyperthermie* est souvent notée au cours de cette affection, et présente une allure assez spéciale : quand elle existe, elle s'installe d'ordinaire à la période de cachexie, et la courbe thermique se maintient d'une façon continue aux environs de 38 degrés à 38°5. On ne note jamais de grandes oscillations comme dans l'abcès du foie. Enfin dans les quelques jours qui précèdent la mort, la température s'abaisse souvent au-dessous de la normale.

Le malade finit par mourir dans le collapsus et le coma, de l'évolution même de sa cachexie, ou bien emporté brusquement par une hémorragie, le plus souvent gastro-intestinale.

Cancer avec cirrhose. — La forme de cancer avec cirrhose peut avoir des aspects cliniques assez différents à son début, suivant que les symptômes de cancer apparaîtront sur un malade chez lequel une cirrhose est en cours d'évolution, ou bien qu'au contraire, comme cela arrive souvent, les deux processus cancéreux et cirrhotique feront une apparition simultanée, donnant d'emblée un ensemble de symptômes mitigés.

Dans le premier cas, nous verrons apparaître, au cours d'une cirrhose atrophique cliniquement avérée, les symptômes d'un cancer, et en particulier l'hépatomégalie. C'est la coexistence des symptômes de la cirrhose atrophique, splénomégalie et ascite, avec l'apparition d'un gros foie, qui marque l'entrée en scène du cancer.

Dans le second cas, au contraire, le début rappellera de tous points celui d'un cancer ordinaire, et ce n'est que plus tard, au cours de l'évolution, que l'apparition de symptômes nouveaux viendra montrer la dualité du processus.

Là encore nous avons affaire à un gros foie, qui déborde nettement les fausses côtes, qui, à la palpation, apparaît marronné, irrégulier, et dont la consistance paraît très dure. Ce qui distingue cette hépatomégalie de celle du cancer primitif sans cirrhose, c'est qu'elle peut rester modérée pendant longtemps sans qu'on puisse noter un accroissement de volume aussi rapide ni surtout aussi régulier que dans les formes ordinaires. Même, si l'on suit avec soin, de semaine en semaine, la progression du rebord hépatique, on pourra constater qu'au lieu de descendre, il remonte de plusieurs centimètres. Ce serait là un symptôme excellent et caractéristique du cancer avec cirrhose, mais qui malheureusement n'a été observé qu'une fois (J. Courmont et Crémieu). La raison de ces variations dans le volume du foie réside, on le comprend, dans la prédominance momentanée de l'un ou l'autre pro-

cessus, la prolifération néoplasique donnant lieu à une hypertrophie, qu'une sclérose des parties restées saines vient ensuite endiguer et restreindre.

Un symptôme important et sur lequel les auteurs s'accordent mal, c'est l'ascite. Pour Hanot et Gilbert c'est un signe constant; dans un grand nombre d'observations on la signale, et nombre d'auteurs lui donnent une place prépondérante, voire même une valeur pathognomonique dans la symptomatologie de cette forme (Horst Oertel, Marx, Schupfer). En réalité il n'en est rien, et beaucoup de cas ont été récemment signalés où l'ascite n'apparaissait que comme un signe tout à fait terminal et à un taux minime, ou faisait complètement défaut, même à la vérification nécropsique (Mollard, Barjon et Garin, Cade, J. Courmont et Crémieu). L'ascite ne peut pas prétendre à être un signe pathognomonique, parce que son existence dépend uniquement de l'état plus ou moins avancé du processus cirrhotique.

Si dans certains cas, le cancer se greffe sur une cirrhose déjà ascitique, dans beaucoup d'autres il *supprime le malade* avant que sa cirrhose ait eu le temps de provoquer l'inondation du péritoine.

A dire vrai, le seul caractère propre à ce syndrome cirrho-cancéreux, c'est la tendance aux *hémorragies*. Dès le début, on peut avoir des épistaxis et des mélænas. En tout cas, à la période d'état, il est bien rare que l'on n'ait pas à enregistrer des hémorragies gingivales, des hématémèses, du purpura, ou quelque autre manifestation du processus hémorragique.

Ces phénomènes s'expliquent non seulement par l'existence d'un état spécial du sang, mais aussi par la présence de varices œsophagiennes et d'hémorroïdes.

Pour le reste, nous constaterons encore dans cette forme les mêmes troubles gastro-intestinaux que dans le cancer ordinaire : anorexie, vomissements, diarrhée fébrile, et selles plus ou moins graisseuses.

L'état des urines rappelle celui que nous connaissons déjà : elles sont rares, foncées, boueuses, hyperazotées; elles contiennent d'une façon inconstante de l'urobiline, de l'albumine; la glycosurie alimentaire est plus précoce, car la déchéance de la cellule hépatique est plus complète et plus rapide; enfin dans les cas où la toxicité a été recherchée, elle a toujours été reconnue augmentée.

L'ictère est inconstant; quand il existe d'une façon complète il n'apparaît que dans les jours qui précèdent l'obitus.

Le malade peut arriver au dernier stade de la cachexie et mourir de la progression normale de sa déchéance physiologique; mais le plus souvent il sera emporté par une hémorragie terminale.

V

Evolution et pronostic. — L'évolution du cancer hépatique primitif est très rapide. La durée moyenne de cette évolution dans les cas ordinaires est de deux à cinq mois. Pourtant il faut reconnaître que très nombreux sont les cas où la durée a été inférieure à cette moyenne; on trouve dans la littérature une observation où la durée n'a pas dépassé dix-huit jours. Par contre il n'est pas exceptionnel de rencontrer des évolutions qui se sont prolongées jusqu'à dix mois et même un an. Il ne semble pas que la durée varie avec les formes de la maladie.

Les vomissements continuels et l'hyperthermie feront prévoir une évolution rapide. La tendance aux hémorragies devra être aussi considérée comme une menace de mort prochaine, car outre que de petites hémorragies répétées affaiblissent le malade, une grande hémorragie peut l'emporter brusquement.

Un élément qui semble avoir une influence réelle avec la rapidité de l'évolution, c'est l'âge du sujet : Cade et Pallasse, passant en revue quelques observations publiées de cancer primitif du foie chez les jeunes sujets, font remarquer que ces cas évoluent toujours avec une grande rapidité, et ils concluent avec Murchison que « la durée du cancer primitif du foie est proportionnelle à l'âge du malade ».

Quoi qu'il en soit, il faut s'attendre dans tous les cas à une mort inévitable et dans un délai rapproché. On n'a jamais constaté de guérison, ni même de période d'arrêt dans l'évolution, comme cela est parfois signalé dans d'autres cancers.

VI

Complications et généralisations. — L'évolution de la maladie est trop rapide pour permettre à d'autres processus morbides de se greffer sur elle. On peut voir des malades, surtout parmi les plus âgés, être emportés par une broncho-pneumonie intercurrente. D'autres affections, comme la tuberculose, le diabète, peuvent coexister avec le cancer hépatique. Il ne s'agit pas là, il est vrai, de complication à proprement parler, mais d'affections associées. La seule complication vraiment digne de ce nom est la *pleurésie droite*, relatée dans un petit nombre d'observations, et qui témoigne d'une réaction de la plèvre à l'infection cancéreuse voisine.

Les généralisations sont rares dans le cancer du foie, et cela tant à cause de la rapidité de l'évolution que de l'isolement du nodule cancéreux par le tissu environnant (cancer en amande). Il en existe cependant; les plus fréquemment notées de beaucoup sont les généralisations péritonéales : vésicule, duodénum, angle droit du côlon, rein droit, diaphragme. Ce sont des généralisations par *extension* aux organes circonvoisins. Les métastases à distance sont plus rarement signalées, sauf, bien entendu, les envahissements ganglionnaires; les ganglions lombaires et mésentériques sont fréquemment atteints, présentant parfois un volume énorme (Chappet et Mouriquand) et pouvant être perçus à la palpation. En outre on a signalé des généralisations au parenchyme pulmonaire (Piéry, Barjon et Garin) se manifestant cliniquement par des foyers de râles ou des hémoptysies; au corps thyroïde, à divers points du squelette, à l'aorte, etc. Mais ce sont là des découvertes d'autopsie plutôt que des faits donnant des signes cliniques.

VII

Diagnostic. — D'après l'exposé symptomatologique qui précède, nous sommes donc en présence d'un

malade qui présente essentiellement : 1° des troubles dyspeptiques (anorexie, dégoût pour la viande, lenteur des digestions, flatulence, météorisme abdominal); 2° des modifications de l'état général (teint hépatique, amaigrissement, asthénie); 3° enfin des signes locaux (hépatomégalie le plus souvent douloureuse à la pression). Tous ces phénomènes évoluent depuis peu et ont eu une marche rapide.

Si cet ensemble clinique est réalisé au complet, on doit penser au cancer du foie.

En effet la *leucémie* présente bien des signes analogues, mais l'examen du sang et de la rate donnent dans cette affection des indications décisives.

La *cirrhose hypertrophique* de Hanot s'accompagne d'ictère, et son évolution est relativement lente.

Les hépatomégalies dues au *paludisme*, à la *syphilis*, au *diabète* et à la *lithiase biliaire* ne sont pas accompagnées d'un état général aussi grave et n'évoluent pas avec cette rapidité.

La *dégénérescence amyloïde* du foie évolue lentement; l'albuminurie est constante, et la présence d'une suppuration antérieure existe toujours dans les anamnestiques.

Les *kystes hydatiques* sont plus difficiles à éliminer; cependant leur évolution est plus lente que celle du cancer; ils ne s'accompagnent pas de cachexie et enfin l'absence de signes positifs tels que éruption prurigineuse ou flot hydatique s'opposera au diagnostic de kyste parasitaire.

Le *cancer de la vésicule* peut ressembler au cancer hépatique; cependant il donnera des signes généraux d'un autre ordre, c'est-à-dire une cachexie moins rapide et un ensemble de phénomènes intestinaux différents; en effet la généralisation précoce de ces cancers à l'intestin donne lieu à des phénomènes de sténose. Mais il faut savoir que l'on peut avoir fréquemment des généralisations au foie qui rendront alors le diagnostic impossible. En outre la forme même du rebord hépatique dans les cas de cancer de la vésicule permettra généralement d'éviter la confusion.

Restent les *abcès* du foie qui donnent un gros foie lisse, pouvant augmenter rapidement de volume, créant des signes locaux analogues à ceux d'un cancer en amande; la présence dans les anamnestiques de dysenterie antérieure et de séjour dans les pays tropicaux orienteraient le diagnostic dans une certaine mesure. Il faut ajouter que la forme de la courbe thermique est bien différente dans les deux cas; dans le cancer, la température est normale, on dépasse rarement 38 degrés, tandis que dans l'abcès hépatique, la courbe thermique présente de grandes oscillations, souvent périodiques et analogues à celles du paludisme. Les abcès amibiens sont, il est vrai, apyrétiques; en l'absence d'hyperthermie, la ponction exploratrice répétée en divers points pourra seule trancher la question; l'examen des matières fécales peut également montrer la présence des amibes.

Ayant éliminé toutes les causes d'hépatomégalie, alors que nous sommes sûrs d'être en présence d'un cancer hépatique, il reste encore à déterminer *si nous avons affaire à un cancer primitif ou secondaire*. Disons tout de suite que cette question est des plus délicates à trancher et que bien souvent le clinicien le plus averti est obligé de reconnaître son impuissance.

Dans les cas où l'on voit s'installer une hépatomégalie progressive et douloureuse au cours de l'évolution d'un néoplasme gastrique avéré, il n'y a évidemment matière à aucune hésitation. Mais dans la plupart des cas la question n'est pas aussi simple, et on se trouve en présence d'un gros foie néoplasique sans que l'attention soit attirée sur aucun autre appareil. Dans ce cas, il faudra procéder à un interrogatoire soigneux; on arrive souvent ainsi à mettre en évidence une histoire de néoplasme gastrique latent qui fixera les idées.

En l'absence, dans l'interrogatoire, de rien qui puisse faire penser à une néoplasie étrangère, gastrique ou intestinale, il faudra en principe faire le diagnostic de cancer primitif. Cependant il faut bien savoir qu'on peut quand même avoir affaire en semblable cas à un cancer secondaire dont le point de départ reste caché à un interrogatoire attentif aussi bien qu'à un examen clinique consciencieux.

Si l'on voyait se développer un cancer sur une cirrhose hépatique préalable, on se trouverait sûrement en présence d'un cancer primitif d'après Hanot et Gilbert, bien qu'un certain nombre d'auteurs aient fourni des observations qui démontreraient l'inanité de cette affirmation (Mollard).

Enfin, il faut se souvenir, pour le diagnostic, de la formule suivante de Gilbert et Lereboullet : « Quand il y a doute sur la nature primitive ou secondaire d'un cancer du foie, l'absence de tout antécédent biliaire personnel ou familial peut faire rejeter le diagnostic de cancer primitif. »

Il nous reste encore à déterminer les éléments d'un diagnostic plus complet, c'est-à-dire à différencier les formes du cancer primitif : forme en amande, forme nodulaire et forme avec cirrhose.

Le seul élément qui permette de faire le départ entre un cancer en amande et un cancer nodulaire, c'est la constatation par le palper d'une surface lisse ou bosselée. Lorsqu'on sentira nettement une surface marronnée, on pourra affirmer l'existence d'un cancer nodulaire ; mais il faut se méfier des erreurs auxquelles peut donner lieu la palpation qui, à travers une paroi épaisse ou résistante, peut faire croire à une surface lisse alors qu'il existe en réalité des bosselures.

Les véritables difficultés commencent lorsqu'on en vient au diagnostic de la forme cirrhotique. On croyait tout récemment encore que cette forme s'accompagnait toujours d'un ascite précoce et considérable ; et l'absence d'épanchement péritonéal permettait d'éliminer absolument le cancer avec cirrhose. Mais de récents travaux lyonnais ont montré que l'ascite peut n'apparaître que tardivement ou même faire complètement défaut dans cette forme de néoplasme (J. Courmont et Crémieu, Barjon et Garin, Mollard, Cade).

Si au cours d'une cirrhose de Laënnec typique on voit le foie augmenter progressivement de volume, le diagnostic est simple. Mais ce cas

est exceptionnel, et la plupart du temps on aura à se demander si la cirrhose n'évolue pas en même temps que le cancer sur un gros foie. Il faut reconnaître alors que le problème est insoluble; cependant on peut observer le phénomène noté dans l'observation de Courmont et Crémieu, où l'on vit le volume du foie augmenter et régresser par périodes successives. Ce phénomène de régression d'un foie hypertrophié pourrait acquérir une grande valeur diagnostique si de nouvelles observations venaient à être publiées.

Enfin, l'existence d'hémorragies répétées, sans être pathognomonique, serait en faveur de la forme avec cirrhose.

VIII

Traitement. — Le traitement du cancer primitif du foie devra être, bien entendu, purement symptomatique, et la médecine est impuissante contre l'affection elle-même.

Le traitement alcalin souvent préconisé est considéré comme dangereux par Frerichs et par Hanot.

Les indications symptomatiques les plus habituelles sont la douleur, les troubles digestifs, l'ascite, la fièvre et la cachexie.

La douleur sera combattue par des cataplasmes locaux, par les compresses d'eau chloroformée et surtout par la morphine qu'il est humain de ne pas ménager à ces malades.

Les troubles digestifs sont très difficiles à atténuer; les antiseptiques intestinaux, le charbon, le benzo-naphtol sont presque toujours impuissants.

Les amers ne réveillent en rien l'appétit et ne diminuent pas l'état nauséeux.

Le régime lacté semble être celui qui convient le mieux à ces malades.

Tous les auteurs s'accordent à combattre la fièvre par la quinine qui est en même temps qu'un fébrifuge, un tonique. L'ascite pourra être ponctionnée quand elle deviendra une gêne physique considérable, mais chez ces malades quand elle existe elle se reforme très rapidement, et l'on ne peut répéter par trop les ponctions chez des malades déjà considérablement affaiblis.

En somme, on le voit, il s'agit là d'une maladie d'autant plus redoutable que la thérapeutique est impuissante non seulement à guérir, mais encore à soulager ceux qu'elle atteint.

BIBLIOGRAPHIE

ALQUIER et LEFAS. Ascite hémorragique dans le cancer primitif du foie, *Arch. gén. de méd.*, 1901, p. 232. — AUSSILLOUX. *Montpellier méd.*, 1877. — AUSSOURD. Th. de Paris, 1883.

BARBACCI. *Clin. mod.*, 19 sept. 1900. — BARJON et GARIN. Un cas de cancer primitif du foie avec cirrhose, *Lyon méd.*, 1908. — BRET. Sur une forme rare de cancer primitif du foie, *Province méd.*, 1894.

CADE. Trois cas de cancer primitif du foie, *Lyon méd.*, 1908. — CADE et PALLASSE. Deux cas de cancer primitif du foie chez de jeunes sujets, *Lyon méd.*, 1908. — CARMICHAEL et WADE. *The Lancet*, 1907. — CAYLA. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1883. — CHAPPET et MOURIQUAND. *Cancer nodulaire primitif du foie avec cirrhose.* — J. COURMONT et CRÉMIEU. Cancer primitif du foie avec cirrhose, *Lyon méd.*, 1908. — CRIVELLI. Cancer primitif du foie, *Bull. de la Soc. anat.*, 1881, p. 276. — J. COURMONT et PAULY. Un cas atypique de cancer primitif du foie, *Province méd.*, 1894, p. 235. — COLLET et GONNET. Cancer primitif nodulaire du foie, *Lyon méd.*, 1906, t. I, p. 1035. — J. COURMONT et ANDRÉ. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1902, p. 512.

DESCHAMPS. Un cas de cancer primitif du foie chez un enfant de onze ans, *France méd.*, 1879. — DEVIC et FRARIER. Cancer primitif du foie ayant évolué sous les traits d'une tumeur médiastinale, *Province méd.*, 9 nov. 1895. — DUPRÉ. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 4 mars 1904. — DUPRÉ et DEVAUX. Association d'un cancer hépatique primitif à la tuberculose pulmonaire et à un kyste hydatique multiple, *Soc. anat.*, 22 juin 1900.

ENGELHARDT. Cancer primitif du foie chez l'enfant, *Münch. med. Woch.*, 1er mai 1900. — ERNOUS. Th. de Paris, 1879.

FOUILLOUX. Th. de Paris, 1874. — FRERICHS. *Traité des maladies du foie.*

GILBERT. Th. de Paris, 1886. — GILBERT et CLAUDE. Cancer primitif du foie ayant donné un cancer des voies biliaires par effraction, *Arch. gén. de méd.*, mai 1895. — GILBERT et LEREBOULLET. Cancer primitif et cholémie. Importance diagnostique, *Soc. de biol.*, 3 déc. 1904. — GIRARD. Un cas de cancer primitif du foie, *Revue de méd.*, 1905. — GOUGET, Cancer primitif d'origine biliaire intra-hépatique, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1898, p. 605. — GOURAUD et RATHERY. *Soc. anat.*, Paris, avril 1901.

HANOT. Du cancer du foie pseudo-fluctuant, *Semaine méd.*, 1893, p. 506. — HANOT et GILBERT. *Etudes sur les maladies du foie*, Paris 1888. — HARLEY. *Maladies du foie*, 1890. — HARRIS. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 23 juin 1900. — HORST ŒRTEL. *Virch. arch.*, Bd. CXXX, 1905, p. 499.

KELSCH et KIENER. Contribution à l'étude de l'adénome du foie, *Arch. de physiol.*, 1876.

LANCEREAUX. *Maladies du foie*, 1901. — LÉPINE. *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 524. — LITTLE. In *Traité des maladies du foie* de Harley.

MARX. *Zieg. Beit.*, 1904, XXXVI. — MATTICOLO. *Gazz. d. osped.*, 1905. — MOIZARD et BOCALOGLU. *Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1900, p. 966. — MOLLARD. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1902, p. 494; — *Lyon méd.*, 1908. — MONNERET. Cancer primitif du foie à marche aiguë, *Arch. gén. de méd.*, 1855. — MURCHISON. *Traité des maladies du foie.*

NAZARI. *Il Policlin.*, 1906.

PARSONS. *The Lancet*, 1907, p. 738. — PATER. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1905, p. 151. — G. PETIT. Cancer primitif du foie chez un chat, *Soc. anat.*, Paris 1902. — PIC. Cancer primitif du foie, *Lyon méd*, 1893, p. 463. — PICOT. *Leçons de clinique médicale*, 1884. — PIÉRY. *Lyon méd.*, 1897, p. 492. — POTIER. Coexistence avec un cancer nodulaire primitif du foie de thyroïdite chronique et d'adénome thyroïdien, *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1899, p. 711.

RINDFLEISCH. Mikroskopische Studien über das Leberadenoïd, *Arch. f. Heilk.*, 1864. — RIOUFOL. Th. de Lyon, 1898-1899.

SACAZE. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 19 janv. 1895. — SHALTUCK et PORTER. *Boston med. Journ.*, 26 avril 1900. — SCHUPFER. Sarcome primitif du foie avec cirrhose, *Riforma med.*, 7 déc. 1907.

TOLOT. Cancer nodulaire primitif du foie associé à la tuberculose pulmonaire, *Revue de méd.*, 1904. — TOUCHE. Cancer massif primitif du foie à évolution rapide, *Soc. anat.*, 1900.

VOGEL. *Zeits. f. rat. med.*, 1854, Bd. IV, p. 391.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE L'ULCÈRE VARIQUEUX

Par M. DELLOYE.

Malgré l'abondance des traitements préconisés pour combattre l'ulcère atone variqueux, le médecin constate bien souvent son impuissance, de telle sorte qu'à l'heure actuelle cette maladie est restée comme l'une des plus rebelles et des plus décevantes.

On ne doit pas traiter un ulcère variqueux comme une plaie vulgaire septique et suppurante. Il ne faut pas perdre de vue qu'il existe ici des troubles trophiques dépendant d'un état général ou d'un état local, que les tissus mal irrigués ont une vitalité compromise et que, d'autre part, la moindre action caustique ou irritante peut amener sur la réparation commencée une désorganisation elle-même ulcéreuse et atone.

Il faut donc, en présence d'un ulcère de jambe, agir tout à la fois avec énergie et prudence, c'est-à-dire désinfecter et décongestionner la région malade, exciter sa vitalité par des topiques stimulo-kératoplastiques et enfin la protéger contre toute action irritante extérieure, que cette action vienne de l'agent modificateur employé, ou seulement des mains de l'opérateur. « On ne déshabillera pas trop souvent l'ulcère », disait Ambroise Paré, et ce conseil devenu classique ne sera jamais oublié.

Une des premières prescriptions sera le repos. Ce repos du membre en position horizontale est nécessaire pour favoriser la circulation veineuse en retour. On se trouvera bien de suivre la technique de Gerdy qui faisait placer, au moyen de coussins, le pied plus haut que le tronc, de façon à donner au membre malade une position déclive.

Puis, on s'efforcera de nettoyer l'ulcère par quelques pansements antiseptiques ou par des pulvérisations phéniquées, oxygénées et même sublimées. Après l'antisepsie directe, on songera qu'il faut favoriser la cicatrisation et pour cela les anciens médecins combinaient toutes sortes de formules dans lesquelles la poudre de quinquina et le vin aromatique tenaient une grande place. Aujourd'hui il est d'usage de badigeonner toute la surface atone avec du thigénol pur.

On commence d'abord par lotionner l'ulcère avec de l'eau phéniquée faible mais chaude (50 et 55 degrés) et cela pendant dix minutes, puis on le recouvre de thigénol. Lorsque l'on passe deux ou trois couches de ce remède, on obtient une pellicule protectrice assez épaisse pour mettre la lésion à l'abri des influences irritantes ou septiques de l'extérieur et sous laquelle se développent des phénomènes décongestifs et cicatrisants de premier ordre.

Au bout de quelques jours, en effet, on constate que l'ulcère prend une coloration rosée et que son liséré cicatriciel s'accroît sensiblement. La rougeur, le gonflement, la phlogose environnante ont disparu et peu à peu la perte de substance se recouvre d'une membrane granuleuse vivace et qui ne tarde pas à combler toutes les dépressions. Il apparaît donc que ce traitement agit d'abord en décongestionnant les tissus phlegmasiés, en excitant la cicatrisation de la plaie et enfin en protégeant cette cicatrisation contre toute influence extérieure. Loin de « déshabiller » l'ulcère on peut dire que le thigénol l'habille au contraire. Ce pansement peut être renouvelé tous les jours et sans inconvénients. La lotion phéniquée d'abord utilisée fait tomber d'elle-même la couche de thigénol sans qu'il soit nécessaire de nettoyer longtemps avec des tampons d'ouate.

En six semaines à deux mois, il est fréquent d'observer la guérison d'ulcères variqueux anciens et qui avaient résisté aux autres médications.

On peut aussi utiliser les propriétés décongestives et kératoplastiques du thigénol pour traiter d'autres plaies, en particulier les plaies contuses, mais sur l'ulcère variqueux les résultats obtenus sont réellement remarquables et méritent d'être connus.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 28 JUIN AU 3 JUILLET 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 28 juin, à neuf heures du matin. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Branca, suppléant.

Mardi 29 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Raymond, Gouget et Carnot; — (2e série) : MM. Thoinot, Jeanselme et Balthazard; — M. Maillard, suppléant.

Samedi 3 juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Chantemesse, Renon et Gouget; — (2e série) : MM. Gilbert, Fernand Bezançon et Claude; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Castaigne et Nobécourt; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 30 juin 1909, à une heure. — M. MIGNARD. Les états de satisfaction dans la démence et l'idiotie. (MM. Brissaud, président; Gaucher, Roger et Sicard.) — M. HÉBERT. Contribution à l'étude de la séméiologie de l'espace semi-lunaire de Traube. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Roger et Sicard.) — Mlle GIRARD-MANGIN. Les poisons cancéreux. (MM. Roger, président; Brissaud, Gaucher et Sicard.) — M. COUDERC. La sphygmomanométrie élément de sécurité dans l'anesthésie générale. (MM. Reclus, président; Delbet, Gosset et Ombrédanne.) — M. FEDELIN. Résultats éloignés de l'ablation du sein du cancer. (MM. Reclus, président; Delbet, Gosset et Ombrédanne.) — M. CHAILLOT. Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie. Technique du professeur Delbet. (MM. Delbet, président; Reclus, Gosset et Ombrédanne.) — M. MICHAËLIDÈS. Mastoïdite latente au cours de l'infection aiguë des voies auriculaires. (MM. Delbet, président; Reclus, Gosset et Ombrédanne.) — M. ADAIN. Le canal mandibulaire et les accidents de la dent de sagesse. (MM. Segond, président; Hartmann, Legueu et Mauclaire.) — M. CHATELAIN. Contribution à l'étude des méthodes autoplastiques dans la cure radicale des otorrhies. (MM. Segond, président; Hartmann, Legueu et Mauclaire.) — M. ROLLIN. Cure radicale de la hernie crurale. Procédé du rideau et de la suture des gaines associé à la suppression de l'anneau crural. (MM. Segond, président; Hartmann, Legueu et Mauclaire.) — M. CHOQUET. Etude clinique sur les fractures en sens inverse de l'extrémité inférieure du radium (fracture par hyperflexion). (MM. Hartmann, président; Segond, Legueu et Mauclaire.)

Jeudi 1er juillet, à une heure. — M. MOIGNET. Contribution à l'étude du traitement des méningites aiguës syphilitiques. (MM. Raymond, président; Alb. Robin, Jeanselme et Richaud.) — M. ANTOINE. Contribution à l'étude du traitement du myxœdème par la médication thyroïdienne. (MM. Raymond, président; Alb. Robin, Jeanselme et Richaud.) — M. DESSAIX. Les ferments lactiques dans l'auto-intoxication et dans les affections intestinales. (MM. Alb. Robin, président; Raymond, Jeanselme et Richaud.) — M. LEMAIRE. Recherches sur la cutiréaction à la tuberculine, en particulier chez les enfants. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Claude et Nobécourt.) — M. LE MOAL. Le cœur dans la chorée. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Claude et Nobécourt.) — M. ATANASSIEVITCH. La myélite typhique aiguë. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Claude et Nobécourt.) — M. MOUSSOUR. De la stomatite herpétique. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Claude et Nobécourt.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 18 juin : MM. Coyon, 18; Camus et Lortat-Jacob, 19; Bensaude, 20.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux a commencé le mardi 15 juin.

Le jury est composé de MM. Pitres, président; Davezac, Arnozan, Bouvet, Moussous, Courtin, Denucé, Dumur et Bitot.

Les concurrents sont : MM. Baham, Denis, Dumora, Galtier, Leuret et Petges.

Sujet de la composition écrite : *Symptômes, diagnostic et traitement des méningites cérébro-spinales.*

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. le docteur Turlais est institué professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— Après concours, M. Barbary (Urbain) a été nommé aide-prosecteur.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés dans les corps de sapeurs-pompiers au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les docteurs Fabre, à Nîmes ; Saix, à Alais ; Rocheblave, à Quissac ; Gervais, à Uchaud.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'argent est décernée à M. Fournié (Raoul), externe des hôpitaux, détaché à l'ambulance d'El-Kettar (Alger).

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 24 juin 1909, à huit heures quarante-cinq du soir.

A neuf heures et demie, conférence par M. le professeur Pozzi : « Un voyage chirurgical aux Etats-Unis à l'occasion du centenaire de l'ovariotomie. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lucas (de Morlaix), Quiot (de Nîmes), Renault, médecin aide major des troupes coloniales, décédé à Hanoï, et Mme Simon Wulff, docteur en médecine à Paris.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — BILLETS D'ALLER ET RETOUR COLLECTIFS DE VACANCES. — La Compagnie délivre, jusqu'au 15 septembre, aux familles d'au moins trois personnes se rendant d'une gare P.-L.-M. à une autre gare de ce réseau située à une distance minimum de 150 kilomètres du point de départ, des billets d'aller et retour collectifs de vacances dont la date d'expiration de validité, primitivement fixée au 1er novembre, est reportée au 5 novembre.

Leur prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples (pour les deux premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Soit, à titre d'exemple, et pour une famille de six personnes :

De Paris à Chamonix (viâ Dijon, Mâcon, Culoz, Bellegarde), en 2e classe : 351 fr. 40.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 28 JUIN AU 3 JUILLET 1909

THÈSES

Jeudi 1er juillet, à une heure. — M. SIMON. De l'emploi des sondes de gros calibre dans les affections des voies lacrymales. (MM. de Lapersonne, président; Bar, Auvray et Demelin.) — Mlle BOURG. Etude sur la virulence du pneumocoque dans les affections oculaires. (MM. de Lapersonne, président; Bar, Auvray et Demelin.) — M. GIRAULD. La syphilis héréditaire congénitale et le spirochète pâle de Schaudinn. (MM. Bar, président; de Lapersonne, Auvray et Demelin.) — M. PERALDI. Du rôle des pouponnières dans la lutte contre la mortalité infantile. (MM. Bar, président; de Lapersonne, Auvray et Demelin.)

LA COMPRESSION ÉLASTIQUE DU TRONC

COMME PROCÉDÉ D'HÉMOSTASE PRÉVENTIVE DANS LES OPÉRATIONS SUR LES MEMBRES INFÉRIEURS ET LES ORGANES DU BASSIN,

Par GEORGES LECLERC (de Dijon).

Au mois de juin 1908, Momburg (de Spandau) annonçait un nouveau moyen d'obtenir l'hémostase de la moitié inférieure du corps en serrant fortement la taille avec un lien de caoutchouc placé entre le rebord costal et les crêtes iliaques : on réalise ainsi, très facilement, une hémostase parfaite qui permet d'opérer à blanc sur les membres inférieurs et les organes du bassin. Ce mode d'emploi de la compression élastique étend ainsi considérablement le champ d'action de la bande d'Esmarch et facilite par suite un grand nombre d'opérations qui jusqu'ici ne bénéficiaient pas de ce précieux moyen d'hémostase préventive.

Momburg emploie un tube de caoutchouc de la grosseur du doigt qu'il serre lentement en lui faisant faire deux ou trois fois le tour de la taille et en usant toute l'élasticité du lien. Lorsque les battements de la fémorale ont cessé d'être perceptibles au doigt, la striction est suffisante.

L'auteur essaya d'abord son procédé chez deux sujets sains qui supportèrent le tube sans anesthésie pendant cinq minutes et sans qu'il en résultât aucun accident. Puis il employa sa méthode pour réaliser l'hémostase préventive au cours de deux opérations pratiquées sous anesthésie : la première dura quarante-cinq minutes; la seconde qui dura dix-huit minutes fut pratiquée par Bier; il s'agissait d'un sarcome de la cavité cotyloïde; on extirpa sous anesthésie lombaire tout le membre inférieur et presque la moitié correspondante du bassin. L'hémostase fut parfaite dans les deux cas sans qu'aucun inconvénient sérieux ne fût observé.

En août 1908, Rimann publia le troisième cas où le tube de Momburg fut appliqué; il s'agissait d'une désarticulation de la hanche qui fut pratiquée par Trendelenburg; l'opération dura vingt-cinq minutes et le succès fut complet.

Momburg publia bientôt une autre observation ; il enleva deux jambes broyées par un accident de chemin de fer; le garrot fut appliqué pendant trente minutes sans anesthésie ; le blessé se plaignit de la compression à peu près comme les malades se plaignent de la compression d'un membre.

En décembre 1908, Axhausen (de Berlin) rapporte une observation d'évidement pour lésions tuberculeuses des parties molles et des os du bassin qui fut pratiquée en s'aidant du procédé de Momburg. L'opérateur n'eut qu'à se louer de ce procédé; l'opération avait duré quarante-cinq minutes.

En janvier 1909, Willems (de Gand) rapporta à la Société de chirurgie de Paris quatre cas où il appliqua avec succès la méthode de Momburg : deux fois pour des désarticulations de la hanche, une fois pour une résection étendue de l'articulation coxo-fémorale, une fois pour une résection partielle du bassin. Dans les trois premiers cas, l'hémostase fut facile à réaliser ; dans le quatrième, par suite d'une scoliose très accentuée, le tube ne put être insinué entre le thorax et le bassin, et Willems, pour obtenir le résultat cherché, dut placer un tampon sous le garrot.

Vers la même époque, Trendelenburg publia l'observation d'un sarcome du fémur enlevé avec l'aide de la méthode de Momburg.

Enfin, Verhoogen (de Bruxelles) employa celle-ci avec succès dans une résection de la hanche pour coxalgie, dans une amputation inter-iléo-abdominale et dans un cas d'amputation du rectum pour prolapsus volumineux et récidivé.

J'ai, moi-même, utilisé trois fois le procédé de Momburg et les avantages qu'il présente m'ont paru considérables; je l'ai employé non seulement dans les opérations sur la racine des membres inférieurs ou la fosse iliaque comme dans la plupart des observations publiées jusqu'à ce jour, mais encore dans les interventions sur les organes du petit bassin ; c'est ainsi que j'ai pu faire, dans des conditions vraiment idéales, une prostatectomie périnéale. Ce n'est pas là une des applications les moins intéressantes de la méthode.

Ma première observation concerne une amputation de cuisse qui fut faite en dix minutes chez un sujet très cachectique, où le tube de Momburg me rendit les mêmes services que la bande d'Esmarch : la fémorale était complètement vide de sang; le malade, quoique très peu résistant, supporta très bien la bande ; il y eut, au début, une très courte période d'affolement du pouls qui dura quelques secondes et cessa ; rien à l'ablation du tube.

La deuxième observation est celle d'un malade de soixante ans, atteint de sarcome primitif des ganglions de l'aine et des ganglions iliaques externes. Le pouls ne s'émut pas lorsqu'on plaça la bande ni quand on l'enleva. Elle facilita d'ailleurs grandement une opération longue et difficile où il fallut disséquer complètement le triangle de Scarpa et en partie la fosse iliaque interne. Durée : une heure environ.

Enfin, ma troisième observation, la plus intéressante, concerne une prostatectomie périnéale. Le malade, âgé de soixante ans, avait une volumineuse prostate amenant de la rétention chronique avec infection vésicale. Le tube fut placé comme à l'ordinaire : il y eut une courte période d'affolement du pouls qui revint en quelques secondes à la normale. L'opération fut remarquablement simple, sans une goutte de sang, ressemblant à une opération sur le cadavre. Cette hémostase absolue facilita singulièrement la recherche des points de repère anatomiques toujours un peu délicate, quoi qu'on en dise, dans la prostatectomie périnéale. L'opération qui dura quarante-cinq minutes fut très bien supportée et le pouls ne bougea pas à l'ablation du tube.

J'ai essayé en outre d'utiliser la compression élastique du tronc pour faire l'hémostase dans une hystérectomie abdominale pour cancer du col : j'ouvris d'abord le ventre par l'incision transversale sus-pubienne de Pfannenstiel et mis ma malade en position de Trendelenburg. Refoulant fortement

les anses intestinales avec la main recouverte d'une compresse, je fis placer le tube. Mais, comme il fallait s'y attendre, celui-ci refoulait une partie de l'intestin qui venait encombrer le champ opératoire et empêchait d'aborder en toute sécurité les organes pelviens. Je dus enlever la bande pour continuer l'intervention.

La ligature du tronc mérite d'être connue et expérimentée par les chirurgiens; j'étudierai rapidement sa technique, ses résultats, ses inconvénients.

Technique. — C'est celle qui a été formulée par Momburg et elle est remarquablement simple. Le tube d'Esmarch qui se trouve dans tous les services convient très bien; mais, à son défaut, un tube de caoutchouc de l'épaisseur du doigt qu'on arrêtera avec un clamp fait l'affaire. Il ne faut pas craindre de serrer et user, comme dit Momburg, toute l'élasticité du lien ; si l'on a peur de dépasser la mesure, on peut faire prendre le pouls des fémorales et s'arrêter de serrer lorsque leurs battements cessent d'être perçus. J'avoue n'avoir pas pris cette précaution, mais j'ai toujours eu celle de serrer lentement et progressivement. Il est inutile, du moins lorsque l'espace iléo-costal est normal, d'interposer entre le tube élastique et la paroi une pelote destinée à créer une pression directe sur l'aorte abdominale. Mais, lorsque l'espace costo-iliaque est effacé par suite de déformation rachidienne, il n'en est plus de même. C'est ainsi que, dans un cas de Willems, le tube ne parvenant pas à s'insinuer entre le rebord costal et le bassin, le chirurgien ne put obtenir l'hémostase qu'en serrant le tube par-dessus une serviette pliée en forme de tampon allongé.

L'ablation du tube doit, de l'avis de tous, s'opérer lentement et graduellement, afin d'éviter un trop brusque changement dans le régime circulatoire. Momburg recommande même de n'enlever le lien abdominal qu'après avoir placé à la racine de chaque cuisse une bande d'Esmarch ordinaire ; celles-ci sont desserrées à leur tour, l'une après l'autre, et graduellement. Je ne crois pas cette précaution indispensable et je ne l'ai jamais employée.

Inconvénients. — Cette manœuvre d'apparence un peu brutale compte, en réalité, peu de dangers : il n'y a pas lieu, en effet, de redouter des lésions de l'intestin et cela est naturel pour qui réfléchit que les pinces à coprostase, beaucoup plus directement traumatisantes, sont parfaitement supportées par l'intestin. Les lésions des uretères ne sont pas à craindre davantage : on sait d'ailleurs qu'on peut interrompre momentanément le cours des urines sans qu'il en résulte de dangers. Il ne peut être question d'anémier la moelle dont l'extrémité inférieure reste, chez l'homme, au-dessus du tube de Momburg. Du côté des membres inférieurs, le garrot n'a pas de raison d'être plus dangereux que la bande d'Esmarch ordinaire.

Le seul appareil pour lequel on pourrait avoir des craintes, c'est l'appareil circulatoire ; il est certain, en effet, que cette suppression brusque d'une partie importante du circuit vasculaire doit entraîner des variations considérables et subites dans la pression sanguine et, par suite, qu'elle peut faire redouter des perturbations graves dans la circulation générale. Les recherches récentes de Katzenstein et Offergeld montrent en effet qu'à la suite de la ligature de l'aorte chez les animaux, la pression s'accroît considérablement dans le ventricule gauche et que le cœur est obligé de fournir un travail considérable auquel il ne peut pas toujours suffire.

L'expérience montre que ces perturbations du régime circulatoire existent, mais qu'elles sont peu marquées et de très courte durée. Pendant l'application du garrot, le pouls s'affolle un peu, devient petit et fréquent, mais ces troubles ne durent en général que quelques secondes, puis le pouls redevient normal. A l'ablation, les mêmes phénomènes se reproduisent, un peu plus accentués et un peu moins fugaces ; mais ils ne durent encore qu'une ou deux minutes.

En tout cas, ces troubles, toujours passagers, n'ont aucune conséquence et jamais on n'a observé d'accident. Il est certain cependant qu'ils doivent imposer une certaine réserve dans l'application du garrot abdominal lorsqu'il s'agit d'un myocarde sans résistance, chez un cardiaque ou chez un malade d'âge très avancé.

Résultats et applications. — L'hémostase obtenue est absolue et tout à fait comparable à celle que donne la bande d'Esmarch classique appliquée à la racine des membres. A peine y a-t-il, dans certains cas, et comme avec la bande d'Esmarch, un léger suintement veineux survenant tout à fait au début de l'opération et dû à ce que le segment périphérique des veines se vide par la plaie. Willems signale aussi un suintement terminal dû à ce que la circulation artérielle se rétablit au bout d'un temps assez long par les anastomoses des artères lombaires avec les artères du bassin d'une part et par les anastomoses des mammaires internes, avec les épigastriques d'autre part ; il arriverait même qu'à ce moment certaines artérioles se mettraient à donner ce qui, d'après Willems, serait plutôt favorable et faciliterait l'hémostase définitive après l'enlèvement du garrot. Bien que j'aie laissé le tube en place une heure de durée, je n'ai pas observé ce suintement terminal.

L'hémostase du bassin est aussi facilement et aussi parfaitement réalisée que celle des membres inférieurs. Momburg, quand il s'agit d'anémier le bassin, recommande le procédé suivant : on anémie d'abord les membres inférieurs au moyen de deux bandes d'Esmarch ordinaires, puis on applique le garrot abdominal; on enlève ensuite les bandes et on donne aux jambes la position déclive; le sang pelvien y coule; on l'empêche alors de remonter en plaçant de nouveau les bandes d'Esmarch à la racine des cuisses. Ce procédé complexe n'est pas indispensable et, en serrant convenablement le tube placé suivant la technique ordinaire, on obtient une hémostase du bassin qui est pratiquement parfaite.

Je ne sais quelle est l'efficacité du tube de Momburg chez les obèses ; je n'ai eu affaire en effet qu'à

des malades plutôt maigres et je n'ai trouvé d'autre part aucun renseignement sur l'embonpoint des sujets dans les observations publiées. Mais, cette réserve faite, on peut affirmer que le tube de Momburg produit, sans danger, une hémostase absolue de la moitié inférieure du corps.

Cette hémostase, en permettant de faire des opérations à blanc, facilite dans des proportions considérables l'acte opératoire qui devient, par suite, beaucoup mieux réglé, presque schématique. En ce qui concerne la bande d'Esmarch ordinaire, certains chirurgiens considèrent, il est vrai, que l'hémostase préventive obtenue n'apporte aux opérations pratiquées sur les membres qu'une facilité illusoire; comme il faut toujours en fin de compte lier les vaisseaux, la difficulté serait reculée et non pas résolue : autant lier les artères et les veines au fur et à mesure de leur rencontre. Mais ce n'est pas là l'opinion la plus répandue; il est indiscutable, en effet, que le sang gêne pour opérer; rien n'empêche d'ailleurs, même avec l'hémostase préventive, de lier au fur et à mesure de leur découverte les vaisseaux de quelque calibre : cela est même plus facile lorsqu'ils ne saignent pas que lorsqu'ils saignent et, dans le premier cas, leur reconnaissance, leur dénudation, leur ligature s'opère comme sur le cadavre. L'usage si généralement répandu de la bande d'Esmarch est du reste bien là pour attester les avantages de l'hémostase préventive.

Or, ce qui est vrai pour la bande d'Esmarch est encore plus vrai pour le tube de Momburg; car si l'hémostase préventive offre en réalité des avantages assez faibles dans les opérations de technique simple comme les amputations, elle prend une réelle importance dans les opérations plus difficiles, dans celles surtout qui demandent à être exécutées d'une façon très réglée comme la prostatectomie périnéale. Pour cette opération, en particulier, l'emploi du garrot abdominal réalise certainement un progrès notable. Il en est de même pour les opérations sur la vessie et sur l'urètre supérieur, pour la prostatectomie transvésicale, pour les opérations sur le rectum (amputation périnéale, hémorroïdes, prolapsus) où les avantages du tube de Momburg doivent être considérables ; enfin pour les opérations sur le vagin, le col utérin et le périnée.

Il y aurait lieu, en outre, de rechercher le moyen d'utiliser le procédé d'une façon pratique dans les interventions gynéeologiques qui se pratiquent par la voie abdominale.

BIBLIOGRAPHIE. — MOMBURG. *Centralbl. f. Chir.*, 1908, nos 23 et 41. — RIMANN. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1894, Bd. I. — WILLEMS. *Soc. de chir. de Paris*, janv. 1904. — VERHOOGEN. *Journ. de chir.* et *Ann. de la Soc. belge de chir.*, janv.-fév. 1909. — TRENDELENBURG. *Soc. de méd. de Leipzig*, déc. 1908.

TARSALGIE DES ACCOUCHÉES

Par MM. GAUTIEZ et TISSIER (1).

Assez souvent nous constatons, chez nos clientes relevant de couches, des difficultés à se tenir debout avec une marche titubante : troubles d'ordinaire peu durables qui néanmoins font quelquefois l'objet de plaintes répétées. Le médecin incrimine le séjour au lit et sa prétendue conséquence : la raideur articulaire; ou bien parle de tempérament arthritique quand il n'accuse pas sérieusement le rhumatisme puerpéral, comme nous en avons vu maints exemples.

Si l'on regardait pourtant, on trouverait toujours ou presque toujours, chez ces récentes accouchées, les signes esquissés d'une affection bien connue : le pied plat douloureux des adolescents. On peut remarquer, en effet, dès que la malade se dresse et fait quelques pas, un affaissement accentué du bord plantaire interne qui vient au contact du sol, puis un léger renversement au dehors du pied avec endolorissement du tarse, s'accompagnant d'une diminution de volume du mollet — tous symptômes caractéristiques.

Ces lésions siègent tantôt symétriquement, tantôt unilatéralement, tantôt sont accusées plus d'un côté que de l'autre. Il s'agit en tous cas d'une véritable tarsalgie, au degré minime bien entendu, sans inflammation des cartilages, sans les hyperostoses, sans l'arthrite, en un mot, que les chirurgiens d'autrefois décrivaient.

A ce que nous croyons, la genèse doit en être cherchée dans les conditions statiques défectueuses imposées aux femmes enceintes par le faix même de leur grosssese. A l'inverse des tâcheronnes portant sur les reins une hotte qui les courbe et les oblige à marcher sur l'avant-pied, la femme enceinte aux derniers mois, proéminant son abdomen, reporte le haut du corps en arrière et marche lourdement sur ses talons.

Or cette marche, comme la marche sur des pilons, laisse inertes les muscles jambiers postérieurs qui, fonctionnant moins, s'atrophient relativement. Le poids du corps, au lieu d'être réparti par l'intermédiaire du bloc médio-tarsien à tout le pied, pèse sur le seul calcanéum. Il en résulte une surcharge pour cet os qui se fatigue et se sensibilise. Et, comme le court fléchisseur commun ainsi que l'accessoire du long fléchisseur s'insèrent sur les tubérosités calcanéennes endolories, ces muscles, pour ne pas éveiller par leurs tiraillements la douleur, ne se contractent plus et se détendent. Leur fonction, avec le concours du long péronier, étant de maintenir solidement la courbe plantaire, leur inaction entraîne le relâchement et l'affaissement de la voûte. Lors de la marche ou simplement dans la station debout tous les inconvénients du pied plat apparaissent.

De plus, du fait de son alourdissement, la femme enceinte, pour avoir plus large appui, marche les membres inférieurs écartés : les tibias portent alors

(1) Communication à la Société d'obstétrique.

obliquement sur l'astragale qui tend à chasser en dehors le calcaneum, favorisant encore la tendance au valgus.

Enfin la laxité générale articulaire, dépendant de la déminéralisation gravidique et de la gêne circulatoire des membres inférieurs, joue, sans doute, un certain rôle dans le relâchement des ligaments du tarse.

Notre interprétation peut fort bien ne pas être admise, mais ce qui nous semble indiscutable, c'est la réalité de la tarsalgie à type valgus douloureux.

Une chose surprend : ces lésions, créées au cours des derniers mois de la gestation, ne se manifestent pour ainsi dire pas avant l'accouchement. Seulement après la période d'immobilisation, deux, trois à quatre semaines plus tard, les femmes en ressentent les effets, souffrent et se plaignent. C'est qu'avant la délivrance, des préoccupations plus importantes détournaient leur attention; puis, elles expliquaient facilement les attitudes et la démarche embarrassées par le développement excessif du ventre et la charge de l'enfant.

Il se peut d'ailleurs qu'effectivement les dites lésions se soient accrues pendant la convalescence. On le comprend. Le séjour au lit n'émacie pas des mollets bien portants; mais, pendant le laps d'inactivité, des muscles, dont les points d'attache ont été meurtris, s'atrophient avec une célérité déconcertante. C'est ce qu'on observe quand, après une entorse du genou, par exemple, on condamne au repos un blessé. Les deux cuisses restent également inertes, mais seul le côté malade voit fondre son quadriceps dans des délais insignifiants. Toutes proportions gardées, un phénomène analogue peut se produire chez nos accouchées.

Puis, dès leurs premiers levers, l'équilibre s'est modifié et, le centre de gravité redevenu normal, les femmes veulent marcher comme jadis. Mais la voûte plantaire a perdu son tonus, s'aplatit sous la moindre pression et l'on se trouve en présence et des troubles fonctionnels et de la déformation du pied plat au premier degré.

La guérison est facile et prompte. Il suffit de soutenir la courbe du pied en garnissant la bottine à haut talon d'une semelle renforcée du côté interne ou simplement d'interposer un tampon sous le pied dans l'espace inter-métatarso-calcanéen. Il faut, en outre et surtout, rééduquer la musculature soit par l'électricité ou le massage d'une efficacité douteuse, soit — ce qui est de beaucoup préférable — par la marche élastique soutenue sur l'avant-pied ou par le soulèvement méthodique et progressif de poids fixés à la pointe des orteils.

FORMULAIRE

LAVEMENT DÉSALTÉRANT

Eau bouillie (ou sér. artif.). 250 grammes.
Laudanum............... 11 gouttes.

(Lemanski.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 14 juin 1909)

L'arythmie cardiaque et la d'Arsonvalisation. — MM. E. Doumer et G. Lemoine. Si, comme l'admettent les physiologistes, les *faux pas* du cœur sont liés à l'hypertension artérielle, ils doivent trouver dans la d'Arsonvalisation une thérapeutique efficace ; et leur disparition sous l'influence de cette thérapeutique doit apporter une nouvelle preuve clinique des propriétés hypotensives de l'auto-conduction.

Les observations faites par les auteurs à ce sujet montrent un parallélisme si frappant entre l'hypertension artérielle et l'arythmie extra-systolique, qu'on peut conclure que ces troubles cardiaques sont étroitement liés aux troubles de la circulation périphérique. Dans leur traitement, on devra donc bien plus s'inspirer de l'état de la circulation artérielle que de l'état du cœur lui-même. On peut même se demander si la thérapeutique, basée sur l'emploi des toniques ou des régulateurs du cœur, tels que la digitale et la caféine, et en général des médicaments cardiaques, n'est pas illusoire, sinon dangereuse. Le cœur est arythmique, non pas parce qu'il est affaibli, mais parce que, par suite de l'augmentation de la résistance du système périphérique, il a à fournir un travail supplémentaire qui est au-dessus de ses forces.

La thérapeutique rationnelle, dans de tels cas, est donc de faire cesser la cause qui nécessite ce travail supplémentaire, c'est-à-dire de régulariser la circulation périphérique en faisant cesser le spasme artériel qui cause l'hypertension. C'est donc une médication hypotensive qu'il faudra faire.

Du traitement de la claudication intermittente et de la gangrène des extrémités inférieures par la d'Arsonvalisation. — M. Moutier rapporte quatre observations qui permettent d'espérer que la d'Arsonvalisation pourra donner d'excellents résultats là où rien n'en donnait. L'avenir nous apprendra la grandeur de ceux-ci.

Sur la possibilité de conserver les animaux après l'ablation complète de l'appareil thyroïdien, en ajoutant des sels de calcium ou de magnésium à leur nourriture. — M. Albert Frouin.

Sur une méthode permettant de mesurer la déshydratation de l'organisme par les poumons et la peau. Variations de cette déshydratation avec l'altitude. — MM. Guillemard et Moog.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 18 juin 1909)

Sporotrichose de de Beurmann. — M. Stein, assistant de M. le professeur Jadossohn (de Berne), présenté par M. de Beurmann, apporte une très intéressante observation de sporotrichose de de Beurmann. C'est le premier fait de sporotrichose observé dans une Université de langue allemande. Il confirme les travaux français sur la forme gommeuse disséminée de cette maladie. Une sporotrichosine, fabriquée suivant un procédé indiqué par Stein, n'a pas donné de réaction cutanée. De Beurmann et Gougerot n'avaient pas non plus obtenu de réaction avec une autre sporotrichosine, mais Bruno Bloch (de Bâle) semble avoir réussi à produire la cuti-réaction sporotrichosique, en se plaçant, sans doute, dans des conditions différentes.

Recherche sur deux cas de lèpre. — MM. de Beurmann, Vaucher et Guy Laroche. Le premier malade, étudié par de Beurmann et Vaucher, est un jeune homme atteint de lèpre

tuberculeuse sans anesthésie des tubercules lépreux, chez lequel on a constaté pendant une poussée de lèpre aiguë la présence du bacille de Hansen dans le sang circulant. La bacillémie lépreuse, considérée comme rare, est probablement beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense et il suffirait pour la trouver de la chercher dans les conditions voulues, c'est-à-dire pendant les périodes fébriles.

Dans le deuxième fait étudié par de Beurmann et Guy Laroche, on n'a pas constaté la bacillémie pendant la vie de la malade, mais la bacillémie terminale a été démontrée à l'autopsie par l'examen de divers organes, en particulier par celui des reins. De plus, ce fait est remarquable par l'existence d'une cirrhose du foie de forme spéciale et par la constatation d'une méningite lépreuse en plaques, que les auteurs sont les premiers à avoir décrite.

Fièvre typhoïde et infection puerpérale. — MM. Henri Dufour et Cottenot. Assez fréquente au cours de la grossesse, la fièvre typhoïde s'observe exceptionnellement associée à l'infection puerpérale. Dans le cas que les auteurs relatent, ces deux maladies dues, l'une au bacille d'Éberth, l'autre à un diplocoque assimilable à l'entérocoque par certains de ses caractères, ont évolué chez une nouvelle accouchée provoquant une série de complications que le laboratoire et la clinique leur ont permis de rapporter tantôt à l'infection puerpérale, tantôt à l'infection éberthienne. En suivant l'ordre chronologique des déterminations morbides, on a constaté : 1° l'apparition de la fièvre typhoïde ; 2° une phlébite puerpérale ; 3° une hémorragie utérine typhoïdique ; 4° une périostite typhoïdique ; 5° une endocardite puerpérale ; 6° une rechute de fièvre typhoïde. Après la guérison on a constaté un rétrécissement mitral qui a persisté. Au point de vue thérapeutique, les injections intra-veineuses de collargol ont influencé avantageusement la marche de la maladie et abrégé sa durée.

Contribution à l'étude des troubles oculaires dans l'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale. — MM. F. Terrien et Bourdier ont pu observer 56 cas de méningite cérébro-spinale épidémique. Outre les lésions ordinaires de cette affection (paralysies musculaires, infections conjonctivales, ulcérations cornéennes), ils ont noté un cas de cellulite orbitaire, deux ulcérations cornéennes qu'ils rattachent au syndrome neuro-paralytique, des troubles pupillaires et des lésions neuro-rétiniennes.

La mydriase est l'aspect habituel. On l'observe dans le coma méningé, en période résolutive, à la période d'état et dans la convalescence. Le myosis est lié aux périodes d'excitation méningée ; il accompagne les contractures et les convulsions.

L'examen ophtalmoscopique a montré la grande fréquence de la papillite à la période de début. Dans aucun cas ils n'ont vu se produire de photophobie ; l'existence de ce symptôme fréquent dans la méningite tuberculeuse leur paraît avoir une importance certaine pour le diagnostic.

Lèpre du Cantal à forme de syringomyélie spasmodique. — MM. Milian et Rouchy rapportent l'observation d'un homme de trente-deux ans qui présente la symptomatologie complète de cette affection rare désignée par Marie et Guillain sous le nom de syringomyélie spasmodique : démarche spasmodique avec exagération des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde, signe de Babinski, dissociation syringomyélique de la sensibilité, main de prédicateur avec résorption des phalangettes de deux doigts, thorax en bateau, cyphoscoliose, atrophie musculaire, rappelant celle de la myopathie scapulo-humérale.

La clinique a permis de penser que cet homme était un lépreux, car on constatait en outre les symptômes suivants : des crevasses au niveau des mains ainsi que des maux perforants, sur le thorax des bandes pigmentées couleur café au lait où la dissociation syringomyélique de la sensibilité était à son maximum ; une petite macule érythémateuse du thorax où l'anesthésie est absolue, une vaste macule blanche consécutive à une ulcération spontanée, consécutive elle-même au développement d'une plaque dure, analogue à la sclérodermie et où l'anesthésie est également absolue ; les nerfs cubitaux paraissent noueux ; démangeaisons fréquemment accompagnées de bulles comme dans le pemphigus lépreux.

Une biopsie pratiquée au niveau d'une macule cicatricielle du tronc n'a pas montré de bacilles de Hansen, mais le sang étudié par M. Abrami a donné une réaction positive très nette avec l'antigène lépreux. Il s'agit donc bien d'une lèpre à forme de syringomyélie spasmodique qui présente encore cet intérêt capital d'être une lèpre autochtone, car le malade est né à Lherm et n'a jamais quitté la France. Ses parents encore vivants ne paraissent pas entachés de lèpre, ce qui rend difficile l interprétation pathogénique de ce cas.

L'étude histologique du pouce gangrené a révélé des faits curieux sur le mode de production de ces pertes de substances ; il ne s'agit pas, en réalité, de gangrène, car les éléments cellulaires, loin d'être mortifiés, sont tous très colorés, c'est-à-dire bien vivants, hypertrophiés, et même en karyokinèse. Ce qu'on voit, au contraire, c'est un œdème considérable avec dépôt de fibrine et exsudation de nombreux mononucléaires et éosinophiles qui dissocie les éléments anatomiques et qui est engendré par une vaso-dilatation considérable qui se traduit par l'existence de capillaires formant de véritables lacs au sein de la préparation.

Intoxication par l'oxyde de carbone avec hémorragie méningée. — MM. A. Chauffard et Jean Troisier publient l'observation d'un malade intoxiqué par l'oxyde de carbone, et qui présentait comme symptômes principaux une hémiplégie, des troubles mentaux et des crises épileptiformes. Les auteurs insistent surtout sur les résultats des ponctions lombaires qu'ils ont pratiquées sur ce malade. Dans les premières ponctions, ils ont toujours obtenu des globules rouges et des globules blancs. L'évolution de la formule leucocytaire a montré tout d'abord de la polynucléose, puis de la lymphocytose ; il s'agissait donc d'une hémorragie méningée discrète.

La réaction méningée dans l'intoxication par l'oxyde de carbone n'est donc pas fonction directe de l'intoxication, mais est due à la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Gaucher apporte un dixième cas de **gangrène de la bouche et du pharynx, consécutif à une injection d huile grise.** C'est, observé par le même auteur, le huitième cas de mort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 8 juin 1909 [*fin*])

Tuberculose génitale totale. — M. Pauchet (d'Amiens) communique les résultats éloignés de cinq cas de tuberculose génitale totale, traités par l'extirpation totale des voies génitales (prostate, vésicules séminales, canal déférent, épididyme et parfois testicule). Il préconise le traitement chirurgical chaque fois que le toucher fait reconnaître l'existence de vésicules grosses et vraisemblablement suppurées. Les nodules perçus dans la prostate correspondent au trajet des canaux éjaculateurs et doivent être excisés. Beaucoup de chirurgiens hésitent à pratiquer cette opération parce qu'ils la croient inutile, dangereuse et difficile.

Cette opération n'est pas inutile quand le sujet ne présente pas de lésions pulmonaires sérieuses et quand il n'offre pas de lésions des voies urinaires, ce qui doit être vérifié par endoscopie.

Cette opération n'est pas dangereuse, car elle ne donne jamais de mortalité opératoire.

Cette opération n'est pas difficile pour les chirurgiens qui ont été rompus à la prostatectomie périnéale.

L'intervention dure quarante à soixante minutes environ, suivant les difficultés spéciales aux cas.

L'opération comprend deux temps : 1° Temps inguinal. Le malade est sur le plan incliné. Incision de la hernie inguinale, mais plus longue. Dissection du canal déférent jusqu'à la vessie. Le péritoine n'est point ouvert. Incision du canal déférent entre deux ligatures au thermocautère.

2° Temps périnéal. Incision transversale devant l'anus. Décollement du rectum et de l'urètre. Décollement du bas-fond de la vessie. Dissection des vésicules séminales d 1 moignon du déférent lié par en haut. Excision d'un coin de la prostate. Bourrage de la plaie périnéale sans suture. La plaie inguinale a été suturée sans drain et collodionnée.

Généralement, il persiste une fistule urinaire qui dure de un à huit mois. L'état général se remonte. Les opérés n'ont pas eu de récidive.

Cette opération doit entrer dans la pratique courante à condition de ne point opérer les petites vésicules dures qui ne contiennent ni fongosités ni pus, et de ne pas toucher aux tuberculeux pulmonaires et urinaires.

(SÉANCE DU 16 JUIN 1909)

Pseudo-kyste pancréatique d'origine traumatique. — M. REYNIER fait un rapport sur une observation de M. Savariaud. Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans qui est tamponné par un wagon. Il présente des troubles gastriques qui s'améliorent et quitte l'hôpital après une quinzaine de jours. Il y revient souffrant de nouveau dans la région épigastrique. M. Savariaud reconnaît l'existence d'une tumeur fluctuante sous-hépatique et diagnostique un kyste hydatique ou épanchement de bile enkysté d'origine traumatique.

La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un épanchement sous-diaphragmatique, rétro-gastrique. La ponction de ce kyste donna issue à un liquide jaunâtre. La poche fut marsupialisée et drainée. Une fistule persista deux mois qui donna issue à du liquide pancréatique. Le malade guérit après quinze jours de traitement antidiabétique.

La fulguration. — M. POZZI ne croit pas jusqu'ici que la fulguration ait une action spéciale sur le cancer, qu'elle empêche ou retarde les récidives. Mais dans certains cas de cancers inopérables, la fulguration, au même titre que d'autres agents physiques, la radiothérapie, la thermocautérisation, le radium, l'air chaud, peut permettre de conjurer certains accidents, tels que la douleur, les hémorragies, les écoulements sanieux, de soulager les malades et de rendre service à titre de palliatifs.

Il a fait appliquer la fulguration dans 19 cas de cancers, dont 7 de l'utérus inopérables, 3 opérables, 6 cancers du sein, 2 cancers de la vulve.

Les récidives et la mortalité ont été les mêmes que sans fulguration.

M. ROCHARD insiste sur les avantages qu'à ses yeux donne la fulguration pour faciliter et hâter la cicatrisation. Il estime qu'à ce point de vue la technique opératoire de la fulguration a une grande importance et tous les chirurgiens ne suivent pas la même technique.

Sa statistique personnelle porte sur 21 cas dont 8 pour tuberculoses externes. Il laissera de côté ces 8 cas, tout en faisant remarquer qu'il a obtenu de très bons résultats de la fulguration au point de vue de la rapidité de la cicatrisation ; restent 13 cas de cancers sur lesquels M. Rochard compte 3 décès, 2 cancers de la langue et 1 cancer du sein. Dans ce dernier cas, la malade a succombé à une affection pulmonaire. Tous les autres malades ont guéri très rapidement. Il y a trop peu de temps qu'ils ont été opérés, pour qu'on puisse conclure au point de vue de la récidive.

En résumé, M. Rochard estime qu'il y a lieu de continuer l'expérience de la fulguration dans le traitement du cancer.

M. QUÉNU fait observer que, dans cette discussion, il ne semble pas que la fulguration ait répondu à ce qu'on attendait d'elle ; elle ne semble pas reculer les limites de la récidive du cancer. On nous parle toujours de cicatrisation rapide mais non de guérison. La radiothérapie en fait autant et M. Quénu rappelle les observations présentées à la Société de chirurgie par M. Béclère.

Pour ce qui est des faits de guérison momentanée attribués à la fulguration, il faut se rappeler qu'il s'agissait, dans la brochure de septembre 1908, de cas de cancers de la peau. Or, dans cette brochure, les examens histologiques sont, aux yeux de M. Quénu, tout à fait insuffisants.

Quant aux cas de MM. Pozzi et Rochard, la fulguration n'a donné à ces malades que l'illusion d'une guérison. C'est là un bénéfice purement palliatif. Il faut encore attendre pour se prononcer au point de vue d'un bénéfice curatif.

M. ROCHARD insiste sur ce fait que la fulguration a permis d'opérer des malades que, sans elle, on n'aurait pas opérés. On a donc certaines chances de procurer à ces malades une certaine survie et, tout au moins, d'améliorer leur situation.

M. POZZI insiste à son tour sur ce fait que la fulguration lui a rendu des services comme un bon palliatif.

Cancers du gros intestin. — M. BAZY fait un rapport sur deux cas de cancers du gros intestin opérés et guéris par M. Savariaud. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de trente-trois ans qui présentait tous les signes d'une occlusion intestinale probablement par cancer. M. Savariaud fait la laparotomie : occlusion aiguë par cancer mobile de l'S iliaque, extériorisation de la tumeur sortie au ras de la peau, fixation à la peau ; plus tard application de l'entérotome de Dupuytren et cure radicale de l'anus artificiel. Cette malade est restée guérie depuis trois ans.

Dans le second cas, il s'agissait également d'une occlusion intestinale aiguë par cancer de l'angle splénique du côlon. M. Savariaud établit un anus sur le bout supérieur. Quelques jours après, il fait une anastomose iléo-sigmoïdienne. Enfin dans un dernier temps, il pratique l'ablation de la tumeur par une incision sous-costale. Les suites de cette dernière opération ont été troublées par une péritonite aiguë qu'a pu enrayer une intervention précoce. Cette malade est restée guérie depuis trois ans.

Comparant la simplicité des suites du premier cas avec les accidents qui ont été observés dans le second cas, M. Savariaud croit devoir préconiser la méthode d'ablation des cancers de l'intestin par le procédé extra-péritonéal de Bloch (de Copenhague).

M. le rapporteur partage complètement cette opinion et, à l'appui, rappelle un cas analogue qu'il a présenté à la Société de chirurgie et qui est resté guéri depuis quatre ans.

Rétrécissement du rectum. — M. BAZY analyse une observation de M. Zimmern dans laquelle cet auteur a obtenu de très bons résultats de l'application des courants de haute fréquence dans un cas de rétrécissement du rectum traité, sans succès par M. Bazy, avec les moyens ordinaires.

Polype naso-pharyngien. — M. DOYEN présente un enfant opéré par sa méthode rapide et par les voies naturelles d'une énorme tumeur naso-pharyngienne qui avait chassé l'œil gauche hors de l'orbite, remplissait la cavité buccale et faisait hernie au dehors entre les arcades dentaires.

Cet enfant avait été jugé inopérable dans le service du

docteur Sébileau où on lui avait pratiqué la trachéotomie d'urgence.

Le petit malade est actuellement guéri.

L'observation de M. Doyen est renvoyée à l'examen de M. Ricard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 JUIN 1909)

Les liquides céphalo-rachidiens limpides au cours des méningites cérébro-spinales (deuxième note). **Liquides clairs à une période avancée de la maladie.** — MM. A. NETTER et R. DEBRÉ examinent les cas où la ponction lombaire pratiquée pour la première fois plus de deux semaines après le début de la maladie a permis de constater un liquide clair, très différent, par conséquent, de l'apparence classique. Sur 11 malades entrés à l'hôpital à cette date avancée de la maladie, 6 présentèrent des liquides clairs. Les caractères macroscopiques de ces liquides rappellent ceux qui ont fait l'objet d'une précédente communication : liquides clairs ou légèrement opalescents, quelquefois discrètement colorés en jaune et tenant en suspension de petits flocons fibrineux. Dans un cas, les éléments cellulaires sont complètement absents (enfant ponctionné le soixante-quinzième jour), ils sont rares dans un autre, relativement nombreux dans les autres. La proportion de mononucléaires est très forte dans 5 cas. Les autres cellules sont des polynucléaires très altérés, les grandes cellules endothéliales sont rares. Dans cinq cas, il fut impossible, au premier examen, de déceler le méningocoque de Weischelbaum, soit par la recherche directe, soit par la culture. Il fut en revanche trouvé d'une façon constante dans le liquide des ponctions ultérieures. Ces malades furent tous amenés à l'hôpital dans un état très grave, et considérés à ce moment comme atteints de méningite tuberculeuse. Il était difficile de porter un autre diagnostic. En dehors de la brusquerie du début, l'allure traînante de l'affection méningée, la prédominance de phénomènes cérébraux et les caractères déconcertants du liquide conduisaient tout naturellement à cette erreur, qui retarda l'application du traitement sérothérapique. Trois de ces malades moururent.

Les auteurs se demandent si le liquide céphalo-rachidien était resté clair pendant toute la durée de l'évolution de ces méningites ou s'il avait passé par une phase purulente intercalaire.

Action de la peptone sur la pupille. — MM. DOYON et Cl. GAUTIER. La peptone, injectée dans une veine de la circulation générale, détermine, en quelques instants, la dilatation de la pupille. Cette dilatation paraît être le résultat d'une action spéciale de la peptone sur les centres nerveux.

Erreur du principe de la méthode Riva-Rocci pour la détermination de la pression artérielle chez l'homme. — M. V. PACHON. Dans la méthode de Riva-Rocci, employée, depuis 1896, pour déterminer la pression artérielle maxima, chez l'homme, on applique, au niveau du bras, une contre-pression au moyen d'un brassard circulaire, puis on détermine la valeur de la contre-pression juste suffisante pour éteindre le pouls artériel, que l'on explore au niveau même de la zone comprimée, mais *en aval d'elle*. On pensait en effet que lorsque, sous l'influence d'une pression concentrique exercée autour du bras, le pouls était éteint à la radiale, il l'était nécessairement aussi à la région brachiale directement comprimée. Or, c'est là une *erreur de fait* facile à mettre en évidence. Une expérience simple montre que, pour éteindre le pouls radial, il faut une pression de 11 centimètres d'Hg dans le brassard huméral, tandis que, pour éteindre le pouls huméral au niveau de la partie directement comprimée, une pression de 15 centimètres d'Hg paraît nécessaire, si bien qu'*au moment précis de l'extinction du pouls radial*, correspond justement une phase d'*amples battements à l'humérale*. Pour expliquer l'extinction du pouls en avant de la région comprimée, il faut, sans doute, invoquer l'*absorption* de l'onde pulsatile au niveau de cette région. Toujours est-il que l'exploration du pouls à l'endroit précis de la zone comprimée doit, seule, être systématiquement adoptée en sphygmanométrie clinique.

M. WEISS a assisté aux expériences de M. Pachon et est convaincu que l'explication qu'il donne est exacte. Il rappelle à ce sujet, que, pour expliquer la discordance observée entre les résultats de Riva-Rocci et de Potain, il a fait construire un appareil qui, d'ailleurs, n'est pas encore achevé et que, en présence de la communication de M. Pachon, il considère comme désormais inutile (1).

Un cas d'hémorragie méningée avec biligénie hémolytique locale. Présence d'une sensibilisatrice dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. J. CASTAIGNE et André WEILL ont retrouvé dans un cas d'hémorragie méningée abondante les caractères de la biligénie hémolytique locale. Ils ont, de plus, pu mettre en évidence une sensibilisatrice à l'égard des hématies humaines.

Le liquide des premières ponctions était inactif vis-à-vis des hématies humaines. Par contre, les hématies rachidiennes étaient sensibilisées. Elles hémolysaient lentement en présence de sérum frais.

Le liquide de la ponction suivante, où les hématies étaient rares, contenait une sensibilisatrice libre à l'égard des hématies humaines.

Action directe du foie sur la progression de son courant sanguin. — MM. GILBERT et Maurice VILLARET rappellent leurs précédentes expériences dans lesquelles ils ont montré qu'une masse à injection, poussée dans le foie, se trouve centrée, au niveau du lobule, autour du pôle opposé au système veineux, d'où elle provient. Ce phénomène ne se reproduisant plus quelques heures après la mort, ils en concluent qu'il s'agit là, probablement, d'un acte vital. Ces faits font penser :

1° Que le parenchyme hépatique conserve une survie plus ou moins longue ;

2° Que, dans un foie privé de ses conditions circulatoires normales, il doit persister une fonction parenchymateuse qui participe sans doute à la progression du sang lobulaire. Cette fonction peut être attribuée, semble-t-il, d'une part à la contraction des veines hépatiques, d'autre part à la rétraction active des cellules intralobulaires. Il n'est pas impossible qu'elle puisse expliquer certains phénomènes en pathologie humaine.

Les variations de la formule sanguine chez les morphinomanes et les héroïnomanes au cours de la désintoxication rapide suivant la méthode de Sollier. — MM. CHARTIER et MORAT (de Boulogne-sur-Seine). Les variations du nombre des hématies et des globules blancs et les modifications de la formule leucocytaire chez les morphinomanes et les héroïnomanes, subissant la cure de désintoxication par la méthode rapide, présentent dans leur allure générale une remarquable constance. La période de diminution et de sevrage est marquée par une hyperglobulie rouge et une hyperleucocytose considérable qui décroissent pendant la période de convalescence.

L'hyperleucocytose de la première phase est déterminée

(1) Une erreur typographique nous a fait dire, dans un de nos précédents comptes rendus (séance du 21 mai 1909) que M. Weiss avait déjà employé un appareil identique à l'*oscillomètre* de M. Pachon. En réalité, lorsque M. Pachon a présenté son appareil, celui de M. Weiss était à l'étude et, par suite, n'était encore pas entré dans la pratique courante.

par une polynucléose d'ascension rapide, mais transitoire, et qui décroît plus tôt que l'hyperleucocytose.

En effet, dans la période qui suit le sevrage, une mononucléose marquée succède à la polynucléose; elle porte à la fois sur les gros mononucléaires et les lymphocytes. Elle est accompagnée d'une augmentation très nette des éosinophiles et des mastzellen et de l'apparition de quelques myélocytes. Cette réaction leucocytaire sous ses différents aspects se rapproche totalement de celle de la plupart des grandes maladies infectieuses, et elle indique quelles modifications profondes subit l'organisme tout entier dans cette désintoxication. D'ailleurs l'appréciation des différentes modalités de cette réaction, en rapport étroit avec la marche des phénomènes cliniques, constitue une donnée très importante au point de vue pronostique et thérapeutique.

Réaction de Cammidge. — MM. Grimbert et Bernier, après avoir étudié la réaction de Cammidge, arrivent à cette conclusion qu'elle donne des résultats positifs avec toutes les urines indistinctement et qu'elle ne saurait avoir, par conséquent, aucune signification clinique.

Ils démontrent aussi que les soi-disant difficultés techniques de la méthode ont été très exagérées et qu'il est possible de la simplifier sans changer les résultats.

Résistance et activité des leucocytes dans les infections aiguës. — MM. Achard, Louis Ramond et Foix. Au cours des infections aiguës, la résistance leucocytaire tend à s'abaisser, puis se relève. L'activité leucocytaire s'abaisse également, puis elle se relève à la fin de la maladie, soit dès la période de déclin, soit à la convalescence, jusqu'à dépasser la normale. Il en est de même du pouvoir leuco-activant du sérum. Il résulte de ces variations de véritables phénomènes critiques, comparables aux crises urinaires et hématiques.

Les courbes de l'activité leucocytaire et au pouvoir leuco-activant du sérum traduisent assez bien l'évolution de la maladie. Leur relèvement est un signe de bon pronostic et leur abaissement à des niveaux très bas un indice fatal.

Ces deux courbes ne sont pas toujours exactement superposables, de sorte que les qualités non spécifiques des leucocytes et du sérum qui agissent sur la phagocytose ne peuvent être considérées comme absolument solidaires.

Quant à la résistance leucocytaire, elle s'éloigne davantage de l'activité dans ses variations.

A noter que, dans une fièvre typhoïde à rechute, la résistance ne s'est pas relevée pendant l'intervalle d'apyrexie, mais s'est encore abaissée lorsque la fièvre a repris, pour ne remonter que lors de la convalescence définitive. De même, dans une pneumonie irrégulière, entrecoupée de fausses défervescences, elle n'a remonté franchement qu'au moment de la défervescence définitive. Dans un cas de méningite cérébro-spinale, les injections du sérum ont paru la relever.

La quinine, dans un cas de fièvre palustre et chez un sujet paludéen, a diminué l'activité leucocytaire.

L'identité des variétés banale et rhumatismale du bacille d'Achalme démontrée par l'action croisée du sérum T. R. — M. G. Rosenthal a obtenu une culture de bacille Perfringens, de virulence fixe permettant facilement l'expérimentation. Les cobayes inoculés avec la dose mortelle de virus fixe de bacille Perfringens ou de virus fixe rhumatismal ont été préservés par une injection préventive du sérum T. R. à une dose identique pour les deux variétés de bactérie. Thiroloix a signalé le même phénomène.

Mécanisme général et cause immédiate de la suppression fonctionnelle de l'inhibition cardiaque pendant l'irrigation du cœur avec les solutions isotoniques de sels de sodium. — MM. Busquet et Pachon : 1° une circulation artificielle à travers le cœur de grenouille s'effectuant en cycle fermé avec une solution de NaCl à 6 p. 1000 ne supprime pas, comme dans les conditions du lavage à liquide perdu, le fonctionnement de l'appareil cardio-modérateur ; 2° l'action suspensive exercée sur le pouvoir cardio-inhibiteur du vague par les solutions isotoniques de sels de sodium, employées comme liquides de circulation artificielle à travers le cœur, est due à la soustraction par lavage d'une substance nécessaire à la production de l'inhibition cardiaque, substance spécifique que nous avons démontrée être le calcanéum.

Autres communications :

Procédé clinique de recherche du glucose dans les urines au moyen de l'acide ortho-nitrophényl-propidique. — M. Bottu.

Sur le pouvoir antitryptique du sérum sanguin des divers cancéreux. — M. Launoy.

Lésions des testicules dans la rage. — M. Babes.

Réaction de Heacht. Simplification de la séro-réaction de Wassermann. — MM. Bruckner et Galasesco.

Lésions des fibres et des cellules nerveuses dans la sclérose en plaques. — MM. Marinesco et Minea.

Lésions des organes dans le coma diabétique. — M. Marinesco.

Hypersensibilisation à la tuberculine des cellules nerveuses situées au voisinage d'un foyer tuberculeux intra-cérébral. — M. Nadedje.

Etiologie du trachôme. — MM. Stanculeano et Radu.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mai 1909.) E. Sacquépée : Epidémie d'intoxications alimentaires bénignes. — Chavigny : La débilité mentale considérée spécialement au point de vue du service militaire. Son expertise médico-légale. — G. Guérin : Conseils pratiques pour reconnaître l'altération des actes, contrats, testaments, etc., revivification des écritures effacées ou disparues. — Balthazard : Identification d'une empreinte de main ensanglantée sur un drap.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 4, avril 1909.) Lermoyez : Le diagnostic de la méningite aiguë otogène. — Vacher : Réponse au docteur Fein.

Archives de médecine navale. — (N° 5, mai 1909) L. Chastang : L'oreille et la détonation. — L. Moreau : Etude de géographie médicale du golfe Persique. — Liffran : Diagnostic microscopique de la syphilis. — Quentel : Présentation d'un instrument nouveau. — Lanicen : Recherches sur les combinaisons mobydo-uraniques.

Archives générales de médecine. — (N° 4, avril 1909.) M. Perrin : Rôle compensateur de l'emphysème sous-cutané accidentel, dans deux cas de pneumothorax à soupape, obligation de ne pas compter sur cet effet favorable. — René Pouliot : Avortement gémellaire au cinquième mois. Expulsion de deux œufs fermés. — Maurice Cleret : Des perforations de l'œsophage. — Sartory : La stérilisation électrique de l'air.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **4** fr. **50.**	— 6 mois : **8** fr.	— 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE..	3 mois : **7** fr.	D. — 6 mois : **13** fr.	— 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Première leçon clinique.* — Séance du 21 juin : MM. Balthazard et Clerc, 19; Decloux, 20.

— Le Conseil municipal de Paris, sur un rapport présenté par M. Navarre, au nom de la cinquième commission, vient d'émettre l'avis :

Qu'il y a lieu d'autoriser l'administration à compléter le gage des opérations ci-après désignées par un prélèvement de 77136 fr. 14 sur le fonds de capitalisation de 1/10 du prix de vente d'immeubles.

Hôpital Cochin. — Amélioration du service de gynécologie, M. Faure, pavillon Velpeau, 53000 francs.

Hôpital Broca. — Construction d'un pavillon pour les opérées, professeur Pozzi, 3830 fr. 56.

Hôpital Cochin. — Amélioration du service de chirurgie, pavillon Lister, M. Schwartz, 1000 francs.

Hôpital Saint-Antoine. — Amélioration du service d'oto-rhino-laryngologie, M. Lermoyez, 8726 fr. 18.

Hôpital des Enfants-Malades. — Construction d'un pavillon pour les chroniques chirurgicaux, M. Broca, 7000 francs.

Hôpital Beaujon. — Amélioration du service de chirurgie, M. Michaux, 3560 francs.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. Gérard est nommé préparateur des travaux pratiques de physique.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — M. le médecin inspecteur Vaillard, directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire, membre du comité technique de santé, est promu au grade de médecin inspecteur général dans la première section du cadre des médecins inspecteurs généraux, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Gentit, placé dans la section de réserve.

— M. le médecin principal de première classe Martin, directeur du service de santé de la division d'Oran, est nommé au grade de médecin inspecteur dans la première section du cadre des médecins inspecteurs, en remplacement de M. le médecin inspecteur Vaillard, promu.

HOPITAL CIVIL D'ALGER-MUSTAPHA. — Un concours pour cinq places d'élève interne en médecine et en chirurgie à l'hôpital civil de Mustapha aura lieu le 18 octobre 1909, à neuf heures du matin, à l'hôpital civil de Mustapha.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la direction de l'hôpital, au plus tard la veille du jour fixé pour le concours, jusqu'à dix heures du matin, et fournir les pièces suivantes : 1° un extrait de l'acte de naissance; 2° un certificat de moralité ayant moins d'un mois de date; 3° un certificat de vaccination ou de revaccination; 4° un certificat constatant la possession de huit inscriptions au moins prises dans une faculté ou dans une école de médecine françaises; 5° un certificat de nomination aux fonctions d'externe au concours.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — La première session ordinaire du conseil supérieur de l'Instruction publique commencera dans la seconde moitié de juillet.

Parmi les affaires qui seront soumises au conseil pendant cette session, nous relevons :

Projet de décret portant organisation des études en vue du diplôme de pharmacien;

Projet de décret relatif aux conditions auxquelles les pharmaciens de deuxième classe peuvent obtenir le diplôme de pharmacien de première classe;

Projet de décret relatif aux aspirants au diplôme de chirurgien dentiste;

Projet de décret relatif aux droits à percevoir en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien dentiste.

ERRATUM. — Page 897, 1re col., 8e ligne de la communication de M. V. Pachon, au lieu de : « ... que l'on explore au niveau... », lire : « que l'on explore *non* au niveau », et page 898, 2e col., fin de la 8e ligne, au lieu de « calcanéum », lire « *calcium* ».

DE L'EFFET DE LA PONCTION LOMBAIRE
SUR CERTAINES AMBLYOPIES

Par MM. Paul RAVAUT,
Médecin des hôpitaux,
P. GASTINEL et E. VELTER,
Internes des hôpitaux.

Il n'est plus la peine d'insister sur l'importance de la ponction lombaire comme procédé d'investigation et de diagnostic; tous les travaux récents ont montré la valeur indiscutable des renseignements qu'elle peut fournir dans les différentes affections nerveuses ou méningées. Mais on s'est aperçu, au cours de ces recherches, qu'elle pouvait avoir dans de multiples cas une action modificatrice heureuse sur certains phénomènes pathologiques, aussi n'a-t-on pas tardé à l'envisager comme un moyen thérapeutique possible : entre autres dans les hydrocéphalies, l'épilepsie, les céphalées tenaces, surtout celles des syphilitiques, dans certains états auriculaires, comme l'a indiqué M. Babinski, enfin dans certaines affections cutanées prurigineuses (1).

Nous avons pu constater que la ponction lombaire pouvait également modifier certains états oculaires, et, à titre de documents, nous rapporterons aujourd'hui les observations suivantes.

Dans nos deux premières observations, nous n'avons remarqué, avec quelques particularités, que des faits déjà connus; dans nos trois dernières, au contraire, il s'agit de faits dans lesquels, à notre connaissance, les résultats de la ponction n'ont pas été encore signalés; ils méritent, croyons-nous, d'être notés, car ils autorisent à voir dans la ponction lombaire un moyen thérapeutique applicable à certains états oculaires.

La première de nos observations a trait à une stase papillaire par tumeur cérébrale. Les faits de ce genre sont déjà connus, depuis les observations de Druault (2), de de Lapersonne (3), Aubineau (4) et d'autres, et surtout depuis l'important travail de Babinski et Chaillous (5), et celui de Frenkel (6), sur les effets thérapeutiques de la ponction lombaire dans les névrites optiques d'origine intra-cranienne. L'observation suivante ne présente comme particularité intéressante que ce fait : l'amélioration très rapide de la vision au moment même de la ponction, et pendant l'écoulement du liquide, ce qui paraît nettement démontrer le rapport qui existe entre les symptômes « fonctionnels » de la stase et l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Il faut noter, comme l'ont déjà montré Babinski et Chaillous, que cette amélioration ne fut que très passagère.

(1) Thibierge et Ravaut. Des effets favorables de la ponction lombaire dans quelques dermatoses prurigineuses. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1er déc. 1905.

(2) Druault. Soc. d'opht. de Paris, 1902.

(3) De Lapersonne. De la ponction lombaire dans quelques affections oculaires, *Congrès d'ophtalmologie de Paris*, 1903.

(4) Aubineau. *Congrès d'ophtalmologie*, 1903.

(5) Babinski et Chaillous. Résultats thérapeutiques de la ponction lombaire dans les névrites optiques d'origine intra-cranienne, *Ann. d'ocul.*, juillet 1907.

(6) H. Frenkel. La ponction lombaire dans les névrites optiques par hypertension cranienne, *Ann. d'ocul.*, janv. 1908.

Observation I. — Mme R..., quarante ans. Soignée il y a deux ans à Broca pour tumeur mélanique de l'aisselle gauche. Depuis quelques mois, généralisation de tumeurs mélaniques; il y a deux mois, apparition de céphalée atroce, avec affaiblissement lent et progressif de la vue.

Entre à Saint-Louis le 10 mars 1909. Elle présente sur les téguments plusieurs tumeurs mélaniques. Céphalée très vive, vertiges constants et très pénibles; aucun symptôme nerveux permettant une localisation quelconque, et notamment aucun trouble de sensibilité ni des organes des sens autres que les yeux.

L'examen des yeux, pratiqué d'abord par le docteur Chaillous, le 11 mars, montre une stase papillaire bilatérale très marquée, avec quelques hémorragies en flammèches ; l'acuité visuelle est à ce moment de 0,4.

20 mars. Depuis l'entrée la vue a baissé très rapidement, et maintenant la malade compte à peine les doigts. Ponction lombaire de 7 centimètres cubes. Le cytodiagnostic ne décèle aucun élément cellulaire. Pendant que le liquide coule, la malade non prévenue accuse spontanément une amélioration très notable de la vision, et au bout de quelques instants, elle distingue nettement le visage des personnes qui l'entourent. L'amélioration concomitante de la céphalée ne dure pas plus de quarante-huit heures ; de même l'amélioration de la vue s'affaiblit peu à peu dans les jours suivants. L'examen oculaire, pratiqué par l'un de nous, trois jours après la ponction lombaire, ne nous donne aucune modification dans l'état du fond de l'œil.

Le 2 avril, les troubles fonctionnels se sont aggravés, la malade compte à peine les doigts à 1 mètre, et l'examen oculaire montre une très notable augmentation de la stase papillaire.

Le 3 avril, la malade meurt. A l'autopsie on trouve des noyaux mélaniques dans les différents organes. A l'examen macroscopique du cerveau, on voit un noyau dans chaque lobe occipital, occupant l'écorce de la pointe de ce lobe ; un noyau, également cortical, dans le lobe frontal droit; on ne trouve aucune tumeur comprimant les nerfs optiques ou leur chiasma.

Obs. II. — Mme Ch... entre à Broca en novembre 1905 pour des poussées d'urticaire tenaces et récidivantes depuis six ans; parfois deux ou trois poussées surviennent dans la même journée; traitée par le régime déchloruré et lacté sans aucun résultat. Depuis deux ans, présente du côté des yeux une irido-choroïdite bilatérale. De plus :

Œil gauche. Cataracte opérée en avril 1903.

Œil droit. Opérée d'iridectomie faite à cause de menaces de glaucome. V = à peine perception lumineuse dès 1903.

Ultérieurement l'état s'est aggravé, et en 1905, quand la malade vient consulter pour son urticaire, la perte de la vision est complète, il n'y a même pas de perception lumineuse ; il il est donc vraisemblable que l'évolution ait abouti à un véritable glaucome secondaire, comme cela d'ailleurs est si fréquent à la suite des irido-choroïdites bilatérales.

Novembre 1905. On lui fait, pour son prurit, une ponction lombaire : soustraction de 8 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien; réaction discrète de 4-5 lymphocytes par champ. Disparition du prurit, et amélioration brusque de la vision pendant quelques heures; la malade perçoit le jour, la nuit, et a une sensation vague de la forme des objets très éclairés.

Mais, au bout de quelque temps, le prurit réapparaît; en même temps, la vision disparaît à nouveau. Nouvelle ponction de 10 centimètres cubes le 20 novembre : mêmes résultats

que la première fois du côté du prurit et de la vision ; mêmes phénomènes une troisième fois.

Nous croyons intéressant de rapporter ce cas, car, sauf dans quelques cas de glaucome fruste où elle n'a donné que peu de résultats (1), la ponction lombaire n'a pas été systématiquement étudiée dans cette affection.

Cependant c'est un mode de traitement qui paraît rationnel si l'on se base sur les conclusions de M. Vaquez (2); il croit que dans le glaucome l'hypertension du liquide céphalo-rachidien est l'intermédiaire nécessaire entre l'hypertension sanguine et l'hypertension intra-oculaire.

Il est d'autre part intéressant de noter le rôle important du terrain très spécial sur lequel évolue le glaucome (3), et la concomitance avec les phénomènes glaucomateux de troubles cutanés, d'urticaire, d'érythèmes aigus et d'autres dermatoses, semblant relever de troubles vasculaires (4).

A côté de cette dernière observation, nous plaçons maintenant d'autres cas où, chez des malades à hypertension artérielle nette présentant des manifestations cutanées, évoluent des troubles visuels variés. Les troubles visuels des hypertendus sont connus et décrits ; ils s'échelonnent depuis de simples amblyopies passagères uniquement subjectives, jusqu'à des symptômes plus graves liés à des lésions d'artériosclérose oculaire ou à des phénomènes glaucomateux. Mais ce que nous voulons surtout signaler, c'est que les troubles d'amblyopie, sans substratum anatomique cliniquement appréciable, sont fréquents chez des malades porteurs de lésions cutanées et que, en tant que manifestations d'une même cause probable, l'hypertension artérielle, ils peuvent ressortir à une même thérapeutique, la ponction lombaire.

Obs. III. — P..., cinquante-huit ans, entre à Saint-Louis le 20 mai 1908 pour un eczéma suintant et prurigineux du visage et des mains, évoluant par poussées successives depuis de longues années. Rien à l'examen des urines, pas de signes de brightisme, pas de bruit de galop. Mais il se plaint de céphalée, de troubles vagues de la vue; aucune lésion objective du fond de l'œil. La tension artérielle est de 18 au Potain.

On fait dans le seul but de calmer son prurit une ponction de 12 centimètres cubes. Deux jours après la ponction on note la disparition complète du prurit, et une amélioration très nette de la vision : le malade peut lire son journal, ce qu'il ne pouvait faire depuis quelque temps. Cette amélioration persiste, et le malade quitte l'hôpital, dix jours après sa ponction, sa vue étant très notablement modifiée, le prurit ayant complètement disparu, et les lésions cutanées guéries.

Obs. IV. — Mme Mich..., soixante-dix ans. Entre à Saint-Louis pour un eczéma des mains et du pli interfessier, évoluant par poussées depuis longtemps. Se plaint en même temps de troubles visuels : amblyopie, mouches volantes; elle ne peut presque plus coudre. Les artères sont dures, les temporales sinueuses; la tension est de 22 au Potain.

Examen des yeux : la malade compte à peine les doigts ; petites opacités du cristallin des deux côtés; tonus oculaire normal; champ visuel normal; fond d'œil facilement éclairable et sans lésion.

26 juin 1908. On fait une ponction pour le prurit, on retire 12 centimètres cubes. Le lendemain le prurit est très calmé; la vue est considérablement et rapidement améliorée ; les mouches volantes ont disparu ; la tension artérielle est de 20 à 21 au Potain. Deux jours après la ponction, la malade peut se livrer à des travaux de broderie.

Le 28 juin, la tension est de 21 ; le 6 juillet, 22 ; le 9 juillet, 23 ; à ce moment, les troubles visuels réapparaissent un peu ; mais la malade quitte l'hôpital.

Obs. V. — Mme J..., soixante-quatre ans. Entre à Saint-Louis le 22 avril 1908 pour un eczéma suintant et prurigineux siégeant aux mains et au tiers inférieur des avant-bras. Depuis quelque temps, la malade a la vue trouble et des mouches volantes, coïncidant surtout avec les poussées eczémateuses. Depuis quelques mois même, elle ne voit plus assez pour coudre. Les artères temporales sont sinueuses; rien dans les urines ; rien au cœur; pas de signes de brightisme.

4 mai. Dans le but d'améliorer le prurit, on pratique une ponction lombaire et on retire 12 centimètres cubes de liquide nettement hypertendu. On obtient une disparition rapide et totale du prurit, on assèche le suintement de l'eczéma, et, résultat inattendu, la malade accuse immédiatement une amélioration considérable de sa vision.

10 mai. Tension artérielle = 19 au Potain.

Examen des yeux :

Œil normal des deux côtés.

Papille droite à contours un peu flous.

Tonus et champ visuel normaux.

16 mai. Tension = 20.

18 mai. Même état.

La vue est redevenue si satisfaisante que la malade peut se livrer à des travaux de fine broderie. Elle sort le 5 juin.

6 juillet. La malade revient à Saint-Louis. La vue est toujours bonne, le prurit n'a pas réapparu, mais il existe quelques troubles d'hypertension artérielle : céphalée, vertiges ; tension = 22 ; la malade raconte même qu'elle aurait eu un petit ictus passager, n'ayant laissé aucune trace appréciable. L'examen des yeux ne montre rien de particulier.

Dans le courant de décembre 1908, la malade revient consulter à Saint-Louis ; elle se plaint d'une nouvelle poussée d'eczéma et d'un affaiblissement très notable de sa vue. Elle ne rentre à l'hôpital que le 13 février 1909.

A ce moment elle a une poussée d'eczéma suintant très prurigineux, aux mêmes localisations que précédemment, et sa vision est très mauvaise. La tension artérielle est de 19-20 au Potain.

Examen des yeux : les pupilles réagissent normalement.

Fond d'œil : légère congestion rétinienne et papillaire des deux côtés, mais pas d'hémorragies, pas d'excavation papillaire. Pourtant le tonus paraît un peu augmenté des deux côtés ; champ visuel normal.

VOD = 0,1.
VOG = 0,2.

16 février. On fait une ponction lombaire de 8 centimètres cubes. Dans les deux heures qui suivent la ponction, on ne note aucune modification.

Rien à l'examen cytologique du liquide.

17 février. Amélioration très nette du prurit et parallèlement de la vision.

Sans verres, l'acuité est :

VOG = 0,4.
VOD = 0,2.

Avec + 3 dioptries (la malade étant presbyte) :

V = 0,5.

---

(1) A. Terson. *Arch. d'ophtal.*, janv., fév., mars 1908 ; — *Analyse et synthèse pathogénique du glaucome*, p. 91-92.

(2) Vaquez. Hypertension artérielle. Rapp. au *Congrès de médecine*, Paris 1904.

(3) A. Terson. Loc. cit., p. 15.

(4) Crépin. *Des œdèmes neuro-arthritiques*, Th. de Paris, 1903.

Le tonus est diminué; dans le fond d'œil, pas de changement.

Tension artérielle = 16, 16 1/2 au Potain, indiquant ainsi une baisse des plus manifestes, sur laquelle il importe d'insister.

Dans les jours suivants, l'acuité s'améliore encore.

18 février. Avec + 3 dioptries :

VOG = 0,9.
VOD = 0,3.

Tension artérielle = 16.

19 février. Même acuité visuelle. La tension est tombée à 15.

21 février. Même état.

9 mars. L'état s'améliore encore.

Avec + 3 dioptries :

VOG = 0,9.
VOD = 0,4.

Sans correction :

VOG = 0,6.
VOD = 0,3.

Tension artérielle = 15 1/2, 16.

19 mars. Avec correction :

VOG = 1.
VOD = 0,7.

Le fond de l'œil est encore un peu rouge des deux côtés, mais beaucoup moins qu'à l'examen du 17 février. Depuis cette date, état stationnaire. Les poussées prurigineuses n'ont pas réapparu.

1er avril. Tension artérielle = 17.

La malade quitte Saint-Louis.

Tels sont les faits.

Nous y voyons la ponction lombaire agir à la fois sur l'élément prurit et sur les troubles visuels. Notons que les troubles cutanés coexistant avec ces amblyopies semblent appartenir le plus souvent au groupe des eczémas suintants; notons également que les effets de la ponction lombaire dans ces cas sont progressifs et prolongés, surtout par opposition aux deux premières observations que nous avons rapportées. Remarquons enfin que, chaque fois, la ponction a été suivie d'une chute manifeste de la tension artérielle.

Nous ne voulons en rien préjuger de la nature intime des troubles visuels que nous venons de signaler, ni du mode d'action de la ponction lombaire dans ces cas; mais on ne peut s'empêcher d'envisager une véritable graduation dans les effets thérapeutiques de la ponction lombaire pouvant produire par la décompression du liquide céphalo-rachidien des troubles vaso-moteurs cutanés (1) ou encore une action appréciable sur le système vasculaire.

L'effet de la ponction lombaire sur des états oculaires très différents peut faire supposer qu'il existe entre eux un point commun, les reliant les uns aux autres. Ces états paraissent, en effet, au moins dans leurs manifestations subjectives, être conditionnés, directement ou indirectement, par l'hypertension céphalo-rachidienne.

(1) P. Ravaut. Les effets de la ponction lombaire sur quelques phénomènes cutanés, *Presse méd.*, 1906, p. 817.

Cet article était déjà composé quand M. Parisot, dans une note à la Société de biologie, 12 juin 1909 (v. *Gaz. des hôpit.*, n° 68, p. 867), attire de nouveau l'attention sur les rapports de l'hypertension céphalo-rachidienne et de l'hypertension artérielle. Nous reviendrons ultérieurement sur cette intéressante question.

LES ÉPISTAXIS
DANS LA
MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

Par L. RIMBAUD,
Chef de clinique à la Faculté de Montpellier.

Au cours d'une épidémie de méningite cérébro-spinale, que nous avons observée cet hiver à la Colonie pénitentiaire d'Aniane (Hérault), nous avons été frappé par la fréquence des épistaxis chez les méningitiques et par l'heureuse influence que ces épistaxis ont eue sur l'évolution de la maladie.

Douze cas de méningite se sont déclarés de novembre 1908 à avril 1909; dans quatre cas sont survenues des épistaxis. Nous résumons en quelques lignes l'histoire clinique de ces malades d'après les notes que nous avons prises et les renseignements qui nous ont été très obligeamment fournis par M. le docteur Rouveyrolis, médecin de la Colonie.

Observation I. — Pa..., seize ans, est pris le 21 novembre à onze heures du soir d'une violente céphalée. Il se présente le matin à la visite accusant des maux de tête extrêmement pénibles. Dans la soirée, délire furieux, perte de connaissance, pas de raideur de la nuque, ni des membres. Température entre 39 et 40 degrés. Le 23, survient dans la matinée une épistaxis modérée qui est suivie d'un abaissement de température (38°5). Un délire calme persiste; le malade ne reconnaît personne autour de lui, mais peut prendre quelques liquides. Herpès labial. Dans la soirée, nouvelle épistaxis qui se répète dans la nuit avec une extrême abondance (la quantité de sang rendu est évaluée à un litre). A partir de ce moment-là tous les phénomènes rétrocèdent.

Le 11 décembre, quand nous voyons le malade pour la première fois, la guérison est complète.

Obs. II. — G..., dix-sept ans, est pris le 5 décembre à quatre heures du soir d'un mal de tête intense et dans la nuit présente un délire violent et bruyant. Température, 39°5. Pendant les deux jours qui suivent, le sujet est plus calme, quelques vomissements et constipation.

Le 8, le délire reparaît; en même temps survient une raideur très accentuée, le sujet est contracturé, en opisthotonos. Hyperesthésie vive de la face et des bras, anesthésie des membres inférieurs. Température oscille entre 39 et 40 degrés. Le 10, surviennent trois épistaxis abondantes. Le 11, amélioration très nette, plus de délire, légère raideur de la nuque et Kernig. Réflexes rotuliens normaux. Température, 38 degrés. Herpès labial, s'étendant presque sur les joues.

Guérison en quinze jours. Légère surdité de l'oreille gauche.

Obs. III. — Gug..., dix-huit ans, est admis à l'infirmerie le 14 décembre. Il vient d'être pris, brusquement, sans prodromes, d'une forte céphalalgie, il a de la rachialgie avec raideur de la nuque et Kernig, des nausées, de la constipation, faiblesse des membres inférieurs, agitation vive, cris de douleur. Température, 40°6.

Le lendemain l'agitation s'est calmée; dans la matinée la température est descendue à 39°2, mais les phénomènes d'excitation et de céphalée reparaissent dans la soirée. Herpès labial. Dans la nuit du 15 au 16 survient une forte épistaxis qui se renouvelle. Dès ce moment, calme, chute de la température, amélioration de tous les symptômes. La guérison survient en quatre ou cinq jours. Il persiste quelque temps de l'asthénie générale avec faiblesse des membres inférieurs.

Obs. IV. — Her..., seize ans, est pris le 29 décembre, à dix heures du soir, de douleurs abdominales, bientôt suivies de vive céphalalgie. Délire violent. Cris. Vomissements répétés. Température, 40°2. Pouls, 136. Dans les jours qui suivent, l'état s'aggrave encore, le délire persiste avec agitation extrême; l'intelligence est nulle. Raideur de la nuque et des membres inférieurs. Température entre 39 et 40 degrés. Herpès. Du 2 au 8 janvier, très abondantes épistaxis, qui ici ne paraissent pas atténuer la gravité de la maladie. Paralysie des sphincters; escarre au sacrum. Parésie des membres inférieurs. Le 1er février, amélioration lente. Fin mars, le malade est en voie de guérison.

Début brusque, céphalalgie intense, vomissements, raideur de la nuque, Kernig, opisthotonos, délire, fièvre, herpès labial, voilà le tableau clinique classique de la méningite cérébro-spinale. Ce tableau s'est reproduit à peu de choses près dans les douze cas observés...

La ponction lombaire n'a pu être faite dans les quatre cas à épistaxis que nous venons de décrire. Elle a été faite chez trois autres malades au cours de l'épidémie, elle a donné un liquide céphalo-rachidien véritablement purulent dans deux cas avec polynucléose à peu près exclusive et diplocoques ne prenant pas le Gram et répondant par leur morphologie aux caractères de méningocoque de Weichselbaum. Le diagnostic dans ces conditions ne peut pas, croyons-nous, être discuté pour les cas cliniques que nous rapportons absolument identiques à ceux dans lesquels nous avons constaté le méningocoque.

Dans les trois premières observations, les épistaxis modifient complètement et brusquement la marche de la maladie.

Pour l'observation I, l'hémorragie nasale survient au second jour. Elle amène une chute de température d'un degré et une certaine amélioration. Elle se renouvelle dans la soirée pour devenir dans la nuit d'une extrême abondance. Le lendemain, l'état du malade est changé du tout au tout : apyrexie, plus de délire. La guérison est complète huit jours après.

Dans l'observation II, les épistaxis sont plus tardives ; elles se produisent au cinquième jour et se répètent trois fois dans les vingt-quatre heures. Rétrocession immédiate de tous les symptômes. Dix jours après le malade est guéri.

L'observation III est analogue : épistaxis le second jour ; dès ce moment, disparition progressive et rapide de tous les signes méningitiques. La durée totale de la maladie n'est que de six jours.

Dans le cas IV, les hémorragies nasales ont eu des effets moins heureux. Elles ont commencé au quatrième jour et ont persisté abondantes pendant une semaine. La méningite a continué à évoluer sous une forme grave, traînante, et la guérison n'est survenue que dans le courant du troisième mois.

Voilà donc quatre cas de méningite cérébro-spinale avec épistaxis, ces quatre cas ont guéri. Dans l'ensemble, du reste, la mortalité a été peu élevée dans cette épidémie, puisque, sur douze cas, trois méningitiques seulement ont succombé, soit 25 p. 100. Et cependant, dans l'impossibilité de nous procurer en temps voulu du sérum antiméningococcique, un seul de nos malades a pu être soumis à cette thérapeutique spécifique.

Il est certain que c'est aux épistaxis que nous devons en grande partie cette faible mortalité chez nos méningitiques, et dès lors notre tableau de mortalité peut être établi ainsi :

Méningites sans épistaxis, 8 ; morts, 3; mortalité, 37,5 p. 100.

Méningites avec épistaxis, 4; morts, 0; mortalité, 0 p. 100.

Que penser des épistaxis survenues dans ces conditions et de leur heureuse influence?

Faut-il voir là seulement les bons effets d'une évacuation sanguine qui, au cours d'une infection, débarrasse l'organisme d'une certaine quantité d'éléments microbiens et de toxines. La preuve de la présence du méningocoque dans le sang des méningitiques n'est plus à faire aujourd'hui et on l'y trouve à peu près dans tous les cas, lorsqu'on sait l'y chercher. Elle agirait dans ce cas comme la ponction lombaire; et cependant l'effet des épistaxis a été de beaucoup plus marqué que celui des ponctions rachidiennes même renouvelées. Faut-il voir un rapport entre la localisation nasale de l'hémorragie et le foyer de pénétration du méningocoque. L'invasion des méninges par le méningocoque se ferait grâce aux communications lymphatiques naso-méningées, bien établies depuis les récents travaux de Cunéo et Marc André. Mais la voie sanguine n'est peut-être pas étrangère à cette infection.

Les relations circulatoires entre les fosses nasales et les méninges sont étroites. L'artère ethmoïdale antérieure, branche de l'ophtalmique, en particulier, émet à son origine une petite artériole méningée, qui se perd dans la dure-mère de la région frontale, puis descend au travers de la lame criblée de l'ethmoïde dans les fosses nasales et vient se terminer sur le cartilage quadrangulaire (Poirier). Là elle s'anastomose avec les branches terminales de la sphéno-palatine interne, constituant une sorte de carrefour artériel, appelé tache vasculaire de la cloison (Sieur et Jacob), qui est l'origine habituelle de l'épistaxis.

Les veines offrent une communication circulatoire non moins large entre la circulation méningée et la circulation des fosses nasales. Le groupe supérieur des veines efférentes des fosses nasales est représenté par les veines ethmoïdales, satellites des artères. « Ces deux veines principales, dit Poirier, établissent une communication indirecte entre les veines cérébro-méningées et les plexus pituitaires par les anastomoses situées au niveau de la lame criblée. En outre des veines satellites des artères ethmoïdales, il existe d'autres troncs plus petits traversant isolément l'os ethmoïde au niveau du toit du labyrinthe et mettant directement en communication les veines méningées et les plexus nasaux (Zuckerkand). »

Rappelons enfin que pour Westenhœffer, la voie de pénétration intra-cranienne de l'infection serait le sphénoïde, l'invasion des méninges pouvant se faire

par les spores du sphénoïde ou par les voies vasculaires qui passent du naso-pharynx dans le crâne au voisinage de la selle turcique.

Les rapports vasculaires étroits entre les méninges et les fosses nasales sont donc suffisamment démontrés pour que l'on puisse concevoir l'action des épistaxis sur la circulation méningée. L'heureuse influence de l'hémorragie tient sans doute, nous l'avons dit, à l'élimination d'éléments microbiens et de produits toxiques; mais elle nous paraît devoir déterminer dans le territoire méningé même où débute l'infection une décongestion intense qui ne peut avoir qu'une action des plus favorables sur l'hyperhémie artérielle et veineuse des méninges, hyperhémie que signalent à un haut degré tous les examens anatomo-pathologiques pratiqués chez des sujets morts de méningite cérébro-spinale.

Quoi qu'il en soit, nos quatre cas permettent, croyons-nous, de ranger les épistaxis parmi les symptômes possibles de la méningite cérébro-spinale. Elles paraissent avoir une heureuse influence sur l'évolution de la maladie dont elles raccourcissent la durée et dont elles atténuent manifestement la gravité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 JUIN 1909)

Un rapport de M. Balzer sur les travaux des stagiaires envoyés aux eaux minérales et une communication de M. Lowenthal, tel est le bilan de cette séance.

L'état sanitaire comparé des armées française de l'intérieur et allemande de 1902 à 1906. — M. Lowenthal (d'Anizy) fait une communication sur ce sujet. En 1906, on note, dans l'armée française, une recrudescence sensible de la plupart des maladies infectieuses. De 1905 à 1906, la fièvre typhoïde s'est élevée de 3,7 à 4,5 p. 100, la scarlatine de 2,8 à 3, les oreillons de 15,2 à 18, la méningite cérébro-spinale de 0,14 à 0,21, la diphtérie de 0,87 à 1,29, la tuberculose de 5,9 à 6,3, la pleurésie de 7,6 à 8,3; la mortalité générale de 3,14 à 3,58; la mortalité maladie de 2,65 à 3,6. M. Lowenthal reconnaît à cette recrudescence trois causes : incorporation des demi-bons, sélection de plus en plus insuffisante des hommes proclamés bons pour le service actif, réduction du nombre des réformés.

De 1872-1876 à 1902 1906, la mortalité générale de l'armée a baissé de 9,7 à 4,19 p. 100, soit une baisse de 140 p. 100. Par contre, la mise en réforme s'est élevée de 15,3 à 55,3 p. 100, soit un accroissement de 260 p. 100. La baisse de la mortalité n'est donc que fictive.

Voici des chiffres qui montrent l'augmentation considérable des mises en réforme pour tuberculoses ou maladies ressortissant de la tuberculose :

Tuberculose : en 1887, 1631 ; en 1906, 3963;

Imminence de tuberculose : en 1887, 0; en 1906, 3235;

Anémie, faiblesse constitutionnelle : en 1887, 63; en 1906, 1739, etc.

Voici un tableau comparatif des états sanitaires des armées allemande et française en 1902-1906 :

		CAS.	DÉCÈS.
Variole.......	Armée allemande..	1	1
	— française...	163	6
Scarlatine.....	— allemande..	1661	63
	— française...	8198	238
Typhoïde.....	— allemande..	2093	240
	— française...	11061	1439
Rougeole.....	— allemande..	1999	3
	— française...	3193	216
Grippe.......	— allemande..	22146	22
	— française...	55266	673
Pleurésie.....	— allemande..	9662	128
	— française...	20372	179
Tuberculose...	— allemande..	5151	625
	— française...	17049	1712
Dysenterie....	— allemande..	350	9
	— française...	779	91

En totalisant les décès de toute nature on arrive aux chiffres suivants pour cette période 1902-1906 : décès par suicide dans l'armée allemande, 1117; dans l'armée française, 446. Accidents, en Allemagne, 743; en France, 790. Maladies, en Allemagne, 3400; en France, 7578. Au total, en Allemagne, 5260; en France, 8814.

Quels sont, d'après M. Lowenthal, les remèdes à ce triste état de choses? La réforme du recrutement, la sélection plus rigoureuse, l'amélioration du casernement surpeuplé d'une façon scandaleuse.

— L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. de Fleury sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres. La liste de présentation est ainsi dressée :

En première ligne, *ex æquo*: MM. Capitan et Voisin; en deuxième ligne, *ex æquo* : MM. Castex et Coudray; en troisième ligne, *ex æquo* : MM. Cabanès et Valude.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 17 JUIN 1909)

Typhus exanthématique. — M. Jaubert lit un important mémoire clinique et anatomo-pathologique sur l'épidémie de typhus exanthématique qui a atteint les indigènes du sud de la Tunisie et de la province de Constantine d'avril à mai 1909.

L'étiologie de la fièvre typhoïde. — La discussion continue. M. Chupin insiste sur le rôle de la contagion médiate et sur les mesures prophylactiques qui en découlent. L'auteur envisage ensuite les conséquences immédiates ou éloignées que peut entraîner pour l'armée l'acceptation intégrale des conceptions étiologiques récentes sur les porteurs de germes et les semeurs de bacilles.

M. Fischer montre d'après les Allemands que le pourcentage de porteurs chroniques de bacilles d'Eberth chez les convalescents de dothiénentérie varie suivant les auteurs : il serait de 3 p. 100 pour Schneider, de 5 p. 100 pour Kayser, de 8 p. 100 pour l'américain Park. Sur 100 cas de fièvre typhoïde, 5 seraient dus au contact de porteurs de germes (Schneider); pour Koch, ce chiffre serait sensiblement de 4,3; pour Förster, il devrait être porté à 20, ce qui paraît exagéré. MM. Fischer et A. Billet citent des exemples de transmission de la fièvre typhoïde par des porteurs sains à très longue échéance, après dix et même cinquante-deux ans.

M. Rouvillois présente une observation de **corps étranger sous-glottique (caillou).** (Tentatives infructueuses d'extraction par les voies naturelles, trachéotomie sans résultat. Descente du corps étranger dans la bronche droite. Expulsion par les voies naturelles par plan incliné.)

ANALYSES

MÉDECINE

La fièvre cérébrale des anciens et la méningo-encéphalite des auteurs contemporains. (U. Monnier. *Gaz. méd. de Nantes*, 7 nov. 1908, p. 925.) — A propos d'un cas de délire bizarre chez un tuberculeux pulmonaire adulte, à l'autopsie duquel on trouva des tubercules méningés et des lésions dans la substance cérébrale sous-jacente, M. Monnier insiste sur les rapports de la tuberculose avec le cerveau. Ces rapports sont très étroits; sans doute un tuberculeux peut délirer sans que la tuberculose soit la cause de son délire, mais, chez un tuberculeux délirant, on doit toujours penser au rôle du bacille de Koch ou de ses toxines. Dans les cas de ce genre, il existe des lésions de la cellule nerveuse. Même dans les méningites tuberculeuses classiques, on constate de la méningo-encéphalite. De plus, le syndrome méningo-encéphalique peut être réalisé par des lésions cérébrales sans lésions méningées; la démonstration expérimentale en a été faite, en particulier par Josué, Martin et Vandremer. Ainsi donc le syndrome encéphalique éclipse souvent le syndrome méningé dans les cérébropathies tuberculeuses; c'est ce syndrome encéphalique que Trousseau désignait sous le nom de fièvre cérébrale; cet état cérébral commun à toutes les manifestations méningo-encéphaliques des tuberculeux, correspond à une lésion commune, l'encéphalite.

M. BRELET.

Les abcès de fixation dans le saturnisme. (J. Carles. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 25, 20 juin, p. 290.) — Dans l'intoxication saturnine expérimentale par ingestion, tout comme dans celle par injection, l'abcès de fixation apparaît à l'auteur comme un moyen d'élimination des plus importants du plomb accumulé dans l'organisme.

Dans ses diverses expériences, le pus de l'abcès térébenthiné contenait toujours, à poids égal, davantage de poison que n'importe quel viscère. Même quand l'intoxication est ancienne et à l'époque où apparaissent déjà les accidents graves déterminés par les altérations viscérales, l'abcès provoqué possède encore son pouvoir remarquable de localisation du plomb. Il est peut-être même alors plus marqué, comme l'a montré l'expérimentation. La clinique, elle aussi, en a fourni des preuves à M. Carles.

L'abcès de fixation apparaît donc comme un nouveau moyen de déplacer et d'éliminer le plomb accumulé dans les viscères des saturnins. Il semble appelé à rendre de grands services dans les cas, malheureusement fréquents, où nos ressources thérapeutiques habituelles restent inefficaces contre la redoutable intoxication plombique.

L. GAYARD.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

La syphilis du lapin. (Gaston Roussel. *La syphilis du lapin. Etude de médecine expérimentale*, Th. de Paris, 1909; Henri Jouve.) — La possibilité d'inoculer la syphilis au lapin est aujourd'hui un fait indiscutable, et c'est à cette importante question de médecine expérimentale que M. Gaston Roussel vient de consacrer sa thèse. Cet intéressant travail, basé sur huit séries d'inoculations portant sur quarante et un lapins, a été inspiré à notre confrère par M. Milian qui, dès les premières communications de Bertarelli, s'est occupé d'étudier la transmission de la syphilis au lapin.

Déjà Haensell en 1881, et Siegel et Schulze en 1905 avaient tenté de déterminer des lésions oculaires chez le lapin par inoculation syphilitique; mais leurs expériences sont contradictoires et d'ailleurs le critérium définitif faisait défaut puisque l'agent pathogène de la syphilis était encore inconnu à cette époque.

Bertarelli, le premier, décela en 1906 la présence du treponema pallidum dans les lésions oculaires des lapins en expérience, et il put même transmettre cette kératite de lapin à lapin.

Après lui, de nombreux expérimentateurs reprirent ses travaux et presque tous obtinrent des résultats aussi positifs, et les quelques insuccès qu'ils ont eus doivent être attribués au peu de virulence des produits inoculés.

Voici les conclusions auxquelles a pu aboutir M. Roussel au cours de ses recherches expérimentales en collaboration avec M. Milian.

La syphilis est inoculable au lapin et donne chez lui, presque à coup sûr, des lésions locales au niveau de la cornée et du testicule, quelquefois à la peau. Elle est peut-être même susceptible de généralisation. Les formes de la kératite syphilitique obtenue chez le lapin par inoculation cornéenne sont au nombre de quatre : la kératite ponctuée, la kératite chancriforme, la kératite diffuse et la kératite ulcéreuse.

En examinant à l'ultramicroscope des produits de raclage de la cornée, dilués dans l'eau distillée et prélevés sur l'animal vivant, on trouve le tréponème à l'état de vie et en quantité considérable. Chez l'animal sacrifié, on trouve également le tréponème sur des coupes de cornée imprégnées à l'argent.

Il est indispensable pour réussir à coup sûr les inoculations de prendre comme matériel des lésions très virulentes et non traitées; il faut donc, avant toute chose, y constater la présence de nombreux tréponèmes. Les chancres jeunes conviennent tout particulièrement.

Les déterminations oculaires de la syphilis par inoculation dans la chambre antérieure de l'œil sont moins caractéristiques que les déterminations cornéennes par inoculation intra-cornéenne. Elles réussissent moins souvent car les produits inoculés amènent fréquemment la fonte purulente de l'œil, à moins d'employer des papules cutanées non supprimées.

L'inoculation au lapin pourrait à la rigueur servir à différencier le chancre syphilitique du chancre simple, car les inoculations intra-cornéennes du chancre simple sont constamment négatives, mais les recherches bactériologiques habituelles permettent un diagnostic plus rapide.

Les cornées syphilitiques du lapin peuvent être employées comme antigène pour pratiquer la réaction de fixation, aux lieu et place du foie d'hérédo-syphilitique. Il est possible d'inoculer de lapin à lapin le virus syphilitique et d'avoir ainsi sous la main en permanence un matériel d'expérimentation. Par contre les essais d'immunisation du lapin contre la syphilis ont échoué jusqu'à ce jour.

L'intéressante étude de M. Roussel mérite d'être lue *in extenso*, et ceux que ces expériences tenteraient, nous sauront gré de leur signaler entre autres le chapitre où est exposée la technique opératoire, qui leur évitera bien des essais infructueux.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Une méthode simple de transfusion du sang sans canule. (John A. Hartwell. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LII, n° 4, 23 janv. 1909, p. 297-298.) — La transfusion du sang a, dans ces dernières années, pris sous l'impulsion des travaux de Carrel, de Crile et d'autres, une importance thérapeutique considérable. Une chose gêne, pour qu'elle devienne une intervention d'urgence courante : la technique et la nécessité d'une instrumentation spéciale. Voici un procédé qui obvie à cet inconvénient, et qui de plus ne cause pas de diminution de calibre de l'artère comme cela arrive à l'endroit où l'on retourne la manchette du vaisseau sur la canule.

Disséquer, pincer, couper l'artère et la veine de la manière habituelle et avec le soin habituel, en ce qui concerne les petites collatérales. Puis enlever la tunique adventice de chaque vaisseau jusqu'à une distance d'environ 4 centimètres du bout coupé, endroit où on en rebrousse un court segment qui servira de butoir d'arrêt. Passer trois sutures de soutien équidistantes dans la paroi de la veine, une aiguille intesti-

nale ordinaire et de la soie n° 0 sont parfaitement suffisantes. Enduire l'extrémité coupée de l'artère de vaseline stérilisée. La veine est attirée vers l'artère ; la veine maintenue béante à l'aide des sutures, on introduit à son intérieur l'artère, qui est assez résistante pour que l'on puisse pousser plus de 3 centimètres sans que le vaisseau se coude. Une des sutures de soutien est passée à travers la petite collerette d'adventice et l'exubérance de circonférence de la veine est pincée ou suturée. Le sang coule librement. Il n'y a pas plus de danger de coagulation qu'avec n'importe quelle autre méthode. Si le sang coule trop rapidement, on comprime digitalement l'artère à distance. Cette méthode a été employée par Hartwell expérimentalement et une fois chez l'homme avec plein succès.

C'est certainement une grande simplification. La prochaine, que l'auteur n'a pas encore eu le temps d'expérimenter, mais qu'il essaiera au premier jour, sera d'introduire directement le bout coupé de l'artère dans une fente latérale de la veine, cette dernière étant pincée juste au-dessous.

F. GARDNER.

PRATIQUE MÉDICALE

LES ERREURS DANS L'ANTISEPSIE

Par M. BAUCHET.

Beaucoup de médecins signalent les inconvénients des antiseptiques, et dans la presse médicale on peut lire un grand nombre de travaux ou de communications citant des cas d'intoxication ou de causticité par les substances antiseptiques habituelles. Certains auteurs vont même jusqu'à se demander si l'on n'est pas en droit de dire que « l'antisepsie a fait faillite ».

Certes, il y a des antiseptiques dangereux pour les tissus et l'état général. Le sublimé, l'acide phénique, par exemple, ont à leur compte beaucoup de méfaits. Mais aussi, la façon de les manier est pour beaucoup dans les insuccès et inconvénients signalés. N'a t-on pas vu Wolkmann (1) « qui était pourtant un grand chirurgien, utiliser *par arrosoirs* l'eau phéniquée forte, et *marcher en sabots* dans son amphithéâtre ! » Ne sait-on pas que Nussbaum « versait dans le ventre de ses malades laparotomisées des litres de la même solution forte ! » — « J'ai vu, dit Lucas-Championnière, des chirurgiens prendre de l'iodoforme à poignée, le répandre sur les plaies et s'imaginer que les sujets qu'ils traitaient ainsi n'étant pas morts, ils avaient fait une bonne besogne ». Donc c'est l'excès des doses et la quantité employée, qui a vicié l'action favorable des antiseptiques, car il ne faut pas oublier que le maniement de ces agents énergiques exige beaucoup de prudence ; et combien de médecins, en voulant tuer le microbe, désorganisent les cellules, arrêtent l'évolution cicatricielle et, en définitive, favorisent l'action des germes virulents, sur un terrain maintenant sans défense.

L'eau oxygénée elle-même, quand elle est employée en grande abondance et d'une façon trop prolongée, devient une substance dangereuse et caustique. Il y a pourtant l'anios dont le maniement est sans danger. Il est vrai que cet antiseptique, agissant au contact des plaies, par une production continuelle d'oxygène naissant n'est pas acide, comme H^2O^2, et ne peut être caustique ou toxique, l'oxygène lui-même n'ayant pas ces défauts.

L'expérience montre aussi que l'anios liquide (solution à 1 et 2 p. 100) et la poudre d'anios sont kératoplastiques, c'est-à-dire excitent la vitalité des cellules et développent les réactions locales défensives et cicatrisantes des tissus. Et comme on ne peut, avec cette substance, traumatiser les tissus, puisqu'il s'agit là de la fermentation oxygénée à développement constant, c'est-à-dire sans exagération possible, il en résulte qu'au point de vue pratique le trioxychlorométhyle de vanadium est sans inconvénients. Quelle que soit la manière dont on l'utilise, il ne peut amener les désastres qui sont dus au sublimé et à l'acide phénique. Cela tient à ce fait que l'anios est tout à la fois un actif germicide et un puissant cicatrisant et que cette dernière propriété le rend sans dangers pour les tissus. Sa valeur antiseptique égale cependant celle du sublimé et même, si l'on tient compte de ce fait que le bichlorure d'hydrargyre coagule les albuminoïdes, ce qui neutralise une partie de sa puissance, on peut dire que l'anios lui est supérieur.

L'antisepsie sans dangers est donc possible, mais il faut savoir *faire de l'antisepsie*.

(1) Voir *Journ. de méd. et de chir.*, 10 mai 1909.

Technique des bandages et appareils de pratique courante, par le docteur A. BESSON, maître de conférences à la Faculté libre de médecine de Lille. In-8 écu avec 95 fig. — Prix : 3 francs. — Paris, Vigot frères.

NOTES POUR L'INTERNAT

CIRRHOSE BILIAIRE HYPERTROPHIQUE DE HANOT (1)

PATHOGÉNIE. — D'après Hanot, Gilbert et Surmont, Lereboullet, la cirrhose biliaire est la conséquence d'une infection ; c'est une *infection biliaire ascendante* due à des germes venus de l'intestin ; l'évolution clinique, l'anatomie pathologique, quelques constatations bactériologiques positives, les données fournies par la pathologie comparée et l'expérimentation plaident en faveur de la justesse de cette interprétation (Lereboullet) ; l'infection biliaire chronique ne se développe et ne devient cirrhogène que chez des sujets prédisposés.

Le processus sclérogène est essentiellement lié à l'angiocholite et à la péri-angiocholite des canaux biliaires de moyen et de petit calibre ; l'ictère chronique, par rétention, relève de cette même lésion. On ne peut rien affirmer sur la nature de cette infection, sur son caractère banal ou spécifique. En tout cas, elle est toujours très atténuée et chronique (Chauffard).

Mais, à côté de la cirrhose biliaire d'origine angiocholitique, il existe peut-être une cirrhose porto-biliaire *d'origine splénique*. Chauffard distingue de la maladie de Hanot les cas dans lesquels la rate est nettement prise avant le foie et à un plus haut degré ; ce sont les hépatites d'origine splénique, les cirrhoses hypertrophiques biliaires métasplénomégaliques.

SYMPTOMES. — Le *début* de la cirrhose de Hanot est très vague, difficile à préciser. Chez un adulte, souvent déjà cholémique (Gilbert et Lereboullet), surviennent des troubles gastro-intestinaux : anorexie, nausées, vomissements parfois bilieux, diarrhée plus ou moins tenace, avec ou sans fièvre.

Dans quelques cas, c'est le gonflement du ventre, c'est une douleur ou une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit, qui attirent l'attention. Dans d'autres, un ictère franc marque le début, assez brusquement, avec les allures cliniques d'un ictère catarrhal ; fréquemment aussi, l'ictère survient peu à peu et va ensuite s'accentuant ; c'est quelquefois encore au décours d'une maladie infectieuse que l'ictère apparaît. Dès le début, la fièvre peut exister (Jaccoud) ; on note aussi un léger amaigrissement et un peu de perte des forces. Mais bientôt, l'ictère devient le symptôme capital ; cet ictère initial, encore léger, jaune clair, s'accompagne d'une hypertrophie hépatique modérée, légèrement douloureuse ; puis, les accidents disparaissent, l'ictère s'efface presque complètement sans disparaître tout à fait, le foie reste à peine gros,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 68, p. 870.

mais ce n'est qu'une rémission temporaire; des ictères à répétition surviennent, qui laissent, à chaque nouvelle poussée, un peu plus de jaunisse, un peu plus d'hypertrophie du foie; les épistaxis, les taches purpuriques sont alors assez habituelles.

A un moment donné, l'ictère devient définitif et dès lors commence la *période d'état*. L'ictère chronique a, en général, les caractères de l'*ictère vrai biliphéique* avec teinte jaune nettement appréciable des téguments et des muqueuses, sujette d'ailleurs à des variations fréquentes d'intensité. Dans certains cas, il est remarquablement foncé; plus souvent il n'acquiert une grande intensité qu'au moment des poussées paroxystiques. La présence de la bile au niveau des téguments entraîne les symptômes habituels : prurit, pigmentations, xanthélasma des paupières. Le ralentissement du pouls est rare, au moins d'une façon durable, dans cet ictère.

Les *urines*, de quantité variable selon les cas et selon les périodes de la maladie, sont plus ou moins colorées par les pigments biliaires; le plus souvent, on n'y trouve pas d'urobiline, parfois, pourtant, on la constate avec persistance; le taux de l'urée est habituellement peu modifié; les résultats de la glycosurie expérimentale sont assez variables d'un malade à l'autre. La toxicité urinaire est notablement diminuée. Les *matières fécales* conservent souvent leur coloration normale, caractère très important pour le diagnostic différentiel ; elles sont même parfois surcolorées et bilieuses; il faut noter toutefois, qu'au moment des poussées angiocholitiques, les matières peuvent se décolorer temporairement et que, vers la fin de la maladie, elles restent presque constamment peu ou pas colorées.

Le *foie* et la *rate* sont tous deux *hypertrophiés*. Le foie déborde les fausses côtes et peut descendre jusqu'à l'ombilic; la matité verticale sur la ligne mamelonnaire donne une surface de 20 centimètres; les fausses côtes inférieures droites sont évasées dans certains cas. La surface du foie est unie et lisse, quelquefois inégale par suite de la périhépatite; la consistance est un peu accrue, le bord inférieur reste tranchant. La palpation est à peu près indolore, sauf pendant les périodes de crises qui déterminent une augmentation de la matité hépatique et de l'ictère. La rate est énorme, dépassant largement les fausses côtes, formant un disque bombé qui peut atteindre le voisinage de l'ombilic ou de la crête iliaque; à l'auscultation, on entend un souffle splénique.

L'*absence d'ascite* est la règle à la période d'état; cependant une ascite peu abondante apparaît parfois au moment des poussées aiguës ou vers la fin de l'affection; elle dépend de lésions péritonéales ou même d'une hypertension portale (Gilbert et Lereboullet). Les veines sous-cutanées abdominales ne sont jamais très dilatées ; mais en recherchant systématiquement cette circulation supplémentaire, on la retrouve plus ou moins ébauchée.

On note encore quelques autres symptômes, mais moins importants : l'appétit est conservé, voire même dans certains cas exagéré avec des périodes de boulimie; la gastrite hyperpeptique est assez fréquente (Hayem). Au cœur, on entend souvent des souffles qui sont anorganiques, quelquefois des signes d'asthénie du myocarde. Les hémorragies sont fréquentes : épistaxis, hémorragies gingivales, plus rarement gastro-intestinales, purpura. L'examen du sang révèle une anémie plus ou moins marquée et quelquefois une leucocytose. L'asthénie nerveuse est assez fréquente.

Cette période d'état est souvent longue; c'est un état compatible avec la vie commune, sauf au moment des poussées paroxystiques. Celles-ci sont très caractéristiques de la maladie de Hanot; chaque fois, pendant deux ou trois semaines, la fièvre s'allume, l'ictère se fonce, le foie devient plus gros et plus douloureux, les urines rares ; puis les accidents s'amendent, mais laissent le malade plus déprimé et plus ictérique. Les paroxysmes se répètent de plus en plus fréquents, les rémissions intercalaires sont moins complètes; le malade perd alors ses forces et s'amaigrit.

MARCHE. TERMINAISONS. — La cirrhose de Hanot dure au moins deux ans; la moyenne est de quatre ans; mais souvent elle dure davantage.

La terminaison habituelle est l'ictère grave; le malade est devenu cachectique, puis apparaissent des signes traduisant l'atteinte profonde de la cellule hépatique : urines rares, pauvres en urée, vomissements, diarrhée, troubles nerveux (somnolence, dépression profonde), hémorragies, troubles thermiques.

Des *complications* peuvent abréger la durée de la maladie, par exemple, la péritonite, les hémorragies gastro-intestinales répétées, l'asthénie myocardique avec congestion pulmonaire.

Dans quelques cas, le cirrhotique est emporté par une maladie intercurrente : pneumonie, érysipèle de la face, endopéricardite. Il est à noter cependant que ces maladies sont moins graves pour le cirrhotique biliaire que pour le cirrhotique alcoolique, celui-là gardant une cellule hépatique relativement saine, tout au moins pendant une longue période.

FORMES CLINIQUES. — Chez l'*enfant*, la cirrhose de Hanot détermine presque toujours un arrêt de développement ou un ralentissement de la croissance. La puberté subit un arrêt ou même avorte complètement; les stigmates dystrophiques sont assez fréquents, par exemple l'ostéo-arthropathie hypertrophiante ou le doigt hippocratique.

A côté de la maladie de Hanot, on a décrit une cirrhose biliaire *hypersplénomégalique*, dans laquelle la splénomégalie dépasse nettement l'hypertrophie hépatique (Gilbert et Fournier); une cirrhose biliaire microsplénique ou *asplénomégalique* (Gilbert et Castaigne).

Il existe aussi une *cirrhose biliaire atrophique*, très exceptionnelle d'ailleurs, qui présente tous les symptômes de la maladie de Hanot, sauf pour ce qui est de l'état du foie; elle est plus grave, son évolution étant habituellement beaucoup plus rapide.

DIAGNOSTIC. — Ictère chronique sans décoloration des matières fécales, gros foie et grosse rate sont les trois éléments principaux du diagnostic.

Au début de la maladie ou au moment d'une crise paroxystique, on peut penser à un ictère catarrhal, à un ictère infectieux ou à un ictère de lithiase biliaire. Mais l'*ictère catarrhal* même prolongé ne déterminera pas d'hypertrophie aussi considérable du foie et de la rate; l'ictère de la *colique hépatique* a un début marqué par des douleurs vives, il ne s'accompagne pas de splénomégalie. On se rappellera d'ailleurs toujours que le diagnostic de maladie de Hanot ne peut pas être un diagnostic initial; il ne se justifie que par l'allure même de la maladie, avec sa lente évolution, ses alternatives de recrudescences et de rémissions (Chauffard).

A la période d'état, on éliminera d'abord les ictères chroniques avec décoloration des matières : ictère catarrhal prolongé, lithiase biliaire, cancer des voies biliaires, cancer de la tête du pancréas.

Reste le groupe des gros foies avec ictère et selles colorées. La *cirrhose hypertrophique graisseuse* (Hutinel, Sabourin) a une évolution rapide; l'ictère n'est jamais très intense; l'hypertrophie de la rate est modérée; la mort survient en quelques semaines.

Hanot a décrit une *hépatite syphilitique* avec ictère chronique qui ressemble beaucoup à la cirrhose hypertrophique biliaire; cependant l'évolution est plus rapide et revêt les allures du foie infectieux.

Le diagnostic du *cancer du foie* (cancer massif ou cancer nodulaire) ne prête guère à erreur; cependant, dans un cas de Hanot, les irrégularités dues à la périhépatite d'une cirrhose biliaire pouvaient permettre la confusion.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Le pronostic est toujours grave, en ce sens que la cirrhose de Hanot n'est pas susceptible de guérison complète. Mais il est de ces cirrhoses dont la période d'état dure de longues années et dans lesquelles on peut, par le traitement, prévenir les poussées paroxystiques, et par conséquent ralentir l'évolution de la maladie.

Bases du traitement : régime alimentaire (lait écrémé, régime lacto-végétarien) ; cures hydro-minérales; salicylate et benzoate de soude; calomel; purgations salines.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traité de méd.* — *Traité de méd. et de thérap.* — LEREBOULLET. *Les cirrhoses biliaires*, Th. de Paris, 1902; — Séméiologie de l'ictère chronique, *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 142, 145, 148.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE..	3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Première leçon clinique.* — Séance du 23 juin : MM. Ribierre et Bensaude, 19.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Un concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 15 mai 1910 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 20 septembre 1909, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du lundi 2 août au mardi 31 août inclusivement.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une médaille de bronze pour services rendus à l'Assistance publique est décernée à M. le docteur Savary, inspecteur des enfants assistés du Nord.

LE SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE DEVANT LA COMMISSION D'ENQUÊTE. — La commission d'enquête de la marine, réunie sous la présidence de M. Delcassé, a entendu la lecture du rapport de M. Henri Michel.

Sur le service de santé, le rapporteur formule les conclusions suivantes :

« Les inconvénients de l'organisation actuelle nous paraissent tellement évidents et d'une gravité telle, qu'une réforme s'impose, urgente et immédiate;

Une seule solution paraît acceptable, c'est l'autonomie de ce service, telle qu'elle a été donnée au corps de santé de la guerre. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-quatrième semaine, 802 décès, au lieu de 837 pendant la semaine précédente et de 836, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 39, au lieu de 32 pendant la semaine précédente (moyenne 28).

La rougeole a causé 17 décès, au lieu de 15 pendant la semaine précédente (moyenne 14). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 390, au lieu de 393 pendant la semaine précédente (moyenne 348). Les quartiers les plus atteints sont: Gros-Caillou (16 cas), Maison-Blanche (37 cas), Grenelle (22 cas), Grandes-Carrières (14 cas), Clignancourt (21 cas), La Villette, Pont-de-Flandre, Amérique (15 cas), Combat (14 cas).

La scarlatine a causé 9 décès au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 279, il s'élevait à 267 pendant la semaine précédente (moyenne 192).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 99 décès, au lieu de 117 pendant la semaine précédente (moyenne 106).

La phtisie pulmonaire a causé 182 décès (moyenne 193).

On a signalé en outre 6 cas de méningite cérébro-spinale.

SANATORIUMS DE BLIGNY. — Une place de médecin assistant est vacante aux sanatoriums de Bligny.

Conditions : 3 000 francs par an, logé, chauffé, éclairé, blanchi, nourri.

— Une place d'interne en médecine est vacante aux sanatoriums de Bligny, pour un étudiant ayant seize inscriptions.

Conditions : 1 200 francs par an, logé, chauffé, éclairé, blanchi, nourri.

Adresser les demandes pour ces deux places au médecin directeur des sanatoriums de Bligny, par Briis-sous-Forges (Seine-et-Oise).

BUREAU D'HYGIÈNE DE CETTE. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Cette (Hérault) est déclaré vacant. Le traitement est de 4 000 francs.

Les candidats doivent adresser au ministre de l'intérieur, avant le 5 juillet 1909, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

CONCOURS. — Notre confrère, le *Médecin de campagne* (*Archives de médecine rurale*), met au concours entre les médecins français, la rédaction d'un prospectus destiné à lutter contre la réclame charlatanesque.

Ce prospectus qui pourra être illustré, est destiné à être largement répandu parmi notre clientèle.

L'auteur du meilleur texte, ou du meilleur dessin, recevra un prix de 50 francs, qui pourra être augmenté par la suite, par des dons de confrères ou la contribution des associations médicales ou pharmaceutiques, qui ont intérêt à lutter contre les progrès du charlatanisme.

S'adresser à M. le docteur Jullien, secrétaire de la rédaction du M. D. C., à Joyeuse (Ardèche).

COURS DE VACANCES. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le docteur Mauclaire, agrégé, commencera ce cours de clinique le vendredi 2 juillet, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure, amphithéâtre Boyer.

Programme du cours. — Dix leçons cliniques sur des questions d'actualité chirurgicale.

Opérations abdominales le jeudi. — *Consultations de gynécologie* le mercredi et le samedi. — *Consultations pour les maladies des os et des articulations* le lundi et le vendredi.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE « LA PRÉVOYANCE MÉDICALE »

A la suite de la lettre ouverte de M. Lepage que nous avons publiée il y a huit jours (*Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 69, p. 875), un de nos abonnés du centre nous adresse la lettre suivante :

« Le 23 juin 1909.

Mon cher confrère,

En ce moment, à l'A. G. la « Prévoyance médicale » passe un bien mauvais quart d'heure. Dans notre région nous en sommes bien désagréablement surpris. En effet, prenons, si vous voulez, notre groupement qui est nombreux : il n'est composé que de membres fort honorables, nous nous connaissons tous. J'en sais même à la conscience rigide. Nous sommes présidés par le docteur N... (de Z...), professeur de clinique chirurgicale et ancien directeur d'Ecole, il ne nous viendrait pas à l'idée d'entrer dans une aventure véreuse.

On est venu nous dire : quand *vous en trouverez l'indication*, prescrivez tel et tel produit de préférence à son congénère, produit d'autant plus sûr qu'il est confectionné sous notre autorité médicale, et avec le bénéfice nous constituerons une retraite de droit. Où voyez-vous le mal ? Nous sommes tous honnêtes, il ne nous vient pas à l'idée de prescrire, quand il ne faut pas, et quand il le faut, nous préférons prescrire un produit sûr qui fera du bien au malade, et dont le bénéfice ira soulager de vieux confrères, plutôt que de prescrire celui de M. Y... ou Z... qui n'honore le corps médical que parce qu'il l'enrichit, et qui ne viendra certainement pas tendre la main à nos vieux confrères après fortune faite.

On nous objecte que nous sommes ainsi entraînés et incités à prescrire, je vous réponds que non. Si j'en juge par notre groupement, nous sommes tous honnêtes, et ne nous permettrions pas de prescrire sans indications formelles.

Quant à dire que le public nous soupçonnera de n'être plus que des mercantis intéressés, je réponds : que chaque médecin soit un homme à la conduite au-dessus de tout soupçon et la suspicion ne tiendra pas débout. Du reste peut-on empêcher la malignité publique ? Et faut-il pour cela compromettre le bien-être de notre vieillesse ?

Je crois que l'Association prend la question de trop haut, je ne doute pas de ses bonnes intentions. Mais qu'elle pense à la dureté des temps, à la difficulté de vivre et elle laissera de pauvres médecins s'assurer leur vieillesse en prescrivant, quand il le faut, un produit connu d'eux, et ces médecins ont le cœur assez haut placé pour ne pas permettre à la Prévoyance (si jamais elle en prenait envie, ce que j'ignore jusqu'ici) de pressurer sur leurs ordonnances.

Si je vous écris, honoré confrère, c'est que je viens de lire l'article de votre excellent journal, dont je suis un vieil abonné.

Faites de ma lettre l'usage qu'il vous plaira, *mais ne prononcez pas mon nom*, j'ai voulu seulement, en petit médecin de campagne, membre de l'Association et de la Prévoyance, vous donner mon avis, et demande qu'on nous connaisse mieux avant de nous tuer.

Bien confraternellement vôtre

D[r] X...

Post-Scriptum. — La Prévoyance veut vivre en bons termes avec l'A. G. A côté de la retraite de droit constituée par la Prévoyance, on aura toujours bien des secours de l'A. G. qui est d'ailleurs l'aînée de toutes nos œuvres, que nous bénissons pour ses bienfaits et à laquelle nous resterons attachés comme le lierre à l'arbre quoi qu'elle pense de nous. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 5 AU 10 JUILLET 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 5 juillet, à une heure. — 1[er], chirurgien-dentiste (1[re] série) : MM. Roger, Macaigne et Mulon ; — (2[e] série) : MM. Nicolas, Gley et Branca ; — M. Desgrez, suppléant.

5[e] (2[e] partie), *Hôtel-Dieu* (1[re] série) : MM. Déjerine, Legry et Marcel Labbé ; — (2[e] série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lapère ; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 6 juillet, à une heure. — 1[er], chirurgien-dentiste (1[re] série) : MM. Chantemesse, Launois et Morestin ; — (2[e] série) : MM. Quénu, Gley et Thiéry ; — M. André Broca, suppléant.

5[e] (2[e] partie), *Charité* (1[re] série) : MM. Raymond, Claude et Castaigne ; — (2[e] série) : MM. Thoinot, Gouget et Jeanselme ; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 7 juillet, à une heure. — 1[er], chirurgien-dentiste (1[re] série) : MM. Pouchet, Nicolas et Branca ; — (2[e] série) : MM. Brissaud, Gley et Mulon ; — (3[e] série) : MM. Roger, Retterer et Macaigne ; — M. André Jousset, suppléant.

Jeudi 8 juillet, à une heure. — 1[er], chirurgien-dentiste (1[re] série) : MM. Pouchet, Launois et Morestin ; — (2[e] série) : MM. Prenant, Retterer et Gley ; — (3[e] série) : MM. Rémy, Thiéry et Langlois ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 9 juillet, à une heure. — 1[er], chirurgien-dentiste (1[re] série) : MM. Pouchet, Nicolas et Branca ; — (2[e] série) : MM. Brissaud, Langlois et Mulon ; — (3[e] série) : MM. Roger, Retterer et Macaigne ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 10 juillet, à une heure. — 1[er], chirurgien-dentiste (1[re] série) : MM. Chantemesse, Retterer et Thiéry ; — (2[e] série) : MM. Quénu, Gley et Launois ; — (3[e] série) : MM. Rémy, Langlois et Morestin ; — M. Brumpt, suppléant.

5[e] (2[e] partie), *Beaujon* (1[re] série) : MM. Raymond, Rénon et Claude ; — (2[e] série) : MM. Alb. Robin, Widal et Fernand Bezançon ; — (3[e] série) : MM. Gilb. Ballet, Gouget et Castaigne ; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 7 juillet 1909, à une heure. — M. SOURDAT. Etude radiographique de la hanche coxalgique en particulier chez l'enfant. (MM. Kirmisson, président ; Gaucher, Lejars et Zimmern.) — M. LE COZ. Contribution à l'étude du bec de lièvre bilatéral complexe. (MM. Kirmisson, président ; Gaucher, Lejars et Zimmern.) — M. HENRIONNET. De l'hydroa vacciniforme de Bazin. (MM. Gaucher, président ; Kirmisson, Lejars et Zimmern.) — M. SABLÉ. La hernie cérébrale acquise, ses rapports avec l'encéphalite (recherches expérimentales et cliniques). (MM. Segond, président ; Hartmann, Mauclaire et Ombrédanne.) — M. FLESSAC. Sur quelques cas de laxité ligamentaire chez l'enfant (clownisme pathologique). (MM. Segond, président ; Hartmann, Mauclaire et Ombrédanne.) — M. GIRET. Formes cliniques de l'occlusion intestinale incomplète. (MM. Segond, président ; Hartmann, Mauclaire et Ombrédanne.) — M. DELMANN. Enquête sur les résultats éloignés du traitement médical de l'ulcère de l'estomac dans la clientèle hospitalière. (MM. Hartmann, président ; Segond, Mauclaire et Ombrédanne.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES PYLÉPHLÉBITES

Par MM. G. BATIER,
Médecin aide-major au 15e régiment d'artillerie,
et GAEHLINGER,
Interne lauréat des hôpitaux de Lille.

La pyléphlébite est l'inflammation du tronc de la veine porte et de ses grosses branches.

La connaissance de cette affection remonte à la thèse de Stahl (1698), dont la conception simpliste et toute mécanique fut acceptée jusqu'à l'époque où Laënnec, Cruveilhier, etc., donnèrent à l'anatomie pathologique l'essor que l'on sait. D'un mémoire de Fauconneau-Dufresne (1839) date la division des pyléphlébites en adhésives et suppurées. Quelques années plus tard, Frerichs écrivait son admirable *Traité des maladies du foie*, dont le chapitre sur les inflammations de la veine porte a très peu vieilli ; la classification des pyléphlébites était désormais définitive.

I

Pyléphlébites adhésives (2). — Depuis l'ouvrage de Frerichs, de nombreuses observations ont été publiées ; mais on trouve peu de travaux d'ensemble sur cette question ; dans la bibliographie française, les thèses d'Ernous (1880) et de Frélier (1900) sont à consulter. Quant à l'étude expérimentale de l'oblitération de la veine porte, nous renvoyons à l'excellente thèse de Fulcrand (1905).

L'étiologie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie des pyléphlébites adhésives se sont précisées depuis 1850 ; on ne peut pas dire qu'elles ne soient profondément modifiées. Seule la pathogénie a varié, suivant l'évolution de la pathogénie des thromboses en général. A la théorie de la phlébite, émise par Cruveilhier (1833-1834), Virchow avait opposé une classification nouvelle des thromboses : 1° thrombose par compression ; 2° thrombose par dilatation ; 3° thrombose traumatique ; 4° thrombose marastique ; 5° thrombose par altération vasculaire. Dans la thrombose marastique, la plus fréquente, la cause de la coagulation du sang était, d'après lui, d'ordre presque entièrement mécanique. Cette conception, dite théorie marastique, régna jusqu'en 1885-1890. Déjà Vulpian la critiquait (1874), mais il fallut l'intervention de la bactériologie pour la renverser. La science nouvelle qui rénovait la pathologie générale, fournissait ici la preuve dont avait jusque-là manqué la théorie de la phlébite. La thèse de Vaquez (1890) mit au point la question.

Etiologie et pathogénie. — La pyléphlébite adhésive s'observe surtout à l'âge moyen de la vie ou au cours de la vieillesse. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes. La raison en est que les maladies où cet accident se rencontre sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme et à partir d'un certain âge.

Parmi les causes favorisantes, on fait jouer un grand rôle à l'artério-sclérose, cette maladie moderne, dit Frélier, qui revendique presque toute la pathologie et qui favorise la coagulation du sang par le ralentissement du courant sanguin et le mauvais état des parois vasculaires. Les maladies par ralentissement de la nutrition, les auto-intoxications, la syphilis, le saturnisme, l'alcoolisme, etc., ont donc leur place dans l'étiologie des pyléphlébites, en tant que facteurs d'artério-sclérose. Toutefois si, dans une certaine mesure, on peut admettre la moindre résistance de la paroi veineuse dans l'artério-sclérose, ce n'en est pas moins là une cause assez vague. Les lésions d'athérome, qu'il n'est pas rare de rencontrer sur la veine porte dans la thrombose de ce vaisseau, semblent avoir un rôle moins général et plus important.

On a longtemps accusé le ralentissement du courant sanguin ; mais on imagine difficilement comme cause de la thrombose la simple stase sanguine dans le système porte. Nous ne connaissons pas en effet d'observation de goitre exophtalmique ou d'insuffisance tricuspidienne, où l'on ait constaté la pyléphlébite, et ce sont cependant les affections où par excellence il y a congestion passive du foie.

Les hépatites chroniques et la cirrhose atrophique sont la cause principale des inflammations non suppuratives de la veine porte. De fait, Ernous relève 21 fois la seule cirrhose atrophique sur 47 observations de pyléphlébite adhésive. Frerichs essayait déjà, il y a plus de soixante ans, d'établir par quel mécanisme les hépatites commandent cette inflammation de la veine porte ; il est difficile de dire, écrivait-il, le degré d'action respectif des troubles de la circulation capillaire, du rétrécissement de quelques branches vasculaires isolées et de la propagation de l'inflammation chronique à la paroi des vaisseaux. Aujourd'hui que l'on ne saurait accuser le ralentissement, voire même l'arrêt du courant sanguin dans un vaisseau d'en déterminer la thrombose, c'est la propagation de l'inflammation chronique à la paroi vasculaire qui apparaît le facteur essentiel. Toutefois, dans certains cas, le point de départ est au niveau des vaisseaux afférents (Schuh, Frerichs), et l'on ne peut oublier que Dieulafoy tend à admettre la lésion de tout le système porte dans la cirrhose atrophique, et en particulier la phlébite des petites branches d'origine des veines mésaraïques. L'existence de ces petites thromboses expliquerait, d'après nous, la fréquence de la pyléphlébite adhésive dans la cirrhose de Laënnec.

Après les affections du foie, c'est le cancer que l'on observe le plus souvent chez les malades atteints de pyléphlébite. Le néoplasme ne paraît pas agir autrement que par son action cachectisante, sauf les cas de compression ou d'embolie néoplasique qui sont envisagés plus loin.

La pyléphlébite adhésive est rare au cours des maladies infectieuses. On la rencontre dans le paludisme où elle est à rattacher généralement aux complications hépatiques de cette affection. Dans une observation de Frerichs, Lancereaux a cru reconnaître un cas de pyléphlébite syphilitique. Signalons enfin la tuberculose, la dysenterie, la fièvre typhoïde, et plus particulièrement l'érysipèle.

A titre de curiosité, il faut citer la présence de distomes hépatiques (Duval) ou d'un calcul biliaire (Murchison) à l'intérieur de la veine porte, comme en ayant provoqué la thrombose.

La coagulation du sang à l'intérieur du tronc

---

(2) Cette première partie est écrite par G. Batier ; la seconde, par Gaehlinger.

porte peut être favorisée par la compression du vaisseau. Néanmoins c'est là une cause moins fréquente que les hépatites chroniques. Virchow a publié un cas où l'ectasie des canaux biliaires avait déterminé la pyléphlébite par ce mécanisme. Dans quelques observations, on lit que la compression était exercée par des brides conjonctives, reliquat de péritonite chronique (Frerichs, Barth père). Un cas de Frerichs était dû au tissu conjonctif néoformé à la suite d'un ulcère du duodénum. Le même auteur rapporte une observation où l'on pouvait rattacher à un traumatisme ancien la péritonite chronique, cause indirecte de pyléphlébite, ce qui offre quelque intérêt au point de vue médico-légal. Dans un cas de Gintrac l'accident se rattachait à une péritonite développée à la suite d'une injection iodée dans la séreuse.

Nous ne connaissons pas d'observation de pyléphlébite consécutive à une compression post-opératoire. Mais les travaux de Villard et de son élève Fulcrand sur la compression de la veine porte par le pansement de Mickulicz dans les opérations de la région sous-hépatique permettent de penser que c'est là une cause possible.

Le plus habituellement, la compression est exercée par une tumeur, un kyste hydatique (Leudet), des ganglions hypertrophiés (Pozzi) et surtout le cancer dont on sait la fréquence relative dans cette région (pylore, tête du pancréas, foie, voies biliaires, ampoule de Vater). L'action du néoplasme s'exerce ici de deux manières, par compression locale et par son influence cachectisante sur l'organisme.

Si l'on excepte quelques cas extraordinaires où la thrombose était constituée par des blocs de pigment (Laveran), des cellules graisseuses ou de la bouillie athéromateuse, la pyléphlébite adhésive reconnaît pour cause déterminante un germe infectieux. Il n'existe pas de recherches bactériologiques en ce qui concerne la thrombose de la veine porte, mais on doit appliquer ici les notions générales sur la thrombose et accepter la théorie de la phlébite, confirmée par les travaux de Doléris, Chantemesse, Widal, Vaquez. Rien en effet n'autorise à penser que les choses se passent ici autrement que dans les autres veines.

En l'absence de faits on est réduit aux hypothèses quant à la nature des bactéries en cause. Comme la pyléphlébite adhésive est presque toujours observée dans des affections chroniques, il y a probablement lieu d'incriminer les agents ordinaires de la suppuration, staphylocoques et streptocoques. Ces bactéries passent normalement dans le courant sanguin au cours de la digestion ; elles sont donc charriées par la veine porte. Quoi d'étonnant, dans ces conditions, à ce qu'elles se fixent et pullulent sur la paroi lésée ou mal nourrie de ce vaisseau ? Le fait qu'elles déterminent ici une lésion non suppurative ne peut surprendre, car l'on sait que l'action des bactéries varie suivant la dose, leur virulence, la nature de l'organe atteint, etc...

Il en est ainsi dans la cirrhose hépatique, le cancer, et peut-être même dans la plupart des cas de maladies infectieuses à germe spécifique.

D'après Laveran, les hématozoaires du paludisme s'accumuleraient quelquefois en si grand nombre qu'ils constitueraient un véritable thrombus ; il explique ainsi certains accès pernicieux cholériformes.

Dans le cancer, la thrombose peut être déterminée par un amas de cellules néoplasiques. Bamberger a rapporté un cas curieux où toute l'étendue de la veine porte, jusque dans ses ramifications les plus fines, était occupée par un cancer, sans qu'on ait pu trouver trace de produit néoplasique dans le reste du corps.

Anatomie pathologique. — La veine porte met en relation le foie d'une part ; la rate, le tube digestif et le péritoine, d'autre part. Tout arrêt circulatoire ayant un retentissement en amont et en aval, il faut successivement étudier les lésions de la veine thrombosée, celles du foie, celles enfin des territoires irrigués par les vaisseaux afférents.

A. A l'autopsie, la veine porte atteinte de phlébite adhésive demeure cylindrique et ne s'affaisse pas. Les vaisseaux afférents font saillie sous le péritoine. Au palper, on a la sensation d'une veine injectée de cire (Frélier). Les parois sont notablement épaissies, comparables à celles d'une aorte athéromateuse (Durand-Fardel), ce qui est dû à l'infiltration qui accompagne toute thrombose.

Le caillot est en général très long et occupe presque tout le système porte. Sa couleur est variable ; il est brunâtre, blanc grisâtre ou même ictérique (Carswell) ; il offre parfois deux ou trois teintes mêlées ; on observe des cas où les coagulums disposés en couches concentriques sont décolorés au dehors et noirs en dedans (Gintrac). L'adhérence est quelquefois si intime avec l'endoveine que celle-ci se déchire lorsqu'on veut l'en isoler (observations de Leroux, de Bernheim) ; mais elle peut être très lâche et limitée ; elle passe alors facilement inaperçue. Dans les quatre cinquièmes des cas, la veine demeure perméable dans un espace plus ou moins resserré. Si la thrombose reconnaît pour origine la fixation de cellules cancéreuses, le caillot enveloppe ordinairement ces dernières ; mais on a vu l'embolie néoplasique et le caillot séparés.

La suppuration secondaire est toujours possible.

Les lésions de la paroi veineuse, dans la pyléphlébite adhésive, sont très variables. Parfois à peu près nulles, parfois limitées à un point minuscule de l'endoveine qui est seulement desquamée, elles peuvent être aussi largement étendues. On trouve alors « la tunique interne très épaissie, végétante, formée de tissu embryonnaire qui va se confondre avec la partie la plus externe du caillot » (Durand-Fardel). On a vu quelquefois une organisation plus complète du thrombus, avec des vaisseaux de nouvelle formation, et même la transformation fibreuse de la veine (Leroux).

Sauf dans les cas extrêmes où l'on ne reconnaît plus la structure du vaisseau, la tunique moyenne est à peu près respectée ; la lame élastique interne présente quelques solutions de continuité et il existe une infiltration très discrète de petites cellules rondes. Celles-ci envahissent au contraire largement la tunique externe qu'elles rendent épaisse et résistante. Ce processus périphlébitique est évidemment primitif et prédomine quand la thrombose reconnaît pour cause l'infection tuberculeuse ou le cancer d'origine exogène ; alors le néoplasme envahit progressivement la paroi vasculaire, comme il envahit les autres tissus.

« On voit l'ossification de la veine porte se produire dans les mêmes conditions que la pyléphlébite, surtout concurremment avec l'oblitération de ce vaisseau » (Frerichs). C'est là un fait assez fréquent. Il est rare

de rencontrer des plaques calcaires confluentes; on observe beaucoup plus souvent quelques écailles semées discrètement dans les tuniques interne et moyenne, et aussi des nodules cartilagineux, analogues à ceux de l'athérome artériel.

B. L'obturation de la veine porte par un thrombus détermine la stase veineuse en amont, par suite la congestion de tous les organes dont proviennent les vaisseaux afférents de la veine porte.

Neuf fois sur dix, la rate est hypertrophiée et parfois dans des proportions considérables. Assez souvent la veine splénique est oblitérée et quelquefois aussi l'artère. Très rarement la rate est petite, ratatinée (obs. de Bernheim). A la coupe, la rate hypertrophiée offre une congestion plus intense au centre qu'à la périphérie. On peut voir des zones limitées de ramollissement et de véritables cavités contenant un liquide roussâtre (cas de Péron et Beaussenat). A l'examen microscopique, réserves faites au sujet de lésions concomitantes ou antérieures en date, on trouve une hypertrophie des corpuscules de Malpighi et une prolifération exagérée des cloisons fibreuses (Cornil).

Il y a de l'ascite, souvent en quantité notable. Les vaisseaux du péritoine et du grand épiploon sont gorgés de sang. L'intestin est également congestionné sur toute sa longueur. Les veinules mésentériques sont flexueuses et dilatées. On aperçoit des taches ecchymotiques plus ou moins discrètes, dont la couleur va du noir à la teinte feuille morte. Au palper, l'intestin paraît épaissi. Lorsqu'on l'ouvre, on constate souvent du mélœna, signature d'une ou plusieurs hémorragies *ante mortem* et, dans ce cas, la congestion de la muqueuse est moins intense. Celle-ci « apparaît tantôt rougeâtre, marbrée, le plus souvent d'un gris ardoisé; elle est boursouflée, œdémateuse, les villosités font saillie sur la surface de la muqueuse et paraissent surélevées ». On trouve des ecchymoses sous-muqueuses de nombre et d'étendue variables, au niveau desquelles la muqueuse est comme macérée; l'épithélium tombe au lavage (Frélier). On a observé de véritables ulcérations intestinales, mais c'est exceptionnel.

A l'examen microscopique, les lésions apparaissent simplement congestives. Œdème de la sous-muqueuse, dilatation et en certains points rupture des veinules, abondante infiltration de globules rouges, tels en sont les principaux caractères (Leroux, Dreyfouss, Straus, Leduc). Dans quelques cas, on a observé la gangrène limitée de la paroi (Bouchy, Barth fils, Hirtz et Josué).

Au niveau de l'estomac les lésions sont beaucoup moins intenses que sur l'intestin et la rate; elles sont de plus inconstantes. Elles consistent également en un certain degré de congestion qui prédomine sur la muqueuse; celle-ci est œdématiée; elle est parfois le siège de quelques taches ecchymotiques, très rarement d'ulcérations (obs. de Gombault). Quand il y avait eu hématémèse durant la vie, on n'a jamais retrouvé l'ulcération du vaisseau, sauf dans le cas de Leduc. Les caractères histologiques des lésions sont analogues à ce que l'on observe sur l'intestin.

Evidemment les veines portes accessoires sont largement dilatées, et en particulier le groupe du ligament suspenseur du foie. Il faut noter aussi la dilatation des anastomoses œsophagiennes qui ont leur importance au point de vue symptomatologique. Enfin, dans quelques cas exceptionnels, on trouve des vaisseaux néoformés qui relient la circulation hépatique à la circulation du diaphragme.

C. L'atrophie du foie est la règle, soit qu'elle relève d'une cirrhose de Laënnec ancienne, soit qu'elle résulte des seules conditions mécaniques créées par la thrombose. On a souvent observé l'importance relative de l'élément périhépatique dans les lésions du foie, chez les malades atteints de pyléphlébite (Frerichs, Grasset).

L'examen histologique révèle : 1° une atrophie du parenchyme hépatique; « cette atrophie est due à la disparition de cellules hépatiques. Les cellules de la périphérie du lobule apparaissent troubles, infiltrées de pigments biliaires ou de globules graisseux; 2° l'intégrité absolue de la veine sus-hépatique; 3° l'état des espaces et des veines portes qui sont entourés d'un manchon de leucocytes et de cellules embryonnaires. « Les ramifications de la veine porte n'ont plus de paroi propre, ce sont de vastes canaux creusés dans le tissu conjonctif embryonnaire qui leur sert de tunique » (Leroux); 4° les canaux biliaires sont moins nombreux et paraissent irrités; ils contiennent de nombreuses cellules épithéliales dans leur intérieur » (Frélier).

S'il s'agit de tuberculose ou de cancer, les éléments spécifiques de ces affections se superposent généralement aux lésions.

Symptomatologie. — Les symptômes de la thrombose de la veine porte se déduisent assez aisément de l'anatomie pathologique. Ce sont des exsudats : ascite, œdème des membres inférieurs; c'est la circulation veineuse collatérale; ce sont des symptômes d'anémie du côté du foie, d'hyperhémie au contraire du côté du tube digestif et de la rate, à savoir d'une part l'atrophie et des troubles fonctionnels du foie, d'autre part les vomissements, les hématémèses, la diarrhée, le mélæna, l'hypertrophie de la rate. Ce schéma symptomatologique demande à être interprété; car l'ascite mise à part, rien n'est plus inconstant que chacun de ces signes pris en particulier, comme le prouve le tableau suivant établi d'après Frélier sur 66 observations :

Ascite	83 p. 100 des cas.
Œdème des membres inférieurs	42 —
Circulation collatérale	24 —
Douleurs	50 —
Péritonite	12 —
Atrophie du foie	30 —
Ictère	24 —
Vomissements	26 —
Hématémèses	20 —
Diarrhée	32 —
Constipation	7 —
Mélæna	27 —
Hémorroïdes	9 —
Hypertrophie de la rate	20 —

L'ascite est observée dans presque tous les cas (89 p. 100 d'après Frerichs, 87 p. 100 d'après Ernous, 83 p. 100 d'après Frélier). Elle survient brusquement; en un ou deux jours elle a son développement maximum, la dyspnée est intense, la paracentèse s'impose. On retire un liquide clair, séro-fibrineux, parfois teinté en jaune, rarement brunâtre (Frerichs), exceptionnellement rosé, ce qui est symptomatique du cancer. Mais presque aussitôt l'épanchement se renouvelle, au bout de quelques

jours l'abdomen est distendu. Cette réapparition rapide de l'ascite, et son apparition brusque, voilà les deux caractères essentiels.

Si l'ascite manque, c'est qu'il existe un phénomène de compensation, c'est que, par exemple, la thrombose s'est établie assez lentement pour que la circulation collatérale ait eu le temps de se développer; une observation de Monneret, où l'ascite disparut après l'installation de la circulation collatérale, prouve la possibilité de ce fait. Mais presque toujours quand l'ascite manque, il y a de violentes hémorragies gastriques ou intestinales (obs. de Handfield Jones, Leroux, Gendrin, Frerichs, Honoré), et cette dérivation sanguine empêche la formation de l'épanchement; c'est là l'explication qui répond à la grande majorité des cas.

L'œdème des membres inférieurs n'a de signification que s'il survient assez brusquement, un peu après l'ascite; il est alors dû à la compression des veines iliaques et de la veine cave par l'épanchement péritonéal.

La circulation collatérale, assez inconstante (50 p. 100 des cas d'après Frerichs, 24 p. 100 d'après Ernous, 25 p. 100 d'après Frélier), existe souvent, avant la thrombose, du fait d'une cirrhose ancienne; elle n'est vraiment symptomatique de pyléphlébite que si elle est très développée.

La douleur, qui manque souvent, est de localisation tellement variable, qu'elle n'a aucune valeur. Tantôt généralisée, tantôt localisée à l'épigastre, à l'hypocondre droit, aux lombes, à la fosse iliaque droite, elle ne sert jamais au diagnostic qu'elle a quelquefois égaré.

La diarrhée est séreuse, séro-sanguinolente ou sanglante. Il est assez rare qu'elle soit liée directement à l'oblitération de la veine porte; la preuve en est qu'elle est fréquemment tardive. D'après Ernous, elle ne manque jamais à la dernière période; mais à la période d'état, il arrive au contraire que l'on observe la constipation; ce phénomène s'explique difficilement sans l'oblitération des terminaisons artérielles des vaisseaux mésentériques (Frélier).

Les symptômes gastriques ont une réelle valeur; ce sont les vomissements et les hématémèses. Les vomissements porracés de la dernière période sont liés à la réaction péritonéale; mais ceux que l'on observe dès le début, brusques et répétés, parfois sanguinolents ont leur cause dans la stase veineuse gastrique. Les hématémèses quand elles existent, sont généralement très abondantes et répétées; le fait que l'on n'a presque jamais retrouvé à l'autopsie le vaisseau lésé, laisse croire qu'il y a rarement lieu d'accuser les varices œsophagiennes, quoi qu'on ait pu dire à ce sujet.

La rate est presque toujours volumineuse. On a fourni plusieurs hypothèses pour expliquer les exceptions; on a parlé de l'oblitération concomitante de l'artère splénique, qui est une rareté; la sclérose antérieure de la rate que l'on a également incriminée, paraît plus vraisemblable et peut répondre à quelques cas; pour deux ou trois observations où la pyléphlébite avait été l'accident ultime au cours d'une cachexie cancéreuse, Ernous invoqua que la mort était survenue trop rapidement pour permettre aux troubles circulatoires de s'établir; mais Beau, sur le chien vivant, a vu la rate augmenter et diminuer de volume, selon qu'il comprimait ou abandonnait la veine porte; il vaut donc mieux expliquer ce phénomène par la sclérose antérieure de la rate, ou, comme le fait Ernous lui-même, pour quelques cas de compression, par l'établissement d'une circulation collatérale active.

Le volume du foie peut être augmenté s'il existe une tumeur de l'organe. Il est le plus souvent diminué; cette atrophie tient généralement à une cirrhose ancienne. Il est en effet exceptionnel que l'on puisse constater l'affaissement brusque du foie au moment de l'oblitération de la veine porte (obs. de Leroux). L'ictère observé au cours d'une pyléphlébite traduit presque toujours une affection hépatique; le cas de Pozzi, où le même agent de compression avait provoqué l'ictère par compression du cholédoque et la pyléphlébite par compression porte, doit être unique.

La glycosurie alimentaire et la diminution du taux de l'urée éliminée ont été constatées expérimentalement après ligature de la veine porte. Il faut signaler aussi la présence de peptones dans l'urine (Boinet). Enfin Murchison affirme que dans l'ascite de cause porte, il n'y a pas ou peu de pigments dans l'urine, ce qui la distinguerait de l'ascite de cause hépatique.

Evolution. — Le début de la pyléphlébite adhésive est assez insidieux; les symptômes passent inaperçus ou sont rattachés à d'autres causes, en raison de l'ordinaire gravité de l'affection préexistante. La durée de la survie est assez variable; sauf les cas d'hémorragies gastriques ou intestinales très abondantes, ce n'est pas tant la pyléphlébite que la maladie dont elle est une complication, qui entraîne la mort. Celle-ci est fatale dans un délai plus ou moins rapproché. Il existe deux observations de guérison; mais dans l'un de ces cas (Van Petigham), le diagnostic, très discuté par Lancereaux, n'était rien moins que certain; l'autre concerne le malade de Little qui, quelques années avant la pyléphlébite dont il mourut, avait présenté le même tableau symptomatique, suivi de guérison spontanée.

Diagnostic. — Il est très difficile. L'inconstance des symptômes, la facilité avec laquelle on les peut rattacher à une affection du foie — et celle-ci existe fréquemment — explique qu'on ne l'ait pour ainsi dire jamais porté avec succès, Si l'on joint à cela que la pyléphlébite est un accident au cours d'affections abdominales le plus souvent graves et à symptomatologie complexe, on voit toute la difficulté du problème. Little est sans doute le seul à l'avoir résolu.

Il est fastidieux de passer en revue toutes les erreurs de diagnostic possibles. Il faut signaler seulement que dans un cas l'on a pu croire à l'occlusion intestinale et pratiquer la laparotomie (Letulle). La plupart du temps d'ailleurs, on méconnaît plutôt la pyléphlébite et l'on rattache à la cirrhose hépatique les symptômes observés. Mais peut-être pourrait-on quelquefois arriver au diagnostic juste. Les caractères assez particuliers de l'ascite, le volume de la rate, très supérieur à ce qu'il est généralement dans la cirrhose atrophique, le mélæna et surtout les phénomènes gastriques — douleurs, vomissements, hématémèses — devraient retenir l'attention, et la recherche de la glycosurie alimentaire, de la peptonurie, du taux de l'urée éliminée, qui n'a jamais été pratiquée chez ces malades, fournirait alors d'utiles indications. Bref, il nous semble, qu'avec une observation plus attentive et une connaissance plus parfaite de la question, il est possible d'arriver, plus souvent que jusqu'à ce jour, à porter ce diagnostic avec succès.

Traitement. — Il est uniquement symptomatique.

II

Pyléphlébites suppurées. — Le traité de Frerichs renferme la première description achevée de cette affection, qui n'était connue jusqu'alors que par les observations isolées des différents auteurs. Les thèses de Gendron (1883), de Berthelin (1895) et de Rénon (1902) ont achevé de fixer nos connaissances à ce sujet.

Etiologie. — La pyléphlébite suppurée est rare, mais cependant moins qu'on aurait tendance à le croire. Le diagnostic en est souvent difficile et c'est pourquoi, dans bien des observations, elle a été une surprise d'autopsie. Les considérations d'âge, de sexe, etc., n'ont pas grande influence. Certains auteurs, en l'absence de notion étiologique précise, ont jadis incriminé le refroidissement (Balling), l'usage du café, des épices, des drastiques (Fauconneau-Dufresne) ou des boissons alcooliques (Baczinski), mais ces causes, extrêmement problématiques, sont depuis longtemps passées sous silence.

« L'inflammation purulente de la veine porte est presque toujours une affection consécutive » (Frerichs). Il faut, en effet, admettre avec la plus grande réserve les cas analogues à ceux de Reuter et de Ledieu, où la pyléphlébite n'aurait relevé d'aucune maladie antérieure ou concomitante. En règle, l'inflammation de la veine porte a son origine dans une lésion qui est en relation plus ou moins directe avec une ramification généralement importante de ce vaisseau.

Mises à part les pyléphlébites primitives qui sont donc exceptionnelles, il est rationnel de diviser — avec Gendron — les inflammations suppuratives de la veine porte en pyléphlébites d'origine hépatique et pyléphlébites d'origine extrahépatique :

1° Pyléphlébites primitives : le cas de Lambron, où l'origine traumatique est évidente est le seul qui puisse trouver place ici avec certitude : il s'agissait d'une arête de poisson implantée dans la tête du pancréas, traversant obliquement, d'avant en arrière et de haut en bas, la paroi antérieure de la veine porte et engagée dans la paroi postérieure.

On peut, à la rigueur, comprendre dans cette catégorie les pyléphlébites consécutives à la ligature du cordon chez les nouveau-nés (Meckel, Sasse, Bedner, Weber, etc.).

2° Pyléphlébites d'origine hépatique : quelques observateurs ont rattaché la pyléphlébite suppurée à de gros abcès du foie, situés dans le voisinage (Wyss, Hénock, Gluge); mais ici l'erreur est facile, et la phlébite peut être rattachée à l'abcès, alors qu'ils sont sans relation directe l'une avec l'autre et tous deux sous la dépendance d'une même affection causale (Strehler, Ziegler, Le Maguet, etc.). L'ouverture d'un kyste hydatique du foie dans une branche de la veine porte peut être cause de lésions suppurées de ce vaisseau (Leudet).

Beaucoup plus souvent, la pyléphlébite est une complication de l'angiocholite, que celle-ci soit due ou non à la lithiase biliaire. Ordinairement, les calculs ulcèrent et perforent les canaux biliaires et la veine porte elle-même. Dans quelques cas cependant on a constaté la suppuration veineuse au voisinage de canaux biliaires, sans trace de pus au niveau de ceux-ci (Lancereaux, Kesteven, Baeck, Dujardin-Beaumetz, Quénu, Leudet).

3° Pyléphlébites d'origine extrahépatique : quand la pyléphlébite suppurée n'a pas son origine dans le foie, elle relève d'une lésion située dans le territoire des vaisseaux spléniques. Les abcès de la rate sont en effet incriminés dans quelques cas (Law, Waller, Frerichs, Meyer, Buhl, Philipps). Mais ce sont surtout les affections du tube digestif qui sont en cause.

Le foyer primitif est exceptionnellement au niveau de l'estomac (Bristove, Bamberger, Marin Perujo) ou du duodénum (Despaigne). Presque toujours il est sur l'iléon, le cæcum ou l'appendice. L'appendicite est de beaucoup l'affection le plus fréquemment rencontrée dans les observations de pyléphlébite suppurée (Mohr, Waller, Buhl, Souques, Martens, etc.); d'après Berthelin, la phlébite serait plutôt une complication des formes latentes, à évolution lente et d'apparence bénigne. C'est une complication également de la dothiénentérie (Lannois, Osler); la propagation de l'infection se fait probablement par la voie d'une appendicite, bien que l'on puisse admettre dans quelques cas l'infection directe au niveau des plaques de Peyer (obs. de Rénon), ou indirecte par l'intermédiaire d'une adénopathie mésentérique suppurée (Asch, Habran, Romberg).

La suppuration des ganglions mésentériques, en dehors du cas de fièvre typhoïde, a causé quelquefois la phlébite de la veine porte (Budd, Hillaret, Leudet, Virchow, etc.). On a relevé de même des foyers circonscrits de péritonite.

On a pu incriminer l'entérocolite (Frey).

Enfin, il ne faut pas oublier les lésions du gros intestin (Ferréol), et du rectum (Borie, Leudet).

Bactériologie. — Il est à peine besoin de dire que la pyléphlébite suppurée est causée par les différentes bactéries susceptibles de provoquer la suppuration. Deux examens pratiqués au cours de fièvre typhoïde sont à relever : dans l'un, on trouva un streptocoque et un colibacille très virulent; dans l'autre, le bacille d'Eberth; mais l'identification de ce dernier fut faite avec trop peu de précision pour que cet examen ait quelque valeur.

Anatomie pathologique. — Il faut étudier successivement :

1° Les lésions de la veine porte;
2° Les lésions causales;
3° Les lésions à distance.

1° *Lésions de la veine porte.* — Le plus souvent, le système porte montre des thrombus plus ou moins volumineux, plus ou moins ramollis depuis le point d'origine de la phlébite. Quelquefois, les veines aboutissant à la lésion causale ne renferment pas de caillots, et la localisation s'est faite directement dans le tronc porte. Au niveau de l'abcès initial, les veines sont parfois simplement rouges, injectées, dépolies, mais nullement thrombosées (Church). Les lésions deviennent de plus en plus manifestes à mesure que l'on approche du foie. La veine porte est grosse, plus ou moins consistante et parfois, elle adhère aux organes voisins. A la coupe, le vaisseau est béant; il contient des thrombus très volumineux « tantôt mous et rouges, tantôt fibrineux, grisâtres, en voie de régression puriforme ou franchement purulent » (Rénon). Le pus est alors jaunâtre, crémeux, parfois très épais, mais toujours d'odeur très fétide. Les parois veineuses sont épaissies, la tunique interne est ramollie, pulpeuse, gris sale, infiltrée de pus.

Les branches de bifurcation et les rameaux divergents présentent des lésions analogues (Berthelin).

2° *Lésions causales.* — En suivant les branches d'origine de la veine porte, on tombe le plus souvent sur une collection purulente. Dans certains cas, la communication de la veine avec le foyer purulent est évidente, mais il peut être impossible de suivre les veines dans le tissu inflammatoire. Cette lésion initiale siège fréquemment dans la région appendiculaire. Si, dans certains cas, les modifications de l'appendice sont peu appréciables, on trouve généralement des lésions étendues et profondes. Souvent l'organe est perforé, détruit, « parfois même confondu dans la masse phlegmoneuse » (Berthelin). Il est couvert d'exsudats qui le relient aux organes voisins et aux parois pelviennes. Sa muqueuse présente une ou plusieurs ulcérations et en outre des altérations folliculaires plus ou moins accentuées. Sa cavité, quelquefois pleine de pus, souvent imperméable, est, dans ce dernier cas, obstruée par des matières fécales durcies ou des corps étrangers.

3° *Lésions à distance.* — Le foie est ordinairement augmenté de volume, jusqu'au double de ce qu'il est normalement; mais l'hypertrophie porte principalement sur le lobe droit. Dans presque toutes les observations, on trouve notées des lésions de périhépatite; la capsule de Glisson est recouverte de fausses membranes dont l'adhérence et la consistance varient. A la coupe, la surface de section est semée d'abcès dont le volume varie entre celui d'une lentille et celui d'une noisette, mais peut être aussi gros que le poing. Ces grands abcès semblent d'ailleurs formés par la réunion de plusieurs autres; c'est pourquoi leur cavité est anfractueuse, pareille aux cavernes tuberculeuses des poumons (Ashby). Le pus que contiennent ces abcès est le même que celui de la veine porte. Ils n'ont pas de paroi propre, du moins dans la plupart des cas; il y a continuité insensible entre le foyer et le tissu hépatique voisin. Les petites collections contenues dans les dilatations veineuses sont limitées par l'endoveine, qui est alors grisâtre, dépolie, ulcérée par endroits et quelquefois rompue.

Les caractères histologiques des lésions ont été surtout décrits par Cornil et Ranvier. Au premier degré, « la membrane interne de la veine est épaissie, tomenteuse, végétante et infiltrée de cellules lymphatiques; la tunique moyenne est également altérée ainsi que la tunique externe ». A un degré plus avancé, « la périphlébite se propage à tout le tissu conjonctif périphérique, dont les faisceaux sont séparés par ce dépôt de cellules lymphatiques... Dans les parties où l'on a affaire à des abcès d'un diamètre plus considérable, la suppuration a détruit d'abord les couches végétantes de la membrane interne de la veine, d'où il est résulté une cavité plus grande remplie de pus. La paroi moyenne résiste assez longtemps, mais elle peut, elle aussi, être entamée et détruite par la continuité de la suppuration qui se limite alors au tissu conjonctif hépatique induré qui l'entoure. Par ce processus suppuratif et destructif des parois de la veine, la pyléphlébite peut donner naissance à des abcès qui sont limités à un moment donné par les îlots hépatiques voisins. C'est surtout au niveau des petites branches de la veine porte que ce résultat s'observe, parce que les parois veineuses sont là moins résistantes que sur les plus gros troncs ».

Les cellules hépatiques comprimées par les veines augmentées de volume sont le plus souvent aplaties, disposées parallèlement à la direction de la surface des lobules comprimés.

Mais parfois lorsque l'infection est moins rapide, le foie résiste, se défend contre l'inflammation par la production d'un tissu de sclérose.

Ashby, Legg ont signalé l'existence de bandes scléreuses qui enveloppent les lobules et qui envoient même des prolongements à leur intérieur.

Ainsi déformées et dissociées par ce tissu conjonctif de nouvelle venue, les cellules hépatiques perdent leur disposition radiée, sont déformées, aplaties.

Il est rare que la suppuration s'étende au delà du système de la veine porte. Dans le cas de Legg cependant, une grosse branche du système hépatique passant au voisinage d'un abcès présentait un caillot qui s'étendait jusqu'à trois pouces environ de l'embouchure de la veine cave. D'autre part, dans quatre observations, on note un abcès métastatique du poumon (Bull, Budd, Malmsten et Hoffmann).

L'engorgement splénique est aussi fréquent que celui du foie. La rate présentait un infarctus de l'artère splénique dans deux des cas de la thèse de Rénon. Enfin cet organe peut adhérer au diaphragme du fait de la périsplénite qui est fréquente.

Le péritoine, soit autour du foie, soit au niveau de la veine porte, est habituellement le siège d'une inflammation qui peut s'étendre à toute la séreuse; comme il est naturel, la péritonite est plus marquée au niveau de la lésion primitive, par exemple autour de l'appendice.

Symptomatologie et évolution. — 1° *Période prodromique.* — Le tableau en varie essentiellement suivant l'affection initiale. On trouve alors soit des accidents de lithiase biliaire, soit des troubles gastriques révélateurs d'un ulcère rond, soit des signes de péritonite partielle, soit encore les symptômes d'une appendicite. Dans la fièvre typhoïde, la pyléphlébite suppurée est une complication du déclin ou encore de la convalescence; parfois elle est immédiatement précédée d'une angine ou d'une crise appendiculaire.

2° *Période initiale.* — Les premiers symptômes sont d'autant mieux remarqués que l'affection initiale est moins bruyante. Ce sont généralement des douleurs localisées au niveau de la lésion primitive, ou bien généralisées à tout l'abdomen; elles atteignent parfois une violence extrême; elles s'exagèrent avec les mouvements respiratoires et occasionnent même dans certains cas un peu de dyspnée. C'est aussi le frisson, tantôt unique, le plus souvent répété, de durée variable, ce qui peut rappeler le frisson solennel de la pneumonie; il s'accompagne de congestion de la face; la température s'élève à 40 ou 41 degrés; le pouls petit, dépressible, donne 120 à 130 battements à la minute. Ces accès fébriles, tantôt biquotidiens, tantôt quotidiens, tantôt plus éloignés et moins réguliers, sont parfois suivis d'une période d'apyrexie complète. Dans certains cas, la fièvre est rémittente : les rémissions sont toujours d'au moins deux degrés.

On note aussi des nausées et des vomissements.

3° *Période d'état.* — Le ventre, ballonné au début, reprend souvent alors sa souplesse normale. La douleur, extrêmement variable dans son siège et son intensité, est toutefois assez fréquente au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit. L'augmentation

de volume du foie fait rarement défaut ; le bord antérieur, facilement senti, déborde largement les fausses côtes et présente parfois des nodosités dues aux abcès en voie de formation; la palpation de l'organe est très douloureuse. La rate est hypertrophiée dans les trois quarts des cas ; elle est aussi souvent douloureuse.

L'ascite et la circulation veineuse collatérale sont exceptionnelles.

Au point de vue fonctionnel, les troubles gastro-intestinaux dominent la scène. Chez la plupart des malades, la diarrhée est constante; les selles sont profuses, parfois bilieuses et renferment de temps à autre une certaine quantité de sang. Les vomissements sont fréquents et succèdent souvent aux accès de fièvre.

L'ictère est habituel. Les urines renferment une quantité variable de pigments biliaires ; elles sont parfois albumineuses et généralement très pauvres en urée (Ledieu, Berthelin).

L'état général rappelle l'état typhoïde. Chez l'enfant, apparaissent les convulsions et le délire. Chez l'adulte, on observe les vertiges, la céphalalgie, l'insomnie. De temps à autre apparaît un frisson. La fièvre prend les caractères de l'hecticité.

4° *Période ultime.* — Le foie très volumineux forme une voussure manifeste dans la région épigastrique. Les crises douloureuses sont plus rares et moins aiguës. Par contre, les vomissements augmentent de fréquence, l'ictère s'accentue, les hémorragies se multiplient (épistaxis, hématémèses, melœna), l'adynamie progresse, la fièvre tombe, le pouls est filiforme ; le malade succombe bientôt dans le coma.

Diagnostic. — Il est souvent difficile, parce que les symptômes du début sont souvent masqués par ceux de l'affection primitive. Cependant, lorsqu'apparaissent assez brusquement les frissons, une violente douleur abdominale, l'ictère, l'augmentation de volume du foie et de la rate, joints aux signes d'une septicémie grave, on est en droit d'y songer.

La pyléphlébite suppurée se distingue facilement de la thrombose de la veine porte, par les symptômes septicémiques, la nature de la maladie primitive, l'ictère, l'absence d'ascite et de circulation collatérale. Les abcès du foie ne s'accompagnent ordinairement ni d'ictère, ni d'hypertrophie splénique, ni de septicémie, ni de symptômes gastro-intestinaux aigus. L'angiocholite suppurée est très difficile, souvent même impossible à distinguer de la pyléphlébite suppurée ; c'est en tenant compte des conditions étiologiques, du type fébrile, de l'état de la rate, des symptômes intestinaux que l'on peut tenter le diagnostic. La fièvre typhoïde est aisément reconnue par les méthodes de laboratoire ; toutefois, il faut se souvenir que le diagnostic n'en est pas exclusif de pyléphlébite suppurée. L'infection purulente peut prêter à confusion ; mais les localisations multiples — les métastases sont exceptionnelles dans la pyléphlébite — la diffusion des phénomènes, l'état du cœur font éviter l'erreur. Citons enfin pour mémoire le paludisme.

Traitement. — La thérapeutique a toujours été mpuissante ; elle est uniquement symptomatique. Peut-être, dans le cas d'infection relativement atténuée obtiendrait-on quelque résultat, en utilisant de bonne heure le collargol ou l'électrargol à doses fortes ?

Le traitement prophylactique peut avoir une réelle efficacité ; il consiste en l'ouverture de tout foyer suppuré de l'abdomen, susceptible de cette complication mortelle.

BIBLIOGRAPHIE

Frerichs. *Traité pratique des maladies du foie*, trad. franç., Paris 1862. — Labadie-Lagrave. *Traité des maladies du foie.* — Puchelt. *Das Venensystem*, 1844. — Roger. *Dict. encyclop.* de Dechambre et Lereboullet. — Stahl. *De vena portæ, porta malorum hypochondriaco-splenitico-suffocatico-hysterico-colico-hemorroïdarum*, Halse 1698, trad. franç. in Th. Brongniart, Paris 1860. — Straus. *Dict.* de Jaccoud.

Pyléphlébites adhésives. — Angyan. *Orvosi Hétil*, Buda-Pesth, 1896, p. 615. — Année. Th. de Paris, 1885. — Andral. *Cliniques médicales*, t. II, p. 315. — Aullier. *Journ. hebd.*, fév. 1830. — Auriol. Th. de Paris, 1883. — Baczynski. Th. de Turin, 1838. — Balfour. *Edimb. med. Journ.*, 1868-1869, t. XIV, p. 589. — Bamberger. (Cité d'après Frerichs). — Barclay et Holl. *Med. Times*, 1856, p. 36. — Barth. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1851, p. 354. — Barth. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, oct. 1897. — Beau. *Arch. de méd.*, 1851. — Beckhaus. *Wochens. f. d. ges. Heilk.*, Berlin 1848, p. 287. — Biermeyer. *Musœum anat.-patol. nosoc. univ. Vindobo*, 1816, p. 102. — Boinet. *Presse méd. belge*, 1895. — Borie. *Cliniques des hôpit. de Paris*, 1829. — Botkin. *Arch. f. path. anat.*, 1864, p. 449. — Bouchy. Th. de Paris, 1894-1895. — Bouillaud. *Arch. gén. de méd.*, 1823. — Bourceret et Cossy. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 347. — Bourdon et Piedagnel. *Encylop. des sc. méd.*, t. V, p. 86. — Brodowski. *Gaz. Lekarsk.*, 1866, p. 1. — Castaigne. *Bull. de la Soc. anat.*, 1898. — Carswell. *Pathol. anat.*, Londres (art. atrophy). — Chuquet. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1878, p. 124. — Chvosteck. *Wien. med. Presse*, 1865, pp. 853, 1055 et 1118 ; — *Ibid.*, 1874, pp. 1153, 1185 et 1233. — Clemens. *Deuts. Klin.*, 1851, p. 131. — Craigie. *Edimb. med. Journ.*, 1850, p. 412. — Da Costa. *Med. et surg. Rep.*, 1864, p. 222. — Desprez. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1834, p. 123. — Devay. *Gaz. méd.*, 1823. — Dickinson. *Tr. Path. Soc. London*, 1862-1863, p. 63. — Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*, 14e édit., t. II, p. 704. — Donkin. *Med. Tim. a. Gaz.*, 1868, p. 396. — Dowel. *Dublin Quat. Journ. of med. sc.*, 1851. — Dreyfous. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1885, p. 283. — Duchek. *Prag. Viertelj.*, XII. — Dujardin-Beaumetz. *Gaz des hôpit.*, 1872, p. 657. — Duplay. *Journ. hebd. de méd.*, 1830, p. 403. — Durand-Fardel. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1883, p. 380. — Ekkert. *Bolnitsh Gaz.*, Saint-Pétersbourg, 1896, p. 49. — Ernous. Th. de Paris, 1880. — Fauconneau-Dufresne. *Gaz. méd. de Paris*, 1839, p. 724. — Findeisen. Th. d'Iéna, 1863. — Foa et Salvioli. *Soc. med.-chir. in Modena*, 1877, p. 3. — Fræntzel. *Berl. klin. Wochens.*, 1869, VI, p. 3. — Frank. *Prakt. Arzt.*, 1869, p. 25. — Frélier. Th. de Nancy, 1899-1900. — Frey. *Med. Ann. Heidelb.*, 1844, p. 302. — Frisson. *Gaz. des hôpit.*, 1848, p. 420. — Fulcrand. Th. de Lyon, 1904-1905. — Garelli. *Rac. d. oss. clin.-patol.*, 1851-1854, p. 158. — Gendrin. *Traité de méd. prat.*, t. I, p. 223. — Gintrac. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1842, p. 859 ; — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1856. — Gordon. *Dublin Quat. Journ. med. sc.*, 1867, p. 418. — Grasset. *Leçons de clinique médicale*, 1891, p. 57. — Handfield (Jones). *Med. Tim. a. Gaz.*, 1855, p. 184. — Heschl. *Zeits. d. K.-K. Gesellsch. d. Ærtze z. Wien.*, 1851 p. 731. — Hildreth. *Boston med. a. surg. Journ.*, 1881, p. 391 — Hillairet. *Union méd.*, 1849, p. 258. — Hirtz et Josué. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juillet 1900. — Honoré. *Arch. de méd.*, 1823, p. 153. — Hoffmann. Th. de Berlin, 1872. — Hutchinson. *Med. rec. N.-Y.*, 1870-1871, p. 88. — Ideler. *Med. Zeit.*, Berlin 1856, p. 69. — Isaacs. *N.-Y. med. Times*, 1852, p. 161. — Jackson. *Boston med. a. surg. Journ.*, 1858-1859, p. 278 et 1861, p. 95. — Von Jan. Th. d'Erlangen, 1866. — Jenner. *Lancet*, 1874, p. 1. — Kæter. Th. de Berlin, 1840. — Kelsall. *Army M. d. Rep.* (1878), Londres 1880, p. 275. — Kesteven. *Lond. med. Gaz.*, 1850, p. 1088. — Kiemann. *Ber. d. K.-K. Krank. Rudolph-Stiftung in Wien.* (1866), 1867, p. 208. — Klob. *Œst. Zeits. f. prakt. Heilk.*, 1868, p. 37. — Land. Th. de Leyden, 1860. — Lange. Th. de Berlin, 1873. — Lancereaux. *Traité d'anat. pathol.*, 1871,

p. 166. — LANGWAGEN. Th. de Leipzig, 1855. — LAVEREN. *Traité du paludisme*, Paris 1898. — LEDUC. *Progrès méd.*, 1881, p. 418. — LEMPKE. Th. de Berlin, 1873. — LEROUX. *Gaz. méd. de Paris*, 1879. — LEUDET. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1852, p. 462. — LEYDEN. *Berl. klin. Wochens.*, 1866, p. 129. — LITTLE. *Dublin Journ. med. sc.*, 1874, p. 128. — LOOMIS. *N.-Y. med. Journ.*, 1878, p. 190. — LUMSDEN. *Lancet*, 1908, p. 785. — LYOKHKOFF. *Vratch. Gaz.*, 1907, p. 885. — LYONS. *Dublin Journ. med. sc.*, 1877, p. 457. — MALMSTEN. *Hygica*, Stockolm 1859, p. 612. — MARIE et FOLLET. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1894, p. 124. — Marin PERUJO. *Revue de méd. et de chir. prat.*, 1889, p. 281. — MAROTTE. *Revue de méd.-chir. de Paris*, 1850, p. 170. — MARTINEAU. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1862, p. 450. — MATHIEU. Th. de Bonn, 1868. — MESNET. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1862. — MESSOW. Th. de Berlin, 1841. — MEYER. *Arch. f. phys. Heilk.*, 1844, p. 120. — MICHEL. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1874, p. 791. — MINICH. *Orvosi Hétil*, Buda-Pesth 1895, p. 197. — MO. *Osservatore*, Turin 1875, p. 85. — MONNERET. *Union méd.*, 1849, p. 49. — MOORHEAD. *Tr. path. soc. Lond.*, 1866-1867, p. 61. — MOOS. Th. d'Heidelberg, 1859. — MOSES. *N.-Y. med. Journ.*, 1849, p. 52. — MOSSÉ. *Bull. de la Soc. anat.*, juin 1878. — MURCHISON. *Leçons sur les maladies du foie*, trad. franç., p. 484. — NACHTIGAL. Th. de Gryphise, 1857. — NIESS. *Med. ann. Heidelb.* 1846, p. 384. — OPPOLZER. *Œsterr. Zeits. f. prakt. Heilk.*, 1861, p. 886. — OSLER. *Montreal gen. hop. Rep.*, 1880, p. 318. — OTTO. *Pathol. anat.*, p. 358. — PAYNE. *Tr. path. soc. Lond.*, 1869-1870, p. 228. — PEACOCK. *Tr. path. soc. Lond.*, 1872-1873, p. 122. — PÉRON et BEAUSSENAT. *Bull. de la Soc. anat.*, 1894. — PHŒBUS. *De concrement. venarum osseis et calculosis*, Berol., 1832. — PILLIET. *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 197. — PIPPOW. Th. de Berlin, 1868. — POZZI. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1870, p. 277. — PRESSAT. *Bull. de la Soc. anat.*, 1836, p. 60. — RAIKEM. *Mém. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1848, p. 38. — REEDE. *Irish. Hosp. gaz. Dublin*, 1874, p. 68. — REUTER. Th. d'Erlangen, 1851. — REYNAUD. *Journ. hebdom. de Paris*, 1829, p. 137. — ROBERTS. *N.-Y. med. Journ.*, 1849, p. 317. — ROKITANSKY. *Pathol. anat.*, I, p. 656, et III, p. 331. — ROSEGO. *Gaz. Lekarska*, 1867, p. 517. — RUYSCH. *Observat. anat.*, LXX. — SALES-GIRONS. *Revue de méd. franç. et étrang.*, 1856, p. 456. — SANDER. Th. de Berlin, 1840. — SCHEMEL. Th. de Kiel, 1868. — SCHUH. *Zeits. d. Gesell. d. Ærzte in Wien.*, 1846, p. 451. — SCHÜPPEL. *Arch. d. Heilk.*, Leipzig 1870, p. 74. — SIMONINI. *Riforma med.*, Naples 1895, p. 732. — SMITH. *N.-Y. med. Journ.*, 1880, p. 16; — *Hosp.-Tid. Kjobenh*, 1861, p. 161. — SMOLENSKI. *Pam. Towarz. Lek.*, Warzawa 1880, p. 1. — SOLOWIEFF. *Arch. f. path. anat.*, Berlin 1874, p. 195. — SPRINGLE. *Montreal med. Journ.*, 1890, p. 848. — STEENBERG. *Hosp.-Tid. Kjobenh*, 1858, p. 46. — VON STOFFEL. *Œsterr. Zeits. f. prakt. Heilk.*, 1867, p. 865. — TAPPEINER. *Arb. d. phys. Anst. z. Leipzig* (1872), 1873, p. 11. — THIJSSEN. *Tijd. d. Nederl. Maatsch. t. Bevord. d. Geneesk.*, Arnhem 1852, p. 105. — THOMAS. *Deuts. Klin.*, Berlin 1853, p. 302. — TRAUBE. *Ges. Beitr. z. Path. u. Phys.*, Berlin 1871, p. 867. — VAN PETEGHAM. *Bull. méd. du Nord*, 1869, p. 200. — VAQUEZ. Th. de Paris, 1890. — VILLARD. *Cong. de chir.*, Paris 1904. — VIRCHOW. *Verhandl. d. phys.-med. Gesell.*, in Würtzburg, 1857, p. 21; — *Arch. f. pathol. Anat.*, t. II, p. 597. — WALLER. *Zeits. d. K-K. Gesell. d. Ærzte z. Wien.*, 1846, p. 385. — WARD. *London med. Rep.*, 1823, p. 307. — S. WEST. *Path. soc. med. Times a. Gaz.*, p. 238. — WEST. *Brit. med. Journ.*, 1890, p. 181. — WOLFF. Th. de Hallé, 1875. — ZIEGLER. Th. de Régiomont, 1860.

Pyléphlébites suppurées. — ACHARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 16 nov. 1894. — ASHBY. *Lancet*, 1er nov. 1879. — AUFRECHT. *Schmidt's Jahrb.*, 1870, p. 92. — BAMBERGER. *Krankheiten der Digestions organe*, p. 285. — BACZINSKI. Th. de Turin, 1838. — BERNHARD. *Jahrb. f. Kind.*, t. XXV, 1886. — BERNHEIM. *Revue méd. de l'Est*, 1874, p. 33. — BERTHELIN. Th. de Paris, 1895. — BOECK. *Diss. Münich*, 1868, p. 26. — BOLLING. *The London med. Record*, 1875, p. 582. — BORIE. *La Clinique*, mai 1829. — BREITHAUPT. *Med. ztg. Berlin*, 1851, p. 215. — BRISTOWE. *Trans. of the path. Soc.*, t. IX, p. 279; — *Pract. London*, 1892, p. 254. — BROWER. *Brit. med. Journ. London*, 1905, p. 1393. — BUDD. *Disease of the liver*, p. 176. — BUHL. *Arch. f. path. Anat.*, 1861, p. 480. — BULL. *Revue des sc. méd.*, 1876, p. 515. — CAZALIS. *Progrès méd.*, 1875, p. 153. — CHAUFFARD. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1879, p. 587; — *Progrès méd.*, 1880, p. 408. — CHURCH. *Boston med. Journ.*, 1883, p. 269. — CHVOSTECK. *Wiener med. Presse*, 1865, p. 948; — *Œsterr. Zeits. f. prakt. Heilk.*, 1868; — *Allg. Wiener med. Zeit.*, 1878; — *Wiener med. Blatt.*, 1881, p. 545. — COLQUEHOUN. *Lancet*, 1887, p. 606. — CONTESSE. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1857, p. 244. — CORNIL et RANVIER. *Manuel d'histologie pathologique.* — DAHL. *Hosp. Tid. Kjobenh*, 1881, p. 21. — DANCE. *Arch. de méd.*, 1829, p. 40. — DUPAIGNE. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1886, p. 403. — DICKSON. *Revue méd.*, 1837, p. 269. — DUBINI. *Gaz. med. di Milano*, 1843, p. 249. — DUJARDIN-BEAUMETZ. *Gaz. des hôpit.*, 1872. — DE GENNES. *Bull. de la Soc. anat.*, 1883. — EINHORN. *Münch. med. Wochens.*, 1891, p. 140. — ELLIS. *Boston med. and surg. Journ.*, 1873, p. 121. — EWALD. *Deuts. med. Wochens.*, 1892, p. 1019. — FELTZ. *Soc. méd. des hôpit.*, avril 1895. — FERRÉOL. *Bull. de la Soc. anat.*, 1857, p. 174. — FOLLIN. *Bull. de la Soc. anat.*, 1852, p. 453. — FRAENKEL. *Berl. klin. Wochens.*, 1891. — FRERICHS. *Traité des maladies du foie*, 1877. — FREY. *Arch. gén. de méd.*, 1845, p. 483. — FRONMÜLLER. *Memorab. Heilbr.*, 1878, p. 193. — GENDRON. Th. de Paris, 1883. — HAWKINS. *Trans. clin. Soc. London*, 1906, p. 30. — HESTER. *N. Orl. Maud S. Journ.*, 1846, p. 603. — HILLAIRET. *Union méd.*, 1849, p. 258. — HOFFMANN. *Diss. Berlin*, 1872. — JACOB. Th. de Paris, 1893. — JONNESCO. *Progrès méd.*, 1894. — JORAND. *Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 300. — KESTEVEN. *London med. Gaz.*, 1850, p. 1088. — KIEMANN. *Ber. d. k. k. Krank.*, 1880, p. 435. — KŒRTE. *Berl. klin. Wochens.*, 1892, p. 794. — KUSSMAUL. *Schmidt's Jahrb.*, 1868, p. 179. — LAACHE. *Centralbl. f. klin. Med. Leipzig*, 1886. — LAMBRON. *Arch. de méd.*, 1842, p. 129. — LANCEREAUX. *Anat. path.*, t. II, p. 963. — LANDWAGEN. *Inaug. diss.*, 1855, p. 40. — LANGHELDT. *Inaug. diss. Berl.*, 1890. — LEDIEN. Th. de Paris, 1879. — LEGG. *St. Barthol. hosp. Report*, 1875, p. 85. — LEMPKE. *Diss. Berl.*, 1873. — LEUDET. *Arch. de méd.*, 1853, p. 155. — LEIPOLD. *Guy's hosp. Gaz. London*, 1906, p. 36. — LELONG. *Arch. de méd. et de pharm. milit. de Paris*, 1891, p. 62. — LE MAGUET. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1892, p. 616. — LEYDEN. *Schmidt's Jahr.*, 1866, p. 353. — MACHELL. *Canada pract. Toronto*, 1890, p. 543. — MAC CLELLAND. *Lancet*, 1886. — MALMSTEN. *Schmidt's Jarh.*, 1871, p. 171. — MARIN PERUJO. *Indep. med. Barcelone*, 1889-1890, p. 1. — MAROTTE. *Revue méd.-chir. de Paris*, 1850. — MARTENS. *Deuts. med. Wochens.*, 1907, p. 1731. — MARTIN. *Canada med. Record Montreal*, 1898, p. 1357. — MESTOW. *Diss. Berl.*, 1841. — MEYER. *Med. zeit. Berl.*, 1846, p. 215. — MICHEL. *Soc. anat.*, 1874. — MOERS. *Arch. f. klin. Med.*, 1868, p. 251. — MOHR. *Berl. med. centr. Zeit.*, 1840, p. 561. — MONNERET. *Union méd.*, 1849, p. 242. — MONNIER. *Soc. anat.*, 1892. — MUNK. *Deuts. Klin.*, 1859. — MURCHISON. *Leçons clin.*, 1878, p. 177. — MUSSY (G. DE). *France méd.*, 1875. — NETTER. *Soc. clin.*, 1882. — NIESS. *Heidelb. Ann.*, 1846. — NORMAN-MOORE. *The Lancet*, 1879. — PAYNE. *Trans. path. Soc. of London*, 1871, p. 231. — PETERS. *Trans. New-York path. Soc.*, 1877, p. 268. — PHILIPPS. *Trans. clin. Soc. London*, 1895, p. 222. — QUÉNU. *Gaz. méd. de Paris*, 1878, p. 627. — REINHOLD. *Münch. med. Wochens.*, 1887, p. 949. — RENDU. *Clin. méd.*, 1890, p. 127. — RÉNON. Th. de Paris, 1902. — RENDER. *Diss. Nürnberg*, 1851. — ROSBACH. *Diss. Berl.*, 1873. — ROBINSON. *Lancet*, 1885, p. 333. — SCHŒMAKER. *Med. News. Philadelphia*, 1893, p. 398. — SCHŒNLEIN. *Klin. Vortr. in der Char. Kranken. zu Berlin*, 1848, p. 284. — SIREDEY. *Revue de méd.*, 1886, p. 466. — SONNENFELD. *Wiener med. Presse*, 1885, p. 1258. — SOUTLEY. *The Lancet*, 1879. — STREHLER. Th. de Zurich, 1879. — SOUQUES. *Soc. anat.*, 1869. — STURGES. *Lancet*, 1880, p. 215. — THOINOT. *Soc. anat.*, 1884, p. 529. — TIMINSKI. *Protok. zasaid. Dunoburg. med. Obsh.*, 1884, p. 47. — TOMMASI. *Sperimentale*, 1864, p. 462. — TRAUBE. *Gesammelte Beiträge zur Path.*, 1860 et 1878. — TRÈVES. *Lancet of London*, 1894, p. 663. — WALLER. *Wiener Zeits.*, 1846. — WALSCHE. *Clin. Brux.*, 1902, p. 29. — WEST. *Trans. path. Soc. of London*, 1887, p. 107, et 1890, p. 175. — WINGE. *Norsk. Mag. f. Lsegevidensk. Christiana*, 1880, p. 14.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 JUIN 1909)

Les rétrécissements du rectum. — M. Quénu rapporte l'observation d'une femme de quarante-sept ans, souffrant depuis longtemps de douleurs vives dans la région anale et d'une constipation très opiniâtre. Elle avait souvent des selles sanguinolentes. Elle subit, à Bordeaux, une laparotomie faite par M. Boursier, pour l'ablation d'un ovaire scléro-kystique et fixation de l'utérus. Cela n'améliora en rien son état intestinal. Elle s'amaigrit considérablement. M. Quénu, au toucher rectal, constata un rétrécissement valvulaire au-dessus duquel la muqueuse paraissait saine. Ce rétrécissement semblait d'origine congénitale. Cependant la malade a eu une pneumonie et une bronchite.

M. Zimmern fit à cette malade deux séances d'électrolyse linéaire de cinq minutes chaque. L'état de la malade s'améliora et elle put quitter l'hôpital. Elle y revint avec de nouvelles douleurs vives et un écoulement purulent abondant. M. Quénu lui fit un anus iliaque qui la soulagea pour quelque temps. Puis la température monta à 38, le pouls à 110; elle eut une nouvelle pneumonie et succomba.

A l'autopsie, on trouva la muqueuse rectale en apparence lisse, mais l'examen histologique montra que cette muqueuse était dépouillée de son épithélium. Histologiquement, on se trouvait en présence d'une vaste muqueuse ulcérée. Dans ce cas, le rétrécissement était secondaire. C'est la rectite qui prédominait. Quoi qu'on n'ait trouvé ni cellules géantes, ni bacilles de Koch, M. Quénu se demande s'il ne s'agit pas, dans ce cas, d'une de ces affections inflammatoires tuberculeuses sur lesquelles M. Poncet a attiré l'attention.

M. Reynier a observé un cas analogue de rétrécissement du rectum avec rectite, chez une femme de trente ans qui avait présenté des accidents syphilitiques. Le traitement spécifique resta sans résultat. M. Reynier crut pouvoir facilement enlever la partie rétrécie du rectum qui ne montait qu'à 5 centimètres. Il eut beaucoup de difficultés et se trouva en présence de lésions périphériques avec des ganglions ulcérés ou sphacelés. Il se trouvait donc en présence d'un rétrécissement tuberculeux. La malade succomba.

Dans ces cas, il ne suffit pas de s'attaquer au rétrécissement. C'est la rectite elle-même qu'il faut combattre.

La fulguration. — M. Pauchet (d'Amiens), depuis le mois de janvier dernier, a systématiquement fulguré tous les cancers accessibles à l'étincelle, opérables ou non. La méthode lui a été enseignée par M. Bizard (de Paris). Les appareils ont été montés chez lui par la maison Repiquet. Il n'a jamais eu de décès. L'impression qui se dégage de la méthode est plutôt favorable. Voici les conclusions auxquelles est arrivé M. Pauchet :

1° La fulguration exerce sur le sujet une influence générale. Cette action est réactionnelle et toxique. Elle se traduit par de la dépression comme celle qui suit les opérations graves et qui crée une véritable morbidité post-opératoire. Ce choc n'existe pas après les fulgurations courtes. L'hyperthermie est fréquente. Elle atteint 39, 40, 41 degrés, sans aucun rapport avec l'infection. Une jeune fille, fulgurée sans opération, pendant vingt minutes, pour une ulcération tuberculeuse, a fait 39°5.

2° La fulguration exerce une action sclérosante intense. Une ulcération tuberculeuse rebelle s'est cicatrisée en une séance; un cancer de la prostate végétant dans le rectum s'est sclérosé et les phénomènes douloureux ont disparu depuis deux mois. Un opéré de cancer du rectum chez lequel l'anus avait été conservé s'est trop bien cicatrisé et la rétraction fibreuse de tous les tissus anaux, sacrés et pelviens a été telle que seul l'anus iliaque persiste pour l'élimination des matières.

3° La fulguration amène une réaction locale favorable. Deux cas de cancer du col utérin avec envahissement du vagin furent traités par l'évidement, la fulguration et l'hystérectomie abdominale secondaire. Le ventre renfermait du liquide; l'épiploon enrobait l'utérus. L'opération fut, sinon facile, du moins praticable dans de bonnes conditions; les malades ont guéri.

4° La fulguration est sans action sur certains sujets. Chez une femme âgée, atteinte d'un cancroïde du vagin, superficiel, typique pour la méthode, la fulguration a été suivie d'une pullulation intense et la marche du néoplasme a paru accrue.

Conclusions. — Loin de décrier les avantages de la fulguration, il y a là une ressource chirurgicale à mettre à côté de la méthode de Bier et de l'air chaud qui exerce sur les plaies

et les tissus une action auxiliaire, défensive, réparatrice, incontestable. Mais, nous ne connaissons que le premier mot de la question, et nous devons, devant les insuccès, non pas nous décourager, mais persister avec acharnement pour éclairer notre expérience et mieux connaître les indications et la technique de la méthode.

M. QUÉNU ne croit pas que l'ascension thermique signalée par M. Pauchet dans son cas de tuberculose puisse être attribuée à la fulguration. On observe, dans ces cas, des élévations de température même sans fulguration.

M. SOULIGOUX ne pense pas qu'il faille attribuer à la fulguration la cicatrisation parfaite obtenue après l'ablation d'un ovaire cancéreux.

M. ROUTIER a reçu récemment dans son service une jeune femme qui était en occlusion intestinale. Il ouvre le ventre, vide l'ascite, enlève un ovaire cancéreux, constate qu'il y a aussi du cancer sur l'intestin, sur l'estomac. Il referme le ventre, sa malade a guéri parfaitement par première intention. Si elle avait été fulgurée, on ne manquerait pas de mettre sur le compte de la fulguration cette parfaite réunion par première intention.

M. TUFFIER reconnaît que, dans certains cas de cancers profonds, la fulguration donna l'apparence d'une guérison en formant, pour ainsi dire, un cache-misère au-devant ou autour du cancer qui n'en continua pas moins son évolution.

M. QUÉNU, à l'appui de cette opinion que dans les cas de cancers étendus les plus graves on peut obtenir de parfaites cicatrisations, cite un cas de cancer de l'intestin dont l'ablation n'a pu être achevée, ce qui n'a pas empêché que les suites de cette très grave opération ont été des plus simples.

M. NÉLATON n'a qu'une minime expérience de la fulguration. Il rappelle ce cas de cancer du rectum dans lequel il a obtenu une véritable fougue de récidive. En présence de ces faits, l'un des promoteurs de la fulguration répond qu'on a employé une mauvaise technique, que la fulguration ne saurait être rendue responsable de ces faits et qu'il fallait, avant toute chose, enlever au bistouri la totalité du cancer. Dans les débuts, on disait au contraire que la fulguration s'adressait surtout aux cancers inopérables dont il suffisait d'exciser préalablement une partie. En somme, il ne s'agit plus aujourd'hui que de fulgurer les cas que nous opérons avec le bistouri.

La majorité des membres de la Société de chirurgie ne semble pas favorable à la fulguration. Et cependant il est incontestable qu'elle a donné de très bons résultats dans des cancers de la face. Au point de vue des cancers de la face, M. Nélaton rappelle qu'autrefois il se refusait à opérer des cancers trop étendus. Après quelques années de séjour à Saint-Louis, il s'est rendu compte qu'on pouvait opérer les cancers de la face les plus étendus avec un réel succès... et sans fulguration.

ACTUALITÉS

UNE CONFÉRENCE DE M. POZZI SUR L'AMÉRIQUE CHIRURGICALE

M. Pozzi a fait jeudi soir, à la Société de l'Internat, une conférence très intéressante sur l'Amérique chirurgicale. Il exprime tout d'abord le double regret que les Français ne connaissent pas assez l'Amérique et que les chirurgiens américains ne connaissent pas assez la France, car ils vont beaucoup plutôt en Allemagne.

Parmi les chirurgiens américains, il y a incontestablement beaucoup de téméraires et beaucoup de charlatans. Mais il y a aussi une quantité considérable de chirurgiens de grand mérite.

Arrivant aux hôpitaux américains, M. Pozzi en fait une description telle que la comparaison avec nos hôpitaux français est loin d'être à leur honneur. Il nous décrit, en détail, les perfectionnements de tout genre que présentent ces hôpitaux américains de douze, quinze et vingt étages, dans lesquels la ventilation est assurée d'une façon parfaite, dans lesquels chaque étage est muni de sa cuisine, de sa pharmacie, de ses étuves, de ses salles de bains, de ses water-closets, d'eau chaude et froide à profusion, de moyens de secours parfaits contre les chances d'incendie.

M. Pozzi insiste ensuite sur ce qu'il appelle les qualités morales de ces hôpitaux, sur leur autonomie, leur individualité. On sait, en effet, qu'ils sont dus tous à l'initiative individuelle, qu'ils sont créés et entretenus par des fondations particulières, par des revenus; qu'ils sont administrés par des comités d'administration composés de notables personnages, aussi soucieux de la bonne tenue de ces hôpitaux que désintéressés. Il y a autour de chaque hôpital une « sympathie agissante » qui donne les meilleurs résultats.

M. Pozzi nous parle de l'Hôpital français, à New-York, qui est un fort bel édifice, mais moins important encore que l'hôpital allemand.

Il y a, en Amérique, de nombreux millionnaires qui, par testament, lèguent des sommes considérables pour la fondation et l'entretien d'un hôpital.

M. Pozzi arrive ensuite aux salles d'opérations qui sont magnifiquement installées et il nous fait un portrait saisissant des « nurses », ces jeunes femmes ou ces jeunes filles du monde ayant besoin de gagner leur vie qui se livrent à l'étude, passent des examens et deviennent des garde-malades parfaites dont la réputation est universelle. C'est à la fois pour ces femmes une situation honorable et lucrative; elles sont, en effet, très bien payées et non moins bien considérées. Elles touchent de 5 à 600 francs par mois, sont nourries, logées, habillées, chauffées, distraites; elles ont des bibliothèques, reçoivent des journaux, ont leur five o clok, etc. Ce sont des dames instruites, intelligentes et dévouées dont le niveau social est très supérieur à celui de nos surveillantes.

Quant aux chirurgiens eux-mêmes, à côté d'hommes du plus grand mérite, il y en a un grand nombre dont l'instruction est insuffisante. Le recrutement des chirurgiens des hôpitaux américains se fait presque uniquement par la faveur. Il est incontestable que chez nous, le concours avec tous ses défauts donne des garanties autrement sérieuses.

L'audace des chirurgiens américains est bien connue et elle ne date pas d'hier, car il fallait, en effet, une réelle audace à Mac Powell, en 1809, pour, sans asepsie, sans anesthésie, fendre de l'appendice xiphoïde au pubis le ventre de miss X... à laquelle il ne dissimula pas les dangers de sa tentative, qui eut confiance, se laissa opérer et guérit.

M. Pozzi nous rapporte plusieurs cas bien propres à montrer non seulement l'audace des chirurgiens, mais aussi celle des malades qui acceptent de pareilles interventions.

Quelques mots ensuite sur les charlatans américains qui en fait de réclames dépassent tout ce qu'on peut imaginer. Citons en passant ce charlatan qui guérit l'appendicite en une heure sans opération, et cela prend. Il a beaucoup de malades.

La très intéressante conférence de M. Pozzi se termine par un récit captivant sur sa visite à la maison de santé des frères Mayot à Rochester, la maison de santé la plus importante du monde, contenant 300 lits et dans laquelle, en vingt ans, ont été opérés 28800 malades, avec une mortalité insignifiante. C'est là un des plus beaux exemples du courage, de la ténacité et de l'habileté des chirurgiens américains.

Nous revenons très intéressés du voyage instructif que M. Pozzi vient de nous faire faire avec lui en Amérique. Toutefois, la comparaison avec ce qui se passe chez nous n'est pas toujours à notre désavantage.

A. BROCHIN.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


Sirop Roche
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

N° 73. — MARDI 29 JUIN 1909. 82e ANNÉE. MARDI 29 JUIN 1909. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Première leçon clinique.* — Séance du 25 juin : MM. Camus et Lortat-Jacob, 19.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — M. le professeur Chavannaz ayant pris son service à l'hôpital du Tondu est remplacé à l'hôpital Saint-André par M. le docteur Venot.

M. Verdelet est nommé chirurgien titulaire à l'hospice général.

— LYON. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Fayol, Murard, Faujas et Folliet (*ex æquo*), Naz, Florence, Devic, Robert Rendu, Bussy et Croizier (*ex æquo*), Jalifier, Gaté, Gravier, Michel et Volmat (*ex æquo*), Devin, Dujol.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PROSECTORAT. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, sont nommés prosecteurs MM. Sauvé et Guimbellot.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Après concours sont nommés :

Chefs de clinique chirurgicale : MM. les docteurs Charbonnel et Laffargue.

Chefs de clinique chirurgicale adjoints : MM. les docteurs Parcelier et Bourderon.

— TOULOUSE. — M. Rispal, agrégé libre et chargé d'un cours complémentaire de bactériologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

M. Soulié, agrégé libre et chargé d'un cours d'anatomie topographique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

M. Suis, docteur en médecine, chargé d'un cours de zoologie médicale et micrographique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — Un concours s'ouvrira le 5 janvier 1910 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— ALGER. — M. le docteur Gillot a été institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

— Après concours, M. le docteur Ferrari, prosecteur d'anatomie, a été nommé chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Alger.

— NANTES. — M. le docteur G. Favreul est nommé chef de clinique chirurgicale.

MÉDECINS DE COLONISATION. — A la suite du concours qui s'est ouvert le 2 juin 1909 pour l'emploi de médecin de colonisation en Algérie, ont été nommés : MM. les docteurs Duvau, Bonnet, Grosdemange, Perrot, Servières et Clapies.

UNE PROTESTATION. — Un jugement du tribunal correctionnel de Cambrai condamnant à 16 francs d'amende avec sursis cinq religieuses employées comme infirmières dans la clinique des docteurs Depoutre et Jacomet, et condamnées pour avoir, de ce fait, ouvert et dirigé un établissement congréganiste, a provoqué une profonde émotion dans le monde médical de la région.

Les médecins de Cambrai, dit *Le Temps*, viennent d'émettre le vœu suivant :

« Les docteurs soussignés, se plaçant en dehors de toutes questions politiques ou confessionnelles, n'envisageant que l'intérêt général des cliniques de France et reconnaissant que dans l'état actuel des choses le recrutement des infirmières laïques est encore insuffisant, émettent le vœu qu'on n'entrave pas le fonctionnement des cliniques en les forçant à changer leur personnel de garde-malades religieuses. »

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p.* 937.)

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

DIAGNOSTIC FACILE ET SÛR DE TOUS LES TROUBLES MENSTRUELS

SOMMAIRE

Classification symptomatologique des troubles menstruels. Quelle est leur cause?
Etude de la menstruation. Elle est déterminée par l'apparition du corps jaune dans l'ovaire. C'est la sécrétion interne du corps jaune qui provoque et qui règle la menstruation.
Le corps jaune sécrète une hormone qui détermine l'hypertrophie temporaire du corps thyroïde et augmente sa sécrétion. Preuves expérimentales, physiologiques et cliniques.
Le corps jaune et le corps thyroïde sont deux glandes à sécrétion interne antagonistes.
L'harmonie fonctionnelle de l'organisme n'existe plus si l'équilibre est rompu entre la thyroïde et l'ovaire.
Diagnostic de la cause des troubles menstruels.
Tous les troubles menstruels sont causés par une insuffisance ovarienne ou une insuffisance thyroïdienne.
Si les règles sont rares, peu abondantes, douloureuses, c'est parce que la sécrétion du corps jaune est insuffisante.
Si les règles sont fréquentes, trop abondantes et de trop longue durée, c'est parce que la sécrétion thyroïdienne est insuffisante; l'équilibre est rompu en faveur de l'ovaire.
Les troubles généraux qui peuvent apparaître au cours de la période cataméniale sont, eux aussi, causés par l'insuffisance ovarienne ou l'insuffisance thyroïdienne.
Traitement par l'opothérapie ovarienne et thyroïdienne. Comment faut-il l'appliquer?
Tableau résumant les différents troubles menstruels, leur cause et leur traitement.

* * *

I. — *Les troubles menstruels. Classification symptomatologique.*

Avant d'étudier les causes et le traitement des troubles menstruels, il nous semble nécessaire de rappeler qu'il ne faut comprendre sous cette dénomination que les troubles de la période cataméniale en dehors de tout état franchement pathologique, c'est-à-dire en exceptant tous les cas où une tumeur ou une infection en sont la cause première.

Cette restriction faite, les troubles menstruels peuvent être classés en cinq groupes si l'on s'appuie sur la symptomatologie pour les diviser : *fréquence des règles, régularité des règles, quantité de sang évacué, douleurs abdominales, symptômes généraux* : telles sont les grandes divisions symptomatologiques dans lesquelles se peuvent ranger les diverses manifestations des altérations fonctionnelles qui font de la plupart des femmes des malades périodiques.

Quel est ce trouble initial et quels traitements peuvent lui être opposés? C'est à cette double question que nous voulons répondre.

Les nombreux faits dont se sont enrichies dans ces dernières années la thérapeutique, la clinique et la physiologie, nous permettent de rejeter aujourd'hui la médecine symptomatique à laquelle nous étions réduits en face des troubles de la menstruation, et c'est en s'appuyant sur les travaux de très nombreux auteurs que nous pouvons affirmer :

Le traitement causal des troubles de la menstruation est devenu possible parce que l'on connaît leur cause et parce que l'on possède les médications spécifiques susceptibles d'amener leur disparition.

L'étude des troubles de la menstruation doit être logiquement précédée de l'étude physiologique de la menstruation elle-même. Il est, en effet, nécessaire d'en connaître la cause avant d'en étudier la pathologie.

II. — *La menstruation normale. Sa cause.*

On sait d'une façon précise, depuis qu'on a fait des ovariotomies chez la femme, que la menstruation est sous la dépendance de l'ovaire, mais il y a beaucoup plus longtemps que la démonstration indirecte en avait été fournie. On pensait que la menstruation était due à un réflexe parti de l'ovaire et déterminé par l'excitation due aux compressions nerveuses exercées par le follicule en voie de développement. Magnus, Cohn et Frænkel ont, les premiers, montré que cette manière de voir était erronée et que la menstruation était déterminée par la sécrétion interne du corps jaune.

Les preuves qui en ont été fournies sont de différents ordres.

Frænkel, Kreis, Villemin, etc., ont montré que la rupture du follicule de de Graaf a lieu dix à quatorze jours avant les règles; le corps jaune se forme aux dépens du follicule rompu, et il atteint son plein développement au bout d'une dizaine de jours. A ce moment, les vaisseaux utérins ont atteint leur maximum de réplétion, ils se rompent, les couches superficielles de la muqueuse utérine se détachent, la menstruation apparaît. Elle cesse, au moment où le corps jaune commence à régresser, c'est-à-dire trois ou quatre jours plus tard.

La preuve qu'il n'y a pas une simple coïncidence entre les deux faits : menstruation d'une part et développement du corps jaune d'autre part, a été fournie par Frænkel.

Au cours de laparotomies faites chez la femme et dans des cas où les organes génitaux étaient sains, Frænkel détruisit au thermo-cautère le follicule mûr prêt à se rompre ou les corps jaunes en voie d'évolution. Si le corps jaune est bien la cause des règles, sa destruction doit empêcher la menstruation suivante d'apparaître : c'est en effet ce que l'auteur a constaté dans 8 cas sur 9.

Linderthal, de son côté, a non pas détruit, mais rupturé artificiellement des follicules plusieurs jours avant le moment où ils auraient dû normalement se rompre et il a vu que, dans ce cas, la menstruation suivante était avancée de plusieurs jours.

Le corps jaune doit donc être considéré comme une glande à sécrétion interne qui détermine la menstruation. Les principes toxiques et vaso-dilatateurs sécrétés par cette glande amènent une hyperémie utérine qui s'accentue au fur et à mesure que le corps jaune se développe. Quand cette réaction a atteint son maximum, la vaso-dilatation est telle que les capillaires utérins se rompent et que l'écoulement sanguin menstruel se produit.

III. — *Synergie thyrovarienne.*

La sécrétion interne du corps jaune, qui fait si puissamment retentir ses effets sur l'utérus, possède également une action sur tout l'organisme. Comme toutes les sécrétions internes, elle agit sur les autres glandes endocrines et tout particulièremsnt sur la glande thyroïde. On sait depuis longtemps qu'il existe des relations fonctionnelles étroites entre l'ovaire et la glande thyroïde. Mais c'est seulement depuis les recherches récentes que ces relations ont été nettement démontrées et précisées. Des faits expérimentaux, cliniques et thérapeutiques, ont fait la preuve que ces rapports sont de nature antagoniste.

Depuis les travaux d'un certain nombre d'auteurs (Lambert, Livon fils, etc.), on sait que le corps jaune sécrète un principe très actif, une « hormone », suivant l'expression de Starling, qui possède, entre autres propriétés, une action vaso-dilatatrice énergique. L'extrait de corps jaune, injecté à un animal, détermine une vaso-dilatation du corps thyroïde, comme de tous les autres organes; il provoque en outre une véritable hypertrophie de cette glande, ainsi que l'ont montré Hallion, Parhon et Goldstein. L'apparition dans le sang du principe actif du corps jaune a donc pour résultat de déterminer une réaction de la glande thyroïde et d'augmenter sa sécrétion.

Des phénomènes de même ordre peuvent être observés en clinique. Les jeunes filles impubères possèdent un corps thyroïde relativement peu développé, celui-ci s'hypertrophie rapidement à la puberté, c'est-à-dire quand s'installent les fonctions ovariennes et au moment où le corps jaune apparaît pour la première fois (Shanta, Peter Muller).

(*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

FIBROSARCOME OSSIFIANT DES FOSSES NASALES

Par M. JABOULAY,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Messieurs,

Vous avez eu l'occasion de voir récemment dans le service un cas de fibrome naso-pharyngien. Je voudrais aujourd'hui vous présenter un malade dont l'affection semble par bien des points identique, mais qui cependant par d'autres signes s'en éloigne considérablement et devient très rare.

Ce malade, dont l'aspect lors des visites antérieures a certainement dû vous frapper, est couché au n° 16 de la salle Saint-Sacerdos; son âge est de cinquante-quatre ans.

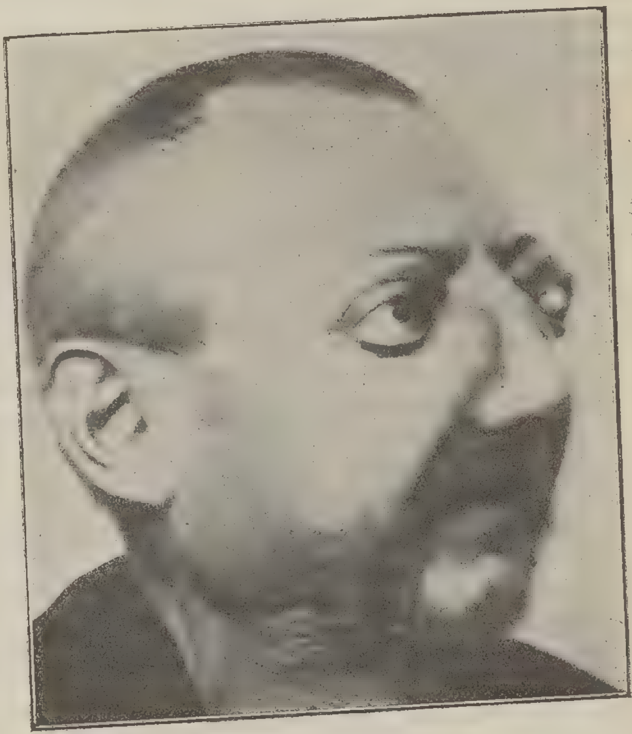
L'histoire clinique de ses antécédents est nulle; son père et sa mère sont morts tous deux à un âge fort avancé au-dessus de quatre-vingts ans, il est lui-même père de quatre enfants qui n'ont jamais présenté la moindre affection.

Personnellement, la seule maladie que l'on retrouve au cours de sa vie est une affection nasale et il semble bien que l'on soit en présence de polypes muqueux. En effet le malade raconte que, dans sa jeunesse, à l'âge de quinze à seize ans, il fut pris de saignottements fréquents du nez en même temps que s'installait une sécrétion abondante jointe à un enchiffrènement perpétuel. Tous les symptômes disparurent, et cela pendant plusieurs années, après l'ablation de petites tumeurs grises, en forme de larmes. Après cette intervention, il resta sans présenter pendant de longues années aucun signe dú côté du nez.

Ce n'est qu'à l'âge de trente-quatre ou trente-cinq ans, c'est-à-dire vingt ans après sa première opération qu'il eut de nouveau l'attention attirée du côté de ses voies olfactives. En effet, à cette époque, le malade s'aperçut qu'il n'était plus aussi sensible aux odeurs qu'autrefois et en même temps il lui semblait que ses narines fussent insuffisantes pour admettre la quantité d'air nécessaire à la respiration. Dans la marche rapide, dans les efforts un peu prolongés il était obligé de respirer la bouche ouverte.

Peu à peu les phénomènes respiratoires sont devenus plus intenses et depuis déjà plusieurs années le malade ne peut absolument plus respirer par le nez; il ne peut même plus faire passer l'air au travers de ses fosses nasales, même par les plus grands efforts soit inspiratoires, soit expiratoires. A ce moment, c'est-à-dire il y a une huitaine d'années, le malade s'émut et alla consulter un médecin à Châlons qui lui conseilla vivement de se faire opérer. Mais le malade repoussa cette idée avec une insouciance vraiment extraordinaire, car il a l'esprit très ouvert, même encore maintenant, et répond avec beaucoup d'intelligence à toutes les questions qu'on lui pose. La raison qu'il donne de son refus de toute intervention est que jamais il n'a présenté de phénomènes fonctionnels de sa tumeur autres que ceux que nous avons déjà signalés, c'est-à-dire l'obstruction de ses voies respiratoire et olfactive. Jamais, en effet, à aucun moment, il n'a présenté de douleurs en aucun point de la tête, jamais il n'eut de saignements de nez comme la première fois, jamais de vertiges. Mais peu à peu les phénomènes empiraient et cela surtout depuis six ans.

La tumeur se développa, envahit les sinus maxillaires qu'elle déforma. Le développement se poursuivant toujours, les cavités orbitaires furent soulevées et les yeux, surtout le gauche, fut projeté en avant et cela de plus en plus, en même temps que son acuité visuelle subissait une diminution très marquée et toujours progressive.



Et c'est pour ces phénomènes oculaires que le malade menacé de devenir complètement aveugle se décide à entrer à l'hôpital.

Ainsi que vous le voyez, messieurs, le facies du malade est caractéristique. Il a été décrit par les auteurs anglais sous le nom de facies de crapeau. Les sinus maxillaires repoussés en avant forment de chaque côté des bourrelets arrivant jusqu'au niveau du nez. Des yeux énormes et sans expression sortent littéralement de leurs orbites et les paupières se sont comme déplissées pour les recouvrir.

A gauche surtout, cette exophtalmie est vraiment extraordinaire, le nerf optique tiraillé et probablement aussi envahi ne transmet plus au cerveau les impressions rétiniennes et à droite, c'est à peine si le malade reconnaît, après un examen prolongé, le nombre de doigts qu'on lui présente. La fosse temporale droite est déformée par un prolongement.

Si l'on vient à faire ouvrir la bouche, on est frappé de l'abaissement du voile du palais qui est tendu et immobile. Un doigt recourbé en crochet et porté vers le naso-pharynx sent une tumeur volumineuse et d'une dureté extraordinaire. On ne retire

pas de débris ni on ne provoque pas ou à peu près de saignements par cette manœuvre.

L'examen des oreilles montre à droite un envahissement de l'oreille moyenne avec perforation du tympan, l'oreille gauche est intacte.

Enfin nous en aurons fini avec l'examen de ce malade quand vous saurez que sa sensibilité est intacte, que les réflexes palpébral et pharyngien sont intacts et que les sinus frontaux et ethmoïdiens sont clairs à l'examen lumineux.

Vous reconnaissez là, messieurs, les signes cliniques du fibrome naso-pharyngien à sa période d'envahissement et le doute n'est pas permis. En effet, la marche traînante de l'affection permet d'éliminer d'emblée toutes les tumeurs malignes qui auraient, dans ce laps de vingt années, évolué déjà depuis longtemps.

Nous ne sommes pas en présence d'une hypertrophie du maxillaire supérieur, la largeur de la face est respectée.

La bilatéralité des lésions, l'envahissement des parties avoisinantes, le point d'implantation permettent d'éliminer les tumeurs fibreuses des sinus et du voile du palais et il semble bien, que l'on soit en présence d'un fibrome naso-pharyngien, mais fibrome d'une nature un peu spéciale. Si en effet, messieurs, vous voulez bien vous souvenir que ce malade n'a pas présenté de saignements de nez, si vous vous rappelez la dureté vraiment extraordinaire de cette tumeur et si enfin vous considérez l'âge du malade, vous en conclurez que vous n'êtes pas en présence d'un fibrome naso-pharyngien, affection qui survient d'ordinaire de quinze à vingt-cinq ans et qui s'accompagne de saignements abondants et répétés. La consistance spéciale de la tumeur nous autorise à penser que l'on se trouve en présence d'un processus d'ossification. Ce serait une tumeur ostéoïde naso-pharyngienne, tumeur d'allure bénigne, mais qui n'en reste pas moins fort dangereuse, soit ultérieurement par la possibilité de sa dégénérescence, soit plus immédiatement par la cécité complète dont est menacé le malade. Et il est donc du plus haut intérêt de pouvoir apporter au moins un soulagement à ce malheureux.

P.-S. — C'est pourquoi nous avons pratiqué la double ligature des carotides externes pour tenter de ralentir le développement de la tumeur, et surtout pour l'hémostase préventive d'une intervention plus directe, qui nous fut malheureusement refusée. Depuis le départ du malade, nous n'avons plus eu de ses nouveles.

Traité de l'alimentation et de la nutrition à l'état normal et pathologique, par le docteur E. Maurel, médecin principal de réserve de la marine, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. IIIe vol. : *Ration de la grossesse, de l'allaitement et du travail. Influences qui modifient toutes les rations. Indications pratiques sur les aliments d'origine animale et végétale.* In-8 de 700 p. — Prix : 14 francs. — Paris, O. Doin.

La Rançon du progrès, par MM. Pierre Baudin et docteur L. Nass. In-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Félix Juven.

MÉDECINE PRATIQUE

PATHOGÉNIE DE L'ŒDÈME AIGU DU POUMON

Il y a quelque deux ans, nous faisions paraître ici-même (1) un article de MM. Méry et Babonneix sur l'œdème aigu du poumon. Depuis cette époque, la pathogénie de l'œdème pulmonaire aigu s'est assez transformée pour que ces auteurs, dans le fascicule XXIX du *Traité de médecine et de thérapeutique* (2) aient cru devoir modifier leur description primitive. Ils distinguent aujourd'hui deux ordres de théories pathogéniques : les anciennes et les récentes.

Les théories anciennes sont au nombre de trois, suivant qu'elles font intervenir des actions *mécaniques*, *angéionévrotiques* ou *toxiques*. Pour leur discussion, nous renvoyons au travail précédemment cité.

Théories récentes. — Elles sont au nombre de deux.

La *rétention chlorurée* joue un rôle incontestable dans la production de certains œdèmes pulmonaires (Merklen, Chemery). Hallion a réussi en effet à créer l'œdème du poumon par simple injection de sérum artificiel, et, dans un cas, observé par Bar et Daunay, d'œdème aigu gravidique avec hypochlorurie, la déchloruration suffit, à elle seule, à faire disparaître tous les accidents. Il est probable d'ailleurs que, dans la plupart des cas, la chlorurémie n'agit que par l'hypertension artérielle qu'elle détermine (Chemery), et qu'elle associe son influence aux autres causes.

Le plus souvent, l'œdème aigu du poumon paraît être la conséquence d'une auto-intoxication, qui consiste dans l'imprégnation de l'organisme par l'adrénaline, plus abondamment sécrétée ou encore plus active qu'à l'état normal. En faveur de cette *théorie surrénale* (Josué), trois ordres d'arguments.

Expérimentalement, l'introduction, dans les veines d'un lapin, d'une dose suffisante d'adrénaline permet (Bouchard et Claude, Josué) de réaliser des accès typiques d'œdème aigu, souvent accompagnés d'hypertension artérielle et de glycosurie.

Cliniquement, l'œdème aigu du poumon survient, d'habitude, chez des aortiques ou chez des rénaux. Or, l'on sait que l'athérome aortique est, presque toujours, d'origine surrénale, et des recherches récentes ont montré qu'il en était de même de certaines néphrites (Darré, Dopter et Gouraud, etc.).

Anatomiquement, on trouve, à l'autopsie des sujets qui ont succombé à une crise d'œdème pulmonaire aigu, des lésions incontestables des capsules surrénales.

L'œdème aigu du poumon paraît donc bien être d'origine surrénale. Mais comment se produit-il ? En principe, on peut supposer qu'il est dû à un fonctionnement anormalement intensif de la couche médullaire qui sécrète l'adrénaline. En réalité, la suractivité de la couche corticale est parfois seule en cause. On sait, en effet, qu'on peut provoquer expérimentalement l'œdème pulmonaire aigu par injection intra-veineuse d'extraits des couches corticales (Josué). D'autre part, à l'autopsie d'un individu mort d'œdème aigu, Lœderich a trouvé des capsules surrénales dont la couche médullaire était totalement détruite par des hémorragies, tandis que la couche corticale était hyperplasiée. Pour expliquer ces faits, il suffit de rappeler (Josué et Bloch) que, si la couche corticale ne sécrète pas d'adrénaline, elle renferme des substances possédant des propriétés hypertensives analogues.

(1) Méry et Babonneix. L'œdème aigu du poumon, *Gaz. des hôpit.*, août 1907, nº 110, p. 1311.

(2) J.-B. Baillière et fils, éditeurs. — Pour paraître incessamment.

L'*hyperépinéphrie* joue donc un rôle capital dans le déterminisme de l'œdème aigu du poumon. C'est ce dont témoignent toutes les observations récentes. Dans un cas de Sicard et Descomps, relatif à un sujet mort d'œdème aigu au cours d'une néphrite subaiguë, les spongiocytes étaient anormalement nombreux, lésion caractéristique, comme on sait, de l'hyperépinéphrie. Chez une urémique étudiée par Sézary (1), et qui mourut en vingt-quatre heures, d'œdème aigu, les surrénales étaient en état d'hyperfonctionnement marqué. Aubertin a vu deux cobayes intoxiqués par le plomb mourir d'éclampsie. L'un d'eux présentait de l'œdème aigu; ses surrénales étaient en état d'hyperfonction; chez l'autre, qui n'eut aucun accident pulmonaire, elles étaient, au contraire, en état d'hypoépinéphrie. Le même auteur a également constaté que, chez l'homme, l'œdème aigu manque lorsque les deux couches de la surrénale sont le siège de lésions destructives étendues.

Il est donc permis de dire aujourd'hui que l'œdème pulmonaire aigu paraît presque toujours lié à un fonctionnement anormalement intensif des surrénales, que cette hyperépinéphrie soit due à la substance corticale, à la substance médullaire ou aux deux à la fois Cette hypothèse a le mérite d'être d'accord avec les faits et d'expliquer, mieux que toute autre, pourquoi l'œdème aigu survient si fréquemment au cours de l'aortite chronique ou de la néphrite atrophique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 JUIN 1909)

De l'influence du temps sur l'activité antivirulente des humeurs des animaux vaccinés et de l'immunité relative des tissus. — M. L. CAMUS. L'état bactéricide des humeurs ne s'égalise pas avec le temps; celles qui sont très bactéricides après la vaccination peuvent conserver cette propriété; celles qui sont inactives ou peu actives ne deviennent pas plus actives. L'immunité humorale semble conditionner l'immunité des tissus; ceux-ci sont d'autant plus réceptifs pour le virus que l'humeur qui les baigne est moins bactéricide. Si l'on modifie l'ambiance d'un organe en faisant agir sur lui un sérum très bactéricide, il acquiert une immunité passive à laquelle ne participe pas le reste de l'organisme.

Influence d'un séjour prolongé à une très haute altitude sur la température animale et la viscosité du sang. — M. Raoul BAYEUX. Les expériences faites par l'auteur sur lui-même et sur les membres de sa famille au sommet du Mont-Blanc lui permettent de conclure que la température animale et la viscosité du sang subissent, sous l'influence passagère de la haute altitude, des perturbations qui sont proportionnées à la durée du séjour.

Le rhume des foins. — M. Pierre BONNIER préconise, comme traitement du rhume des foins, la cautérisation *aussi superficielle et légère que possible* de certains points de la muqueuse nasale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 JUIN 1909)

Pyopneumothorax métapneumonique suivi de vomique, traité par le collargol intra-pleural. Guérison. — M. L. GALLIARD. Si le pneumothorax consécutif aux grandes évacuations est fréquent, il est tout à fait exceptionnel à la suite d'une *thoracentèse* qui fournit seulement 400 centimètres cubes de *pus* non fétide, comme celle que M. Galliard a pratiquée, le 21 avril 1909, au niveau du deuxième espace intercostal droit chez une fille de vingt ans qui, entrée dans son service avec les signes d'une pleuro-pneumonie de la base droite, avait subi sans aucun résultat trois ponctions exploratrices en arrière les 2, 8 et 14 avril.

L'état de cette malade était si mauvais qu'on écarta la pleurotomie. D'ailleurs elle eut, le 26 avril, une vomique et jusqu'au 10 mai sa température resta basse, de 36 à 37 degrés. Les crachats contenaient des *staphylocoques* et des *pneumocoques*, jamais de bacilles de Koch. Le liquide pleural avait fourni des *staphylocoques* et des *tétragènes*.

Le 11 mai, à la suite d'une injection sous-cutanée de sérum stérilisé de 500 grammes, la température s'éleva brusquement de 36°2 à 39°4. On fit une quatrième ponction à la région dorsale et trouva là enfin du pus contenant des *staphylocoques* et des *pneumocoques* dans une loge certainement indépendante de celle qui s'était ouverte dans les bronches (empyème cloisonné).

M. Galliard fit pratiquer d'abord une injection intra-veineuse de collargol, mais la fièvre ne cédant pas, il injecta le 13 mai au niveau du troisième espace, en avant, dans la loge primitivement atteinte, une *injection intra-pleurale* de 10 centimètres cubes de solution de *collargol* à 1 p. 100; le médicament se mélangea presque immédiatement aux crachats et le lendemain il nota 36°6.

Le 16 mai, la température étant remontée à 38°7, seconde injection intra-pleurale de collargol instantanément rejetée par la bouche avec les crachats.

Dès le lendemain l'expectoration cessa. La température se maintint bientôt à 37 degrés, tandis que l'état général s'améliorait sensiblement jusqu'aux premiers jours de juin.

Le 5 juin, frisson, 40°4. L'expectoration recommença. Cette fois, on pratiqua l'injection intra-pleurale de collargol dans la région inféro-axillaire, mais le collargol ne fut pas rejeté avec les crachats.

Le 11 juin, l'expectoration cessa, le souffle amphorique disparut. On perçut le murmure vésiculaire atténué en avant et en arrière; encore quelques restes de bronchite au sommet et à la base avec submatité inféro-dorsale.

Le 22 juin, murmure vésiculaire beaucoup plus net dans toutes les régions sauf dans l'aisselle où la matité coïncidait avec le silence respiratoire; mais en ce point une dernière ponction exploratrice ne donna pas une goutte de liquide. L'état général était excellent. La malade demandait à partir pour la campagne.

En l'examinant aujourd'hui on constate que les deux sommets sont indemnes. D'ailleurs la radiographie en a démontré la transparence parfaite. Jamais on n'a trouvé de bacilles de Koch ni dans le pus pleural ni dans les crachats. Il n'y a donc pas de tuberculose pulmonaire.

Artério-sclérose généralisée de l'artère pulmonaire. — MM. Ch. LAUBRY et PARVU rapportent l'observation d'une malade de vingt ans atteinte de rétrécissement mitral et qui mourut subitement au cours d'une asystolie rapidement grave. A l'autopsie on trouva outre la lésion valvulaire, sous forme d'un rétrécissement presque infranchissable, une double endocardite mitrale et tricuspidienne récente et surtout une artério-sclérose généralisée de l'artère pulmonaire. A ce dernier point de vue les lésions histologiques confirmèrent l'aspect macroscopique : inflammation discrète de l'endartère, lésions caractéristiques du tissu élastique et musculaire.

Les auteurs insistent sur le contraste entre cette artério-sclérose étendue à toute la petite circulation et l'intégrité du système aortique. Il y a même une action manifeste de l'hypertension exclusivement pulmonaire, des oscillations im-

(1) SÉZARY. Œdème aigu du poumon et glandes surrénales, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 41, p. 497.

portantes et nombreuses de cette tension au cours du rétrécissement mitral, dans la genèse de l'artério-sclérose : conditions mécaniques entraînant des lésions purement mécaniques et dégénératives. D'autres causes peuvent s'y ajouter, entre autres l'infection sanguine dont les poussées endocarditiques sont ici la signature. Mais elles n'agissent qu'à la faveur de l'hypertension qui la précède ou la domine.

Sur un cas de tétanos subaigu traité par les injections intra-veineuses de sérum. Guérison. — MM. Louis Martin et Henri Darré rapportent un cas de tétanos subaigu survenu chez un enfant de huit ans. Sous l'influence du sérum antitétanique employé en injection intra-veineuse, puis en injections sous-cutanées, le malade s'améliora rapidement. Les détails de l'observation clinique mettent nettement en évidence l'influence favorable de la sérothérapie : on vit en effet les symptômes s'amender après l'injection de sérum, puis reprendre dès qu'on suspendait l'emploi du sérum. Chez cet enfant, une bronchopneumonie grave éclata au sixième jour de la maladie, alors que les contractures immobilisaient le corps tout entier : pour triompher de ces accidents pulmonaires, il fallut employer la balnéothérapie ; les bains chauds ne modifièrent pas l'évolution du tétanos et amenèrent rapidement la disparition des accidents respiratoires.

VARIÉTÉS

GRANDS CHIRURGIENS D'AMÉRIQUE

LES FRÈRES MAYO (1),

Par le professeur Pozzi.

Le grand centre chirurgical des Etats-Unis n'est ni New-York, ni Chicago, ni Baltimore, ni aucune des grandes villes de cet immense territoire, c'est Rochester, une petite bourgade perdue dans les plaines sans fin qui s'étendent entre Chicago et Minneapolis, dans l'Etat de Minnesota.

En 1844, il n'y avait là que des Indiens. Un trappeur vint s'y établir, y bâtit une petite cabane et y vécut quelque temps avec sa femme. Celle-ci fut emportée par la petite vérole ; le trappeur partit, puis revint peu de temps après avec quelques compagnons. On raconte qu'il acheta au gouvernement, pour un dollar et demi, tout le terrain où est bâtie la ville actuelle.

Le père des frères Mayo vint s'établir dans ce petit *settlement*. Il venait de se faire recevoir docteur, tardivement, après avoir été d'abord professeur de physique, qu'il avait étudiée avec le fameux Dalton. Il y vécut modestement, élevant ses deux fils, William et Charles, dont il commença l'éducation médicale, qu'ils complétèrent d'abord à Minneapolis, puis à Chicago.

Ces deux jeunes gens, presque du même âge à quelques années près, montrèrent dès le début de grandes aptitudes.

Il y a vingt ans, en 1889, quelques sœurs de Saint-François-d'Assise établies à Rochester, où l'on compte du reste beaucoup de catholiques, fondèrent un petit hôpital dans lequel les frères Mayo commencèrent à opérer. Il comprenait d'abord 45 lits et attira bientôt tous les malades de la région. Les frères Mayo eurent là l'occasion de montrer leur habileté, et leur réputation s'y établit ; 3000 malades passèrent dans cet hôpital dès la première année de sa fondation.

Les frères Mayo, malgré l'importance de leur pratique, ne cessaient d'étudier et faisaient de fréquents voyages à Chicago, à New-York, à Baltimore, etc., puis à l'étranger et surtout en Allemagne, pour y visiter les hôpitaux et se tenir au courant de la science.

Leur réputation croissante nécessita peu à peu l'agrandissement de l'hôpital par des additions successives, en 1893, 1898, 1903 et enfin l'année dernière où une aile tout entière, contenant 100 lits, a été ajoutée au prix de 150 000 dollars (750 000 francs). L'hôpital est plutôt une maison de santé, car la plupart des malades sont payants, mais les prix y sont assez modérés : dans les salles communes qui contiennent un très petit nombre de malades, de 7 à 10 dollars par semaine (35 à 50 francs, soit environ 5 francs par jour), c'est à peu près le prix de nos malades payants dans les hôpitaux ; pour les chambres privées, 12 dollars par semaine (60 francs) et au-dessus. Dans ces prix sont compris les frais de gardes, de médicaments et de pansements. Une école d'infirmières est annexée à la maison.

L'installation matérielle est parfaite ; on doit surtout louer le chauffage et la ventilation qui ne laissent rien à désirer et pourraient servir de modèle dans nos établissements.

L'hôpital possède actuellement 300 lits parmi lesquels 225 sont affectés aux malades et les autres au personnel. Depuis sa fondation, il y a vingt ans, il a reçu et soigné plus de 28800 malades. On y vient non seulement des régions voisines, mais de toutes les parties des Etats-Unis, du Canada et du Mexique. L'année dernière (1908), on y a pratiqué 6451 opérations sur 5591 malades dont 4243 avaient été hospitalisés, et 1348 interventions à la consultation. On est obligé du reste de réduire considérablement la durée du séjour de chaque opéré : ainsi la plupart des appendicites sont transportés au bout de trois jours dans l'hôtel ou la maison de famille où ils résidaient avant d'entrer à Saint-Mary ; les autres laparotomies s'en vont au bout de huit ou dix jours à moins de gravité spéciale. La besogne des chirurgiens en chef est considérablement allégée par un système ingénieux de consultations faites par une douzaine de chirurgiens en second, de médecins et de spécialistes qui voient d'abord les malades successivement dans un bâtiment de consultations ou *office* comprenant de nombreux cabinets et des laboratoires. On laisse seulement aux Mayo le soin de la dernière décision.

La petite ville, qui comprend de 6 à 8 000 habitants à peine, est tout entière groupée autour de l'hôpital Saint-Mary dont elle vit comme Bayreuth vit de Wagner ; de grands hôtels et une infinité de *boarding houses* reçoivent incessamment les malades qui viennent consulter ou se faire opérer et les médecins qui les accompagnent ou viennent assister aux opérations. Les Mayo sont les rois du pays ; ils en sont aussi les bienfaiteurs. Ils ont doté la ville de plusieurs constructions importantes ; récemment ils viennent de faire bâtir, à leurs frais, une sorte de cercle médical avec bibliothèque, où se retrouve le nombreux état-major de leur énorme maison de santé et où sont invités les médecins de passage. C'est un lieu de réunion quotidienne, et tous les mercredis soirs une espèce de petite société de chirurgie familiale y tient ses séances. En buvant de l'eau glacée et en mangeant à belles dents des pommes rouges de l'Orégon, professeurs et étudiants se communiquent les faits nouveaux, résultats de la clinique ou du travail de laboratoire, ou encore entretiennent leurs camarades du fruit de leurs lectures dans les périodiques nationaux ou étrangers réunis méthodiquement sur une grande table tournante, au centre de la salle.

J'ai eu le privilège d'être convié à l'une de ces séances sans formalisme (*unformal*) où les deux Mayo, confondus avec leurs disciples, prennent à leur tour la parole au milieu de cette sorte de phalanstère médical.

Il n'y a que quelques années que la réputation des frères Mayo a dépassé l'Amérique. Je crois être le premier à avoir prononcé leur nom en France, dans la leçon d'ouverture que je fis comme président du Congrès français de chirurgie, il y

(1) Nous sommes heureux de publier, d'après *Le Temps*, une partie de la conférence faite la semaine dernière à la Société de l'Internat par le professeur Pozzi. — Nos lecteurs liront avec intérêt les détails concernant les frères Mayo, les « rois du bistouri ».

a près de cinq ans. J'étais déjà allé les visiter une première fois au mois de juin 1904, et de cette rapide visite j'avais gardé le désir de les revoir ; j'y suis retourné en avril dernier et j'ai eu le privilège d'être reçu pendant trois jours dans la maison de William Mayo, de la plus aimable manière. Les longs entretiens que j'ai eus avec lui m'ont permis d'apprécier ses rares qualités.

Chaque jour, de huit heures du matin à une heure de l'après-midi, dans trois grandes salles d'opération parfaitement aménagées, opèrent sans relâche trois chirurgiens d'un rare mérite : MM. William et Charles Mayo et le docteur E. S. Judd ou le docteur E. H. Beckmann, qu'ils se sont récemment adjoints. Dans chacune des trois salles est fixée au mur la liste, dactylographiée (c'est de règle en Amérique), de toutes les opérations du jour au nombre de vingt à vingt-quatre et de la plus grande variété.

Si William Mayo se livre surtout à la chirurgie abdominale et en particulier à celle du foie, de l'estomac et de l'intestin, Charles Mayo opère aussi bien une cataracte qu'un pied bot, une hernie ou un goitre.

Dès qu'une opération est terminée on nettoie rapidement la salle avec des linges mouillés et, quelques minutes après, un autre malade est amené tout endormi. Pendant ce court intervalle, l'opérateur va s'étendre sur un lit de repos dans une petite chambre voisine. Dès qu'une opération commence dans l'un des trois amphithéâtres, une sonnette retentit pour avertir les spectateurs qui se transportent suivant leur fantaisie d'une salle à l'autre pour voir telle ou telle opération.

Ces spectateurs se tiennent sur un gradin mobile, au nombre de trente à quarante, en manches de chemise; quelques privilégiés sont admis près de l'opérateur et on les revêt d'une blouse blanche dépourvue de manches formant une sorte de sac qui, au cas où ils en auraient la tentation, leur ôte la possibilité de rien toucher.

Voici quels sont les aides de William Mayo : d'abord une nurse chloroformiste qui verse l'éther goutte à goutte sur un masque bourré d'ouate (chaque malade a d'abord reçu une injection sous-cutanée d'atropo-morphine). Une sorte de cintre métallique recouvert d'une toile forme un capuchon au-dessus de la tête de l'opéré et isole complètement la chloroformiste de l'opérateur. Mayo n'a qu'un aide immédiat qui est une sœur de Saint-François, sœur Saint-Joseph, grave et muette sous sa coiffe blanche et ses lunettes d'or à verres en forme de croissants, cadeau probable de son chef qui en met lui-même de semblables pour opérer. Elle est entièrement recouverte de linges blancs stérilisés, ses mains sont revêtues de gants en caoutchouc qui arrivent très haut sur l'avant-bras. Du reste Mayo, tous ses assistants et les infirmières de service sont également gantés et ont la bouche couverte d'une compresse de gaze. Tout le monde est silencieux, sauf Mayo qui parle sans s'arrêter, expliquant l'opération, donnant des détails de toutes sortes et manquant rarement une occasion de lancer quelque trait satirique aux charlatans de la profession, ostéopathes ou *christian scientist*.

Toutes les infirmières ont les cheveux complètement recouverts d'une coiffe de gaze stérilisée qu'elles mettent en entrant dans la salle d'opération et qu'elles quittent quand elles en sont sorties pour reprendre leur bonnet d'uniforme. C'est là une habitude qui devrait bien être imitée dans tous nos hôpitaux ; son absence a vivement choqué William Mayo lors d'un voyage scientifique qu'il fit en Angleterre dont il a publié la relation. (*Present day Surgery in England and Scotland Northwestern Lancet*, 1 december 1907.)

« J'ai vu avec plaisir, dit-il, que dans plusieurs hôpitaux d'Angleterre, les nurses étaient astreintes à porter une coiffe dans la salle d'opération, au lieu de permettre que leurs cheveux (dont quelques-uns leur appartiennent) flottent autour de leur tête, suivant la mode barbare prescrite par le modern-style. Il est certainement incongru pour une nurse attachée à un amphithéâtre opératoire d'être revêtue d'une blouse, de gants et de manches, tandis qu'elle laisse ses cheveux voler dans toutes les directions, à la manière d'un plumeau, au-dessus des objets qu'elle a pour mission de protéger. »

Une seconde sœur, à deux pas de l'opérateur, est préposée aux compresses, aux instruments de réserve et aux fils de suture. Un assistant se tient prêt à aller de l'un à l'autre pour aider au besoin.

Une petite table analogue à celle qu'on adapte aux lits des convalescents est fixée à la table opératoire, au-dessus des jambes de l'opéré, à portée de la main du chirurgien qui y trouve ses instruments les plus indispensables (ciseaux, bistouris, pinces) et les instruments spéciaux à chaque opération. Ceux-ci ne sont donc maniés que par lui. Dès que l'opération est finie, pour la suture de la plaie, la sœur apporte dans une serviette stérilisée les instruments de rechange et les pose sur la petite table. Il y a toujours des aiguilles enfilées d'avance et l'opérateur n'attend jamais.

A côté des salles d'opération se trouve un petit laboratoire d'examen microscopique et chimique, permettant de compléter immédiatement le diagnostic au cours d'une intervention. Le pathologiste s'y tient en permanence, et j'ai été témoin de l'utilité d'une pareille organisation.

Il s'agissait d'un malade atteint d'une lésion stomacale et, au cours de l'opération, William Mayo prévint l'auditoire qu'il avait quelques doutes sur la nature du mal. Etait-ce un ulcère simple? Etait-ce un ulcère cancéreux? Il était difficile de le dire d'avance. A l'inspection et à la palpation de l'estomac mis à nu, on trouvait une petite plaque indurée au niveau de l'ulcère. Mayo incise latéralement la paroi stomacale sur le côté du néoplasme douteux, en prélève un petit fragment et le donne au pathologiste qui, prévenu, l'attendait ; celui-ci court au laboratoire, fait durcir par la congélation à l'acide carbonique liquide ledit fragment, le coupe, le colore, l'examine et rapporte le diagnostic histologique : c'était du cancer ! Pendant ce temps Mayo avait expliqué à l'auditoire que si la production était bénigne il se bornerait à une résection limitée, tandis que si elle était maligne il ferait une gastrectomie étendue. Il procéda donc immédiatement à cette dernière opération en faisant remarquer l'utilité extrême du diagnostic précis que seul le microscope pouvait fournir.

Mais voici le point le plus intéressant sur lequel j'attire votre attention : savez-vous combien de temps s'était écoulé entre le moment où le pathologiste (docteur L. B. Wilson) avait reçu le fragment et celui où il avait apporté le résultat ? Cinquante-cinq secondes, moins d'une minute ! (Le temps a été chronométré). A la vérité le docteur Wilson m'a avoué que c'était là un record, et que généralement il mettait deux et parfois trois minutes à donner le résultat ; mais il avait tenu sans doute à étonner le professeur français, et j'avoue qu'il avait réussi !

Je n'ai jamais parlé pour la première fois à quelqu'un des frères Mayo et de leur succès, sans qu'il manifestât un certain étonnement sur la possibilité d'une pareille réussite dans un pays perdu comme Rochester. Comment une si petite ville a-t-elle pu permettre une pratique aussi étendue? Comment des chirurgiens de campagne sont-ils arrivés à se faire connaître si rapidement de tout un grand pays et cela sans moyens répréhensibles et sans réclame inavouable? Certes le fait est surprenant et pourtant il est certain. Il y a bien là une sorte de miracle, mais il s'explique à la fois par la valeur exceptionnelle de ces deux hommes, par leur opiniâtreté singulière et leur ardeur au travail, et aussi par la rapidité inconnue dans le vieux monde, avec laquelle peuvent s'édifier les réputations et les fortunes en Amérique. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas sans peine qu'ils sont arrivés à franchir les premières étapes. Un de leurs professeurs du Medical College de Minneapolis, le docteur Moore, m'a raconté le fait suivant. Après une première série de beaux succès de chirurgie

abdominale, les frères Mayo envoyèrent un mémoire à un journal médical de l'Est, en le priant de le publier. Ils étaient alors totalement inconnus, et leurs statistiques étaient si étendues et si belles que le rédacteur en chef du journal leur renvoya leur manuscrit avec une lettre ironique où il leur laissait entendre clairement son scepticisme. Ce ne fut que plus tard qu'ils eurent l'occasion de prendre la parole à l'American Surgical Association et que leurs succès, quelque surprenants qu'ils fussent, étant attestés par des témoins oculaires, reçurent créance et établirent leur autorité. Actuellement elle est fondée à la fois sur leur parfaite honnêteté scientifique, sur leur habileté incontestée, sur l'étendue incomparable de leur pratique, sur la simplicité et l'aménité de leurs manières, qui désarment la jalousie.

Leur expérience se base sur des séries d'opérations absolument étonnantes. Citerai-je quelques chiffres? William Mayo a publié (*Annals of Surgery*, juin 1908) il y a un an une statistique des opérations de son frère et de lui, pour ulcères de l'estomac et du duodénum. Cette statistique, jusqu'au 1er juin 1906, comprenait 379 cas, avec une mortalité de 4.8 p. 100.

Dans une seule année (1906-1907) ces deux chirurgiens n'ont pas opéré moins de 193 ulcères, dont 119 du duodénum et 60 de l'estomac, et 14 à la fois de l'estomac et du duodénum. La mortalité n'avait été que de 2.8 p. 100.

Autre exemple : Charles Mayo a fait paraître dans le journal *Surgery Gynecology and Obstetrics* de Chicago (mars 1907, p. 237) des « Considérations sur la mortalité d'un millier d'opérations de goitres » faites par lui et son frère ; dans ce nombre sont comprises non seulement les extirpations (partielles), mais encore les ligatures des vaisseaux, qu'ils pratiquent comme traitement préliminaire, en particulier dans les cas graves de goitres exophtalmiques (qu'ils préfèrent appeler *hyperthyroïdites*). Dans cette dernière catégorie ils ont eu 19 morts sur 405 opérations; parmi ces opérations, 295 étaient des extirpations plus ou moins étendues de la glande, avec 18 morts. Les autres cas étaient relatifs à des ligatures atrophiantes.

Ces chiffres ont une éloquence que je me garderais d'affaiblir.

Les frères Mayo mènent une vie pleine à la fois d'honneur, de profit et de simplicité. Le nombre de leurs opérés est tel que leurs gains sont considérables quoique leurs honoraires soient généralement modérés. J'ai entendu estimer leur revenu, pour chacun d'entre eux, à près d'un million par an. Ils habitent deux élégantes maisons presque entièrement construites en bois (*lodges*), le long d'une des grandes avenues qui sillonnent la petite ville, sortes de vastes cottages avec tourelles et bow-windows. Toutes les deux sont sur le même modèle; celle de William est peinte en blanc, celle de Charles Mayo peinte en rouge. Elles sont voisines, quoique entourées chacune d'un jardin, et les deux familles vivent pratiquement ensemble, bien que chacune soit chez elle. Leur vie est patriarcale.

Le père des deux Mayo, âgé de quatre-vingt-dix ans, est un vieillard robuste, passant son temps à aller de sa ferme à la campagne et à la maison de santé de ses fils. L'année dernière il a fait seul un voyage d'agrément au Mexique.

William Mayo est l'aîné, il a environ quarante-cinq à cinquante ans. Il est grand, de belle prestance, entièrement rasé, portant court ses cheveux gris; la figure ouverte et souriante, éclairée par des sourcils d'un blond doré et par des yeux bleus au regard profond qui rappellent ceux du beau portrait de Ménard au Luxembourg. Très simple d'allure, d'une grande affabilité, il cause facilement, sans loquacité, et ne dit jamais de mal de ses confrères, quoiqu'il les juge avec une grande liberté. C'est ainsi qu'il me disait d'un chirurgien en renom qui vient de mourir récemment aux Etats-Unis : « C'était un bon musicien, mais *c'était de la petite musique !* »

Charles Mayo, qui paraît avoir cinq ou six ans de moins que son frère, est beaucoup moins grand et forme avec lui un véritable contraste. Il a le teint brun, les cheveux noirs, les yeux foncés et il se tient volontiers dans une attitude un peu inclinée qui lui donne l'air timide. Il est assez causeur comme son frère, pour lequel il semble professer une sorte de culte; il est touchant de voir combien celui-ci lui rend son amitié et son estime, et plusieurs fois lorsque je m'attardais près de William à regarder une opération abdominale, il me disait doucement : « Vous devriez aller voir opérer Charles, il opère très bien. »

Les deux frères jouissent du reste d'une égale renommée. Ils publient peu, mais toujours des travaux d'une grande originalité et basés sur un nombre de faits incomparables. Quand ils prennent la parole dans une société savante, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte moi-même, leur entrée dans les discussions provoque aussitôt le silence et l'attention. Leurs confrères ne les jalousent pas, malgré leur énorme succès; la plupart d'entre eux paraissent même en être fiers comme d'une gloire nationale, et souvent, quoique n'étant pas de leur intimité, parlent d'eux volontiers en les appelant familièrement par les diminutifs de leurs noms : « Willy » et « Charly ».

Ces deux hommes vivent absolument retirés dans leur petite ville, uniquement occupés de chirurgie et évidemment indifférents à toute autre préoccupation intellectuelle. Leurs maisons, admirablement aménagées au point de vue du confort, ne contiennent aucun objet d'art. Par contre on y voit de nombreuses chromolithographies, parmi lesquelles chez William Mayo, l'une montre la *Prise de Malakoff*, l'autre, *Henri IV* présentant Gabrielle d'Estrées à ses courtisans. J'ai aussi remarqué que les deux Mayo possèdent, l'un un buste, l'autre une statue de Napoléon Ier, dont la popularité dépasse, du reste, celle de Washington, dans ce pays neuf qui admire avant tout la force.

Un phonographe a remplacé, chez William Mayo, le pianola que j'y avais vu il y a cinq ans. Il est rare, d'ailleurs, de rencontrer, dans la bourgeoisie, de véritables musiciens. Le piano mécanique y est bien plus fréquent que le piano, et une dame américaine me racontait que la petite fille d'une de ses amies, ayant vu chez elle un accordeur qui promenait ses doigts sur les touches de son Pleyel, arriva tout effarée en criant : « Maman, il y a un homme, dans le salon, qui joue du piano *avec ses doigts!* »

Je n'ai nulle part eu une sensation plus intense de l'énergie américaine que dans cette petite ville paisible de Rochester. On y sent la puissance de la volonté, la persistance de l'effort, la tension constante vers un but unique, vers un « business » absorbant qui remplit l'existence. Rochester est véritablement une usine chirurgicale, une fabrique de santé immense et d'un rendement prodigieux comme les grandes manufactures américaines. On peut dire que les Mayo sont les rois du bistouri comme tels ou tels sont les rois du pétrole ou de l'acier.

Dans le cabinet de William Mayo est appendu au mur un de ces petits écriteaux en calligraphie multicolore du genre de ceux chers aux Anglo-Saxons qui reproduisent d'ordinaire des passages de l'Ecriture. Celui-ci contient une simple phrase d'Emerson dont voici la traduction :

« Si un homme sait faire le meilleur sermon, écrire la meilleure histoire ou construire la meilleure souricière, il pourra aller habiter dans les bois, la foule des visiteurs tracera un sentier jusqu'à sa porte. »

Un sentier d'abord, puis une grande route ont été ainsi tracés jusqu'à la porte des frères Mayo.

Je convie mes confrères français à faire à leur tour ce pèlerinage chirurgical.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

FORMULAIRE

LAVEMENT ALIMENTAIRE

Glycérophosphate de soude.	2 grammes.
Teinture de Kola.........	10 —
Jaunes d'œufs............	N° 2.
Peptone liquide..........	1 cuillerée à café.
Malaga ou Madère........	1 verre à bordeaux.
Lait ou bouillon salé......	350 grammes.
Laudanum...............	v gouttes.

(LEMANSKI.)

PHLÉBITE

Repos, le membre étant dans la position horizontale, dans une gouttière.

Badigeonnage deux ou trois fois par jour le long de la veine malade avec :

Thigénol................	30 grammes.
Teinture de benjoin.......	10 —
Alcool..................	60 —

Recouvrir de taffetas chiffon après dessiccation.

Lavements frais, huileux, limonade au citrate de magnésie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

LES CHARLATANS AMÉRICAINS. — Dans l'intéressante conférence que M. Pozzi a faite la semaine dernière à la Société de l'Internat, conférence que nous avons déjà analysée et dont nous donnons plus haut un important passage, notre confrère donne quelques détails curieux sur l'audace des charlatans américains :

« Une secte devenue très puissante, qui a des ramifications dans tous les Etats-Unis, les *christian scientist*, prétend guérir toutes les maladies par la seule prière. Il y a là un danger pour la santé publique.

Les « ostéopathes » guérissent, eux, au moyen du massage. Les journaux sont remplis du récit des cures merveilleuses qu'ils prétendent avoir obtenues.

Les réclames pour les médecins spécialistes traitant par des simples ou des sérums avec des recettes empruntées aux médecines chinoise ou indienne sont innombrables.

Un grand journal américain publie la réclame suivante :

NOUVELLE CHIRURGIE NON SANGLANTE

Remarquable opération nouvelle qui ouvre un orifice sans inciser la chair et qui permet au chirurgien d'atteindre et d'enlever l'appendice sans douleur ni effusion de sang.

Dans le haut de cette feuille-réclame est présentée une petite fille prête à descendre en costume de voyage l'escalier de la maison de santé. Elle tient à la main un flacon. Au-dessous, cette inscription :

Petite malade tenant à la main son appendice et partant pour rentrer chez elle à Rome (*Etat de New-York*), *le jour même de son opération.*

Dans l'interminable exposé de sa « méthode », le docteur Reid entre dans des considérations pseudo-scientifiques les plus étranges. Il débute ainsi :

« Une extraordinaire révolution dans l'opération de l'appendicite si fréquente et si redoutée a été accomplie par le docteur William B. Reid, le chirurgien bien connu de Rome (Etat de New-York).

Le docteur Reid enlève l'appendice sans bistouri, douleur ni shock, si bien que le patient est en état de partir aussitôt après. »

Voici une autre réclame empruntée à un grand journal de Chicago ; elle prône un prétendu professeur Atkin, à Rochester (Etat de New-York, ne pas confondre avec le Rochester de Minnesota) :

SAUVÉE AU BORD DE LA TOMBE

Le professeur arrête les funérailles, il rappelle une femme à la vie. Possède-t-il une puissance divine ?

Il donne ses soins aux riches et aux pauvres sans frais.

Il guérit hommes et femmes par milliers à la distance de milliers de milles aussi sûrement que ceux qui viennent le voir en personne !!! »

HOMMAGE A MICHEL SERVET. — Parmi les souscriptions énumérées dans la dernière liste de souscription publiée par le Comité du Monument Michel Servet, à Vienne-en-Dauphiné, nous relevons les suivantes, qui intéressent le monde médical :

MM. les docteurs F. Raymond, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine; de Lubermann, doyen de la Faculté de médecine de Budapest ; Jules Dollinger, professeur à la Faculté de médecine de Budapest ; Ern. Jandrassik, professeur à la Faculté de médecine de Budapest; Alex. Kurinszi, professeur à la Faculté de médecine de Budapest; Lakowski, doyen de la Faculté de médecine de Genève; Pozzi, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine; Louis Monod, Paris ; Sanchez-Toledo, Paris ; Halma-Grand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans; Rey, Eyzin-Pinet; Lucien Séailles, Paris; Empereur, sénateur de la Savoie; Bleibtren, doyen de la Faculté de médecine de Greifswald; Fr. Monod, Pau; Henri Barton-Jacobs, Baltimore ; A. Malherbe, directeur de l'Ecole de médecine de Nantes; Vignard, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes ; Gab. Colin, professeur à Alger; Mairet, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Tédenat, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; J. Ville, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Hamelin, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Irard, secrétaire de cette Faculté; Arthur Thomson, professeur à la Faculté de médecine d'Oxford.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs André Condamin (de Lyon) et Louis Dupré (de Charenton).

CONFÉRENCES DE RADIUM THÉRAPIE, sous le patronage de M. le professeur Edmond Perrier, membre de l'Institut, directeur au muséum d'histoire naturelle et sous la présidence de M. le professeur Gaucher, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — *Mercredi 30 juin.* — Ouverture des cours par M. le professeur Gaucher. — La radioactivité : M. Matout, assistant au Muséum.

Jeudi 1er, vendredi 2, samedi 3, lundi 5 juillet. — Physique médicale du radium. — Traitement des cancers par le radium : M. Dominici.

Mardi 6 juillet. — Application du radium au traitement des maladies nerveuses : M. Touchard.

Mercredi 7 juillet. — Application des boues radioactives en thérapeutique : M. Octave Claude.

Jeudi 8 juillet. — Application du radium en gynécologie : Mme Sophia Fabre.

Vendredi 9 juillet. — Emploi du radium au traitement des affections de l'appareil respiratoire et du tube digestif : M. Guisez.

Samedi 10 juillet. — Application du radium au traitement des maladies cutanées : M. Octave Claude et Mme Fabre.

Ce cours est public et aura lieu tous les jours de cinq heures à six heures du soir au grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle (entrée : 57, rue Cuvier).

Formulaire. Consultations médicales et chirurgicales, par MM. LEMOINE et GÉRARD, professeurs à la Faculté de médecine de Lille, avec la collaboration de M. J. VANVERTS, chirurgien des hôpitaux de Lille, pour la partie chirurgicale. 4e édit. conforme au nouveau Codex 1908. In-18 cart., peau. — Prix : 7 francs. — Paris, Vigot frères.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 5 AU 10 JUILLET 1909

THÈSES

Jeudi 8 juillet, à une heure. — M. Fabre. Physiologie pathologique de l'épiploon. (MM. Dieulafoy, président; Chantemesse, Alb. Robin et Rénon.) — M. Quioc. L'examen fonctionnel de la sécrétion biliaire chez le nourrisson. Méthode applicable à la clinique. (MM. Chantemesse, président; Dieulafoy, Alb. Robin et Rénon.) — M. Peigney. Etude comparative des globules rouges au cours de la colique de plomb. (MM. Alb. Robin, président; Dieulafoy, Chantemesse et Rénon.) — M. Vincent. Contribution à l'étude du Casimiræ evulis. (MM. Alb. Robin, président; Dieulafoy, Chantemesse et Rénon.) — M. Filliozat. Considérations sur l'insuffisance d'alimentation chez le nourrisson. (MM. Hutinel, président; Gilbert Ballet, Hallopeau et Jeanselme.) — M. Saglier. Contribution à l'étude des maladies simulées chez les enfants. (MM. Hutinel, président; Gilbert Ballet, Hallopeau et Jeanselme.) — M. Regnard. Les tuberculines réactives dans la tuberculose ganglionnaire des enfants. (MM. Hutinel, président; Gilbert Ballet, Hallopeau et Jeanselme). — M. Hamonic. La thérapeutique anti-vénérienne aux XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles. (MM. Gilbert Ballet, président; Hutinel, Hallopeau et Jeanselme.) — M. Bridoux. Contribution à l'étude histologique de l'endométrite subaiguë ou chronique. (MM. Bar, président; Quénu, Ribemont-Dessaignes et Faure.) — M. Lemeland. De la torsion des fibromes utérins sous-séreux et interstitiels. (MM. Bar, président; Quénu, Ribemont-Dessaignes et Faure.) — M. De Paoli. De la nécessité pour le médecin d'obtenir le consentement de la femme pour pratiquer une opération chirurgicale au cours d'un accouchement difficile. (MM. Bar, président; Quénu, Ribemont-Dessaignes et Faure.) — M. Leulier. Contribution à l'étude des goitres de la base de la langue. (MM. Quénu, président; Bar, Ribemont-Dessaignes et Faure.) — M. Paul Germain. Néphrectomie et grossesse. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Bar, Quénu et Faure.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 260, 25 avril 1909.) Laquerrière : Varices et électrothérapie. — Paul Gastou : La radiothérapie de l'acné. — (N° 261, 10 mai.) H. Bordier : Du rôle des filtres en radiothérapie et de leur utilité pratique. — J. Bergonié et L. Triboudeau : Des effets de la fulguration sur les microorganismes. — Th. Nogier : Le « grissonateur ». — H. Marquès : L'électrothérapie dans le diagnostic et le traitement de la paralysie infantile. — Oudin : Traitements électriques de l'acné. — (N° 262, 25 mai.) — J. Bergonié et L. Triboudeau : Effets de l'étincelle de fulguration sur les nerfs et le sang. — Etienne Henrard : Des moyens dont nous disposons pour aller à la recherche des corps étrangers opaques aux rayons X qui ont pénétré dans l'organisme par effraction. — E. J. Durand : Appareil électro-magnétique à champ variable pour applications galvaniques. — M. Ménard : Radiographie médicale et médico-légale.

Archives de médecine des enfants. — (N° 5, mai 1909.) Grég. Jacobson : De l'alimentation des nourrissons avec le babeurre. — Clemente Ferreira : Les cris incessants comme symptôme de l'hérédo-syphilis. — Taillens : Un cas d'hyperthermie due à la rougeole. — Comby : Réchauffement des débiles par un procédé nouveau.

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, mai-juin 1909.) Ahmed-Chérif : Etude psychologique sur l'Islam. — C. Rougé : Psychoses grippales et psychoses catarrhales (*fin*). — A. Reignier, A. Monestrer et G. Vernet : Amnésie et folie simulées; épilepsie et somnambulisme allégués; expertise médico-légale. — A. Rodiet : Du choix du personnel infirmier des asiles parmi les pupilles de l'Assistance publique.

Therapie der Gegenwart. — (N° 3, mars 1909.) C. Bendu : L'artério-sclérose à la lumière de l'observation expérimentale. — Adolf Baginsky : Sur la pneumonie des enfants (pneumonie fibrineuse aiguë) (*suite*). — Wilhem Sternberg : De l'ingestion dans l'usage des médicaments. — Carl Ludwig Gehleich : Desalgine. Préparation du chloroforme sous forme pulvérisée pour l'usage interne. — Georg Müller : Traitement du genu valgum. — G. Izar : Vue générale sur le métal-hydrosale et son action biologique. — (N° 4, avril.) Adolf Baginsky : De la nervosité des enfants et des enfants nerveux. — E. Heinrich Kisch : Les bases du traitement de la dégénérescence du foie graisseux. — Félix Stanjeck : Sur le laktojod. — Richard Pfeiffer : Traitement à l'aide d'appareils portatifs dans l'orthopédie moderne. — Maximilian Heu : Des efforts modernes opératoires dans l'art obstétrical.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 74. — JEUDI 1er JUILLET 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 1er JUILLET 1909. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819.52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve supplémentaire.* — Séance du 28 juin : MM. Decloux, 20; Bensaude et Lortat-Jacob, 19.

— Sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Decloux et Bensaude.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE. — Le IIIe Congrès international d'Hygiène scolaire se réunira à Paris, pendant la semaine de Pâques 1910 (20 mars-2 avril).

Tous les pays civilisés ont constitué des Comités et enverront des représentants.

Dès à présent on peut prévoir que cette manifestation, en faveur de l'amélioration des conditions hygiéniques de l'Ecole et du Lycée, aura une importance considérable.

Les trois rapports généraux, et les trente rapports de sections, sont pourvus de titulaires, tant français qu'étrangers.

S'adresser pour les renseignements, au secrétaire général, M. le docteur Dufestel, 10, boulevard Magenta, Paris.

IVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PRESSE MÉDICALE. — Le *IVe Congrès international de Presse médicale* se réunira cette année à Budapest, les 27 et 28 août, à la veille du XVIe Congrès international des sciences médicales, sous la présidence du professeur Posner (de Berlin).

Les séances auront lieu au Palais de l'Académie des sciences (Akademia utcza 2, Budapest V), dont la salle a été mise gracieusement à la disposition du Congrès de la Presse, par le Comité du Congrès international de médecine.

La séance officielle d'inauguration est fixée au 27 août, à 10 heures du matin. La première journée sera consacrée à deux séances plénières, ouverte à tous les journalistes médicaux inscrits au Congrès. La seconde journée comportera deux séances réservées aux membres de l'Association internationale de la Presse médicale (Décision de la conférence de Paris, 3 octobre 1908).

Outre un certain nombre de communications particulières, les questions suivantes sont inscrites à l'ordre du jour :

Le contrôle des annonces. — L'exclusion des auteurs d'articles-réclames. — La lutte contre la presse médicale gratuite. — Création d'un Bureau permanent des Congrès internationaux. — L'unification de la terminologie médicale. — L'unification des tables des matières des journaux médicaux. — Obligation de fournir un sommaire détaillé, rédigé dans une des trois langues officielles, pour tout auteur d'article original. — Création d'une agence centrale internationale publiant ces résumés, à l'usage exclusif des journaux médicaux.

Enfin quatre rapports seront fournis par :

1° M. Dejace (Belgique), sur le rôle de l'Association internationale de la Presse médicale;

2° M. Dawson Williams (Angleterre), sur le Bureau permanent des Congrès internationaux;

3° MM. Posner et Schwalbe (Allemagne), sur les publications simultanées du même article par les auteurs dans des journaux ou des pays différents;

4° M. R. Blondel (France), sur les résumés à demander aux auteurs pour être publiés à la fin des articles originaux et sur la création d'une agence centrale de publication de ces résumés.

Pour ce Congrès, ouvert à tous les membres de la Presse médicale, aucune cotisation ne sera exigée. La seule condition d'admission est d'être inscrit en même temps au Congrès international de médecine comme membre titulaire. Les demandes d'inscription et les annonces de communications doivent être adressées au secrétaire général, le docteur Blondel, 103, boulevard Haussmann, Paris, avant le 1er août.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

DIAGNOSTIC FACILE ET SÛR DE TOUS LES TROUBLES MENSTRUELS (1)

L'hypertrophie de la thyroïde pendant la menstruation est communément admise. Comme le rappellent LÉVI et DE ROTHSCHILD, en s'appuyant sur les travaux de WELLES et de CARO, « la réaction thyroïdienne pendant la menstruation est classique ». Bien plus, HEIDENREICH, FREIDREICH, LIÉGEOIS, ont signalé des goitres ayant pris naissance au moment de la menstruation, et DALCHÉ cite une malade de quarante ans, opérée sept ans auparavant d'un goitre, qui éprouvait à chaque période menstruelle un gonflement du lobe restant. Dans l'intervalle, le cou redevenait normal. On observe de même une hypertrophie du corps thyroïde pendant la gestation, c'est-à-dire quand le corps jaune présente son maximum d'activité et de durée, et cette hypertrophie peut même, dans certains cas, donner naissance à un basedow fruste (ADO, BANDLER, JOFFROY, BERTOYE, PASTRIAU, etc.).

On voit donc que la sécrétion interne du corps jaune provoque normalement des phénomènes réactionnels dans la glande thyroïde dont le volume est augmenté et la sécrétion exagérée. Il existe donc une synergie thyrovarienne suivant l'expression de RÉNON et DELILLE.

Cette exagération dans la sécrétion thyroïdienne a pour résultat de maintenir l'harmonie fonctionnelle du système thyrovarien. Quand cette harmonie est détruite, les troubles apparaissent et ils diffèrent suivant que l'équilibre est rompu en faveur de l'une ou de l'autre des deux glandes. Ainsi, par exemple, la ménopause naturelle ou opératoire s'accompagne de signes d'hyperthyroïdie, « bouffées de chaleur, palpations, oppressions, etc. » et l'apparition du corps jaune chez une hypothyroïdienne détermine une exagération des signes d'hypothyroïdie.

IV. — *Troubles menstruels. Leur cause.*

La physiologie nous enseigne donc que la menstruation est sous la dépendance du corps jaune de l'ovaire et que l'état d'équilibre parfait de l'organisme, au moment de la période cataméniale, est dû au bon fonctionnement de l'ovaire et de la glande thyroïde. Il est dès lors facile de prévoir que les troubles menstruels doivent être liés à un mauvais fonctionnement de l'un ou de l'autre de ces deux organes; c'est en effet ce que la clinique et l'anatomie pathologique ont mis en évidence, c'est ce que la thérapeutique vient de démontrer. Insuffisance ovarienne et insuffisance thyroïdienne, telles sont les deux causes qui régissent tous les troubles de la période cataméniale. Insuffisance thyroïdienne ou insuffisance ovarienne? Telle est la seule question qui doit se poser à l'esprit du médecin en face d'un trouble menstruel, quelles que soient sa nature, son intensité, sa fréquence. Insuffisance ovarienne ou insuffisance thyroïdienne? Telle est la seule question qui puisse mener à une thérapeutique raisonnée et sûre, quand la réponse aura été fournie par l'étude symptomatologique.

Voyons donc comment il convient de ranger les troubles menstruels au point de vue causal, quels sont ceux qui relèvent de l'insuffisance ovarienne et quels sont ceux qui trahissent l'insuffisance thyroïdienne.

DIAGNOSTIC

a). *Insuffisance ovarienne. — L'insuffisance ovarienne se traduit par des règles rares, peu abondantes et douloureuses.*

Les règles sont *rares* parce que les follicules de de Graaf présentent une évolution plus lente, mûrissent moins facilement, se rompent plus rarement et donnent par suite naissance à des corps jaunes moins fréquemment qu'à l'état normal.

Les règles sont *peu abondantes*, parce que les corps jaunes de cet ovaire à nutrition ralentie n'atteignent pas leur développement normal et donnent naissance à une sécrétion interne insuffisante.

Les règles sont *douloureuses* parce que l'hyperémie utérine s'installe plus lentement, parce que la congestion est insuffisante pour amener brusquement la rupture des capillaires superficiels, et parce que la stase sanguine exagérée provoque la compression des terminaisons nerveuses et s'accompagne souvent de contractions du muscle utérin.

A ces signes locaux d'insuffisance ovarienne s'ajoutent habituellement des symptômes généraux. Ceux-ci sont, d'ordinaire : les bouffées de chaleur, avec ou sans transpiration, les accès d'oppression, les palpitations, les insomnies, les cauchemars, l'irritabilité nerveuse, le nervosisme, les crises de nerfs, etc. Remarquons que ces symptômes sont ceux de l'hyperthyroïdie. Leur apparition ne saurait étonner lorsqu'on connaît les relations fonctionnelles qui unissent la thyroïde à l'ovaire. L'insuffisance ovarienne ayant rendu impossible l'équilibre qui doit exister entre ces deux organes, la sécrétion thyroïdienne prend le dessus et des symptômes d'hypertrophie se manifestent.

b). *Insuffisance thyroïdienne. — Les troubles menstruels déterminés par l'insuffisance thyroïdienne se traduisent par des règles fréquentes, abondantes et de trop longue durée.*

Les règles sont *fréquentes*, parce que le corps thyroïde n'exerce pas sur l'ovaire son action régulatrice normale. Les follicules de de Graaf évoluent et mûrissent rapidement, ils se rompent à intervalles trop rapprochés, et des corps jaunes se forment trop souvent.

Les règles sont *trop abondantes et durent trop longtemps*, parce que le corps thyroïde n'exerce plus son action frénatrice normale sur le corps jaune, son action sur l'utérus est exagérée.

Ces troubles menstruels d'origine hypothyroïdienne s'accompagnent habituellement de symptômes généraux. Les plus communs seront les migraines, les œdèmes transitoires, surtout de la face, des troubles cutanés divers, de la constipation, de la frilosité, une tendance à la mélancolie, des douleurs rhumatoïdes (HERTOGHE, LÉOPOLD-LÉVI et DE ROTHSCHILD, etc.). Ces symptômes sont ceux qui ont été rangés par LÉOPOLD-LÉVI et DE ROTHSCHILD sous le nom de *petits signes de l'hypothyroïdie*. Quand ils existent en dehors des périodes menstruelles, on les voit s'exagérer au cours de ces périodes. Ce fait s'explique par les relations fonctionnelles entre l'ovaire et le corps thyroïde, dont nous avons précédemment parlé. L'équilibre étant rompu en faveur de l'ovaire, on comprend pourquoi certains de ces signes ont été considérés par plusieurs auteurs comme des symptômes d'hyperovarie.

c). *Insuffisance associée.*

Le rapide coup d'œil d'ensemble que nous venons de jeter sur les causes des troubles menstruels montre qu'à la base de ces troubles se trouve toujours une insuffisance ovarienne ou une insuffisance thyroïdienne. Mais les cas cliniques ne sont pas toujours simples et il est à peine besoin de dire que nous n'avons pas la pensée de les ranger tous dans deux catégories aussi nettement tranchées. Il en est, en effet, qui relèvent des deux insuffisances associées, un exemple en est fourni par les myxœdémateuses aménorrhéiques. Chez ces femmes, l'insuffisance thyroïdienne a amené un trouble si profond dans l'organisme qu'aucun organe ne peut fonctionner normalement, ils sont tous en état de nutrition ralentie, et l'ovaire n'arrive pas à rupturer ses follicules et à donner naissance à des corps jaunes capables de provoquer les règles.

L'insuffisance thyroïdienne détermine dans ce cas une insuffisance ovarienne.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 73, p. 930.

UN CAS
DE
SCOLIOSE TARDIVE
DANS LA PARALYSIE INFANTILE

Par le docteur René GAULTIER,
Chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu,

et Démétr. BAÏSOIŬ,
Externe des hôpitaux de Paris.

Il n'est pas rare de rencontrer, au cours de la paralysie infantile, des scolioses se présentant d'une façon précoce, pendant l'évolution même de cette affection, scolioses qui peuvent être développées soit du côté sain, soit du côté malade. Par contre, il est beaucoup plus rare de rencontrer des scolioses apparaissant d'une façon tardive, plusieurs années après une paralysie infantile, et cela indépendantes d'un défaut d'attitude, comme les scolioses statiques, mais dépendantes d'une reprise de la poliomyélite et relevant, comme la paralysie des membres, d'une altération des cornes antérieures. Le cas que nous allons rapporter nous semble rentrer dans cette dernière catégorie.

Observation. — Har..., trente-deux ans, découpeur sur métaux, entre à l'Hôtel-Dieu, le 8 mars 1909, pour une légère grippe.

A l'examen du malade, on est frappé par deux ordres de symptômes principaux :

1° Une atrophie considérable du membre inférieur droit;
2° Une scoliose dorsale très accentuée à convexité gauche.

La mensuration des deux membres inférieurs donne les chiffres suivants :

Longueur prise de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole externe : 0^m89 à gauche et 0^m86 à droite; donc nous constatons un raccourcissement de 3 centimètres du côté droit, raccourcissement nullement apparent à la vue, par suite de l'abaissement et de l'inclinaison du bassin du même côté.

En mesurant la circonférence de la jambe nous obtenons : au tiers inférieur, 0^m20 à gauche et 0^m16 à droite, donc 0^m04 en moins du côté droit ; au-dessous du genou, 0^m29 à gauche et 0^m26 à droite; la circonférence de la cuisse, au-dessus du genou, nous donne : 0^m29 à droite et 0^m31 à gauche. En résumé, raccourcissement de 0^m03 à droite, atrophie du même côté, plus marquée à la jambe qu'à la cuisse.

Le pied droit présente l'aspect caractéristique du pied creux équin varus paralytique : exagération de concavité de la voûte plantaire ; alors que sur la face dorsale du pied le cuboïde et les cunéiformes dessinent une saillie exagérée. Dans la concavité de la voûte, on sent très nettement l'aponévrose plantaire qui dessine une corde tendue du talon à la face plantaire du gros orteil. Vient-on à soulever la tête du premier métatarsien, on augmente la tension de cette bandelette fibreuse. Les orteils affectent la forme dite « en griffe », c'est-à-dire qu'il y a hyperextension de la première phalange sur le métatarsien correspondant, tandis que la deuxième et la troisième phalange sont en flexion.

La palpation nous permet de constater un abaissement assez marqué de la température locale de la jambe droite ; du reste le malade nous avoue éprouver constamment une sensation de froid plus marquée de ce côté.

En examinant le malade debout, on constate un léger aplatissement de la masse fessière du côté droit, le pli fessier est abaissé et effacé légèrement, le grand trochanter fait une saillie plus prononcée de ce côté que du côté gauche. Nous notons en même temps des contractions fibrillaires des muscles fessiers.

En le faisant marcher, nous constatons que le malade boite à peine.

L'examen électrique des muscles des membres inférieurs, pratiqué par M. Lacaille, nous donne :

Du côté gauche (côté sain) tous les muscles du membre inférieur présentent des réactions normales à l'excitation faradique et galvanique.

Du côté droit (côté malade) : *a*. à la cuisse, le crural réagit normalement aux deux sortes d'excitations électriques ; *b*. à la jambe, l'excitation faradique du jambier antérieur et des extenseurs, très diminuée, est presque abolie, alors que celle des péroniers est conservée.

L'excitation galvanique de même est abolie pour le jambier antérieur et les extenseurs, et conservée pour les péroniers.

Voici les renseignements que nous avons pu recueillir au sujet du passé de ce malade :

A l'âge de dix-huit mois, d'après ce qu'on lui a raconté, il a fait une maladie très grave, à la suite de laquelle longtemps il est resté paralysé ; à l'âge de six ans, il fut conduit aux Enfants-Malades où on lui fit la ténotomie du tendon d'Achille ; à l'aide d'un appareil orthopédique qu'on lui prescrit, le malade après un certain temps se remet à marcher et le fait sans aucune difficulté, sans boiter presque. Jusqu'à l'âge de seize ans, il est très bien portant, c'est à cette époque que se produit la déviation de la colonne vertébrale. Cette déviation, à marche très rapide, aboutit dans l'espace de cinq mois à une déformation considérable. En examinant le malade, en effet, nous constatons l'existence d'une très forte scoliose dorsale à convexité gauche, scoliose commençant au niveau de la deuxième vertèbre dorsale, atteignant son maximum au niveau de la sixième dorsale et présentant à ce niveau une flèche considérable de 4 centimètres et demi, finissant au niveau de la onzième vertèbre dorsale. La colonne lombaire présente une courbure de compensation à convexité droite destinée à rétablir l'équilibre du tronc compromis par l'inflexion de l'arc vertébral. Du côté de la convexité dorsale, l'angle postérieur des côtes fait une voussure considérable, gibbosité contrastant avec l'affaissement du côté opposé et soulevant l'omoplate gauche, dont l'angle inférieur est bien au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'angle inférieur du scapulum opposé. Correspondant à l'affaissement dorsal du côté droit, nous remarquons en avant une voussure portant sur le côté droit du thorax.

A la percussion nous trouvons une légère submatité du côté gauche, et à l'auscultation un léger affaiblissement du murmure vésiculaire. Mais le malade n'accuse aucun trouble fonctionnel. L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal.

La déviation vertébrale dont notre malade est atteint ne l'empêche nullement de travailler, et la bonne santé dont il jouit n'a été interrompue qu'en 1900 par une légère poussée rhumatismale ayant eu comme siège les articulations des membres inférieurs.

Diagnostic. — Nous sommes donc en présence d'un malade porteur, d'une part, d'*une scoliose dorsale à convexité gauche*, et d'autre part, d'*une atrophie de son membre inférieur droit*, consécutive, d'après tous les renseignements fournis par le malade et constatés par nous, à une *poliomyélite antérieure*.

En présence de ces deux ordres de symptômes, il y a lieu de se demander : 1° *s'ils sont de nature tota-*

lement différente, l'un, atrophie du membre inférieur, de nature paralytique (poliomyélite antérieure de l'enfance), l'autre, scoliose dorsale, de nature rachitique (scoliose juvénile); 2° ou bien *s'ils sont sous la dépendance l'un de l'autre*, à savoir : scoliose statique, symptomatique d'un défaut d'attitude dû au raccourcissement du membre inférieur droit; 3° ou bien encore — et c'est cette hypothèse qui nous semble la plus vraisemblable — *s'ils sont l'expression l'un et l'autre d'une même maladie, à savoir la poliomyélite antérieure*, ayant évolué en deux phases, l'une à l'âge de deux ans ayant abouti à l'atrophie du membre inférieur droit, l'autre à seize ans, avec reprise d'amyotrophie des muscles du tronc ayant déterminé la scoliose.

1° Si, comme le fait remarquer le professeur Kirmisson, *la scoliose juvénile de nature rachitique* peut exister à titre de phénomène isolé sans autre manifestation rachitique, comme c'est le cas chez notre malade, *habituellement elle est à convexité droite, exceptionnellement, à convexité gauche*, et de plus elle a une *évolution chronique*, elle progresse lentement, avec des arrêts inexplicables, elle reste stationnaire, pour s'accroître dans l'âge adulte, quelquefois à l'occasion d'une maladie intercurrente. Or, chez notre malade, la déviation très accentuée de la colonne dorsale, à convexité gauche, son développement rapide, dans l'espace de quelques mois, au cours d'une santé en apparence bonne, sont totalement différents de cette scoliose juvénile et nous fait repousser du même coup cette hypothèse.

2° Il ne saurait être question non plus de *scoliose statique*, en raison du siège même de la déformation vertébrale principale qui occupe la région dorsale. En effet, au cours des lésions des membres inférieurs (pied bot, genu valgum, luxation congénitale de la hanche, coxalgie) il n'est pas rare de rencontrer des courbures dites de compensation, mais celles-ci ont *un siège lombaire* et la déviation dorsale n'est qu'accessoire.

Or, chez notre malade, c'est tout l'inverse, la déviation dorsale est maxima, la déviation lombaire est insignifiante; elle n'est elle-même que la compensation de la courbure dorsale.

3° Par exclusion, nous restons donc en présence de notre troisième hypothèse, à savoir : *reprise vers l'âge de seize ans d'une amyotrophie de même nature que la paralysie infantile* apparue à l'âge de deux ans, c'est-à-dire la poliomyélite antérieure.

Il existe dans la littérature médicale quelques cas relatés de cette variété de scoliose paralytique tardive. Ces cas ont été rapportés par Pierre Marie, à la Société de neurologie, en octobre 1900 (1).

Cet auteur a insisté sur l'*apparition d'une scoliose extrêmement accusée, parfois survenant très tardivement, avec ou sans reprise d'amyotrophie*.

Il l'a trouvée consignée deux fois par Heine, une fois par Sauze. Dans l'un de ces cas, la scoliose s'était montrée trente ans après le début de la paralysie infantile.

Par analogie avec ce qui se passe dans la scoliose paralytique précoce où l'atrophie des muscles des gouttières vertébrales du côté malade avec ou sans déformation osseuse consécutive aboutit à ce résultat que les muscles du côté sain entraînent par rétraction la déviation de la colonne vertébrale, il est légitime de penser que chez notre malade où la paralysie a siégé du côté droit avec prédominance atrophique aux membres inférieurs, les muscles du tronc du côté droit, en particulier ceux des gouttières vertébrales, momentanément lésés, ont subi ultérieurement (reprise d'amyotrophie) une pareille altération qui, en amenant leur affaiblissement, a abouti à cette rétraction de la colonne vertébrale sous l'action des muscles du côté sain.

Cette hypothèse pathogénique est importante à considérer, surtout en ce qui concerne l'intervention thérapeutique, car comme le fait remarquer très justement Desfosses, il serait imprudent de confier de semblables malades à des gymnastes orthopédiques qui augmenteraient la déviation en renforçant par leurs exercices intempestifs l'action des muscles sains, cause de cette déviation.

CONCLUSIONS. — Ainsi *cette scoliose paralytique, observée tardivement* chez des individus ayant eu dans leur enfance de la poliomyélite antérieure, peut trouver son explication pathogénique dans une reprise d'amyotrophie signalée déjà aux membres inférieurs par Charcot, Marie, Raymond, et bien d'autres neurologistes.

Les cas de scoliose paralytique tardive sont relativement rares comparés aux cas de scoliose paralytique précoce plus souvent observés depuis qu'ils ont été signalés, et ils doivent rentrer dans le cadre des scolioses dites myélopathiques secondaires au même titre que les scolioses de la syringomyélie pure. Le cas que nous présentons aujourd'hui, joint aux quelques cas précédemment décrits, vient augmenter la liste de fréquence de cette affection et méritait dans ce sens, nous semble-t-il, d'être signalé en raison des considérations thérapeutiques qui en découlent. Nous avons en effet montré comment, d'après les chirurgiens orthopédistes, il y a intérêt à connaître cette variété de scoliose juvénile pour ne pas lui appliquer un traitement gymnastique intempestif, mais un traitement rationnel basé sur la connaissance exacte, de par sa notion étiologique, de son mécanisme pathogénique.

BIBLIOGRAPHIE

KIRMISSON. *Les difformités acquises de l'appareil locomoteur*. — Art. PARALYSIE INFANTILE, in *Traité de méd.* Bouchard-Brissaud. — Pierre MARIE. *Soc. de neurol.*, 1900. — MONSARRAT. *Scolioses myélopathiques*, Th. de Paris, 1891. — Mlle ROUSSEL. *Contribution à l'étude de la scoliose*, Th. de Paris, 1902. — HEINE. *Spinale Kinderlähmung*, Stuttgart 1860. — SAUZE. De la paralysie spinale aiguë de l'adulte, *Journ. des conn. méd. prat.*, Paris 1881. — Firmin CARLES. Scoliose paralytique, *Revue d'orthop.*, janv. 1909. — CARLES et DESQUEYROUX. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 sept. 1908. — P. DESFOSSES. Scolioses consécutives à la paralysie infantile, *Presse méd.*, 3 janv. et 12 mai 1906, 13 mars 1909.

(1) *Journ. de neurol.*, oct. 1900.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 JUIN 1909)

Le pouvoir antitryptique du sérum sanguin. — M. WIDAL fait un rapport sur un travail de M. Serge de Peggenpohl sur ce sujet. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, n° 68, p. 866.)

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre associé libre.

Au premier tour, le nombre des votants étant 87, majorité 44, M. Aug. Voisin obtient 39 suffrages, M. Capitan 38, M. Coudray 9 et un bulletin blanc.

Au second tour, M. Capitan obtient 45 suffrages, M. Voisin 40.

En conséquence, M. Capitan est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 JUIN 1909)

Précipitine méningococcique et co-précipitines. — M. DOPTER. On connaît le pouvoir précipitant du sérum antiméningococcique sur l'extrait autolytique de méningocoque. Diverses expériences permettent d'établir les points suivants : 1° cette propriété peut être obtenue d'une façon égale par injection de cultures seules, ou par injection d'extrait microbien ; 2° elle peut varier d'intensité suivant le méningocoque utilisé; certains méningocoques donnent très peu de précipité; 3° deux chevaux, inoculés de la même façon, avec des doses égales, peuvent fournir un sérum d'activité précipitante différente; 4° il n'existe pas de rapport obligé entre le pouvoir agglutinant et le pouvoir précipitant d'un même sérum; 5° un sérum antiméningococcique donne encore des précipités avec les extraits de pseudo-méningocoque. La méthode ne peut donc être utilisée pour établir le diagnostic entre ces deux groupes de germes. L'épreuve de la saturation de précipitines montre qu'il s'agit là de co-précipitines; un sérum impressionné par l'extrait d'un pseudoméningocoque est encore précipitant pour l'extrait méningococcique. Impressionné par un extrait méningococcique, un sérum ne présente plus de pouvoir précipitant pour ce dernier.

Sur la présence de cellules à granulations métachromatiques dans la pulpe vaccinale. — M. TANON a observé, dans les pulpes fraîches, de très nombreuses cellules dont les granulations prennent, sous l'influence du bleu de méthylène, une coloration rouge violet. Abondantes dans les vaccins frais, elles diminuent dans les vaccins glycérinés, mais peuvent y être encore retrouvées au bout de plusieurs mois. Il a suivi, sur la génisse, l'évolution de ces éléments; ils apparaissent vers la quatre-vingt-seizième heure, augmentent du cinquième au septième jour, et diminuent seulement à partir du onzième jour. Ils se retrouvent également chez les autres vaccinifères, lapin, cobaye, homme. L'auteur envisage leurs rapports avec les mastzellen que l'on trouve dans le tissu conjonctif de certaines régions, tout en faisant remarquer que les granulations, selon lui, ne constituent pas des granulations d'engraissement, mais bien un produit spécifique. A un moment donné, en effet, la cellule se rompt, et les granulations se répandent dans le vaccin d'où elles ne disparaissent que très lentement, leur abondance étant souvent en corrélation avec la virulence du vaccin.

A côté d'elles on trouve dans la pulpe des corpuscules spéciaux, colorés également avec le bleu de méthylène, sur la signification desquels l'auteur ne se prononce pas, mais qu'il croit pouvoir assimiler aux sporozoaires que l'on a déjà décrits dans le vaccin.

Action de la toxine diphtérique sur le cœur isolé du lapin. — MM. CHEVALIER et CLERC. Circulant artificiellement, dans la proportion de 0^{cmc}004 par litre de liquide de Locke, la toxine diphtérique s'est montrée douée d'une action paralysante énergique. Après une période initiale d'accélération, les battements deviennent irréguliers, puis se ralentissent; leur énergie diminue progressivement et l'arrêt survient, en diastole, au bout de quarante à quatre-vingt minutes, suivant l'échantillon et la dose employés. Si l'on se sert de toxine vieillie, il y a tendance à la tétanisation et à la contracture.

Sur le sucre total du sang. — MM. R. LÉPINE et BOULUD conseillent de doser le sucre *total* que renferme le sang, c'est-à-dire non seulement celui qui est contenu dans le filtrat du coagulum, mais celui qui est plus ou moins fortement combiné aux matières albuminoïdes. La meilleure manière de l'obtenir est d'hydrolyser ces dernières avec l'acide fluorhydrique, à 100 degrés, pendant vingt-quatre à trente-six heures. On obtient une quantité de sucre au moins égale à celle qui est contenue dans le filtrat. Ce sucre est moins fortement combiné dans le sang veineux que dans le sang artériel. Il est fermentescible.

Les états anémiques, leur indice opsonique, leur valeur phagocytaire. — MM. PARVU et Ch. LAUBRY ont étudié le sérum et l'activité phagocytaire de six malades atteintes d'anémie pernicieuse aplastique et plastique à l'aide de la méthode opsonique. Ils concluent que, quelle que soit la réaction des organes hématopoiétiques au cours des états anémiques, l'indice opsonique est notablement abaissé.

Les leucocytes dans l'anémie aplastique sont moins sensibles à l'influence d'un sérum normal que les leucocytes dans l'anémie plastique. A ce point de vue, les variations de la vitalité leucocytaire confirment la classification (Vaquez et Aubertin) des anémies en deux grands groupes, selon l'absence ou la présence de réaction hématopoiétique.

Dans le groupe des anémies plastiques, à forme moins irrémédiablement fatale que les anémies plastiques, l'index opsonique, très faible dans les cas mortels, se maintient au voisinage de la normale dans les cas à évolution moins sévère et permet de formuler une indication pronostique utile.

L'indosé organique urinaire : sa grandeur, ses variations à l'état normal suivant les régimes alimentaires. — MM. H. LABBÉ, G. VITRY et M. TOUYÉRAS. — Quand on dose d'une part l'extrait organique total d'une urine et que l'on fait, d'autre part, la somme de tous les composés organiques dosables, on constate entre ces deux chiffres une différence appréciable : c'est cette différence qui constitue l' « indosé organique urinaire ». Il ne s'agit pas là d'un chiffre négligeable et sur 53 analyses les auteurs ont trouvé que l'indosé variait de 7 à 21 grammes par jour. La nature de cet indosé organique est encore indéterminée pour une part : les auteurs ont cherché à en découvrir les origines en étudiant ses variations suivant les régimes alimentaires chez un sujet normal. Le même sujet fut soumis successivement à un régime mixte, puis à un régime riche en hydrates de carbone, enfin à un régime riche en albumine. L'augmentation des hydrates de carbone n'a aucune influence sur la valeur de l'indosé, qui varie, au contraire, proportionnellement à l'albumine ingérée. Ces données établies avec un sujet normal serviront de base et d'étude des cas pathologiques et, en particulier, des diabétiques.

Action des rayons X sur le thymus. — MM. AUBERTIN et BORDET ont étudié l'action des rayons X, sur le thymus, en

irradiant des chats et des lapins nouveau-nés, au niveau de la région antérieure du thorax. Comme les autres organes lymphoïdes, le thymus est extrêmement sensible aux irradiations, et quelques heures après une séance d'intensité moyenne, il présente déjà de la destruction des lymphocytes et de la macrophagie des débris nucléaires. Mais de plus, les rayons peuvent, à doses fortes et répétées (après dix séances quotidiennes d'une demi-heure) provoquer une véritable métaplasie du tissu thymique : le tissu lymphoïde est remplacé par de grandes cellules d'aspect épithélioïde qui, à la périphérie des lobules, se transforment progressivement en tissu fibreux cicatriciel.

Enfin, au fur et à mesure que se détruit le tissu lymphoïde, les corpuscules de Hassal augmentent de volume, d'une façon colossale, et se remplissent de débris nucléaires et leucocytaires. Les thymus irradiés quotidiennement pendant plus de huit jours, sont méconnaissables et formés de corpuscules monstrueux, entourés de cellules épithélioïdes et de tissu fibreux.

Ces faits montrent qu'on peut détruire presque complètement le thymus, sans léser les autres organes thoraciques. Aussi, la radiothérapie est-elle indiquée dans certaines tumeurs du médiastin antérieur, dont on soupçonnera l'origine thymique.

Toxicité des extraits cancéreux. — Mme Nicole GIRARD-MANGIN. Les extraits cancéreux de tumeurs non ulcérées et traitées aseptiquement, qu'elles soient d'origine humaine ou animale, épithéliale ou conjonctive, renferment des substances toxiques.

Parfois hémolysants ou coagulants, les poisons cancéreux sont hypotenseurs et hypothermiques. Convulsivants à dose mortelle, ils peuvent aussi provoquer des paralysies. Ils causent généralement la mort par arrêt respiratoire, le cœur continuant à battre.

Les animaux ayant résisté à l'action des toxines cancéreuses se cachectisent et meurent sans lésions appréciables, en état d'anémie profonde.

La toxicité des extraits cancéreux est considérable ; en plusieurs circonstances son étude a fourni des renseignements plus exacts que l'examen histologique, sur l'évolution clinique.

Sur le passage de l'invertine intestinale dans la cavité péritonéale du lapin. — MM. ROGER et GARNIER. On sait que le saccharose introduit directement dans le sang et dans le tissu sous-cutané est éliminé rapidement par les urines. Pour qu'il serve à la motricité il faut qu'il soit interverti par le ferment intestinal. Or, si on l'injecte dans la cavité péritonéale du lapin, on ne retrouve dans l'urine que 22 à 58 p. 100, selon les cas, de la quantité introduite. Le liquide péritonéal n'agit pas sur le saccharose ; mais si on fait tremper une anse d'intestin attirée hors du ventre dans un liquide saccharosé, on constate qu'une partie du saccharose, soit 29 p. 100, est absorbée, et on retrouve le suc interverti dans le liquide. De même, si on prélève l'intestin grêle du lapin que l'on vient de sacrifier et qu'on le fasse tremper dans une solution de saccharose, on obtient l'inversion du sucre ; si on fait varier dans la solution la teneur en sucre et en NaCl, on reconnaît que le passage de l'invertine a obéi à deux influences : l'action spécifique exercée par le saccharose qui attire le ferment approprié, et la concentration moléculaire du liquide utilisé. De tous ces faits on peut conclure que l'invertine intestinale peut être attirée par le saccharose dans la cavité péritonéale, qu'elle s'y dédouble en sucre et permet à l'organisme d'en utiliser une partie.

Syndrome de coagulation massive, de xanthochromie et d'hématoleucocytose du liquide céphalo-rachidien. — MM. MASTREZAT et ROGER. Ce syndrome paraît, quand il est au complet, répondre à un processus bien déterminé de méningo-myélite, ou, plus exactement, à une méningite rachidienne hémorragique et cloisonnée entraînant une compression médullaire.

Action de l'abrine sur la teneur en glycogène du foie. — M. DOYON. L'abrine, injectée dans une veine mésaraïque, détermine très rapidement une énorme diminution du glycogène hépatique.

Spirochètes de Schaudinn à l'intérieur des fibres musculaires lisses de l'intestin ; non pénétration dans les cellules nerveuses. — MM. SABRAZÈS et DUPÉRIÉ (de Bordeaux) montrent que les spirochètes ont le pouvoir non seulement, ce que l'on sait déjà, de forcer la paroi de la plupart des cellules épithéliales, mais aussi, ce qu'on ignorait jusqu'à présent, de pénétrer dans le cytoplasme des fibres musculaires lisses, voire même dans l'intimité des fibres striées du myocarde. Par contre, à l'intérieur des cellules nerveuses encéphalo-médullaires et sympathiques, ils n'ont jamais pu dépister de spirochètes, même dans les cas où les méninges, les plexus choroïdes, l'hypophyse en contenaient, comme si les centres nerveux ne souffraient, dans la syphilis, que par l'intermédiaire des méninges et des vaisseaux spécifiquement envahis.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 JUIN 1909)

Maux perforants plantaires. Traitement. — M. LACAPÈRE rapporte trois observations de maux perforants traités et guéris par les étincelles de haute fréquence. L'un des malades présentés est tabétique et guéri de maux perforants multiples persistant depuis des années, un autre malade présenté est actuellement en voie de guérison.

Néoplasme épithélial de la vessie traité par le radium (méthode de Dominici). — M. MINET. Les séances furent répétées pendant trois mois et bien tolérées par la vessie. Le résultat du traitement a été : l'augmentation de la capacité vésicale, la suppression de la sonde hypogastrique et la fermeture actuellement presque complète de la fistule, la disparition des douleurs de la miction par la voie naturelle et le rétablissement de la perméabilité du col vésical à la dilatation ; l'état général du malade est excellent. M. Minet exprime sa confiance dans sa possibilité d'améliorer et peut-être de guérir ainsi des tumeurs vésicales inopérables, soit par les voies naturelles, soit à la faveur d'une taille palliative.

Actions comparées de l'électricité et des autres agents physiques dans le traitement des atrophies musculaires. — MM. LAQUERRIÈRE et DELHERM montrent que dans le traitement des atrophies musculaires, l'électrothérapie permet de réaliser les actions circulatoires analgésiques et trophiques que l'on demande habituellement au massage ; mais que de plus, avec les progrès modernes de l'instrumentation elle permet une gymnastique musculaire des plus précieuses parce qu'elle est active quoique involontaire. Les auteurs pensent donc que l'électricité fournit à elle seule presque la totalité des effets thérapeutiques que l'on demande habituellement aux autres agents physiques.

Néphrectomie primitive pour rein calculeux. Guérison. — M. CATHELIN apporte une intéressante observation d'une malade de quarante-cinq ans qu'il a néphrectomisée à l'hôpital d'urologie le 26 février dernier. La radiographie faite par Infroit avait confirmé le diagnostic clinique et le cathétérisme uretéral avait montré la déficience absolue de ce rein et la virginité de l'autre, ce qui avait autorisé, après extirpation du calcul à faire d'emblée la néphrectomie qui, au contraire, doit

céder le pas à la néphrolithotomie ou à la pyélotomie postérieure dans l'immense majorité des cas.

Greffe anti-sénile. — Sous le nom de greffe anti-sénile, M. Maurice Bloch décrit un procédé qui a pour but d'inoculer aux vieillards précoces des cellules jeunes de nature indéterminée qui leur permettent de récupérer une certaine partie de leurs forces.

A propos de cinq nouvelles observations du traitement chirurgical des rétro-déviations par le procédé de ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne de Dartigues. — M. Dartigues, à l'occasion de cinq observations nouvelles de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, décrit à nouveau le procédé qu'il a exécuté pour la première fois en 1905 pour les rétro-déviations utérines, et qu'il appelle ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne.

Ce procédé a été exécuté à sa suite par de très nombreux chirurgiens en France, auxquels il a donné de bons résultats.

Plusieurs chirurgiens l'ont également utilisé à l'étranger, en particulier M. Himmelfarbe à Odessa. M. Dartigues rappelle qu'en 1903, Baldi (de Philadelphie) avait également décrit ce procédé en quelques lignes.

Ont pris part à la discussion : MM. Pichevin, Lapointe, Pouliot, Ozenne, Peraire.

Séro-diagnostic de la syphilis. — MM. Gastou et Girauld attirent l'attention sur l'utilité du séro-diagnostic dans le diagnostic de la syphilis, dans les cas où cette maladie présente des symptômes anormaux ou lorsqu'elle est à l'état latent. Il y a un très grand intérêt à être fixé sur l'existence de la syphilis dans les cas de mariage ou d'allaitement. Quoique la méthode ne soit pas d'application facile, il y a lieu actuellement de faire le séro-diagnostic dans tous les cas où la clinique ne peut donner de renseignements.

Sur les injections intra-veineuses de strophantine. — M. Pedebidou. Les expériences de l'auteur montrent que la strophantine cristallisée est 20 fois plus toxique chez le lapin par la voie musculaire que par la voie gastrique, et de 40 à 80 fois plus par la voie intra-veineuse.

Dans la pratique, par conséquent, il faut réserver les voies veineuses ou musculaires pour les cas d'extrême urgence, et s'adresser plutôt à la voie gastrique par les granules d'extrait titré de strophantine qui produisent le même résultat aux doses massives.

Hallucinations terrifiantes. Vertiges accompagnés d'actes violents inconscients, secousses musculaires, attaques convulsives à cycle épileptique. — M. Filassier rapporte l'observation d'un malade qu'il a vu à l'asile de Sainte-Anne, dans le service de M. Magnan, et qui, à la suite de gros excès d'absinthe, a présenté des hallucinations terrifiantes, des vertiges accompagnés d'actes violents inconscients, de secousses musculaires, d'attaques convulsives à cycle épileptique. Ce malade, âgé de vingt-neuf ans, s'était adonné à l'absinthe depuis l'âge de dix-sept ans.

— M. le Président annonce la mort de M. Saint-Yves-Ménard, ancien président de la Société, et M. Paul Guillon, secrétaire général, lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques.

FORMULAIRE

BAINS TÉRÉBENTHINÉS

Emulsion aqueuse de savon noir......	*ââ*	100 grammes.
Essence de térébenthine............		

Pour un bain.

(Balzer.)

ANALYSES

MÉDECINE

Les hémorragies méningées spinales. (Vigneras. Th. de Paris, 1908; G. Steinheil, édit.) — L'hémorragie méningée peut se produire non seulement dans les méninges craniennes, mais aussi dans les méninges spinales. L'étude des hémorragies méningées spinales est à peine commencée; M. Vigneras y apporte une contribution intéressante dans sa thèse, inspirée par M. Sicard.

On peut distinguer trois types principaux d'hémorragies méningées spinales : les hémorragies traumatiques; les hémorragies consécutives à une tumeur de la moelle ou des méninges, à une pachyméningite; les hémorragies essentielles dans lesquelles la syphilis, l'alcoolisme, l'hémophilie semblent jouer un rôle considérable, mais dont la cause est inconnue, dans certains cas.

Toutes ces hémorragies déterminent les mêmes symptômes médullaires : paraplégie spasmodique, troubles de la sensibilité, troubles trophiques, douleurs le long de la colonne vertébrale et aux membres inférieurs, élévation de la température; il survient quelquefois des troubles des sphincters.

Le diagnostic clinique doit être confirmé par une ponction lombaire : le liquide céphalo-rachidien a une coloration sanglante et, examiné au microscope, il représente, pendant les premiers jours, une véritable préparation de sang; ensuite, les globules rouges se déforment et une réaction leucocytaire apparaît.

Le pronostic peut être basé sur l'intensité des phénomènes sensitifs, la présence ou l'absence de troubles trophiques et de troubles sphinctériens. Quand l'hémorragie n'a pas entraîné la mort au bout de cinq à six jours, on peut prévoir la régression des phénomènes graves; mais le pronostic reste réservé, de par la possibilité d'une nouvelle hémorragie.

BRELET.

Longueur de la survie après les hémorragies étendues du cerveau. (William G. Spiller. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 19 déc. 1908, vol. LI, n° 25, pp. 2101-2102.) — Il arrive qu'après une mort en quelques minutes on donne un diagnostic d'apoplexie comme cause de la mort. Spiller ne croit pas qu'une hémorragie cérébrale tue jamais aussi vite. Il a examiné 13 cas de grosses hémorragies, et dans tous, la vie s'est prolongée plusieurs heures, même avec une hémorragie très étendue et inondation de tous les ventricules, voire le quatrième.

(Deux cas, survie de cinq heures, et de vingt heures respectivement).

Dans neuf cas, il y eut participation des ventricules latéraux, survies de trois jours, onze jours, cinq jours, un jour, six jours, cinq jours, un jour et demi, seize jours, deux jours. C'est dans un cas de grosse hémorragie de l'hémisphère gauche avec inondation des deux ventricules latéraux que l'on vit la survie de seize jours. Dans deux cas sans participation des ventricules latéraux, les survies furent respectivement de plus de six jours, et de près de deux mois, malgré une hémorragie mesurant encore après deux mois 7 centimètres sur 2,5, détruisant le noyau lenticulaire, la plus grande partie de la capsule interne et s'étendant jusqu'à l'insula.

Il semble donc que l'hémorragie cérébrale puisse être une cause de mort assez rapide, mais non véritablement subite.

F. GARDNER.

MÉDECINE INFANTILE

Les cris incessants comme symptôme de l'hérédo-syphilis. (Clemente Ferreira. *Arch. de méd. des enf.*, mai 1909, p. 369.) — Deux médecins de Buenos-Aires, MM. Genaro Sisto et Ernest Gaing ont signalé, en 1907, que les enfants en bas-âge,

atteints d'hérédo-syphilis, poussaient parfois des cris incessants, et que les plaintes continuelles, dont on ne trouvait pas la cause à l'examen du petit malade, devaient faire suspecter la syphilis héréditaire. M. Comby a fait connaître en France (*Arch. de méd. des enf.*, janv. 1908) le travail des pédiatres argentins et a relaté cinq observations personnelles, dans lesquelles les cris incessants furent considérés comme symptomatiques de syphilis et cessèrent d'ailleurs à la suite d'un traitement mercuriel; quatre des enfants examinés par M. Comby ayant succombé (il s'agissait d'enfants au biberon et soignés dans une crèche d'hôpital), on trouva des lésions de syphilis héréditaire. A propos d'un cas observé par lui, M. Ferreira insiste également sur la valeur sémiologique du cri tenace et persistant des bébés aux premiers mois de la vie; quelquefois, on constate en même temps divers stigmates de syphilis héréditaire; le diagnostic n'est alors pas douteux; mais dans d'autres cas, les plaintes continuelles peuvent être le seul symptôme révélateur. Les cris redoublent parfois pendant la nuit; ils sont aussi rendus plus intenses par les mouvements provoqués quand on sort les petits malades du lit et quand on les remue; ils dépendent vraisemblablement de lésions osseuses. L. BABONNEIX.

Mérycisme chez une enfant de six mois. Guérison par le suc gastrique de porc. (MORICHEAU-BEAUCHANT. *Poitou méd.*, mars 1909, p. 51.) — Dans le cas rapporté par M. Moricheau-Beauchant, il s'agissait bien de rumination vraie, il n'y avait ni éructations, ni aérophagie.

Le lait maternel paraissant insuffisant, on prescrit l'allaitement mixte.

Les régurgitations surviennent après le lait de vache comme après le lait maternel. Le citrate de soude (une cuillerée à café de la solution à 5 p. 250) ne donne rien. La potion de Rivière reste aussi sans résultat. L'enfant continuant à maigrir et ruminant toujours, on cesse le lait de vache et le sein et on donne un litre de lait d'ânesse par jour en sept prises. L'enfant resta alors quelque temps sans perdre de poids, mais la rumination continuait à presque toutes les tétées surtout le soir. Puis l'amélioration disparaît, l'enfant perd du poids, elle a des selles vertes : on cesse le lait d'ânesse. On donne alors 900 grammes de lait de vache et une cuillerée à café de dyspeptine avant chaque tétée : dès le premier jour disparition de régurgitations sauf à la tétée du soir, plus de selles vertes.

Au quinzième jour du traitement, l'enfant a pris 150 grammes. Elle a perdu l'aspect ratatiné de petite vieille qu'elle avait et repris bonne mine. On ne donne plus la dyspeptine que toutes les deux tétées.

Au vingt-cinquième jour, la rumination ayant disparu même le soir, cessation de tout traitement. L'enfant supporte très bien les chaleurs de l'été. Depuis cette époque elle s'est maintenue en bonne santé. L. GAYARD.

LARYNGOLOGIE

Anatomie pathologique et traitement des polypes fibreux naso-pharyngiens. (P. JACQUES. *Revue hebdom. de laryngol.*, n° 43, oct. 1908, p. 483.) — L'auteur publie un ensemble de 6 cas opérés par lui dont plusieurs ont un véritable intérêt. A noter tout d'abord ce point que sur ces 6 opérés, 4 le furent à deux reprises, ce furent les plus jeunes, trois âgés de quatorze ans, un de quinze ans. Au contraire un fantassin âgé de vingt ans guérit à la première intervention, de même qu'un ouvrier d'usine également âgé de vingt ans, et cependant fort atteint, puisque l'opération n'a pu remédier à une cécité complète qui a persisté.

Ces 6 cas ont été les seuls observés sur un total de plus de 20000 malades spéciaux en dix ans.

L'intérêt du travail de l'auteur est dans la constatation faite par lui dans les 6 cas qu'il eut à traiter; dans tous ces cas l'insertion couvrait la face antérieure du corps du sphénoïde, empiétant constamment dans une mesure variable sur l'ethmoïde postérieur, la lame criblée, le pied du vomer et de l'apophyse ptérygoïde. Ce seraient donc ici des tumeurs de la région profonde du toit nasal, du recessus sphéno-ethmoïdal, essentiellement nasales, ne proéminant que secondairement dans le pharynx et prenant de l'extension du côté des fosses nasales. Des cas du même genre ont été signalés par Moure, Apert, Escot et Broeckaert.

Cependant classiquement on admet que ces tumeurs s'insèrent de préférence sur la voûte du pharynx. Tous les cas relatés par Tédenat (32) étaient des fibromes intra-pharyngés de ce type.

L'auteur cherche à s'expliquer la divergence existant sur ce point entre chirurgiens et rhinologistes. Il l'explique par les déformations anatomiques apportées par la tumeur et la difficulté du toucher digital en pareil cas. Si la constatation de ce siège de localisation a lieu, c'est alors le procédé nasal d'Ollier qui doit être préféré et non la voie pharyngée. Les rugines recourbées de Doyen et d'Escot ne sont plus de mise, c'est par le sourcil, le sillon naso-génien que l'on atteindra le mieux la tumeur par la voie naso-maxillaire.

C'est là un point pratique, que l'auteur met bien en relief et qui se joint à l'intérêt de ses observations. P. VIOLLET.

PATHOLOLOGIE EXOTIQUE

Contribution à la géographie médicale de Madagascar. (M. FONTOYNONT. *Bull. de l'Acad. malgache*, vol. V.) — Cette étude est faite non pas au point de vue des affections observées dans le pays, mais au contraire de celles qui n'y ont pas été rencontrées ou tout au moins de celles qui y sont très peu fréquentes. C'est donc une étude en quelque sorte négative.

Au milieu des nombreux documents qu'elle renferme, nous relevons un fait intéressant qui mérite d'être signalé.

La *tuberculose* est une maladie rare à Madagascar. La mortalité moyenne annuelle, pour cette affection, ne représente que 3,9 p. 100 à 6,5 p. 100 de décès. Elle se manifeste d'ailleurs presque uniquement sous la forme pulmonaire, les cas de tuberculoses osseuses ou autres tuberculoses, dites atténuées, ne s'observant presque jamais.

Le professeur Poncet (de Lyon) tend, depuis plusieurs années, à rattacher à la tuberculose une grande quantité d'affections dont l'origine est restée jusqu'ici méconnue ou tout au moins discutée. Telles sont, le rhumatisme chronique et certaines arthrites chroniques, la rétraction de l'aponévrose palmaire ou maladie de Dupuytren, la camptodactylie, les ankyloses spontanées et en particulier les ankyloses vertébrales, le pied plat douloureux, le genu valgum, la coxa vara, la scoliose et toutes les déformations ostéo-articulaires de l'adolescence, dites encore déformations essentielles de la croissance. Or, n'est-il pas intéressant de noter que dans ce pays, où la tuberculose est si peu fréquente, si peu grave, et où elle a une tendance naturelle à la guérison, aucune de ces affections ne se rencontre? N'est-il pas curieux de pouvoir affirmer que sur les hauts plateaux le « rachitisme tardif » n'existe pas? C'est un argument nouveau en faveur de la thèse du professeur de Lyon. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Les Indiscrétions de l'histoire (1), par M. CABANÈS (6e série).

M. Cabanès vient de faire paraître la 6e série de ses *Indiscrétions de l'histoire*, ce qui, sauf erreur, porte à 14 le nombre de volumes publiés par notre inépuisable collègue et ami.

(1) In-8. — Paris, Albin Michel.

Arrêtons-nous au seuil même de ce livre, à l'avant-propos, pour féliciter l'auteur de l'éloquence persuasive avec laquelle il défend le concours que peut prêter la médecine à l'histoire. Nul n'est mieux préparé que lui à soutenir cette thèse. Les exemples abondent et M. Cabanès ne manque pas de nous rappeler les services rendus à l'histoire par Rigord, médecin et historien de Philippe-Auguste, par Bourgoing, médecin de Marie Stuart, par Guy Patin, Gabriel Nandé, Citois, Levasseur (de la Sarthe), Marc-Antoine Daudot, par les Larrey, Desgenettes et Percy, par Georges Date, médecin de Cromwel, plus près de nous par Menière, Cloquet, par Littré, Dubois (d'Amiens), par Corlieu, Galippe, Brachet, tous médecins qui ont apporté de vives lumières dans des questions d'hérédité pathologique ou de tares morbides pouvant expliquer bien des choses. A ces noms, il convient d'en ajouter un, celui de Cabanès lui-même qui a acquis, depuis longtemps déjà, une des plus belles places sur la liste des médecins historiens.

A côté des services rendus à l'histoire par les médecins ou les savants, M. Cabanès fait ressortir les emprunts faits à notre science par des historiens tels que Saint-Simon et Michelet.

Il est donc amplement démontré que les médecins peuvent contribuer à « éclairer plus d'une province obscure et inexplorée de l'histoire ». Voilà ce que tient surtout à prouver M. Cabanès. Sur ce, pénétrons dans le livre.

Il commence par une étude médico-historique très attachante de *Louis XI*. Des nombreux documents consultés par Cabanès, il résulterait que ce névropathe de génie était atteint, à la fois, d'épilepsie, d'hémorroïdes et de la lèpre, sans préjudice de nombreuses maladies intercurrentes. A lire l'histoire de Louis XI par Cabanès on arrive à cette conviction qu'un homme peut être à la fois un dégénéré, un impulsif, un névropathe tanatophobique et même pantophobique et un génie politique des plus remarquables.

Comment est mort Luther? Tel est le sujet du second chapitre. Le grand réformateur était un arthritique type, lithiasique, hémorroïdien, goutteux. D'après les uns, il aurait succombé à une attaque d'apoplexie; d'autres croient qu'il est mort étouffé, d'autres qu'il s'est pendu. M. Cabanès croit pouvoir conclure des recherches auxquelles il s'est livré que Luther est mort d'une pneumonie *a frigore*.

Le troisième chapitre est consacré à l'étude des *sources d'inspiration médicale de Molière*. Ce chapitre a fait l'objet d'une communication récente à l'Académie de médecine. Nous n'y reviendrons pas.

Suit une très amusante *consultation de Saint-Simon* envoyé en ambassadeur extraordinaire solliciter pour le roi, son maître, la main de l'infante d'Espagne. Nous en apprenons de belles, dans ce chapitre, sur les manières et le langage de la jeune princesse. Signalons, en passant, un diagnostic précoce d'érysipèle fait par Saint-Simon sur cette originale infante d'Espagne.

Comment se soignait Voltaire, venu au monde en état de mort apparente et, malgré mille infirmités, ayant atteint les limites de l'extrême vieillesse. Une grande sobriété en toutes choses et un seul excès, celui du travail, des soins d'hygiène très attentifs, peut-être aussi le mépris, sinon de la médecine, au moins des médecins, telle est sans doute l'explication de cette longue vie. Il souffrit, toute sa vie, de la dyspepsie nervo-motrice, dyspepsie des intellectuels, des neuro-arthritiques. Malgré les traitements les plus fantaisistes et souvent les plus offensifs « l'éternel geignard a réussi à poursuivre une longue carrière, à conserver dans son intégrité cette intelligence lucide, ce clair génie qui en font la plus éclatante, la plus synthétique personnification de l'esprit français ».

Après Voltaire, vient tout naturellement Rousseau. *Rousseau s'est-il suicidé?* Telle est la question qu'étudie minutieusement M. Cabanès. Sa conclusion est que, très probablement, Rousseau a succombé à une apoplexie séreuse.

Dans le chapitre suivant, Cabanès lave Bonaparte de l'accusation portée contre lui d'avoir *fait étrangler Pichegru*.

Nous aurions encore bien des choses intéressantes à glaner dans les derniers chapitres, dont l'un est consacré à Napoléon et dont le dernier a pour titre : *Louis XVIII et les femmes*.

Nous ne saurions assez recommander la lecture des œuvres de Cabanès, comme celle-ci, aux esprits curieux, aimant les choses de l'histoire, assoiffés de vérité. Nous n'oserions peut-être pas faire la même recommandation à certaines natures féminines plutôt désireuses de garder toutes leurs illusions sur les grands de la terre. En effet, quand notre ami Cabanès a passé au crible de son étude et de sa critique un de ces grands personnages, on peut dire de lui : « Le masque tombe, l'homme reste et le héros s'évanouit. »

A. BROCHIN.

Clinique du cœur (1), d'après l'étude de ses divers rythmes, par M. Arthur LECLERC.

Malgré les nombreux travaux publiés ces dernières années sur les maladies du cœur, on peut affirmer que ce livre ne fait double emploi avec aucun autre. Il tente en effet avec succès de rendre à la clinique la part qui lui revient dans l'étude des maladies en général. Depuis trop longtemps en effet on essaie de substituer à l'examen clinique des malades des méthodes analytiques mécaniques sous prétexte que les renseignements fournis par nos sens sont trompeurs.

Aussi paraît-on aujourd'hui quelque peu ridicule de tâter le pouls à un malade. Et si l'on se risque à cette exploration vous est-il immédiatement répondu par la température thermométrique, la pression artérielle, etc. Certes toutes ces méthodes ont du bon à condition de ne pas leur demander de renseignements absolus, et M. Leclerc ne vient pas nier leur utilité. Mais avec juste raison il réhabilite l'exploration du pouls. D'après lui la clinique du cœur se divise en eusystolie, dyssystolie et asystolie, termes qui s'expliquent d'eux-mêmes par leur étymologie.

La plus importante partie du volume est la dyssystolie où il étudie tous les rythmes variables du viscère.

Se plaçant exclusivement au point de vue clinique, l'auteur nous montre quel parti on peut tirer pour un diagnostic de la constatation d'une tachycardie, d'une bradycardie, d'une arythmie, etc. Et comme il n'existe pour ainsi dire pas d'affections ni de syndromes qui ne retentissent peu ou prou sur la musculature, la vascularisation ou l'innervation du muscle cardiaque, cela permet de passer en revue la pathologie tout entière dans ses rapports avec la mécanique cardiaque.

Le seul inconvénient de cette méthode est seulement de mettre sur le même plan des maladies très diverses et de placer cliniquement une rareté pathologique aussi en vue qu'une affection courante. Il en résulte une grande difficulté de classification.

Mais l'ouvrage comporte une partie thérapeutique fort intéressante. Sans sacrifier à la mode des médications nouvelles, ce dont on ne peut que le louer, l'auteur nous présente dans les principales modifications du rythme cardiaque une série d'indications thérapeutiques et l'étude des médications qui y répondent. A ce titre encore, aussi bien qu'au titre clinique, l'ouvrage sera utile à tous ceux qui, n'ayant pas de laboratoires à leur disposition, examinent des malades et cherchent à les guérir.

J. FERRAND.

---

(1) In-8. — Paris, O. Doin.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES

DES

TUMEURS CÉRÉBRALES [1]

Les tumeurs cérébrales peuvent rester latentes d'un bout à l'autre de leur évolution; plus souvent, elles manifestent leur existence par des symptômes qu'il est classique de diviser en deux groupes : signes de *compression générale* et signes de *compression locale*.

Les premiers sont dus : 1° à ce que, la boîte cranienne étant *inextensible* et la substance cérébrale *incompressible*, le développement d'une T. C. augmente la tension intra-cranienne par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien, et ce, *quel que soit le siège de la tumeur*; 2° à l'action exercée sur les éléments nerveux par les toxines sécrétées au niveau de la tumeur (Klippel).

Les seconds permettent seuls un diagnostic topographique : ce sont des *symptômes de foyer*.

Nous terminerons par les symptômes en rapport avec la *nature* de la tumeur.

I. SIGNES DE COMPRESSION GÉNÉRALE. — Ces signes existent dans presque tous les cas. Ce sont, par ordre d'importance :

A. **La céphalée.** — C'est presque toujours le premier symptôme. Tantôt elle est extrêmement aiguë, tenace, intolérable, telle que « dans aucune affection, elle n'atteint un si haut degré » (Raymond); elle est alors exaspérée encore par toutes les causes qui élèvent la tension intra-cranienne : digestion, repas, toux, défécation, vomissements, éternuements; au contraire, elle est calmée par la ponction lombaire ou par la ponction des ventricules (v. Bach); tantôt, elle est profonde, diffuse, gravative, analogue à celle de l'urémie; tantôt elle est gravative, mais localisée (*encéphalalgie* de Fournier); elle débute alors dans les premières heures de la nuit, augmente progressivement (*céphalée nocturne*), puis diminue peu à peu et disparaît dans la seconde moitié de la nuit; elle est rebelle à toute médication, sauf au traitement spécifique. Cette dernière variété de céphalée s'accompagne d'un affaiblissement intellectuel dont le malade est le seul à ne pas s'apercevoir, de dépérissement général, et, exceptionnellement, de symptômes d'anémie cérébrale (vertiges, éblouissements, légers ictus); elle est caractéristique des tumeurs syphilitiques.

Quels que soient ses *caractères*, la céphalée présente des *localisations* variables : ordinairement elle est diffuse, quelquefois limitée au siège même du néoplasme, et rendant alors la percussion douloureuse à ce niveau. Elle est absolument *constante* : « La céphalée des T. C. se distingue par sa violence et sa ténacité » (Raymond). Elle est due vraisemblablement à une irritation des méninges.

B. **Les vomissements.** — Souvent précoces, les vomissements sont *spontanés*, sans aucun rapport avec l'alimentation, *faciles*, sans nausées préalables, provoqués par les causes les plus minimes, comme un changement de position (*vomissement cérébral*). Ils s'accompagnent souvent d'une *constipation opiniâtre*.

Les vomissements sont attribués à la compression du bulbe par l'hydrencéphalie ventriculaire (Brissaud).

C. **L'éclampsie** peut être *généralisée* ou *partielle*. — a. *Généralisée*, elle présente tous les caractères de l'épilepsie vulgaire : début par une aura motrice, sensitive, sensorielle, vaso-motrice, psychique; évolution en trois phases : tonique, clonique et résolutive, pâleur initiale, morsure de la langue, défécation et miction involontaires, abrutissement consécutif. Elle est parfois remplacée par un équivalent quelconque, surtout psychique (*absence*, *fugues*), ou suivie de phénomènes paralytiques (*paralysies post-épileptoïdes*); b. *localisée*, c'est l'*épilepsie bravais-jacksonnienne*. (V. plus loin.)

L'éclampsie s'explique par l'action irritative qu'exerce, sur les zones rolandiques, l'hypertension intra-cranienne.

D. **La névrite optique** (étranglement papillaire, œdème de la papille, névrite œdémateuse, Stauungspapille) débute (de Wecker) par la dilatation des veines qui deviennent tortueuses, le rétrécissement des artères, la congestion du disque optique; la papille, infiltrée par l'œdème ainsi que les parties voisines de la rétine, fait une saillie très accusée et ses contours sont effacés. En même temps se produisent des hémorragies papillaires et péri-papillaires et on constate aussi des taches blanchâtres, cicatrices d'hémorragies résorbées.

A la dernière phase, le nerf optique est atrophié, la vision abolie, la papille, blanche, n'est plus guère saillante, les artères sont filiformes. La tortuosité des veines et le flou des contours papillaires qui persistent permettent de reconnaître encore à cette période ultime la nature du processus qui a atteint le nerf optique. Au cours de cette évolution, parfois très lente, se produisent très fréquemment des crises d'obnubilation passagère de la vision, symptôme subjectif pathognomonique (Dupuy-Dutemps).

D'une *extrême fréquence* (90 p. 100 des cas, Raymond), la névrite optique *possède une haute valeur séméiologique, mais elle n'est pas pathognomonique* : on la rencontre en effet dans d'autres affections que les T. C. (tumeurs de l'orbite, certaines méningites aiguës et chroniques, hydrocéphalie ventriculaire, abcès du cerveau), de plus, elle peut manquer en cas de tubercules multiples ou de kystes hydatiques (Zappert). Sa *pathogénie* est encore discutée et la névrite optique a été attribuée : *a.* à la compression intra-cranienne des fibres optiques; *b.* à un trouble trophique; *c.* à la stase veineuse par compression du sinus caverneux (Türck, de Graefe); *d.* à l'hydropisie de la gaine par reflux du liquide céphalo-rachidien; *e.* à une infection (Deutschmann); *f.* à l'œdème cérébral (Parinaud); *g.* à la compression de la veine centrale entre la papille et sa sortie du nerf par l'épanchement intervaginal (Deyl). (V. Dupuy-Dutemps, Th. de Paris, 1900.)

E. Les **vertiges**, souvent précoces, prenant le caractère ténébreux (obnubilation passagère avec sensation de vertige), sont dus à la compression du bulbe, des pédoncules cérébelleux, du cervelet, et, peut-être, de certaines régions de l'écorce par le liquide céphalo-rachidien en état d'hypertension.

(A suivre.)

[1] **Bibliographie.** — DURET. *Les tumeurs de l'encéphale*, Paris, Alcan, 1905; — HUTINEL. *Les maladies des enfants*, t. V, p. 87-92; — BRISSAUD et SOUQUES. *Traité Charcot-Bouchard*, 2e édit., t. IX, p. 315; — RAYMOND. *Cliniques*, t. III.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


RIGOUREUSEMENT EXEMPT DE TOUS GERMES NOCIFS.
SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN
MUSCULOSINE
BYLA
LE FLACON 500 cmc 8 FRANCS
LE ½ FLACON 250 cmc 4 Fr. 50
PLASMA MUSCULAIRE AU MAXIMUM DE PURETÉ & D'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE CONTRÔLÉES
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE
GENTILLY (SEINE)
AUTORISÉS PAR LE GOUVERNEMENT POUR LA PRÉPARATION DES PRODUITS ORGANIQUES

N° 75. — SAMEDI 3 JUILLET 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 3 JUILLET 1909. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **4** fr. **50**.	— 6 mois : **8** fr.	— 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE..	3 mois : **7** fr.	D. — 6 mois : **13** fr.	— 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — PRIX DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le concours s'est terminé par l'attribution de la médaille d'or et de la bourse de voyage de 3000 francs à M. Detoeuf.

La médaille d'argent est attribuée à M. Mérignon.

Un accessit (livres) à M. Vouillard.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Martin est nommé directeur du service de santé du 3e corps d'armée.

MARINE. — Ont été promus dans le corps du service de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Palasne de Champeaux, Vergnes et Condé.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Cazeneuve, Cauvin et Fatôme.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. — Le secrétariat général du XVIe Congrès international de médecine enverra aux membres de cette assemblée, pendant la première semaine du mois de juillet, les légitimations qui les mettront en mesure de profiter des réductions accordées sur plusieurs lignes de chemins de fer et de navigation. Les congressistes recevront aussi bientôt le premier fascicule du volume contenant les rapports qui seront présentés à la section à laquelle ils ont déclaré vouloir appartenir. Ils pourront ainsi se préparer, à loisir, à des discussions intéressantes et fructueuses.

Nous saisissons cette occasion pour recommander aux membres du Congrès de ne pas tarder à se faire retenir des appartements ou des chambres à Budapest pendant l'assemblée, en s'adressant à cet effet au bureau central des voyages (IV, Vigado-tér, 1, à Budapest). Plus tôt ils le feront, et mieux le bureau des voyages pourra tenir compte de toutes les exigences, de tous les vœux. Ajoutons que les tarifs des chambres d'hôtel, établis par l'autorité compétente, comportent 3 à 20 couronnes (3f15 à 21 francs) par jour et par personne, et que les prix des chambres meublées en ville sont plus modiques (2,60 à 10 couronnes, soit 2f75 à 10f50, par personne et par jour). Les chambres à deux et trois lits reviennent encore meilleur marché, comme de juste. Cependant, il doit être bien entendu qu'on ne peut retenir des chambres qu'en payant d'avance pour toute la semaine du Congrès. (Demander au bureau central des voyages la circulaire spéciale.) Le Comité exécutif du Congrès ne cesse, d'ailleurs, de consacrer une attention toute particulière aux logements, car il tient beaucoup à ce que les congressistes soient pleinement satisfaits en toute chose et dans toute la mesure du possible.

Disons, enfin, que non seulement une grande soirée de réception, mais encore d'autres fêtes et réunions amicales sont organisées en l'honneur des congressistes, et que le Comité des dames a pris toutes les dispositions voulues pour que les femmes et les filles des membres du Congrès passent très agréablement leur temps dans la capitale hongroise. (*Communiqué.*)

STATISTIQUE. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-cinquième semaine, 781 décès, au lieu de 802 pendant la semaine précédente et de 836, moyenne ordinaire de la saison.**

La rougeole a causé 19 décès, au lieu de 17 pendant la semaine précédente (moyenne 14). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 402, au lieu de 390 pendant la semaine précédente (moyenne 348). Les quartiers les plus atteints sont : Picpus (17 cas), Quinze-Vingts (18 cas), Maison-Blanche (20 cas), Clignancourt (25 cas), Amérique (26 cas), Combat (22 cas).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 105 décès, au lieu de 99 pendant la semaine précédente (moyenne 106).

La phtisie pulmonaire a causé 154 décès (moyenne 193).

On a signalé en outre 3 cas de méningite cérébro-spinale.

Les autres maladies ont causé un nombre de décès égal ou inférieur à la moyenne.

DISPENSAIRE FURTADO-HEINE. — Une place d'interne en médecine sera vacante à partir du 15 août. On choisira de préférence un externe des hôpitaux d'enfants.

S'adresser au dispensaire ou chez le docteur Leroux, 14, rue Chauveau-Lagarde.

AVIS. — **Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.**

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 961.*)

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

DIAGNOSTIC FACILE ET SÛR DE TOUS LES TROUBLES MENSTRUELS (1)

L'association des deux insuffisances thyroïdienne et ovarienne peut se présenter cliniquement de diverses façons. Au lieu de l'aménorrhée, on peut voir chez les insuffisantes thyrovariennes, des règles fréquentes, mais s'accompagnant de douleurs, de bouffées de chaleur, de palpitations, d'insomnie, etc. La fréquence des règles démontre dans ce cas l'insuffisance thyroïdienne, les autres signes indiquent une insuffisance ovarienne.

On peut dire que les femmes présentant ces symptômes sont hypothyroïdiennes entre leurs règles et hypovariennes pendant la période cataméniale.

Le corps thyroïde, qui réagit mal d'habitude à la sécrétion du corps jaune chez les hypothyroïdiennes, réagit au contraire avec une intensité exceptionnelle chez quelques-unes, c'est ce qui explique un trouble d'insuffisance ovarienne, c'est-à-dire d'hypothyroïdie, dans les jours qui précèdent et pendant la période cataméniale.

L'existence de ces insuffisances associées et des modalités diverses de ces associations complique un peu le problème, mais quel que soit le cas clinique envisagé, le diagnostic causal du trouble menstruel reste facile à faire, parce que *le médecin possède un moyen infaillible* pour dépister l'insuffisance ovarienne ou l'insuffisance thyroïdienne, *il lui suffit de porter son attention sur la fréquence, l'abondance et la durée de l'écoulement menstruel. C'est là qu'est la solution du problème.* Les palpitations, les bouffées de chaleur et les troubles nerveux divers l'aideront à asseoir son diagnostic.

V. — *Traitement.*

Celui-ci étant fait, le traitement s'impose : on ne peut lutter contre l'insuffisance ovarienne ou thyroïdienne que par la médication ovarienne ou thyroïdienne.

L'organisme a besoin, pour rétablir l'harmonie fonctionnelle de ses divers organes, des principes sécrétés par l'un d'eux en quantité insuffisante ; le seul traitement rationnel, le seul moyen de rétablir l'équilibre momentanément troublé consiste donc à donner ces principes à la malade.

L'opothérapie est seule efficace contre les troubles menstruels, et l'on conçoit bien qu'il n'en puisse être autrement.

Mais il ne suffit pas de donner de l'ovaire aux insuffisantes ovariennes et du corps thyroïde aux insuffisantes thyroïdiennes pour les guérir, et c'est justement parce que cela ne suffit pas, qu'on voit bien des médecins abandonner l'opothérapie qui ne leur a pas donné les résultats qu'ils en attendaient. La méthode est déclarée mauvaise, alors que seule l'application est défectueuse.

Voyons donc quelles sont les conditions indispensables pour que l'opothérapie donne tous ses effets. Théoriquement, on emploie cette méthode pour introduire dans l'organisme les principes actifs d'une glande insuffisante chez la malade traitée. La première condition pour réussir à coup sûr, si le diagnostic est bien posé, consiste à employer un produit qui renferme bien ces principes actifs.

La deuxième condition est de savoir à quelle époque il faut traiter les malades, et c'est là un point fort important en ce qui concerne les troubles menstruels.

Il ne faut, en troisième lieu, employer que des produits rigoureusement dosés, car il est nécessaire de pouvoir faire varier l'intensité du traitement dans des limites nettement tracées. Inutile de dire, qu'à cause du mode de préparation employé, la chose est impossible avec la plupart des produits opothérapiques actuellement connus. Enfin, il est indispensable de ne pas utiliser des produits qui renferment, avec des principes actifs, d'autres principes susceptibles de provoquer des troubles organiques.

L'opothérapie est, en somme, une des méthodes thérapeutiques les plus rationnelles et les plus efficaces qui aient jamais été employées ; elle a donné, entre les mains d'un certain nombre de médecins, des résultats tels qu'aucun autre mode de traitement n'en a de semblables à son actif ; cependant, son application ne s'est pas encore généralisée parce qu'elle a eu contre elle deux facteurs d'une importance capitale : tout d'abord les symptômes des insuffisances des glandes à sécrétion interne étaient mal connus et, par conséquent, les erreurs d'application fréquentes, les échecs nombreux, et ensuite les produits employés n'avaient pas les qualités indispensables dont nous venons de parler.

Aujourd'hui, on peut traiter de manière rationnelle tous les troubles menstruels parce qu'on sait à quelle insuffisance glandulaire ils ressortissent. Pour assurer au traitement une efficacité certaine, nous nous sommes, d'autre part, attachés à réaliser une préparation ovarienne et une préparation thyroïdienne qui permettent au médecin de conduire aussi sûrement le traitement opothérapique que n'importe quelle autre méthode thérapeutique.

VI. — *Doses et mode d'emploi de l'Ocréine et de la Thyrénine.*

Le traitement des troubles menstruels se résume donc dans le traitement de l'insuffisance ovarienne ou de l'insuffisance thyroïdienne qui, comme nous l'avons montré, en sont les deux causes premières.

Contre l'insuffisance ovarienne, on emploiera l'*Ocréine* de la façon suivante :

La malade prendra de 2 à 5 pilules d'ocréine tous les jours pendant les huit jours qui précèdent les règles et pendant le temps que dure l'écoulement sanguin.

Commencer par deux pilules et en prendre cinq dans les jours qui précèdent immédiatement les règles pour revenir à deux pilules après leur installation. S'il survient seulement une amélioration et non un retour à l'état normal après l'emploi assez prolongé de ces doses, on pourra les augmenter sans danger.

Contre l'insuffisance thyroïdienne, on emploiera la *Thyrénine* de la façon suivante :

La malade prendra 1 ou 2 pilules de thyrénine par jour, le traitement commencera huit jours après la fin des dernières règles et se prolongera jusqu'à la fin de la période menstruelle suivante, puis on le recommencera huit jours après, et ainsi de suite jusqu'à cessation complète des troubles.

Contre l'insuffisance thyroïdienne et ovarienne associées, on donnera 1 à 4 pilules d'ocréine et 1 ou 2 de thyrénine pendant vingt jours par mois.

Chez les femmes qui présentent de l'insuffisance thyroïdienne pendant la période intermenstruelle et de l'insuffisance ovarienne pendant la période menstruelle, on donnera 1 ou 2 pilules de thyrénine tous les jours pendant vingt jours par mois, en commençant le traitement huit jours après la fin des dernières règles, et 1 à 4 pilules d'ocréine tous les jours, en commençant huit jours avant les règles et en prolongeant le traitement jusqu'à la fin de la période cataméniale.

* * *

LES TROUBLES MENSTRUELS CHEZ LA FEMME. LEUR CAUSE. — LEUR TRAITEMENT.

Tableau résumé.

Règles rares, règles peu abondantes, règles douloureuses, accès d'oppression, palpitations, bouffées de chaleur, irritabilités nerveuses, insomnie, etc. ; *cause* : insuffisance ovarienne ; *traitement* : ocréine.

Règles fréquentes, règles abondantes, règles de trop longue durée, migraines, œdèmes transitoires, constipation, douleurs rhumatoïdes, etc. ; *cause* : insuffisance thyroïdienne ; *traitement* : thyrénine.

Aménorrhée ; *cause* : insuffisances ovarienne et thyroïdienne associées ; *traitement* : thyrénine et ocréine associées.

(1) Fin. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 73, p. 930, et 74, p. 942

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'INFECTION ÉBERTHIENNE BILIAIRE AIGUE

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE,
Médecin des hôpitaux de Paris.

L'étude de l'infection éberthienne aiguë des voies biliaires, dont les complications biliaires de la fièvre typhoïde sont les manifestations les plus fréquentes, offre un intérêt théorique et pratique.

D'une part, l'expérimentation et la clinique ont montré que la fièvre typhoïde, loin d'être une entérite à manifestations générales, était une septicémie à réactions intestinales électives et que les complications de cette infection sur les voies biliaires étaient bien moins causées par la migration ascendante de microbes venus de l'intestin que par l'élimination par le foie, au moyen des voies biliaires, des bacilles d'Eberth amenés par le sang jusqu'à la glande hépatique fonctionnant comme organe éliminateur. Cette infection des voies biliaires peut d'ailleurs durer de longues années, la bile dans la vésicule biliaire offrant un milieu de culture favorable à la persistance du bacille d'Eberth. Ce microbisme latent montre le danger, au point de vue de la contagion, des anciens typhiques cliniquement guéris et explique la fréquence, chez ces malades, de l'apparition plus ou moins tardive de lithiase biliaire, la lithiase n'étant plus, dans ces cas, qu'une complication à longue échéance de la dothiénentérie.

D'autre part les interventions chirurgicales, de plus en plus nombreuses et heureuses sur les voies biliaires, permettent d'espérer une guérison radicale de complications biliaires, que la médecine était trop souvent impuissante à enrayer.

Aussi allons-nous, dans une revue rapide, indiquer les points particulièrement intéressants de l'infection éberthienne biliaire aiguë, au point de vue *bactériologique et expérimental*, *anatomo-clinique et chirurgical*, en nous appuyant sur des observations personnelles et les récents et très importants travaux de Lemierre et Abrami et de Quénu et Duval, auxquels nous ferons des emprunts incessants.

I

BACTÉRIOLOGIE ET EXPÉRIMENTATION

Les recherches bactériologiques et expérimentales, multipliées depuis vingt ans, se groupent facilement autour de quelques points de l'évolution de l'infection éberthienne des voies biliaires, particulièrement importants : la théorie de l'*infection ascendante*, aujourd'hui détrônée par la démonstration de l'*infection descendante*, la persistance latente de bacilles d'Eberth virulents dans la bile et le danger des *bacillophores*, les rapports bactériologiques de la fièvre typhoïde et de certains *ictères infectieux* et de la *lithiase biliaire*, enfin les ressemblances étroites entre les infections des voies biliaires à bacilles d'Eberth et à *bacilles paratyphiques*.

a. L'INFECTION ASCENDANTE. — Cette théorie s'appuie sur les travaux classiques de Gilbert et Girode, Dupré, Gilbert et Dominici. Le bacille d'Eberth, qui pullule dans l'intestin, envahirait le cholédoque et parviendrait ainsi dans la vésicule et les plus fins canaux biliaires. Gilbert et Dominici, en injectant dans le cholédoque d'animaux des cultures du bacille d'Eberth, ont pu reproduire des cholécystites suppurées.

Cette doctrine était la seule possible à l'époque où on considérait la fièvre typhoïde comme une maladie de l'intestin et l'invasion du cholédoque par l'agent de l'entérite typhique se concevait très logiquement.

Depuis qu'on sait trouver d'une façon constante le bacille d'Eberth dans le sang des typhiques, la fièvre typhoïde apparaît, avant tout, comme une septicémie. « Elle ne peut pas plus être considérée comme une maladie de l'intestin que la variole comme une maladie de peau » (Sanarelli).

Avec cette notion la conception pathogénique de l'infection descendante des voies biliaires devait tendre à se substituer à celle de l'infection ascendante.

b. L'INFECTION DESCENDANTE. — Cette théorie, née des recherches anatomo-pathologiques et expérimentales d'Anton et Fütterer, Blachstein, Welch, Chiari, Cushing, Pawlowski, s'est affirmée avec les travaux de Förster et Kayser, et de Dörr, qui ont montré que les bacilles d'Eberth en circulation dans le sang sont éliminés par le foie ; ils arrivent dans les voies biliaires et se multiplient dans la bile qui leur est un excellent milieu de culture. Ils sont ainsi la cause des lésions inflammatoires de la vésicule, qu'il est facile de reproduire expérimentalement.

Par contre Métin nie la possibilité du passage des microbes à travers le foie, et Heck dit n'avoir jamais trouvé la bile contaminée chez des cobayes atteints de septicémie typhique.

Mais les importantes recherches de Lemierre et Abrami ont démontré l'erreur de Métin et Heck et l'exactitude des faits signalés par Förster, Kayser et Dörr.

Lemierre et Abrami, dans le laboratoire de M. Widal, ont injecté dans la veine marginale de l'oreille d'une série de lapins des émulsions de bacilles d'Eberth dans l'eau physiologique. Les animaux ont été sacrifiés après quelques heures ou plusieurs jours ; l'autopsie était faite immédiatement et sang, bile, urine, parfois rate, foie et contenu intestinal ensemencés.

Dans ces conditions, le bacille d'Eberth a été isolé de la bile vésiculaire :

1 fois chez	1 lapin sacrifié au bout de.........			6	heures.
4 —	6 lapins sacrifiés ou morts au bout de			24	—
2 —	2	—	—	36	—
2 —	4	—	—	2	jours.
1 —	3	—	—	3	—
2 —	2	—	—	4	—
3 —	3	—	—	5	—
1 —	3	—	—	6	—

(1) Reproduction interdite.

De plus, un lapin infecté avec le bacille paratyphique A et un lapin infecté avec le paratyphique B, sacrifiés, le premier trois jours, et le deuxième deux jours après l'inoculation, présentaient dans leur vésicule les microbes inoculés.

La proportion des succès est considérable, puisque, sur 26 animaux ainsi examinés, 18 fois la bile contenait le microbe employé.

D'autres auteurs ont observé une survie plus longue du bacille typhique dans la vésicule. Blachstein l'a isolé cent neuf jours, Welch cent vingt-huit jours, Dörr cent vingt jours, Cushing trois mois, Förster et Kayser six semaines après l'inoculation intra-veineuse. Cushing, au bout de trois mois, a noté de plus l'existence de trois calculs biliaires.

Poussant plus loin leurs investigations, Lemierre et Abrami, chez deux lapins, dont la vésicule était infectée, ont pu isoler, deux jours et quatre jours après l'injection intra-veineuse, le bacille d'Eberth en culture pure du contenu de l'intestin grêle. Förster et Kayser et Dörr ont fait des constatations analogues.

Faisant ensuite la contre-épreuve, Lemierre et Abrami ont, pendant plusieurs jours de suite, fait ingérer à deux lapins, à l'aide de la sonde gastrique et après avoir alcalinisé le contenu de l'estomac avec du bicarbonate de soude, des quantités énormes de bacilles d'Eberth. Les animaux furent sacrifiés deux et quatre jours après la dernière ingestion. On ne retrouva de bacilles typhiques ni dans l'estomac, ni dans l'intestin, ni surtout dans la bile, le sang ou les viscères. Dörr était arrivé aux mêmes résultats négatifs concernant l'infection ascendante du cholédoque.

L'expérience démontre donc que :

1° Les bacilles typhiques, injectés dans les veines du lapin, sont très fréquemment éliminés par le foie et passent avec la bile dans les voies biliaires ;

2° Ces microbes, se multipliant dans la vésicule, déterminent des lésions de cholécystite par un processus spontané, sans traumatisme préalable des voies biliaires ;

3° Les bacilles, ayant pullulé dans la vésicule, arrivent avec la bile dans l'intestin grêle, où l'on peut parfois déceler leur présence.

On voit jusqu'où mène la notion de l'infection descendante des voies biliaires dans la dothiénentérie : non seulement il semble impossible d'admettre que son agent spécifique vient de l'intestin en remontant le cholédoque pour pulluler dans la vésicule, mais encore il est extrêmement probable que ce sont les microbes éliminés par le foie qui, entraînés par la bile, viennent contaminer l'intestin.

Cette élimination par le foie de microbes contenus dans le sang paraît, d'ailleurs, être un processus général de défense et récemment Calmette et Guérin (1), injectant des bacilles tuberculeux dans la veine marginale de l'oreille de sept lapins, les ont retrouvés en forte proportion dans la vésicule biliaire; Ardin-Delteil, chez un pneumonique avec ictère, par hémoculture et constatation du pneumocoque dans le foie et les canaux biliaires, mit en évidence une angiocholite descendante à pneumocoques (1); enfin Quénu et Joltrain (2) viennent de publier deux cas d'angiocholite descendante, l'une à streptocoques, l'autre à pneumocoques, toutes deux résultant de septicémies, à physionomie clinique d'ictère grave.

(1) A. Calmette et C. Guérin. Evacuation de bacilles tuberculeux par la bile dans l'intestin. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 8 mars 1909.

Mais dans cette élimination du bacille d'Eberth, on peut se demander si seules les voies biliaires entrent en jeu.

Aussi tout récemment, sur les conseils de Frosch, qui le premier émit cette hypothèse que le foie tout entier participe à l'élimination de l'Eberth, Joseph Koch et Raphaël Chiarolanza ont-ils cliniquement et expérimentalement étudié la question.

J. Koch, chez un typhique au troisième septénaire, a trouvé une cholécystite récente riche en amas de bacilles, centres de réactions inflammatoires. Pour lui, il n'est pas douteux que les bacilles typhiques pénètrent primitivement dans la bile, sous forme d'embolies, par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins des parois de la vésicule, cela en raison des rapports que les nids de bacilles affectent avec les capillaires. La présence d'amas bacillaires dans la muqueuse et la sous-muqueuse de la vésicule explique l'échec de toute thérapeutique médicale.

Après injection intra-veineuse de bacilles typhiques aux animaux, Chiarolanza (3), pour savoir la voie suivie par les microbes jusqu'à la vésicule, fait deux sortes d'expériences.

Dans une première série, réséquant le canal cystique entre deux ligatures, il retrouve les bacilles dans la vésicule et dans les *capillaires de ses parois*, en particulier dans la sous-muqueuse, où les microbes avaient ainsi pu pénétrer par la circulation, malgré la ligature du canal et de l'artère cystiques.

Dans une seconde série d'expériences, il fait à la fois la ligature du canal cystique et du canal cholédoque pour arrêter tout écoulement de la bile, du foie dans l'intestin. Dans ces conditions il retrouve le bacille d'Eberth dans le duodénum et le jéjunum, jamais dans le cæcum ni dans l'appendice, ce qui prouve que la sécrétion biliaire ne constitue pas le seul mode de pénétration des bacilles dans l'intestin : embolies capillaires, suffusions sanguines de la muqueuse intestinale, diapédèse sont autant de moyens que les microbes possèdent pour se localiser en un point de l'intestin après avoir circulé dans le sang.

Il n'en est pas moins vrai que les voies biliaires paraissent de beaucoup le plus important de ces moyens.

c. Les « bacillophores ». — Cette persistance des bacilles d'Eberth dans la vésicule est encore dé-

(1) Ardin-Delteil. Pneumonie avec ictère : hépatite et angiocholite pneumococciques, *Soc. de méd. d'Alger*, 10 fév. 1909.

(2) E. Quénu et E. Joltrain. Etude clinique et anatomique de deux cas d'ictère grave. De l'indication opératoire dans l'ictère grave, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 19 mars 1909, pp. 502-528.

(3) Joseph Koch. *Typhusbazillen und Gallenblase.* — Raffaele Chiarolanza. Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen der Typhusbazillen zu der Gallenblase und den Gallenwegen, *Zeits. f. Hyg.*, 28 déc. 1908, t. LXII, f. 1, pp. 10-11.

montrée par une double série de faits : constatation directe des bacilles dans la vésicule et danger de contagion des « bacillophores » par l'élimination des bacilles hors des voies biliaires.

Voici quelques observations de la première série.

Chez une malade de Chauffard, au cours d'une récidive de cholécystite survenue six mois après une fièvre typhoïde, Quénu, par cholécystectomie, trouve le bacille d'Eberth dans la vésicule.

Le bacille est retrouvé sept ans après par Müller, huit ans après par Hunter, vingt ans après par Camac, quarante-six ans après par Buschke.

Ces faits, rapprochés des observations de plus en plus nombreuses de « bacillophores éberthiens » les éclairent et en font comprendre le danger.

Ces bacillophores ou bacillifères, qui récèlent le bacille d'Eberth dans leur vésicule après avoir eu la fièvre typhoïde, voire sans en avoir présenté les symptômes intestinaux habituels, deviennent des agents de contamination pour leur entourage, d'autant plus que les bacilles sont conservés et excrétés de longs mois et même de longues années après la convalescence, de telle sorte que ces « bacillophores chroniques » restent indéfiniment dangereux. Irwin et Houston viennent d'en publier un remarquable exemple. Ceci est particulièrement fréquent chez les femmes. A ce point de vue, Frosch a communiqué à Debré des chiffres précis : les femmes constituent 82 p. 100 des excréteurs de bacilles et 60 p. 100 des porteurs de germes.

Cette notion, entre parenthèses, est très intéressante, car elle complète le rapprochement, aujourd'hui classique, entre la fièvre typhoïde, les infections biliaires et la lithiase, si fréquente chez la femme.

Pour éclairer ces faits cliniques, Exner et Heyrowsky se sont demandé quels étaient, dans la bile, les principes les plus favorables à la culture microbienne. Ils ont filtré de la bile humaine et bovine et l'ont étudiée, au point de vue chimique, après l'avoir ou non ensemencée avec divers microbes, surtout le coli-bacille et le bacille d'Eberth. Il ressort de leurs expériences que c'est le bacille typhique qui s'est montré le plus apte à détruire le taurocholate de soude. La réduction est, en effet, d'un tiers en cinq jours.

d. LA LITHIASE. — Aux faits cliniques, bactériologiques et expérimentaux déjà cités établissant l'existence de la lithiase biliaire d'origine éberthienne, il serait intéressant d'ajouter les investigations chimiques de Kramer, Bacmeister, Hirsch, Lichtwitz, Exner et Heyrowsky, etc..., mais ce serait trop sortir de notre cadre. Aussi nous contenterons-nous de signaler cette constatation très importante de Kramer : même dans la bile préalablement filtrée, c'est-à-dire débarrassée de toutes traces de cellules épithéliales, il y a eu formation de précipités de cholestérine, après ensemencement avec le coli-bacille ou le bacille d'Eberth. Il en conclut, d'accord avec Aschoff, que la précipitation de la cholestérine est provoquée par les bacilles qui produisent les acides.

e. LES ICTÈRES INFECTIEUX. — L'hypothèse que bien des ictères simples, bénins, sont dus au bacille d'Eberth, a été émise pour la première fois par Mathieu, puis par Landouzy.

Etant donnée, d'une part, l'élimination constante du bacille d'Eberth par le foie, et d'autre part la connaissance de septicémie éberthienne sans dothiénentérie, il était logique de se demander, font remarquer Quénu et Duval, si bien des ictères fébriles, dit passagers, dits bénins, dits à rechute, si bien des « maladies de Weill » ne sont pas des infections biliaires causées par le bacille d'Eberth, au cours de bacillémies passagères bénignes.

Après Grünbaum, Eckardt, Joachim, Köhler et Königstein qui avaient recherché la réaction agglutinante du bacille d'Eberth dans le sérum des ictériques avec des résultats et des interprétations contradictoires, Gilbert et Lippmann ont, chez trente cholémiques à des degrés variables, examiné le sang par la méthode de Widal pour l'agglutination éberthienne et par la méthode de Gilbert, Herscher et Posternack pour la cholémimétrie.

Deux fois ils ont trouvé une séro-réaction positive en dehors de toute fièvre typhoïde antécédente. Ils ont de plus constaté que la teneur en bile du sérum n'exerce aucune influence sur la réaction.

Ils en concluent que dans l'ictère le séro-diagnostic positif est spécifique et relève de la nature éberthienne de l'infection biliaire. Une nouvelle observation d'ictère catarrhal avec séro-diagnostic positif confirme leurs conclusions.

Sacquépée et Fras, par la culture des selles, la recherche dans le sérum des sensibilisatrices et des agglutinines spécifiques, ont trouvé chez seize ictériques catarrhaux trois cas ressortissant à l'infection éberthienne. Ces trois malades, qui n'avaient jamais eu la fièvre typhoïde, agglutinaient le bacille d'Eberth au 1/750, 1/200 et 1/50; leurs sérums contenaient des sensibilisatrices spécifiques pour l'Eberth. De leurs selles on isola, dans le premier cas, l'entérocoque; dans le deuxième, le coli-bacille; et dans le troisième, l'Eberth.

Netter et Ribadeau-Dumas, dans trois cas d'ictères infectieux fébriles avec augmentation de volume de la rate et souvent du foie, présence de pigments biliaires dans l'urine et décoloration incomplète ou passagère des matières, ont aussi trouvé une séro-réaction positive de l'Eberth. Mais cette agglutination était faible, très inférieure à celle des bacilles paratyphiques. Ils tirent de ces faits les remarques suivantes :

Il est aujourd'hui bien établi, disent-ils, que certains ictères peuvent être la conséquence d'une cholécystite ou d'une angiocholite éberthiennes. La preuve en est fournie dans les cas relativement nombreux où l'Eberth a été isolé de la vésicule ou du sang. On peut arriver à la même conclusion quand le sang agglutine l'Eberth à une forte dilution : 1/1 000 chez plusieurs malades d'Eckhart, 1/1 000 dans deux cas de Rostocki, 1/8 000 dans un cas de Rudolf Müller, 1/1 000 dans un cas de Zevi, etc. Mais dans les cas où l'agglutination est beaucoup plus faible, 1/10, 1/20, 1/30, et même 1/100, on ne saurait conclure aussi rapidement. Il y a lieu de tenir compte du fait, déjà indiqué par Grünbaum en 1896 et ulté-

rieurement par Kœnigstein et Joachim en 1903, de l'agglutinabilité de plusieurs espèces microbiennes par un même sérum. Si certains sérums d'ictériques agglutinent des espèces aussi différentes que le bacille d'Eberth, le bacille de la dysenterie, le colibacille et le bacille virgule, il y a lieu de prévoir une agglutinabilité plus manifeste encore vis-à-vis des bacilles paratyphiques, et l'on ne saurait donc affirmer l'intervention de l'Eberth que si ces paratyphiques ont été mis à l'épreuve par la séro-réaction. Joachim, Pratt, Blumenthal, Kayser et Förster ont prouvé par la culture l'existence d'angiocholites à paratyphiques A et B de Brion et Kayser. On est donc en droit de supposer que, dans la plupart des cas antérieurs, où l'on a cru pouvoir conclure à l'intervention du bacille d'Eberth en raison d'agglutinations faibles sans contrôle des paratyphiques, ce microbe était peut-être sans influence sur la production de l'ictère et qu'il s'agissait en réalité d'une infection paratyphique.

Les trois dernières observations publiées d'ictères infectieux éberthiens répondent par contre aux desiderata de Netter et Ribadeau-Dumas.

Le tabétique d'Etienne, atteint d'ictère catarrhal avec séro-diagnostic de l'Eberth positif à 1/300 et du bacille de Gærtner à 1/30, eut le bacille d'Eberth isolé de ses selles.

L'hémo-culture de l'Eberth fut positive chez le jeune ictérique de Savy et Delachanal.

Enfin, la démente de Grimme, atteinte de carcinome de la vésicule biliaire avec syndrome de Weill, ictère infectieux à rechutes, agglutinait à 1/800 l'Eberth, qui fut également isolé du sang et des matières fécales.

f. L'INFECTION PARATYPHIQUE DES VOIES BILIAIRES. — Les considérations précédentes montrent les analogies des infections biliaires à bacilles d'Eberth et à bacilles paratyphiques.

Demanche, dans sa thèse sur l'infection paratyphique des voies biliaires, à laquelle nous renvoyons pour l'étude de la question, cite deux observations dues à Pratt et Förster et Kayser, de cholélithiase non compliquée due au paratyphique B.

Très cliniquement il divise l'infection paratyphique des voies biliaires en ictères infectieux, angiocholécystites aiguës et lithiase biliaire non compliquée.

Ses observations d'ictères infectieux sont dues à Sacquépée, Netter et Ribadeau-Dumas et lui-même, et ses observations d'angiocholécystite aiguë sont dues à Blumenthal, Lorey, et Roger et lui-même.

Nous avons cru devoir indiquer ces faits qui font comprendre la physionomie des infections éberthiennes des voies biliaires en dehors de la fièvre typhoïde.

II

CLINIQUE

Le tableau clinique de l'infection des voies biliaires par le bacille d'Eberth est loin d'être unique pour des raisons anatomiques, bactériologiques, évolutives et individuelles.

En effet, si l'infection peut être uniformément généralisée à toutes les voies biliaires, le plus souvent elle prédomine assez sur une partie de l'arbre excréteur de la bile, voies biliaires intra-hépatiques, voies extra-hépatiques, vésicule biliaire, pour donner au tableau clinique une physionomie toute différente et en fait, selon le mot de Quénu et Joltrain, la localisation à la vésicule est la règle et la généralisation angiocholique de l'inflammation est l'exception.

La variabilité de virulence du bacille, comme de ses autres propriétés, à tel point que chaque jour on décrit de nouvelles races intermédiaires à l'Eberth classique et au coli-bacille, détermine, en rapport avec la résistance du terrain, des lésions inflammatoires, qui varient du simple état *catarrhal* à la *suppuration* et surtout l'*ulcération* et la *perforation*, car la caractéristique lésionnelle, peut-on dire, du bacille d'Eberth, dans les voies biliaires comme dans l'intestin, est sa *puissance ulcérative et perforante*. La perforation de la vésicule biliaire est donc la redoutable complication de l'infection éberthienne des voies biliaires à laquelle il faut toujours penser.

Le moment de l'apparition de la complication biliaire vis-à-vis de la fièvre typhoïde ou même son apparence cliniquement primitive et complètement distincte de la dothiénentérie permettent aussi des divisions cliniques.

Enfin, il faut toujours tenir compte des prédispositions réactionnelles individuelles, et, dans le cas particulier, de la résistance plus ou moins grande de la cellule hépatique à l'infection, qui empêchent de ramener la médecine à des schémas absolus.

Il n'en est pas moins vrai que ces divers facteurs de variabilité n'ont pas la même importance et que le premier — la localisation anatomique — l'emporte de beaucoup sur les autres et même sur le facteur évolutif. Celui-ci permet pourtant une classification assez rationnelle des infections biliaires éberthiennes en secondaires et primitives, selon qu'elles ont ou non un rapport clinique évident avec la fièvre typhoïde, les infections secondaires étant à leur tour divisées en deux classes, selon qu'elles surviennent pendant ou après la fièvre typhoïde.

Nous étudierons donc successivement sous le nom d'*angiocholites aiguës* l'infection des voies biliaires sans manifestations cholécystiques importantes et sous le nom de *cholécystites aiguës* les infections biliaires, dont le tableau clinique est, avant tout, constitué par des symptômes vésiculaires, que ceux-ci soient l'expression de formes catarrhales, ulcéreuses et perforantes ou purulentes. Les détails, dans lesquels nous serons entrés à propos de ces deux grands types cliniques, nous dispenseront de décrire, dans une vue d'ensemble, l'angiocholécystite aiguë où coexistent les symptômes de l'angiocholite et de la cholécystite aiguë.

Après avoir rapidement exposé la symptomatologie, nous ferons le diagnostic :

Symptomatologie. — A. ANGIOCHOLITES AIGUES. — Si Chiari a trouvé 19 fois sur 22 cas le bacille

d'Eberth dans la bile des typhiques et si l'expérimentation réalise presque sans exception l'infection biliaire dans la bacillémie éberthienne, il n'en est pas moins vrai que, dans la règle, l'infection biliaire est si légère et si fugace, qu'elle ne se traduit par aucun signe clinique.

Aussi, les angiocholites aiguës sont-elles relativement rares, liées ou non à la fièvre typhoïde, c'est-à-dire cliniquement secondaires ou primitives. Les unes et les autres pouvant devenir chroniques ou aboutir à des cirrhoses biliaires, nous étudierons successivement :

I. — Les *angiocholites aiguës de la fièvre typhoïde*.
II. — Les *angiocholites éberthiennes primitives*.
III. — Les *angiocholites chroniques et les cirrhoses biliaires éberthiennes*.

I. — *Angiocholites aiguës de la fièvre typhoïde*. — Elles ont pour signe révélateur l'*ictère*. Car, pour ne pas compliquer, nous n'envisagerons pas la possibilité de l'existence clinique d'angiocholites éberthiennes non ictériques.

Selon la gravité de l'état général accompagnant cet ictère, et non selon l'intensité de celui-ci, car il n'y a pas de proportionnalité entre l'ictère, l'angiocholite et la gravité de l'infection, nous diviserons les angiocholites aiguës en trois groupes, selon que leur tableau répond au type de l'ictère catarrhal, à celui de l'ictère infectieux de moyenne intensité, dit encore ictère infectieux bénin, ou à celui de l'ictère grave, syndrome complexe où aux symptômes angiocholitiques s'ajoutent ceux de l'insuffisance hépatique, voire même de l'insuffisance hépato-rénale.

1° *Angiocholites aiguës légères à type d'ictère catarrhal*. — Sur 600 cas de fièvre typhoïde, Griesinger en a observé 7 cas. « A la troisième ou quatrième semaine de la fièvre typhoïde, dit-il, un ictère très fugace s'accompagnait d'un peu de sensibilité et d'une légère tuméfaction du foie, les selles restaient colorées; il durait quelques jours et semblait n'exercer aucune influence aggravante sur toute la maladie. 3 cas de cette espèce étaient au début assez graves; 4 parcoururent leur cours avec un ralentissement du pouls; tous guérirent. » En somme, dit Pissavy, la coloration des téguments, la réaction de Gmelin présentée par les urines, l'aspect argileux que prennent parfois les matières fécales constituent les principaux éléments du tableau clinique. Mais on ne constate jamais, dans ces cas, ni les désordres nerveux, ni l'atteinte portée à l'état général, ni les modifications thermiques qui accompagnent les formes les plus sévères, comme les suivantes.

2° *Angiocholites aiguës à type d'ictère infectieux de moyenne intensité*. — J'ai, l'an dernier, à l'Hôtel-Dieu, observé un exemple de cette variété. Il s'agissait d'une femme de cinquante-deux ans qui, après avoir eu une pleurésie séro-fibrineuse, entra pour fièvre typhoïde à la période d'état avec hémoculture du bacille d'Eberth positive et agglutination de Widal à 1/50. Une semaine plus tard, survint un ictère. Son début brusque se caractérisa par l'exagération de la gravité de l'état général, le collapsus cardiaque, la chute de la température (de 39°,8 à 36°5), le pouls très rapide et petit et l'accentuation rapide du subictère en ictère franc orthopigmentaire avec urines bilieuses, sans décoloration des matières fécales.

Pendant quelques jours, le même ictère orthopigmentaire persista avec urines rares, foncées et matières jaune clair, avec tuméfaction douloureuse du foie, mauvais état général, langue sèche, pouls petit et rapide et délire onirique léger.

La terminaison se caractérisa par de la diarrhée verdâtre, l'augmentation des urines moins foncées, la disparition de la douleur hépatique, l'amélioration de l'état général et, en dernier lieu, la disparition progressive de l'ictère.

L'abaissement de température dû à l'ictère étant passé, on assista à une réitération typhique.

Des observations analogues ont été publiées autrefois par Lancereaux, Griesinger, Sander, et tout récemment par Pissavy.

En somme, ces angiocholites se caractérisent par l'ictère orthopigmentaire, la cholurie, l'absence habituelle de décoloration des matières et une chute thermique suivie d'une élévation plus ou moins marquée, avec souvent un peu de confusion mentale et de délire.

3° *Angiocholites aiguës à type d'ictère grave*. — Parmi les observations classiques de Louis, Frerichs, Griesinger, Murchison, la plus typique est celle de Sabourin, caractérisée cliniquement par un état typhoïde très grave avec taches rosées lenticulaires, diarrhée abondante, ictère intense, cholurie, albuminurie, hyperthermie, hémorragies multiples et délire aboutissant au coma et anatomiquement par une angiocholite et une périangiocholite généralisées intenses, point de départ de riches infiltrations de leucocytes, qui se voient dans les espaces portes, et par une dégénérescence massive du foie consistant en dégénérescence graisseuse et fonte granuleuse. Dans les cellules devenues graisseuses et vésiculeuses, ce qui reste du protoplasma sous forme de croissant est infiltré de granulations opaques et se fragmente, de sorte que les boules huileuses sont, pour ainsi dire, mises en liberté.

Dans les régions où domine la fragmentation granuleuse ou vitreuse, on voit des gouttes huileuses infiltrer, çà et là, les débris du protoplasma.

En général, cet ictère grave, degré maximum de l'ictère infectieux avec insuffisance hépatique, consiste en ictère plus ou moins effacé selon le degré de l'hypocholie, cholurie consistant surtout en urobilinurie, décoloration plus ou moins marquée des matières fécales, chute de la température (due à l'insuffisance hépato-rénale et non aux microbes), vomissements, érythèmes, hémorragies et délire avec confusion mentale, aboutissant au coma.

Comme on le voit, ce qui caractérise cette forme, c'est l'association de deux syndromes anatomo-cliniques, l'angiocholite aiguë et l'insuffisance hépatique aiguë. Ainsi que l'ont montré les observations du groupe précédent, il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité de l'un ou l'autre syndrome. On peut avoir une angiocholite aiguë intense sans insuf-

fisance hépatique marquée. On peut aussi avoir l'inverse, c'est-à-dire un syndrome d'insuffisance hépatique aiguë sans angiocholite, comme le professeur Roger et moi-même, en avons rapporté des exemples.

Dans ces cas on observait un syndrome caractérisé essentiellement par la chute de la température, les vomissements verts et des érythèmes morbilliformes et scarlatiniformes. A ces trois symptômes cardinaux s'ajoutaient des troubles moins spéciaux : d'une part l'urobilinurie, la diarrhée pâle, la tuméfaction douloureuse du foie, les hémorragies des muqueuses, et, d'autre part, les nausées, le délire, les hallucinations, l'agitation nocturne et les idées de mort. Il n'y avait pas d'ictère. A l'autopsie on constatait une dégénérescence graisseuse généralisée du foie, sans aucune trace d'angiocholite.

Il s'agit là d'une *forme hépatique de la fièvre typhoïde*, distincte des formes avec ictère dues à l'angiocholite concomitante. Mais quand les deux sont réunies, c'est l'angiocholite aiguë à forme d'ictère grave que nous avons décrite.

II. *Angiocholites éberthiennes primitives.* — Nous avons vu, dans la première partie, que l'existence de ces angiocholites était aujourd'hui démontrée.

Comme les secondaires, elles peuvent répondre aux trois types d'ictère *catarrhal*, *infectieux bénin* ou *grave*.

III. *Angiocholites chroniques et cirrhoses biliaires éberthiennes.* — Quoique notre sujet ne comporte que l'infection aiguë des voies biliaires par le bacille d'Eberth, les angiocholites chroniques et les cirrhoses biliaires éberthiennes y sont trop intimement liées pour que nous ne les signalions pas ici, d'autant qu'elles ne sont, le plus souvent, que les séquelles d'une infection aiguë.

Hayem a publié un cas d'*ictère infectieux chronique splénomégalique*, suite de fièvre typhoïde. Aujourd'hui, après les recherches de Chauffard et Widal sur les ictères hémolytiques, il paraît évident que cette observation doit rentrer dans ce groupe. Dans cette hypothèse, il est possible que la fièvre typhoïde ait joué un rôle dans le déterminisme de l'ictère, mais ce ne semble plus être par l'intermédiaire de l'infection des voies biliaires.

Boinet a aussi rapporté trois cas d'ictères chroniques consécutifs à la fièvre typhoïde, mais l'influence héréditaire y est tellement évidente qu'on doit faire des réserves sur la pathogénie.

A propos d'un cas d'ictère chronique simple à forme pure, c'est-à-dire sans augmentation appréciable du foie et de la rate, survenu à la suite de la dothiénentérie, Gilbert et Lereboullet se demandent s'il s'agit bien d'hétéro-infection angiocholique par l'Eberth ou seulement d'auto-infection secondaire de la fièvre typhoïde. Quoi qu'il en soit, le rôle de la fièvre typhoïde est évident.

Il y a toutes les transitions entre les ictères chroniques et les cirrhoses biliaires. Il n'est donc pas étonnant que les angiocholécystites éberthiennes puissent être aussi bien cirrhogènes que catarrhales, pyogènes et lithogènes. C'est la réalité de ce mécanisme qu'ont démontré Gilbert et Lereboullet à l'aide de cinq observations de *cirrhoses biliaires splénomégaliques* et *hypersplénomégaliques* survenues chez d'anciens typhiques.

Toutes les formes d'angiocholécystites peuvent donc être la conséquence directe ou indirecte de l'infection typhique.

B. Cholécystites aigues. — Les cholécystites aiguës, qui sont la règle dans l'infection biliaire éberthienne, sont ou liées à la fièvre typhoïde ou cliniquement primitives. Dans le premier cas, elles sont précoces ou tardives, survenant dans le cours ou la convalescence de la maladie. Les unes et les autres sont ou superficielles catarrhales, ou ulcéreuses et perforantes, ou purulentes. Elles peuvent enfin aboutir à la cholécystite lithogène, séquelle chronique fréquente de l'infection biliaire éberthienne. Nous les étudierons successivement.

I. *Cholécystites aiguës précoces.* — Survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, leurs symptômes sont plus ou moins effacés et passent trop souvent inaperçus; cependant, quand on y pense, certains signes peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Ils varient selon les types cliniques.

1° *Cholécystite aiguë, catarrhale.* — Elle se caractérise par une douleur dans l'hypocondre droit et l'apparition d'une tuméfaction sous-hépatique.

La *douleur* est souvent spontanée, avec irradiations dans le dos, les reins, comme dans l'observation de Chantemesse, l'épaule droite, comme dans le cas de Parmentier, ou entre les épaules, comme dans le cas d'Ehrmann. « Les malades, dit Quénu, ne localisent pas facilement leur douleur spontanée, ils indiquent le côté droit et le pourtour de l'ombilic; il en est de même d'ailleurs en général pour toutes les douleurs vives du ventre, et c'est à la douleur à la pression, recherchée par le médecin, qu'il faut attribuer la réelle valeur. Les observations à ce point de vue indiquent comme localisation de la douleur à la pression une plaque un peu plus élevée que le point de Mac Burney, sur le bord externe du muscle droit, à l'angle du rebord costal et du muscle ; on observe en même temps de la contracture localisée, de la défense du droit. Kelly insiste sur la douleur épigastrique et il estime qu'une sensation douloureuse à l'épigastre associée à un état nauséeux chez un typhique doit faire penser à la cholécystite. »

A l'appui de cette opinion, je puis citer le cas d'un typhique qui, le troisième jour de sa convalescence, fut pris brusquement de vive douleur dans le côté droit du ventre avec état nauséeux et même un vomissement de quelques gorgées de lait, en même temps que la température montait à 39 degrés et indiquait le début d'une rechute.

Le second signe capital est la *tuméfaction sous-hépatique*. Sa constatation permet à elle seule de faire le diagnostic, mais elle peut être très difficile à percevoir, masquée par la contraction de la paroi, ou même manquer. Généralement elle est assez volumineuse : « Elle mesurait 4 pouces, dit Quénu,

et s'étendait au voisinage de l'ombilic dans l'observation de Mason, elle s'étendait à 3 centimètres du bord costal et à 3 centimètres de l'ombilic, formant une masse arrondie qu'on prit pour un abcès du foie dans le cas de Camac. Ailleurs la tuméfaction se confond avec l'augmentation du volume du foie. » Les autres signes, secondaires, sont la fièvre, les vomissements bilieux et l'ictère. Un remarquable exemple de cholécystite aiguë avec ictère est le cas d'Achard et Feuillié.

2° *Cholécystite aiguë, ulcéreuse, perforante.* — La forme ulcéreuse est parfois signalée par du *melæna*, comme dans l'observation d'Achard et Feuillié, mais les conditions d'apparition de l'écoulement sanguin par l'anus doivent être étudiées avec rigueur pour ne pas le rapporter à une hémorragie intestinale et en localiser la cause au niveau de la vésicule. Resterait encore à savoir si une cholécystite catarrhale ne peut pas produire, par elle seule, une hémorragie vésiculaire, par simple processus congestif.

Malheureusement trop souvent, et même dans la règle, la première manifestation de l'ulcération est la perforation et le tableau dramatique de la *péritonite suraiguë par perforation*, avec douleur subite extrêmement aiguë, « en coup de poignard » comme dans l'observation de Kiliani, où existait aussi une perforation iléale. Les symptômes généraux, la fièvre ne fournissent guère d'indications. Cependant chez les malades de W. Monier et Sheild, Chantemesse, Parmentier et Kiliani, on observa une chute momentanée de la température avec, dès le lendemain, une reprise et une exagération des accidents fébriles.

Dans tous les cas de perforation de cholécystite purulente, l'état général a présenté une aggravation subite avec collapsus et terminaison rapide.

Des cas très nombreux ont été publiés par Andral, Jenner, Labbé, Ranvier, Rilliet, L. Collin, Frerichs, Murchison, Chedevergne, Hamernyk, Leudet, Barth et Besnier, Hagenmuller, Valleix, Griesinger, Liebermeister, etc.

3° *Cholécystite aiguë, purulente.* — Les signes de suppuration, s'ils existent, sont naturellement masqués par le tableau typhoïde de la maladie en cours. Aussi faut-il avoir recours à l'examen du sang, comme chez les malades de Neilson, Shœmaker et Cooper Ashurst. L'*hyperleucocytose* existait dans ces trois cas et la cholécystite était purulente. Dans une observation de Thomas, l'hyperleucocytose était de 24080 et le contenu vésiculaire muco-purulent. « Nous devons reconnaître cependant, dit Quénu, que les signes tirés de l'examen du sang n'ont pas une valeur absolue : d'une part, les ulcérations intestinales sont susceptibles de déterminer l'exagération de la leucocytose, et, d'autre part, cette hyperleucocytose peut faire défaut même en cas de cholécystite grave. » C'était le cas du malade de Kiliani : 5600 leucocytes avec vésicule gangrénée et perforée. La leucocytose élevée indique donc simplement une réaction défensive intense; sa constatation est précieuse, son absence ne doit pas détourner d'une action chirurgicale.

En résumé, « il est nécessaire, au cours de la fièvre typhoïde, de tenir compte des moindres douleurs accusées par les malades dans la région de l'hypocondre droit et de temps en temps d'y pratiquer une exploration discrète ». (*A suivre.*)

FORMULAIRE

UN SIROP LAXATIF POUR LES ENFANTS

Eau	75 grammes.
Folioles de séné	5 —

Faire infuser puis macérer vingt-quatre heures.
Ajouter sucre 90 p. 100.

Ce sirop saturé de sucre se conserve bien et peut être administré sans aucun inconvénient aux nourrissons constipés, élevés au lait stérilisé, à la dose d'une cuillerée à café le matin. Il régularise très vite les fonctions digestives.

Chez les enfants de deux à trois ans, une cuillerée à dessert suffit en général pour obtenir le même résultat. On peut aller sans aucun risque jusqu'à une cuillerée à soupe et plus si l'on veut un effet purgatif.

On sait que le principe purgatif qui agit dans les folioles de séné est l'émodine, glycoside inoffensif qui se retrouve dans la rhubarbe. (*Clin. de méd. inf.*) G. VARIOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 24 juin 1909, sont promus dans le cadre du corps de santé militaire et ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Salle, maintenu médecin chef de l'hôpit. du camp de Châlons; Villedary, médecin chef de l'hôpit. de Rennes; Berthier, provisoirement à l'hôpit. de Bordeaux; Renaut, sous-directeur de l'école du service de santé milit., médecin chef de l'hôpit. Desgenettes à Lyon; Bischoff, médecin chef à l'état-major du gouvernement milit. et place de Paris.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Ferrier, maintenu médecin chef de l'hôpit. de Cambrai; Raynal, médecin chef de l'Ecole polytechnique; Vachez, à l'hôpit. milit. de Toul; Bilouet, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Verdun; Galzin, aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Epinal; Decosse, nommé médecin chef de l'hôpit. de Perpignan.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Louët, maintenu au 13e d'art.; Remond, aux hôpit. de la division de Constantine; Giraud, passe au 25e d'art.; Chavigny, maintenu professeur agrégé à l'école d'application du service de santé milit.; Ulliel, au 70e d'inf.; Beaussenat, au 51e d'inf.; Lehmann, au 19e d'inf.; Poulain, passe aux hôpit. de la division de Constantine.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Orticoni, maintenu au 55e d'inf.; Guénot, au 35e d'inf.; Duvau, au 29e d'inf.; Mandoul, aux hôpit. de la division de Tunisie; Macaire, au 18e d'inf.; de Saint-Vincent-de-Parois, aux hôpit. de la division d'Oran; Flach, au 4e tirailleurs algériens; Delestan, au 17e d'inf.; Poutrin, au 24e d'inf.; Queyrot, à l'infirmerie hôpital de la Condamine.

— Par décision ministérielle du 24 juin 1909 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Dziewonski, nommé directeur du service de santé du 8e corps d'armée;

Laffille, directeur du service de santé de la division d'Alger.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Loup passe à l'hôpit. de Versailles.

Médecins-majors de première classe. — MM. Goumy, nommé médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte du Mans; Pruvost, médecin chef de l'hôpit. de Saint-Omer; Huot, passe au 15e d'art.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Capillery, passe aux hôpit. de la division de Tunisie; Bonthoux, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Besançon; Delbru, au 123e d'inf.; Perrot, au 25e d'art.; Roge, au 2e escad. du train des équipages; Melnotte, aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie; Vennat, au 29e bat. de chass. à pied; Périé, au 18e drag.; Fontagné, à la direction du service de santé au 2e corps d'armée; Epaulard, maintenu aux hôpit. de la division d'Alger; Van Merris, au 21e dragons.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Chevrant, passe au 30e d'inf.; Pheulpin, au 11e chass. à cheval; Troude, au 15e d'art.; Mahaut, au 94e d'inf.; Pernin, au 91e d'inf.; Vuillemot, aux hôpit. de la division d'Alger; Geay, au 46e d'inf.; Bertein, au 85e d'inf.; Mangenot, au 13e dragons; Toinon, au 12e bat. de chass. à pied.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Thurel passe au 60e d'inf.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret du 25 juin 1909, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Crossouard, maintenu au 3e d'inf. colon.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de deuxième classe Boullet, maintenu en service à Madagascar.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Vincent, maintenu à la Réunion; Gaillard, au 6e d'inf. colon. à Brest; Rousseau, à la Côte d'Ivoire; Peyrot, au 3e d'inf. colon. à Rochefort; Amigues, à la Nouvelle-Calédonie ; Vergne, en Cochinchine; Meslin et Chouquet, au Tonkin; Fuynel, en Indo-Chine; Sarailhé, au Tonkin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'hygiène maritime. Ire partie : *L'hygiène dans la navigation de commerce*, par A. Chantemesse, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine, conseiller technique sanitaire au ministère de l'Intérieur, membre du Conseil supérieur de la navigation maritime au ministère de la Marine; F. Borel, médecin sanitaire maritime, directeur de la 2e circonscription sanitaire maritime, lauréat de l'Institut, et J. Dupuy, médecin sanitaire maritime, ancien directeur de la 4e circonscription sanitaire maritime, lauréat de l'Académie de médecine. In-8 raisin, de 648 p., avec 22 fig. dans le texte et une carte hors texte. — Prix : 14 francs. — Paris, O. Doin.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1909, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le docteur Huchard, membre de l'Académie de médecine. In-18 de 352 pages. — Prix : cartonné, 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 12 AU 17 JUILLET 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 12 juillet, à une heure. — 1er, chirurgien-dentiste : MM. Gley, Branca et Mulon; — M. Desgrez, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Brissaud, Retterer et Picard; — (2e série) : MM. Déjerine, Legry et Macaigne; — M. Gosset, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper; — (2e série) : MM. Roger, Marcel Labbé et Zimmern; — M. Ombrédanne, suppléant.

Mardi 13 juillet, à une heure. — 1er, chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Gley et Thiéry.

2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Gilbert, Marion et Richaud; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Ménétrier et Auvray; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Raymond, Chauffard et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Hallopeau et Rénon; — M. Morestin, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Gilb. Ballet, Gouget et Jeanselme; — (2e série) : MM. Thoinot, Fernand Bezançon et Balthazard; — M. Maillard, suppléant.

Jeudi 15 juillet, à une heure. — 2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Pouchet, Rénon et Marion; — (2e série) : MM. Gilbert, Gouget et Morestin; — (3e série) : MM. Faure, Desgrey et Fernand Bezançon; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 16 juillet, à une heure. — 2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Pouchet, Gaucher et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Thoinot et Desgrez; — (3e série) : MM. Dejerine, Delbet et Zimmern; — M. Langlois, suppléant.

Samedi 17 juillet, à une heure. — 2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Quénu, Desgrez et Jeanselme; — (2e série) : MM. Gilb. Ballet, Auvray et Richaud; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Dieulafoy, Gilbert et Rénon; — (2e série) : MM. Raymond, Alb. Robin et Gouget; — (3e série) : MM. Hutinel, Widal et Fernand Bezançon; — M. Claude, suppléant.

THÈSES

Jeudi 15 juillet 1909, à une heure. — M. Faroy. Le pancréas et la parotide dans l'hérédo-syphilis du fœtus et du nouveau-né. (MM. Dieulafoy, président; Chauffard, Langlois et Jeanselme.) — M. Cadoul. Traitement de certaines dermatoses par le goudron de houille brut. (MM. Chauffard, président; Dieulafoy, Langlois et Jeanselme.) — M. Durand. De quelques procédés médicaux et chirurgicaux en usage dans le traitement de la maladie de la pierre avant le XIXe siècle. (MM. Chauffard, président; Dieulafoy, Langlois et Jeanselme.) — M. Blanchet. Contribution à l'étude de l'anaphylaxie. (MM. Chauffard, président; Dieulafoy, Langlois et Jeanselme.) — M. Gastal. Des purgatifs organiques (série anthracénique-cascarine en particulier) en thérapeutique. (MM. Debove, président; Alb. Robin, Gilbert Ballet et Richaud.) — M. Vinit. Contribution à l'étude de la marétine dans le traitement des pyrexies tuberculeuses. (MM. Albert Robin, président; Debove, Gilbert Ballet et Richaud). — M. Castéran. Pathogénie de la maladie de Parkinson. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Alb. Robin et Richaud.) — M. Fourest. Etude de quelques cas de trachéo-bronchite pseudo-membraneuse diphtérique et recherche d'un traitement rationnel. (MM. Hutinel, président; Pierre Marie, André Broca et Claude.) — M. Binet. Les rayons Röntgen et les anévrismes de l'aorte thoracique. (MM. Hutinel, président; Pierre Marie, André Broca et Claude.) — M. Dupuy. Les réflexes dans la chorée de Sydenham. (MM. Hutinel, président; Pierre Marie, André Broca et Claude.) — M. Mosco-so-Melgar. Contribution à l'étude du stridor congénital des nourrissons. (MM. Hutinel, président; Pierre Marie, André Broca et Claude.) — M. Feuillette. Contribution à l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen chez l'enfant. Plaies par armes à feu de petit calibre. (MM. Pozzi, président; Quénu, de Lapersonne et Auvray.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819 52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de médecin adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Leuret.

— CONCOURS D'INTERNAT ET EXTERNAT. — Un concours pour neuf places d'internes titulaires et pour cinquante places d'externes titulaires sera ouvert à l'hôpital Saint-André.

Pour l'internat : le 18 octobre 1909, à huit heures du matin.

Pour l'externat : le 19 octobre 1909, à quatre heures du soir.

Les internes et les externes nommés à la suite de concours entreront en fonctions le 15 novembre 1909.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours du clinicat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Clinicat obstétrical. — MM. Lacasse, Roux, chefs de clinique titulaires; Dupont, Le Masson, chefs de clinique adjoints.

Clinicat chirurgical. — MM. Hallopeau, Muret, Piquand, chefs de clinique titulaires.

Maladies cutanées et syphilitiques. — MM. Druelle, chef de clinique titulaire; Claude, adjoint.

Médical infantile. — MM. Paisseau, chef de clinique titulaire; Darré, adjoint.

Clinicat chirurgical infantile. — MM. Gasne, chef de clinique titulaire; Perrin, adjoint.

Clinicat thérapeutique. — MM. Claret, chef de clinique titulaire; Gy, adjoint.

Clinicat des maladies du système nerveux. — MM. Baudouin, chef de clinique titulaire; Français, adjoint.

Clinicat médical. — MM. Israël de Jong, Agasse-Lafont, Le Play, Trémolières, chefs de clinique titulaires; Gougerot, Doury, Chiray, chefs de clinique adjoints.

Clinicat des maladies mentales. — MM. Barbé, Kahn, chefs de clinique adjoints.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le Conseil de l'Université de Bordeaux a chargé de mission en Allemagne le docteur R. Cruchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, pour lui permettre de continuer ses études antérieures sur les Universités allemandes.

— Après concours sont nommés :

Chefs de clinique chirurgicale : MM. Charbonnel et Laffargue; — chefs de clinique adjoints : MM. Parcelier et Bourderon.

Chef de clinique médicale : M. Desqueyroux.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés membres du comité consultatif de l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, institué auprès du ministre de l'Intérieur :

MM. les docteurs Briand, membre du conseil supérieur de l'Assistance publique, et L. Lereboullet, président de l'Association générale des médecins de France.

CENTENAIRE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — On a célébré samedi à Nantes le centenaire de l'Ecole de médecine, au théâtre Graslin. M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique, a présidé la cérémonie.

Le cortège s'est ensuite rendu à l'Ecole de médecine où des plaques commémoratives ont été apposées.

CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — La Société d'anthropologie de Paris célébrera le cinquantième anniversaire de sa fondation, dans une séance solennelle qui, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, aura lieu le mercredi 7 juillet 1909, à neuf heures et demie du matin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chambé, médecin principal de première classe; Gobillot, médecin-major de première classe, et Henry Cazalis (d'Aix-les-Bains), bien connu dans le monde des lettres sous le pseudonyme de Jean Lahor.

GUERRE. — TROUPES COLONIALES. — La chaire d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire, à l'Ecole du service de santé des troupes coloniales, sera vacante à la date du 31 décembre 1909.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire de

cette chaire, dans les conditions prévues par l'instruction du 15 juin 1909 (*Journal officiel* du 19 juin 1909).

Les médecins principaux ou majors de première classe des troupes coloniales, en service en France ou aux colonies, sont autorisés à poser leur candidature.

Les demandes des candidats, revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), *avant le 1er décembre 1909.*

— Un concours pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'Ecole du service de santé des troupes coloniales aura lieu à cette école, le 28 octobre 1909, dans les conditions prévues par l'instruction du 15 juin 1909 (*Journal officiel* du 19 juin 1909).

Aux termes de l'article 11 du décret du 7 mai 1908, les médecins-majors de deuxième classe des troupes coloniales sont seuls autorisés à poser leur candidature.

Les demandes, formulées par les candidats en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours, seront revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques et adressées au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau); elles devront indiquer le ou les emplois pour lesquels ils désirent concourir et parvenir *avant le 1er octobre 1909.*

Les candidats devront être présents en France et n'avoir pas reçu de destination coloniale au 15 octobre 1909.

Il ne sera accordé aucun sursis de départ pour les colonies, aucune dispense de service colonial, ni aucune autorisation de rentrer en France, en vue de subir les épreuves de ce concours.

En raison des vacances à prévoir au 1er janvier 1910, il sera procédé, à la suite du concours dont il s'agit, à la nomination d'un professeur adjoint pour chacune des chaires de clinique externe, bactériologie et chimie.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M.* — Toutes les gares du réseau P.-L.-M. délivrent, toute l'année, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1 500 kilomètres; 45 jours de 1 501 à 3 000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3 000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet.

Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 fr.

Le délai de demande est réduit à 2 jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

Excursions à Fontainebleau et à Moret. — Des trains d'excursion auront lieu chaque dimanche, jusqu'au 19 septembre inclus, entre Paris, Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe, 4 fr. 50; 3e classe, 3 fr.; Moret, 2e classe, 5 fr. 50; 3e classe, 3 fr. 50. — Départ de Paris à 7 h. 25 matin. Arrivée : à Fontainebleau, 8 h. 40 matin; à Moret, 8 h. 55.

Retour par tous les trains du dimanche dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires. — Nombre de places limité. — Franchise de 30 kilos de bagages par place.

A PROPOS D'UN CAS DE PUSTULE MALIGNE

Par MM. P. MAUCLAIRE,
Chirurgien des hôpitaux,
et F. JACOULET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons eu l'occasion d'observer et d'opérer une femme atteinte de pustule maligne, et il nous a paru intéressant de publier cette observation, en attirant l'attention sur plusieurs points : étiologie, hématologie et thérapeutique.

B... Henriette, trente-huit ans, plumassière, entre le 23 décembre 1908 à l'hôpital Dubois, service Demarquay.

Le 19 décembre, la malade ressent un léger prurit au niveau du moignon de l'épaule du côté droit, et en s'examinant, elle constate l'existence d'une petite tuméfaction rosée, peu douloureuse, du diamètre d'une pièce de vingt centimes; au centre se trouve un point noirâtre, gros comme une tête d'épingle.

La malade se panse avec un peu d'alcool.

Le 20, l'état local n'a guère changé, mais dans la soirée, le prurit augmente, des douleurs sourdes apparaissent dans le moignon de l'épaule et pendant la nuit la malade est agitée. Un œdème dur et douloureux a envahi toute la région deltoïdienne.

Le 21, la malade se sent plus mal : elle a des vomissements, de l'inappétence et la température s'élève à 38°9.

L'œdème de la région a augmenté dans de notables proportions et au centre l'escarre s'agrandit; une pulvérisation suivie de l'application d'un pansement humide n'amène aucune amélioration.

Le 22, l'œdème s'étend rapidement; l'escarre s'entoure de petites vésicules; la température s'élève à 40°2 (axillaire).

Le 23, B... entre à l'hôpital Dubois et à l'examen on constate les signes suivants :

Dans la face externe du moignon de l'épaule, on voit une escarre noirâtre, sphacélique, à bords irrégulièrement découpés; son plus grand diamètre atteint 6 à 7 centimètres.

Tout autour de l'escarre, une auréole inflammatoire, rougeâtre, est parsemée d'une couronne de vésicules grosses comme une tête d'épingle, remplies d'un liquide jaune citrin.

L'œdème, élastique et douloureux, a envahi tout le moignon de l'épaule; il n'a pas de tendance à se propager en arrière, mais descend au contraire à la face antérieure du bras; la peau est rouge, chaude, tendue. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire ou sus-claviculaire.

La température atteint 39 degrés; le pouls ample et bien frappé est à 100 pulsations, le facies est vultueux; ni délire ni prostration, la malade répond bien aux questions.

Les urines sont rares, foncées, contenant des traces d'albumine.

La rate ne peut être sentie à la percussion.

Le diagnostic de pustule maligne a été immédiatement confirmé par l'examen de la sérosité retirée des vésicules.

Opération. — La malade est anesthésiée au chloroforme.

On pratique l'excision large de l'escarre au thermocautère; l'incision passe à un centimètre en dehors de la collerette de vésicules, profondément elle enlève les faisceaux les plus superficiels du deltoïde.

Toute la région infiltrée est lardée de sillons et de trous au thermocautère. Dans l'intervalle on pratique des injections multiples avec de l'acide phénique à 5 p. 100.

Pansement sec.

Dans la soirée, la température se maintient à 39 degrés, le pouls est à 100; l'état général n'est pas mauvais, mais la langue est sèche. Todd, champagne.

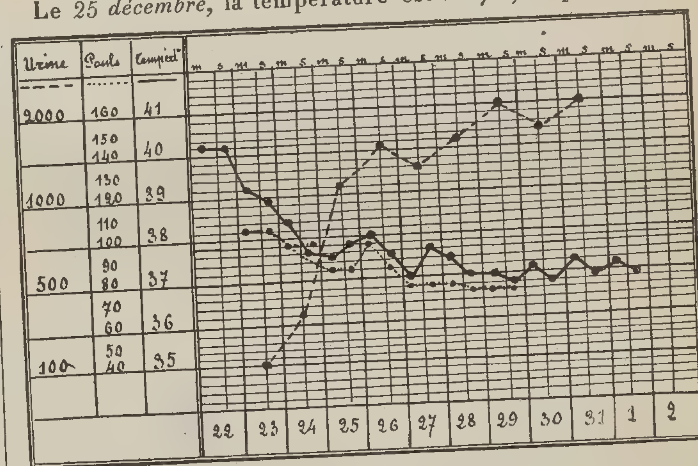
Le *24 décembre*, la température est à 38°2, mais le pouls est moins ample, la langue rôtie, les urines rares, foncées et troubles; néanmoins la malade se trouve bien. Localement, il s'est produit un abondant suintement séro-sanguinolent au niveau de la surface cruentée; la peau est moins rouge, l'œdème a diminué.

La rate est très appréciable par la percussion.

Dans la soirée, la température a encore baissé, le pouls est bon, battant à 90 pulsations, la langue est moins sèche. Les urines sont peu abondantes, malgré une injection d'un litre de sérum artificiel.

La rate est toujours hypertrophiée.

Le *25 décembre*, la température est à 37°2, le pouls à 84 ;



la langue est humide. Le taux des urines remonte brusquement à 1000 grammes. La malade se sent bien.

Sérum : 500 centimètres cubes, champagne. Localement, deux pulvérisations phéniquées par jour.

Le *26 décembre*, la fièvre remonte à 38 degrés, le pouls à 92. Les urines redeviennent claires, abondantes : 1500 centimètres cubes. Localement, il s'est produit un suintement abondant; l'œdème a notablement diminué. Injection de 500 centimètres cubes de sérum. Todd, champagne.

A partir du 27 décembre, tous les symptômes s'améliorent rapidement.

La plaie deltoïdienne a bonne apparence et commence à se cicatriser.

Exéat, le 5 janvier.

La malade a été revue récemment. La plaie s'est rapidement cicatrisée, les cicatrices sont souples. Les mouvements de l'épaule sont possibles et leur étendue est normale.

Les recherches de laboratoire, dues à M. Brin, interne à l'hôpital Dubois, ont porté sur les points suivants : constatations bactériologiques, examen du sang.

L'examen direct de la sérosité retirée par ponction des vésicules a montré, après coloration au Gram, la présence de bactéridies charbonneuses sous forme de bâtonnets. Ces bactéridies étaient peu nombreuses.

L'examen du sang a été négatif au point de vue bactériologique, fait qui s'explique facilement : la pustule maligne est avant tout un accident local, sans septicémie concomitante,

I. *Au point de vue hématologique*, quatre examens de sang ont été pratiqués au cours de la maladie. Les hématies étaient normales; par contre il y a eu une leucocytose intense portant sur les polynucléaires,

fait déjà signalé dans les observations de Chauffard, Boidin et Lœderich (1).

La leucocytose a été très marquée dès le début des accidents; elle a persisté quelques jours après l'amélioration des signes locaux et généraux.

Au point de vue urologique, l'examen du sédiment urinaire centrifugé n'a pas montré de bactéridies. La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures a brusquement sauté de 300 à 1000 centimètres cubes le surlendemain de l'intervention. Comme dans le cas de Chauffard et Lœderich, il y avait une petite quantité d'albumine, de l'indican; en outre des traces d'urobiline.

II. *Au point de vue étiologique*, il est difficile de savoir par quel mécanisme s'est faite chez notre malade l'inoculation charbonneuse.

Le métier de B... consiste à friser des plumes d'autruche défraîchies, est-ce de ce côté qu'il faille chercher l'origine des accidents charbonneux observés chez elle? Evidemment non. Les oiseaux sont, on le sait, réfractaires au charbon; de plus en admettant, à la rigueur, une inoculation par les plumes ou les débris organiques qui peuvent y adhérer, on s'expliquerait mal la localisation de la pustule maligne au niveau du moignon de l'épaule.

Pour trancher la question, nous avons saisi chez la malade plusieurs fragments de plumes que M. le professeur Roger a bien voulu inoculer.

Le résultat a été absolument négatif. L'infection d'origine professionnelle est donc dans ce cas invraisemblable.

Le charbon a-t-il été transmis par la piqûre d'un insecte? Ce mode d'inoculation est depuis longtemps connu. On sait que Davaine avait déjà signalé la possibilité du fait et cet auteur avait dressé la liste des mouches les plus fréquemment susceptibles d'inoculer le charbon. D'autre part Raillet a constaté sur la trompe et dans le tube digestif de mouches mises en contact avec des produits charbonneux, la présence de bactéridies; mais les essais d'inoculation tentés par Nuttal sont restés négatifs.

En 1894, Proust (2) a rapporté une observation de pustule maligne contractée par un ouvrier en maniant des peaux de chèvre; dans ces peaux, on trouva un parasite, le *dermeste vulpinus*, qui renfermait des microbes du charbon et dont l'inoculation au cobaye détermina une infection typique.

Langlois (3) pense que des acariens du genre *glyciphagus cursor*, très fréquents dans les poussières des ateliers où on manipule des peaux et des crins, peuvent être la cause indirecte de l'inoculation charbonneuse : la piqûre de ces acariens détermine de vives démangeaisons, incitant l'ouvrier à se gratter, d'où éraillure cutanée par où se fait l'inoculation.

Dans le cas de Ménétrier et Clunet (4), le malade atteint de pustule maligne s'était senti piqué au cou et avait écrasé au niveau de la piqûre un insecte qui lui parut être une mouche ordinaire. Certains insectes, dont le *stomoxys calcitrans*, communs à Paris, très analogues à la mouche vulgaire comme morphologie, et munis d'une trompe solide, capable de piquer, peuvent être l'agent de transmission du charbon.

Chez notre malade, on ne peut penser à l'origine parasitaire de l'infection charbonneuse et nous ne pouvons nous livrer qu'à des hypothèses.

L'inoculation a pu être produite par les faisceaux de crins dont usent les tailleurs pour rembourrer certaines parties des vêtements, ou bien par les houppes de laine qui hérissent la surface de certains matelas. C'est de ce côté qu'il faut rechercher l'origine des accidents, mais sans que nous puissions avoir une certitude absolue sur ce point.

III. *Au point de vue thérapeutique*, plusieurs méthodes ont été employées contre l'infection charbonneuse.

En Allemagne, Schwarz (1) considère qu'il ne faut pas intervenir dans les cas de pustule maligne, même dans les formes graves paraissant les plus alarmantes. L'expérience a montré que l'expectative pure et simple donne d'excellents résultats. A l'appui de son opinion, Schwarz cite douze cas de pustule maligne observés à la clinique de von Bramann; dans tous ces cas, on se contenta d'un pansement aseptique, après avoir enduit la pustule d'onguent napolitain suivant l'ancienne méthode de Lucco. Tous les malades guérirent. Schwarz considère les injections antiseptiques comme sans action : elles ne servent qu'à faire souffrir les malades.

Que faut-il penser de cette abstention thérapeutique?

Si on se reporte aux travaux récents de Pettersson (2), Grüber et Futaki (3), von Kreibich (4), on comprend dans une certaine mesure la conduite de Schwarz et von Bramann. Ces auteurs ont montré la résistance des animaux et de l'homme contre le virus charbonneux. Non seulement l'organisme réagit par une production exagérée de leucocytes, mais encore il se forme dans le sang des substances nuisibles au charbon. Ces substances bactéricides sont produites par les leucocytes; Pettersson les appelle endolysines leucocytaires.

Quoi qu'il en soit, il semble singulièrement téméraire de laisser évoluer sans traitement une pustule maligne, en ne comptant que sur les seules ressources de l'organisme. Il vaut mieux agir sur la bactéridie charbonneuse soit par un traitement local, soit par la sérothérapie.

En 1895, Marchoux (5) étudie la sérothérapie anti-charbonneuse et quelques mois plus tard, au Congrès de Rome, Sclavo annonçait également avoir découvert un sérum anti-charbonneux. Plus tard en Allemagne, Sobernheim expérimenta également un sérum.

(1) Chauffard et Boidin. *Soc. méd. des hôpit.*, 17 juillet 1903. — Chauffard et Lœderich. *Soc. méd. des hôpit.*, 28 oct. 1904.
(2) Proust. *Bulletins de l'Acad. de méd.*
(3) Langlois. *Revue scient.*, 10 nov. 1906.
(4) Ménétrier et Clunet. *Soc. méd. des hôpit.*, 11 janv. 1907.

(1) Schwarz. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1908, vol. XCII, fasc. 5 et 6.
(2) Pettersson. *Zeit. f. klin. Med.*, 1907, Bd. LXIII, p. 79.
(3) Grüber et Futaki. *Münch. med. Woch.*, avril 1907, p. 727.
(4) Von Kreibich. *Wien. klin. Woch.*, août 1907, p. 936.
(5) Marchoux. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895.

Le sérum de Marchoux a été obtenu en inoculant au mouton des doses progressivement croissantes de cultures charbonneuses. L'action de ce sérum n'est nullement analogue à celle d'un vaccin : son action paraît s'établir très vite, mais disparaît de même; par contre elle est très énergique Ce sérum jouit de qualités préventives indiscutables et d'une action curatrice.

Par quel mécanisme agit-il? Marchoux a montré expérimentalement que le sérum détermine une phagocytose intense; il a pu saisir sur le fait l'englobement et la digestion des bactéridies charbonneuses par les leucocytes. Par contre les spores charbonneuses, entourées d'une cuticule, résistent à la phagocytose et le sérum a échoué chez les animaux inoculés avec des spores charbonneuses seules.

En France le sérum de Marchoux a donné de bons résultats (Ménétrier et Clunet), mais son emploi systématique ne s'est pas généralisé. Ce fait s'explique facilement si on songe qu'il est souvent difficile, en dehors des grandes villes, de se procurer du sérum, que d'autre part le traitement local, excision ou injections antiseptiques, suffit généralement à guérir les malades.

Le sérum de Sclavo (1) jouit en Italie d'une réputation considérable; il est journellement employé non seulement dans ce pays, mais encore dans la République Argentine. Novello, Coista, Battignani, Pizzini, Salvatore, Corsini (2) en Italie, Mendes et Semos en Argentine ont obtenu d'excellents résultats par la sérothérapie. Quant au sérum de Sobernheim, Wilms (3) l'a employé également avec succès. La sérothérapie anti-charbonneuse trouve des indications formelles dans les cas où la pustule maligne siège à la face, aux paupières, dans les cas où l'œdème s'étend progressivement et rapidement, dans les cas où apparaissent des phénomènes généraux graves d'intoxication.

Généralement, le traitement local de la pustule maligne, joint aux toniques généraux, sérum artificiel, alcool, champagne, est suffisant.

Nous ne rappellerons pas toutes les méthodes employées; elles sont multiples. Dans notre cas, nous avons eu recours à l'excision large de l'escarre au thermocautère et aux injections d'acide phénique à 5 p. 100. Une telle conduite était justifiée, étant donné les dimensions considérables de l'escarre, l'étendue de l'œdème. Les injections d'acide phénique ont été bien supportées et n'ont pas déterminé de sphacèle cutané; la large perte de substance créée par l'excision de l'escarre s'est rapidement comblée. Lorsque la pustule maligne est de petites dimensions, on pourra se contenter des injections antiseptiques : teinture d'iode ou acide phénique à 2 p. 100 suivant la méthode de Baccelli. C'est la conduite tenue récemment avec plein succès par Schwartz (4) et Tedde (5).

Les injections de teinture d'iode sont préférables aux injections d'acide phénique. En effet, la teinture d'iode semble agir directement sur la bactéridie charbonneuse, alors que l'acide phénique détermine surtout l'appel phagocytaire.

Rappelons enfin que M. Balzer (1) a proposé dans le traitement de l'infection charbonneuse les injections intra-veineuses de préparations mercurielles, soit le cyanure, soit plutôt le sublimé; ces injections pourraient être faites à doses plus fortes que dans la syphilis, sans aucun inconvénient. Cette méthode pourrait fort bien être associée à la médication intérieure iodée, celle-ci ayant donné déjà de bons résultats.

IV. Faisons remarquer, en terminant, que la législation française n'a pas inscrit le charbon parmi les accidents du travail. Elle se base sur ce fait qu'il est impossible d'affirmer que l'inoculation a eu lieu au moment précis où l'ouvrier manipulait les produits suspects; on sait d'autre part que le charbon n'est pas spécifique de la profession de mégissier, crinier, et il est possible qu'un cas de charbon survenant chez un ouvrier de cette corporation ait une cause indépendante de la profession (2).

Cet argument est théoriquement valable, mais pratiquement inadmissible. Si on compulse les statistiques officielles anglaises (les statistiques françaises manquent, la déclaration de charbon n'étant pas obligatoire) on voit que la totalité des accidents charbonneux sont l'apanage des ouvriers travaillant la laine, les peaux, les crins.

Il nous a paru intéressant de signaler ce point : la loi de 1898 ne donne pas d'indemnité aux individus atteints de charbon.

(1) SCLAVO. *Riv. clin. e terap.*, 1896, n° 3.
(2) CORSINI. *Gazz. d. Osp. e d. Clin.*, déc. 1904.
(3) WILMS. *Münch. med. Woch.*, 1905, n° 23.
(4) SCHWARTZ. *Progrès méd.*, 1909, n° 6.
(5) TEDDE. *Gazz. d. Osp. e d. Clin.*, 22 nov. 1908.

(1) BALZER. *Soc. méd. des hôpit.*, 17 janv. 1907.
(2) LANGLOIS. *Revue scient.*, 10 nov. 1906.

FORMULAIRE

L'ADRÉNALINE DANS LE TRAITEMENT PALLIATIF DU CANCER (3)

L'adrénaline, en application topique sur le cancer, a été conseillée par divers auteurs; elle aurait, dans un certain nombre de cas, amélioré la situation des malades en amenant la suppression des hémorragies et la sédation des douleurs. Mahu l'a employée en particulier pour les épithéliomes du larynx et de la bouche. On se sert de la solution au millième en attouchements. La difficulté pratique est d'avoir des solutions fraîches, car ces solutions, au contact de l'air, s'altèrent rapidement. Mahu emploie des poudres à l'adrénaline au vingtième :

Adrénaline	0g10 centigrammes.
Chlorure de sodium	0g90 —
Acide tartrique	0g05 —
Sucre ordinaire	0g95 —

La solution obtenue avec cette poudre diffère peu de la solution ordinaire au centième dans le sérum physiologique à 9 p. 100 de chlorure de sodium. Ou encore :

Adrénaline	0g05 centigrammes.
Acide tartrique	0g05 —
Chlorure de sodium	0g90 —

(3) MÉNÉTRIER. Le cancer, XIIIe fascicule du *Traité de médecine de Gilbert et Thoinot*, chez J.-B. Baillière.

Comme mesure, on emploie de toutes petites cuillers, l'une d'une capacité d'un centigramme de poudre (un demi-milligramme d'adrénaline), dose pour x gouttes d'eau; l'autre de deux centigrammes pour xx gouttes d'eau. Un compte-gouttes bien calibré complétera les quelques instruments nécessaires pour faire rapidement des solutions d'adrénaline au millième.

Les attouchements sont faits, en général, tous les deux jours, et le traitement a été utilement employé dans les épithéliomes de la langue, du larynx et des cancers des autres régions, comme le cancer du sein.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 JUIN 1909)

Action de l'eau oxygénée pure sur l'oxyhémoglobine cristallisée. — M. J. Szreter.

Sur les acides cholaliques. — M. Maurice Piettre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1909)

Possibilité de contagion dans un cas de cancer. — M. Queyrat présente une malade âgée de soixante-deux ans, atteinte d'une tumeur située sur la joue gauche. Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est que cette malade soigne depuis un an son mari atteint d'épithélioma du rectum. Et l'on peut se demander s'il n'y a pas de relation de cause à effet entre les tumeurs du mari et de la femme.

Un cas de cancer épithéliomateux sous-cutané de la région parotidienne et de grandes dimensions traité par le radium. — MM. Wickham et Degrais présentent un cas de cancer épithéliomateux sous-cutané de la région parotidienne et de grandes dimensions traité par le radium.

La tumeur, recouverte d'une peau enflammée, formait une saillie de 5 centimètres. Elle occupait une surface de 9 centimètres horizontalement et de 12 centimètres de haut en bas. Elle a été traitée par des rayons filtrés (méthode employée par M. Wickham dès mars 1905) et par opposition des appareils (feu croisé). Sur le sommet de la tumeur (seul point ulcéré) il a été procédé à une introduction de tube radifère (méthode Morton-Abbé). Ainsi la tumeur a été inondée pendant trois fois quinze jours de rayonnements surpénétrants (2000 à 6 000 activités, méthode de dosage de Beaudoin).

Au quatrième mois du traitement, elle avait considérablement régressé; actuellement, dix mois après le commencement du traitement, l'amélioration se maintient; il ne reste sous la peau que plusieurs noyaux mobiles, durs, de petite dimension, torpides, qui semblent résulter d'une transformation fibreuse.

Un cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques traité avec succès par des injections intra-rachidiennes de sérum antidiphtérique. — MM. Lemoine et Gaehlinger (de Lille) présentent l'observation d'un homme de trente ans qui, au cours d'une méningite à méningocoques, reçut 90 centimètres cubes de sérum antidiphtérique en quatre injections par la voie intra-rachidienne. L'état général s'améliora rapidement et l'examen du liquide montra la disparition progressive des méningocoques. Vers le huitième jour, la température remonta et oscilla pendant quatre jours entre 40°2 et 37°8, en même temps que les phénomènes généraux s'aggravèrent. Mais l'examen du liquide montra l'absence de méningocoques et prouva qu'il s'agissait d'accidents anaphylactiques et non d'une recrudescence de la maladie. En effet, la température tomba d'elle-même à la normale et le malade est actuellement convalescent.

Les auteurs insistent sur l'intérêt de cette observation, la première où l'on ait employé le sérum antidiphtérique par la voie intra-rachidienne.

Ils insistent également sur la nécessité d'examiner le liquide au microscope, pour éviter de confondre les accidents d'anaphylaxie avec les rechutes de cette affection.

La sérothérapie antiméningococcique dans 196 cas de méningite cérébro-spinale épidémique. — M. Dopter a réuni les observations publiées jusqu'à ce jour, et celles, restées inédites, dont il a pu connaître les résultats. On pourra ainsi mieux se rendre compte, d'après un nombre élevé de faits, de l'efficacité du sérum antiméningococcique.

Il a eu connaissance actuellement de 196 méningites cérébro-spinales traitées exclusivement par le sérum qu'il prépare à l'Institut Pasteur. Ces 196 cas ont donné 31 décès, soit une mortalité globale de 15,86 p. 100. En défalquant 12 cas injectés in extremis, on obtient un total de 19 décès pour 184 cas, soit une mortalité de 10,32 p. 100. Cette léthalité contraste singulièrement avec celle des cas traités par les moyens usuels, s'élevant en moyenne entre 60 et 70 p. 100. M. Dopter croit pouvoir attribuer cet abaissement considérable de la mortalité à la façon particulière dont il a immunisé ses chevaux.

Au début de l'épidémie le sérum qu'il a mis en circulation avait été obtenu par l'immunisation d'après les méthodes allemande et américaine. Depuis, l'expérience lui ayant prouvé qu'un sérum antimicrobien seul est plus antiendotoxique qu'un sérum préparé avec les macérations de microbes, il a immunisé ses chevaux avec des cultures vivantes seules, introduites dans les veines. La comparaison de l'activité thérapeutique de ces deux sérums est d'ailleurs en faveur du sérum récent; le pourcentage suivant en fait foi : sérum primitif, mortalité globale, 18,18 p. 100; mortalité défalquée, 11,47 p. 100. Sérum nouveau, mortalité globale, 10,93 p. 100; mortalité défalquée, 8,06 p. 100. Sans vouloir considérer toutefois ces chiffres comme définitifs, ils paraissent de nature à faire continuer la technique qu'il a entreprise.

L'auteur fait remarquer enfin que, malgré l'activité habituelle du sérum, certains cas paraissent réfractaires à son action : cas traités tardivement, cas à forme cérébrale où le sérum peut difficilement atteindre les lésions corticales; formes septicémiques ou hypertoxiques; cas où la méningite s'accompagne d'abcès superficiels ou profonds, échappant ainsi à l'action directe du sérum.

Epilepsie jacksonnienne. Gliome de la première circonvolution frontale droite. Examen histologique de la tumeur. — MM. P. Ménétrier et R. Mallet. Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans qui, sans antécédent notable, a présenté des crises d'épilepsie jacksonnienne typiques à début facial et qui est morte trois semaines après l'apparition des premiers accidents. A l'autopsie on a trouvé une petite tumeur siégeant à la partie antérieure de la première circonvolution frontale intéressant à la fois la substance blanche et la substance grise de l'écorce et affleurant à la surface en un point très limité où la méninge ne présentait qu'un léger méplat, de sorte que la circonvolution n'apparaissait pas modifiée extérieurement. La zone rolandique a été trouvée intacte et il n'y avait pas de lésions macroscopiques des méninges, seulement une congestion vasculaire intense. L'examen histologique a confirmé l'intégrité de ces diverses régions et les coupes de la tumeur ont montré qu'on avait affaire à un gliome caractérisé par la prolifération néoplasique des éléments du tissu de la névroglie et à la périphérie duquel les fibres et les cellules

nerveuses étaient encore reconnaissables, espacées et dissociées par la progression des éléments néoplasiques.

Paralysie ascendante de Landry. Guérison. Modifications chimiques du liquide céphalo-rachidien. — MM. Louis Rénon et R. Monier-Vinard. La paralysie survient chez un homme de trente-cinq ans, convalescent de grippe et d'érysipèle.

Elle débute par les membres inférieurs déterminant très vite une paralysie complète accompagnée de douleurs vives. L'extension se fit progressivement vers les membres supérieurs, le cou, la face. En même temps se développèrent des troubles de la phonation, de la déglutition, des rythmes respiratoires et circulatoires.

Malgré l'étendue et la gravité de l'atteinte, la guérison survint. Chez ce malade les localisations paralytiques initiales eurent un type névritique, tandis que les suivantes eurent plutôt le type myélopathique.

Dans le liquide céphalo-rachidien on trouva à l'exclusion de toute réaction cytologique une notable quantité de fibrine et de sérine.

Myélite centrale consécutive à une méningite cérébro-spinale. — M. Dreyfus-Rose fait une communication sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 30 juin 1909)

La fulguration. — M. Nélaton, dans la dernière séance, a dit qu'il lui semblait que la fulguration n'était pas la même aujourd'hui qu'il y a six mois. Il y a six mois, en effet, dans les cas de cancers étendus il suffisait d'en faire l'ablation partielle et d'appliquer la fulguration. Aujourd'hui il faut, pour la fulguration, que l'exérèse soit aussi complète que possible.

M. Keating Hart proteste contre cette assertion de M. Nélaton et maintient qu'il a toujours dit et écrit qu'il fallait, avant la fulguration, une exérèse aussi parfaite que possible. Or, brochures en mains, M. Nélaton, qui reconnaît avoir commis une erreur, fait cependant observer que la brochure de M. Keating Hart datée de septembre 1908 contient ces affirmations que, par exemple, dans les cas de tumeurs du sein, il est inutile d'aller rechercher les nodules autour de la tumeur et dans l'aisselle. M. Nélaton cite plusieurs observations empruntées à cette brochure. Il y a donc une contradiction absolue entre cette première assertion de l'auteur et celle de sa dernière réclamation.

M. Quénu rappelle que les chirurgiens s'étaient précipités sur la fulguration en raison même de ce qu'elle semblait s'adresser aux cancers inopérables et ne nécessiter qu'une ablation partielle. Aussi M. Quénu s'étonne-t-il qu'on vienne renier aujourd'hui ces belles promesses qui ont été le point de départ de l'enthousiasme et de l'entraînement des chirurgiens.

Les rétrécissements du rectum. — M. Potherat, à propos de la communication de M. Quénu sur ce sujet, rappelle cette opinion qu'a soutenue M. Quénu, savoir que le traitement du rétrécissement ne suffisait pas toujours pour faire cesser les accidents et que ceux-ci ne disparaissaient qu'après l'établissement d'un anus artificiel. M. Potherat apporte deux observations qui viennent à l'appui de cette manière de voir. Une jeune fille de vingt ans était atteinte d'un rétrécissement du rectum avec rectite. Elle était dans le service de M. Tillaux qui fit une leçon à son sujet et qui semblait conclure à la tuberculose. Cette jeune fille, après avoir été améliorée par le traitement, revint dans le service de M. Potherat qui apprit qu'elle avait eu à quinze ans des rapports anormaux, si bien qu'on pouvait penser à la syphilis. Comme elle souffrait, qu'elle avait un écoulement sanieux et que le traitement du rétrécissement n'était pas arrivé à la guérir, M. Potherat fit un anus contre nature. Les accidents cessèrent et il put, par la suite, supprimer l'anus artificiel.

Le second malade était une femme de quarante ans qui arriva à l'hôpital dans un état lamentable, perdant par le rectum des matières glaireuses, saignantes; atteinte d'une constipation rebelle; au toucher rectal, on trouvait un rétrécissement annulaire et une muqueuse lardacée. M. Potherat pratiqua l'ablation du rectum jusqu'au-dessus du rétrécissement. Il obtint une réunion par première intention et les résultats furent très satisfaisants.

L'examen de la pièce montra que les lésions portaient surtout sur les tuniques sous-jacentes à la muqueuse. Il n'y avait pas de syphilis. Mais comme cette femme avait eu aussi des rapports contre nature, il se pourrait que ces accidents fussent d'origine gonococcique.

Bien que le traitement ait donné de bons résultats, elle perd encore des matières glaireuses. Il se peut que l'établissement momentané d'un anus artificiel, comme dans le premier cas, eût donné de meilleurs résultats.

L'anesthésie lombaire à la novocaïne. — M. Chaput a fait 135 anesthésies lombaires à la novocaïne dont 32 laparotomies. Il n'a pas eu d'insuccès d'anesthésie et aucun incident immédiat ni consécutif. La novocaïne est d'une bénignité absolue si on se cantonne dans les doses de 5 à 7 centigrammes, suffisantes pour le membre inférieur et les hernies. Elle ne présente aucune contre-indication. Il a pu l'employer impunément chez des sujets très âgés et sur des malades très variés.

Ethmoïdectomie totale par voie latéro-nasale. — M. Labouré (d'Amiens) communique l'observation d'un homme de soixante-trois ans porteur d'une ethmoïdite suppurée avec polypes infectés des fosses nasales. Etat cachectique, hémorragies abondantes, suintement fétide. Tentative infructueuse par les voies naturelles, puis opération chirurgicale. Incision latéro-nasale, commençant en haut à l'angle interne de l'œil et finissant en bas sur la ligne médiane, au niveau de la sous-cloison. Résection à la pince-gouge de l'échancrure nasale qui ouvre le sillon maxillaire, de la branche montante du maxillaire, de l'os propre du nez et de l'unguis, en respectant le sac lacrymal. Abrasion à la curette des cornets et de l'ethmoïde avec les polypes et les fongosités. Toute la fosse nasale est réduite à une cavité unique, sans aspérité aucune.

Fermeture de la plaie par cinq points. Résultat esthétique parfait, ainsi que le prouve le malade présenté.

Extraction d'une balle au niveau du pédoncule cérébral. — M. F. Legueu présente un malade qui se tira une balle dans la région carotidienne; après quelques jours de coma, le malade présenta le syndrome de Weber, ce qui permit de penser à une lésion du pédoncule cérébral droit. La balle se voyait à la radiographie un peu à droite de la ligne médiane et dans une ligne transversale passant au devant du tragus. Une céphalée terrible causée par une hydrocéphalie énorme, des spasmes douloureux dans la moitié correspondante de la face forcèrent à intervenir pour chercher cette balle qu'on croyait localisée dans le pédoncule cérébral droit. Après craniectomie latérale dans la région temporale, M. Legueu trouva la balle non dans le pédoncule cérébral, mais au-dessous de lui dans la dure-mère qui perforée laissait pointer une extrémité de cette balle. Le malade a perdu sa céphalée et ses douleurs, il conserve encore son syndrome de Weber et un signe d'Argyll survenu quelques jours après l'accident.

Kystes hydatiques de la rate. — M. Morestin fait un rapport sur une observation de M. Michon dont voici le résumé : homme de vingt-neuf ans ayant eu de la pneumonie,

considéré comme tuberculeux. Le 13 décembre 1908, il est pris d'un violent point de côté, d'une sensation d'angoisse et d'une quinte de toux qui lui fait expulser du sang et des membranes hydatides. On crut donc à un kyste hydatique du poumon. Après une apparence de guérison, le malade présenta de nouveaux accidents et vint dans le service de M. Michon qui fit faire un examen radioscopique qui ne donna rien du côté des poumons. Mais à gauche, au-dessous du diaphragme existait une masse anormale qui semblait siéger au niveau de la rate. L'examen de la région abdominale, la palpation ne donnaient rien. M. Michon fit une laparotomie, découvrit la rate qui se laissa facilement abaisser, qui n'avait aucune adhérence avec le diaphragme et qui portait un kyste hydatique à sa face supérieure. Après quelques hésitations, M. Michon pratiqua la splénectomie qui fut facile. Le malade guérit rapidement.

Cette observation, fait remarquer M. le rapporteur, est intéressante tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement.

Le diagnostic, dans ce cas, a été fixé par la radioscopie. Quels rapports pouvaient exister entre les accidents antérieurs observés chez ces malades et le kyste hydatique de la rate? Aucun. Il y a eu deux localisations différentes, deux kystes hydatiques indépendants l'un de l'autre; le kyste splénique n'était pour rien dans les accidents antérieurs. Dans le cas de M. Michon fallait-il faire la réduction sans drainage ou recourir d'emblée à la splénectomie? M. Michon préféra ce dernier parti. Les suites furent bonnes.

Ainsi que le fait remarquer M. Morestin, le kyste était unique, petit; il ne contenait que 35 centimètres cubes de liquide; il était d'un accès facile. On aurait donc pu, dans ce cas particulier, faire de la chirurgie conservatrice. Cependant M. Morestin ne blâme pas la conduite de M. Michon. Peut-être, en raison de récidives possibles, était-il plus prudent de faire la cure radicale. Mais à sa place, M. Morestin aurait tenté l'énucléation du kyste et conservé la rate.

M. Quénu, au point de vue du diagnostic, fait observer que la radioscopie peut donner lieu à de graves erreurs. C'est ainsi que dans un cas où M. Béclère crut reconnaître, par la radioscopie, un kyste hydatique du foie, M. Quénu fit la laparotomie et tomba sur un cancer massif du foie. Dans un autre cas, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-six ans chez lequel M. Béclère crut devoir affirmer l'existence d'un kyste hydatique de la rate. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une collection sanguine sous-phrénique, sans aucune connexion avec la rate. Il faut donc faire des réserves sur les données diagnostiques fournies par la radioscopie.

Quant à la thérapeutique des kystes hydatiques de la rate, M. Quénu, beaucoup plus affirmatif que M. Morestin, ne conçoit pas qu'on enlève la rate pour un kyste hydatique, alors qu'il est si facile de traiter ce kyste autrement que par la splénectomie. Il faut compter avec les troubles fonctionnels qui peuvent résulter de la suppression d'un organe tel que la rate.

M. Arrou rapporte l'histoire d'un grand et beau garçon qui portait une grosse masse dans le côté gauche; il crut à une hydronéphrose. M. Luys examina le malade par le cathétérisme des uretères et conclut à l'absence de toute hydronéphrose. M. Arrou fit la laparotomie et trouva un kyste hydatique de la rate. Il fit la résection de la partie de l'organe où se trouvait le kyste et pratiqua un double capitonnage. Il referma et son malade guérit très bien.

M. Tuffier dit que dans le cas de M. Michon il y a eu d'abord un kyste hydatique du poumon, puis un kyste hydatique de la rate. Comme toujours, dans les cas de kystes hydatiques du poumon on a cru à de la tuberculose pulmonaire. Ce qui est un peu extraordinaire dans le cas de M. Michon, c'est qu'on n'ait pas trouvé, à la radioscopie, d'autres kystes hydatiques du poumon.

Il est souvent difficile de distinguer les kystes hydatiques de la partie inférieure du poumon gauche de ceux de la partie supérieure de la rate. Cependant la déformation du diaphragme, à la radioscopie, est différente dans les deux cas.

Comme M. Quénu, M. Tuffier estime qu'il faut se méfier des renseignements fournis par la radioscopie. Il ne faut lui demander que ce qu'elle peut donner, c'est-à-dire le diagnostic du siège et non de la nature d'une tumeur. Enfin M. Tuffier estime que, quand on peut conserver la rate, il faut bien se garder de l'enlever. Pour des kystes hydatiques occupant la partie centrale de la rate on peut être amené à aller jusqu'à la splénectomie, mais non pour des kystes hydatiques de la partie supérieure.

M. Lucas-Championnière pense également qu'il ne faut demander à la radioscopie que ce qu'elle peut donner, c'est-à-dire des renseignements de siège des tumeurs. Quant à l'ablation de la rate pour des kystes hydatiques, quand il y a une infiltration plus ou moins considérable de l'organe, c'est une opération qui peut se défendre.

M. Guinard fait observer que tous les livres classiques enseignent que dans les cas de kystes hydatiques de la rate, il faut faire la splénectomie. C'est ce qu'il fit lui-même dans un cas où la rate adhérait au diaphragme. Celui-ci fut déchiré, l'opération fut des plus compliquées et des plus graves puisque le malade succomba le lendemain. Il faut donc se méfier des ouvrages classiques... et de la rate.

M. Quénu ne reconnaît comme chirurgie classique que celle qui se fait à la Société de chirurgie. Or presque tous les membres de cette Société sont d'avis qu'on ne doit pas enlever la rate dans les cas de kystes hydatiques.

M. Souligoux ne croit pas que cette opinion que vient d'exprimer M. Quénu doive être absolue. Il cite un fait dans lequel la rate contenait un énorme kyste hydatique qui envahissait presque tout l'organe. Il a tout enlevé et sa malade a très bien guéri.

De même, M. Souligoux admet qu'on peut reséquer des portions de foie assez considérables. Il l'a fait déjà plusieurs fois avec succès pour des kystes hydatiques du foie.

Rhinotomie bilatérale. — M. Schwartz présente un malade chez lequel il a pratiqué une opération qui ne laisse, pour ainsi dire, aucune trace.

Angiome de l'urètre. — M. Tuffier présente un malade qui était atteint d'un angiome de l'urètre qui a été guéri par une application de radium.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 1er juillet 1909)

Parathyroïdes et Parkinson. — M. L. Alquier. Ces recherches sont basées sur 5 autopsies de parkinsoniennes mortes dans le service de M. le professeur Raymond, et sur l'essai d'opothérapie parathyroïdienne fait sur 6 malades suivis pendant un délai variant de trois mois à trois ans.

Des 5 malades autopsiées, 4 étaient des parkinsoniennes indiscutables, la cinquième présentait à l'autopsie des lacunes de désintégration situées dans les noyaux gris centraux, autour de la capsule interne, et représente peut-être un mélange de pseudo-bulbaire et de maladie de Parkinson. Dans le névraxe de ces 5 malades, on trouve de petites lacunes de désintégration péri-vasculaires dans la calotte du bulbe, avec intégrité des cellules des noyaux voisins, et une légère prolifération diffuse de la névroglie dans le bulbe et la moelle. Dans les muscles examinés, lésions d'atrophie, avec vacuolisation ou division fibrillaire des faisceaux musculaires contenus dans certains fuseaux neuromusculaires. Les parathyroïdes, recherchées dans un de ces cas, étaient au nombre

de 5, on y voit une assez grande quantité de vésicules graisseuses, et une seule sorte de cellules, petites, sans colloïde, tassées les unes contre les autres, la disposition en cordons n'est nette que par endroits. Cet aspect est l'inverse de ce qu'on observe chez le chien, dans les parathyroïdes laissées en place, après l'extirpation d'une ou de plusieurs d'entre elles, mais il est actuellement difficile d'indiquer la signification exacte.

Des 6 malades soumis à l'opothérapie parathyroïdienne, une seule n'a éprouvé qu'une amélioration insignifiante. Les autres ont eu une sédation marquée et persistante des douleurs, de l'insomnie et de la raideur, qui, dans un cas peu avancé, a disparu complètement en un mois environ.

Chorée persistante avec signes organiques. — M. Claude montre une jeune fille de dix-huit ans, choréique depuis quatre ans. Au début, elle aurait eu une légère parésie de la face et de la langue, avec strabisme. On trouve l'exagération des réflexes rotulien et olécranien gauches, et six à huit lymphocytes par champ d'immersion. Un jeune homme, atteint de chorée à la suite d'un phlegmon de l'aisselle, présente l'extension de l'orteil et l'exagération du réflexe rotulien du côté droit.

Chorée avec signes organiques. — MM. Jumentié et Chéné ont observé, de même, dans une chorée récente, l'exagération des réflexes rotuliens et achilléens, un peu de clonus, l'hypotonie des membres supérieurs, un peu de diadococinésie et quelques mouvements associés.

Association de chorée et de tic à des signes organiques. — M. Sala. La chorée atteint, depuis cinq ans, une malade ayant une insuffisance mitrale et qui a eu un ictus, guéri. — M. Souques qui a eu l'occasion de la soigner, a vu la chorée s'arrêter pendant plusieurs mois. Le tic, survenu à la suite de contrariétés, s'est développé chez une tabétique.

Élévation de la paupière supérieure associée à l'abaissement et la diduction de la mâchoire. — M. Souques. Ces mouvements se produisent seulement du côté gauche, lors de la mise en action de muscles innervés par la branche motrice du trijumeau.

Inégalité pupillaire dans la maladie de Basedow. — M. Cantonnet a pu la mettre en évidence chez 18 malades, en provoquant la mydriase par la cocaïne.

Résection de la branche externe du spinal dans le torticolis mental. — M. Sicard présente un malade chez lequel l'opération n'a pas donné d'amélioration, et préconise l'emploi de lunettes d'automobile, cachant une partie du champ visuel, pour obliger les malades à redresser la tête. — M. Babinski maintient que cette opération peut être utile dans certains cas. — M. Brissaud la combat, disant qu'il faudrait sectionner tour à tour les muscles dans lesquels le tic se reproduit, et M. Meige ajoute qu'il a toujours observé, en même temps que la contraction du sterno-mastoïdien, celle de divers autres muscles du cou, du même côté ou de l'autre.

Torticolis mental guéri par le port de lunettes et la rééducation. — M. Bauer montre sur une malade les bons effets préconisés par M. Sicard.

Arthropathie suppurée chez un tabétique. — M. Bauer. Elle se développa en quelques jours, puis, la fièvre étant montée à 40 degrés, la ponction retira du pus à polynucléaires, stérile à la culture, ce qui permet d'envisager l'hypothèse d'une arthropathie syphilitique. Elle guérit spontanément après plusieurs recrudescences. — M. Raymond a vu une arthropathie du genou chez un tabétique aboutir à la suppuration et la gangrène mortelle.

Extraction d'une balle de revolver de la protubérance. — M. Couzel. Il s'agit du malade présenté par lui et M. Guillain (v. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 30, p. 365). Une céphalée intense nécessita l'intervention qui permit de retirer la balle, comprimant les deux tiers extérieurs de la protubérance et la bandelette optique. La céphalée qui était due vraisemblablement à l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien disparut rapidement.

Troubles sensitifs dans un cas de maladie de Friedrich. — MM. Jumentié et Chéné. L'hypoesthésie parcourt en bande la face postérieure des membres supérieurs et les inférieurs, depuis le pli de l'aine jusqu'à la malléole interne. — M. Déjerine souligne l'intérêt de ce fait, qui est bien un exemple de maladie de Friedrich, la névrite interstitielle hypertrophique pouvant être, en particulier, écartée.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. — MM. Jumentié et Chéné. Le diagnostic fut rendu possible par l'existence des signes généraux de tumeur avec hémiplégie spasmodique droite, et parésie des nerfs craniens de la cinquième à la huitième paire inclusivement. L'autopsie montra l'existence de la tumeur.

Sarcome du bulbe. — M. E. Chabrol présente la pièce et les coupes histologiques. Il a observé un cas analogue dans le service du docteur Klippel. Il s'agit d'une forme rare des tumeurs du bulbe. Sur 90 observations que l'auteur a pu réunir dans un travail antérieur, le sarcome ne se trouve que 15 fois mentionné.

Troubles trophiques et psychiques dans un cas de paralysie infantile. — M. Foix. Le membre inférieur, raccourci, présente une adipose intense, avec cyanose et hypoglobulie localisée. Le malade est irritable, avec mélancolie périodique.

VARIÉTÉS

PRÉSERVATION DES MALADIES VÉNÉRIENNES
LE COÏT ASEPTIQUE

Par le docteur Bonnette, médecin-major.

Tous les ans, à l'arrivée des recrues, les médecins militaires sont tenus de faire aux soldats des conférences pour leur montrer, au seuil de leur émancipation virile, l'étendue et la gravité du péril vénérien, tant pour eux que pour leur entourage, leur famille et leurs descendants. Puis ils leur rappellent les belles expériences de l'Institut Pasteur, de Roux et de Metchnikoff en particulier, sur l'utilité de la pommade au calomel contre l'éclosion du chancre syphilitique. Ils les mettent en garde contre ces maladies *évitables*, en leur donnant de sages conseils, tels que « de ne pas uriner avant mais après », de s'oindre de vaseline, de ne pas s'attarder dans les délices de Capoue, *non morari in coïtu*, si bien traduit par ces mots, l'*amour prudent doit être alerte*, de préférer les vieilles aux jeunes courtisanes si périlleuses, de rechercher la saine fatigue des sports, qui est le meilleur sédatif du système nerveux. Enfin, si après avoir sacrifié à Vénus, ils ont des doutes sur la santé locale de leur *partenaire*, de ne pas hésiter à profiter des bocks laveurs et de la pommade au calomel, si généreusement mise à leur disposition par l'autorité militaire.

Malheureusement ces jeunes gens restent sourds aux recommandations de la prudente vieillesse. Ces ablutions rétrospectives, auxquelles ils ne sont pas familiarisés, ne leur inspirent que de l'indifférence et même du dégoût (ô les préjugés !).

N'avons-nous pas vu un soir, dans une ville de garnison,

une bande de soldats sortir d'une maison de tolérance et courir, dans la rue déserte, laver leurs membres virils à l'eau d'une borne-fontaine voisine.

Ce geste, cette leçon de choses vécue nous a fait comprendre combien les pouvoirs publics sont coupables de ne pas forcer les tenanciers de ces maisons *de plaisir* à doter les chambres de cabinets de toilette contigus avec lavabos, bidets à renversement, munis d'une double canalisation d'eau chaude et d'eau froide permettant de se laver, de se savonner et de prendre même des injections au permanganate faible, avant et surtout après l'acte générique. Pourquoi ne tiendraient-ils pas, à la disposition de leurs clients, cette pommade au calomel, ces solutions antiseptiques qui permettraient de pratiquer *ce coït aseptique* que réclame la simple prudence et qui est la meilleure des sauvegardes.

Quand donc aurons-nous la joie de voir figurer sous les gros numéros l'affiche suivante « service aseptique », comme sur les enseignes de nos Figaros modernes.

En fermant impitoyablement toutes *ces maisons* qui ne donneraient pas à leurs clients ce confort et cette sécurité *moderne*, les pouvoirs publics contribueraient puissamment à atténuer ce péril vénérien, qui reste, comme une plaie hideuse, attachée aux flancs de la société moderne.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 12 AU 17 JUILLET 1909

THÈSES

Jeudi 15 juillet 1909, à une heure. — M. Golschmann. Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire. (MM. Pozzi, président; Quénu, de Lapersonne et Auvray.) — M. Paoli. Les injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie dans le traitement du tétanos confirmé. (MM. Quénu, président; Pozzi, de Lapersonne et Auvray.) — M. Le Moal. Fréquences et caractères du strabisme dans la région bretonne (Finistère). (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Quénu et Auvray.) — M. Thomas. L'examen médico-légal des poumons des nouveau nés. La docimasie pulmonaire histologique. (MM. Thoinot, président; Ribemont-Dessaignes, Balthazard et Brindeau.) — Mlle Pétrovskaia. Contribution à l'étude de la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Thoinot, Balthazard et Brindeau.) — M. Simon. Traitement précoce et rationnel de l'infection puerpérale. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Thoinot, Balthazard et Brindeau.)

Vendredi 16 juillet, à une heure. — M. Boube. De la mortalité infantile dans les dix premiers jours de la vie. (MM. Pinard, président; Roger, Segond et Branca.) — M. Larché. Syndrome œsophago-salivaire de Roger dans les sténoses de l'œsophage en général et dans le cancer en particulier. (MM. Roger, président; Pinard, Segond et Branca.) — Mlle Lingois. Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale (paralysie générale tuberculeuse). (MM. Roger, président; Pinard, Segond et Branca.) — M. Guinemaud. Considérations sur l'ostéochondrite disséquante. (MM. Segond, président; Pinard, Roger et Branca.) — M. Rouveix. Anesthésie de la pulpe et de la dentine par injection sous-muqueuse profonde d'une solution d'anesthésique associé à l'adronéline. (MM. Reclus, président; Hartmann, Proust et Ombrédanne.) — M. Landau. Occlusion intestinale par coudure de l'angle splénique du côlon. (MM. Reclus, président; Hartmann, Proust et Ombrédanne.) — M. Perrion. L'hôpital marin de Pen-Brou pour le traitement des tuberculoses osseuses et ganglionnaires. Le climat de l'Atlantique breton. (MM. Reclus, président; Hartmann, Proust et Ombrédanne.) — M. Prost. Etude sur la luxative erecta, variété rare de luxation de l'épaule. (MM. Reclus, président; Hartmann, Proust et Ombrédanne.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 32, 24 avril 1909.) Noël : A propos de la méningite cérébro-spinale dans l'armée. — (N° 33, 28 avril.) Legueu : De l'hydronéphrose traumatique. — (N° 34, 1er mai.) Mauclaire : Quelques indications de la suture osseuse. — H. Méry, B. Weill-Hallé et Parturier : La sérothérapie intensive dans le traitement des angines graves et des paralysies diphtériques. — M. Perrin : Secret professionnel et mutualités (à propos des mutualistes syphilitiques). — (N° 35, 5 mai.) Marfan : Tuberculisation secondaire d'infarctus emboliques du poumon. — Netter : Etiologie, prophylaxie et traitement de la méningite cérébro-spinale. — (N° 36, 9 mai.) J. Nicolas : Le traitement du chancre simple et de ses complications. — A.-F. Plicque : Le traitement des amaigrissements d'origine myopathique. — (N° 37, 12 mai.) Brissaud : Les troubles nerveux post-traumatiques. — (N° 38, 15 mai.) Brissaud : Les troubles nerveux post-traumatiques (*fin*). — (N° 39, 19 mai.) Kirmisson : Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. — Pautrier : La médication anti-prurigineuse. — (N° 40, 22 mai.) Quénu : De l'ictère grave post-chloroformique. — (N° 41, 26 mai.) Maxime Ménard : La radiologie médicale à l'Académie des sciences. — J. Comby : Méningite cérébro-spinale et sérothérapie anti-méningococcique. — (N° 42, 29 mai.) Ed. Lesne et L. Dreyfus : La réaction à la tuberculine est-elle de l'anaphylaxie? — (N° 43, 2 juin.) G. Kuss : Recherches expérimentales sur le mode d'action des cures d'altitudes. — (N° 44, 5 juin.) G. Kuss : Recherches expérimentales sur le mode d'action des cures d'altitudes (*fin*).

Journal des praticiens. — (N° 17, 24 avril 1909.) Hutinel : Les bronchites locales du sommet. — Richelot : De l'eau chaude en gynécologie. — Da Costa-Ferreira : Disparition du signe d'Argyll-Robertson. — (N° 18, 1er mai.) Mathieu : Pathogénie de l'ulcère de l'estomac. — (N° 19, 8 mai.) Bar : Position actuelle du traitement du placenta previa. — Le Gendre : La question des purgatifs. — Legueu : Les blessures temporales par balles de revolver. — (N° 20, 15 mai.) Ch. Sabourin : Inconvénients et dangers des apyrétiques chez les phtisiques. — Castaigne : La sérothérapie et la vaccination anticancéreuse. — J.-Ch. Roux : L'inanition chez les nerveux. — (N° 21, 22 mai.) Gilbert Ballet : La mélancolie. — H. Huchard : Principales causes de l'artério-sclérose. — Brocq : Syphilides acnéiformes. — Pillet : Exploration et indications opératoires dans l'hypertrophie de la prostate. — (N° 22, 29 mai.) Schwartz : De l'emploi des empreintes plantaires chez les accidentés du travail. — H. Huchard et L.-A. Amblard : La tension artérielle dans les insuffisances aortiques. — Salignat : La dyspepsie névralgique des rhumatisants. — (N° 23, 5 juin.) Calot : Le traitement du mal de Pott.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Bordeaux. — M. Arnozan, professeur de thérapeutique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

M. Villar, professeur de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

Écoles de médecine. — Caen. — M. le docteur Paul Léger, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. le docteur Auvray, admis à faire valoir ses droits à la retraite, à partir du 1er novembre 1909.

— M. le docteur Charbonnier, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, vient d'être chargé du cours d'anatomie, de physiologie et de pathologie élémentaires aux élèves sages-femmes de première année, en remplacement de M. le docteur Noury, nommé à la chaire de clinique obstétricale.

— Nantes. — M. Ménier, ancien professeur de matière médicale, est nommé professeur honoraire.

Académie de médecine. — Un décret vient d'autoriser l'Académie de médecine à accepter le legs d'une somme de 25 000 francs dont les arrérages, accumulés pendant trois ans, serviront à fonder un prix perpétuel et triennal, dit *prix Potain*, qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de clinique médicale paru pendant chaque période triennale.

La VIe session du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie se tiendra à Toulouse, du 22 au 27 septembre 1910, sous la présidence de M. le professeur Kirmisson.

Les présidents de section seront : pour la pédiatrie, M. le professeur Kirmisson ; pour la gynécologie, M. le professeur Hartmann ; pour l'obstétrique, M. le professeur Rouvier (d'Alger).

Les demandes de renseignements devront être adressées au secrétaire général du Congrès, M. Audebert, professeur de clinique obstétricale, 1, place Matabiau, à Toulouse.

Le Comité d'organisation a choisi les questions suivantes, qui feront l'objet d'un rapport au Congrès de Toulouse :

Formes aiguës curables de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — Rapporteur : M. Avirагnet.

Eczéma des nourrissons. — Rapporteur : M. Rogaz.

Ostéomyélite vertébrale. — Rapporteur : M. Grisel.

Sténose pylorique des nourrissons. — Rapporteurs : MM. Frédet et Guillemot.

Megacôlon. — Rapporteur : M. Patel.

Tumeurs solides de l'ovaire. — Rapporteur : M. Mériel.

Rapports de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement. — Rapporteur : M. Audebert.

Pathogénie et traitement des vomissements graves de la grossesse. — Rapporteur : M. Fieux.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Lucien Belhomme (de Paris).

RENSEIGNEMENTS

MÉNINGITE TUBERCULEUSE ET SURINFECTION

Par MM. G. PAISSEAU et L. TIXIER.

(Travail du service et du laboratoire du professeur Hutinel.)

Au cours de l'épidémie de méningite cérébro-spinale actuelle, les cas suspects ont été l'objet d'une étude bactériologique qui répondait à la nécessité de poser les indications précises du traitement sérothérapique.

C'est à cet examen plus minutieux que nous devons de pouvoir rapporter un cas de méningite tuberculeuse surinfectée. L'existence de cette surinfection aurait pu, en effet, passer très facilement inaperçue chez notre malade qui ne présenta que pendant quelques heures des symptômes de méningite à prédominance spinale et dont le liquide céphalo-rachidien contenait des lymphocytes en grande abondance et presque à l'état de pureté.

La notion d'épidémicité surtout nous a conduits à pratiquer l'ensemencement du liquide qui seul révéla l'existence de l'infection surajoutée. Peut-être est-ce là une des causes de la rareté des observations de ce genre.

L'intérêt de ces faits, qui n'est pas purement théorique, réside dans l'étude de l'influence réciproque des deux infections, du retentissement que peut avoir sur la méningite tuberculeuse l'infection qui s'y superpose. Il peut être encore utile de rappeler les moyens cytologiques et bactériologiques qui pourraient servir à dépister l'intervention, au cours d'une méningite tuberculeuse, d'un autre germe que le bacille de Koch. Notre observation, jointe à quelques cas que nous avons pu relever dans la littérature médicale, nous permet d'esquisser cette étude.

Observation. — Bid... (Marthe), âgée de huit ans, est conduite dans le service de M. Broca, à l'hôpital des Enfants-Malades pour appendicite. Lorsque nous sommes appelés pour examiner l'enfant, le 30 mars 1909, il existe des symptômes de méningite confirmée tout à fait caractéristiques. L'enfant est pâle, couchée en chien de fusil, les jambes repliées sur les cuisses avec des signes oculaires très accusés : de la photophobie, un peu d'inégalité pupillaire et de nystagmus, mais surtout un strabisme interne tout à fait net de l'œil gauche.

Ces symptômes sont complétés par la constatation d'inégalités du pouls, d'une respiration suspirieuse, d'un ventre excavé, rétracté, permettant difficilement la palpation profonde, avec une vessie distendue ; la raie vaso-motrice est des plus nettes. Les téguments superficiels sont le siège d'une hyperesthésie, surtout intense au niveau de la paroi abdominale ; l'exploration des réflexes montre une abolition à peu près complète des réflexes rotuliens, un réflexe des orteils en extension ; le signe de Brudzinski apparaît très nettement.

Mais on est surtout frappé par l'importance des phénomènes de contracture : la nuque est raide et douloureuse et il existe, en outre, une raideur généralisée et très marquée du tronc et des membres, surtout inférieurs ; si l'on cherche à faire asseoir l'enfant, la tête se rejette en arrière, les muscles du dos se contractent et le signe de Kernig prend une intensité telle que les jambes se mettent presque en contact avec les cuisses et que la moindre tentative faite pour les étendre arrache des cris à la petite malade.

La température est à 38 degrés, il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines qui sont rares. En raison d'une intensité aussi grande des phénomènes de contracture et de l'existence d'un signe de Kernig aussi accusé, en raison aussi de la notion d'épidémicité et malgré que la ponction lombaire fournisse un liquide verdâtre plus semblable à celui d'une méningite tuberculeuse que d'une méningite cérébro-spinale, nous faisons suivre la ponction de l'injection de 30 centimètres cubes de sérum de Dopter dans la cavité rachidienne.

L'injection est répétée aux mêmes doses les deux jours suivants, sur la foi des examens bactériologiques. Les phénomènes de contracture ont manifestement diminué dès le lendemain de la première injection : la nuque est à peine raide, les membres sont plus souples, il n'y a plus d'opisthotonos, le Kernig est moins excessif et, cependant, cette amélioration symptomatique ne correspond nullement à une amélioration de l'état général ; tout au contraire l'enfant est plus déprimée, plus hébétée, somnolente et indifférente, le pouls reste irrégulier, le strabisme s'accentue encore, la constipation persiste et, cliniquement, la maladie a toutes les allures d'une méningite tuberculeuse.

Les antécédents et l'évolution antérieures de la maladie sont encore en faveur de cette manière de voir : la mère apprend, en effet, qu'un frère de la malade est actuellement soigné dans l'hôpital pour une ostéomyélite du pied et des abcès tuberculeux ; la malade elle-même, sans avoir présenté de maladie grave, a néanmoins toujours été délicate et souffreteuse.

Le début des accidents actuels remonte à une huitaine de jours avant l'entrée à l'hôpital, il s'est fait lentement et insidieusement : l'enfant s'est plainte de la tête, une constipation opiniâtre, résistant aux purgatifs, s'est installée et bientôt elle a dû s'aliter ; les accidents n'ont pris à aucun moment une allure aiguë et bruyante.

En raison des résultats absolument nuls de la sérothérapie, les injections sont supprimées.

Les jours suivants 3, 4, 5 avril, l'état s'aggrave peu à peu, la température oscille aux environs de 38 degrés, matin et soir ; la torpeur surtout devient inquiétante, le pouls s'accélère, extrêmement petit et rapide ; le 6 avril, la malade tombe dans le coma et succombe dans la nuit, sans avoir présenté des phénomènes convulsifs ni paralytiques.

Etude du liquide céphalo-rachidien. — *Première ponction lombaire* le 31 mars 1909. On retire 20 centimètres cubes d'un liquide verdâtre très légèrement louche. L'examen *cytologique* met en évidence une lymphocytose pure (gros lymphocytes opaques, 90 p. 100 et cellules en voie de désintégration, 10 p. 100) et beaucoup de globules sanguins. L'examen *chimique* du liquide centrifugé décèle une grande quantité d'albumine. L'examen *bactériologique* montre à l'examen direct quelques rares diplocoques en tous points semblables à ceux obtenus par la culture du liquide céphalo-rachidien ensemencé sur milieu sanglant. Les examens bactériologiques pratiqués par le docteur Nobécourt ont donné les résultats suivants :

Vingt-quatre heures après ensemencement sur gélose-sang, apparition de cultures opalines, blanches, arrondies, saillantes, grosses comme une tête d'épingle. L'examen sur lames de cette culture montre des diplocoques ne prenant pas le Gram, en tous points semblables au méningocoque de Weichselbaum.

Comme on est un peu surpris de voir les repiquages pousser avec une facilité et une rapidité extrême sur une vingtaine de milieux différents, et notamment sur la gélose ordinaire, on cherche l'agglutination de la culture pure au moyen du sérum antiméningococcique et l'influence du microorganisme sur les sucres.

La culture n'est nullement agglutinée par le sérum anti-

méningococcique, et les sucres ne sont pas réduits, comme cela aurait dû se produire s'il s'était agi d'un véritable méningocoque.

Nous étions donc en présence d'un pseudo-méningocoque.

L'examen bactériologique de la gorge met en évidence un coccus ne prenant pas le Gram, dont les caractères sont assez semblables à ceux du diplocoque trouvé dans le liquide céphalo-rachidien.

Deuxième ponction lombaire le 1er avril 1909, le lendemain de la première injection de sérum antiméningococcique dans le liquide céphalo-rachidien. Le liquide est toujours verdâtre, il s'écoule assez facilement, un peu moins vite toutefois que lors de la première ponction; on en retire environ 15 centimètres cubes. L'examen *cytologique* du culot de centrifugation permet de constater une modification dans le pourcentage des différentes variétés de leucocytes : polynucléaires assez abîmés, 58; lymphocytes, 30; mononucléaires de dimensions moyennes, 12; beaucoup de sang. La quantité d'albumine est toujours très importante. On ne trouve aucun microorganisme à l'examen direct, ni diplocoques, ni bacilles de Koch.

Troisième ponction lombaire le 2 avril 1909. Les caractères généraux du liquide céphalo-rachidien ne sont guère modifiés; le rapport des différents leucocytes est le suivant : polynucléaires assez abîmés, 30; petits lymphocytes opaques, 62; mononucléaires de dimensions moyennes, 8; aucun microorganisme sur les lames.

Inoculation de 6 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien dans le péritoine d'un cobaye le 2 avril 1909; un mois après l'animal succombe; on trouve des ganglions caséeux sous-péritonéaux et de nombreuses granulations tuberculeuses en voie de caséification. Bacilles de Koch indiscutables sur les frottis de la substance caséeuse.

Autopsie faite le 7 avril 1909, à dix heures du matin.

A l'ouverture de la dure-mère, il ne s'écoule pas de liquide; les veines du cortex sont seulement congestionnées; il n'existe en aucun endroit de pus entre les scissures comme chez un enfant mort de méningite cérébro-spinale; c'est tout au plus si en deux ou trois points la séreuse a un aspect un peu « dépoli ».

A la base de l'encéphale la quantité de liquide est assez importante et la pie-mère est notablement épaissie. Un seul exsudat vraiment purulent est noté à la face inférieure du vermis du cervelet; ses dimensions ont environ celles d'une pièce de 50 centimes.

En écartant les lèvres des scissures de Sylvius, nombreuses granulations tuberculeuses typiques.

Aucune lésion macroscopique au niveau de la moelle.

On trouve dans le *médiastin* de volumineux ganglions caséeux; à la partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche, noyau de tuberculose enkysté, dans le parenchyme pulmonaire environnant nombreuses granulations tuberculeuses en voie de caséification. (Poids du poumon gauche, 145 grammes).

Au niveau du poumon gauche congestion très marquée de la base et de la partie postérieure de l'organe. (Poids du poumon droit, 145 grammes).

Aucune lésion de granulie au niveau des différents autres viscères dont les poids sont sensiblement normaux pour l'âge de l'enfant : foie, 550 grammes; rate, 58 grammes; reins, 55 grammes chacun; cœur, 83 grammes. Sur la valvule mitrale, on note un léger exsudat qui ne semble pas de nature tuberculeuse.

Examen microscopique de différents fragments du cerveau et des méninges (quatre fragments prélevés, deux au niveau du cortex, un au niveau de la scissure de Sylvius du côté gauche, un au niveau du cervelet où l'exsudat fibrino-leucocytique était particulièrement abondant).

La congestion vasculaire est très accentuée, elle va par places jusqu'à l'hémorragie. Un manchon de leucocytes entoure tous les vaisseaux pie-mériens et s'insinue entre les scissures; la réaction cellulaire est uniquement constituée par des mononucléaires, des lymphocytes et des cellules endothéliales. En certains points, îlots de caséification avec dégénérescence des cellules suivant le type tuberculeux; mais il est impossible de mettre en évidence aucune cellule géante. La recherche de microorganismes sur une dizaine de coupes demeure négative (bacilles de Koch ou pseudo-méningocoques).

En résumé, chez notre malade, le diagnostic de méningite tuberculeuse avec association d'un diplocoque ne prenant pas le Gram (pseudo-méningocoque) est indiscutable.

Les résultats positifs fournis par l'inoculation au cobaye et les examens nécropsiques permettent d'affirmer la nature tuberculeuse de la méningite. D'autre part, l'existence d'une infection secondaire révélée par le résultat des ensemencements sur gélose-sang nous paraît démontrée par la constatation directe du microorganisme sur les lames préparées avec le culot du liquide retiré par ponction lombaire, ce qui permet d'écarter l'hypothèse d'une erreur de technique dans les ensemencements.

Ces faits sont rares, notre cas et quelques observations que nous avons relevées, permettent de présenter à leur propos quelques considérations cliniques, cytologiques et bactériologiques.

Influence de la surinfection sur l'évolution clinique de la méningite tuberculeuse. — Elle est à tel point variable que, tantôt il semble s'agir d'une méningite tuberculeuse, tantôt d'une méningite cérébro-spinale.

Dans le premier cas la méningite tuberculeuse peut ne présenter aucune particularité, cela n'a rien qui puisse surprendre dans une observation comme celle de Griffon et Abrami où il s'agit d'une infection secondaire agonique.

Mais Bernard ne relève pas d'anomalies cliniques au moment où son malade se surinfecte.

Dans notre cas les symptômes spinaux qui nous avaient conduits à pratiquer une injection de sérum antiméningococcique ont été très nets, mais des plus transitoires : au bout de vingt-quatre heures les modifications subies par les allures de la maladie nous amenaient à inoculer le cobaye avec le liquide céphalo-rachidien et il n'est pas douteux que, si l'ensemencement n'avait pas été fait le premier jour, nous aurions ensuite négligé de le pratiquer, la méningite n'avait cliniquement plus rien d'anormal et se caractérisait par une réaction purement lymphocytaire; les rares microbes rencontrés après coup sur les préparations directes auraient, en effet, presque certainement échappé à un observateur non prévenu. Nous ajouterons même qu'en présence d'une transformation aussi rapide on pourrait être tenté de faire intervenir l'action du sérum si l'étude bactériologique n'avait montré qu'il ne s'agissait que d'un pseudo-méningocoque.

En ce qui concerne son évolution générale et sa durée, notre méningite tuberculeuse ne semble pas avoir été sensiblement influencée par l'intervention du germe d'infection secondaire.

D'autres fois, au contraire, c'est la méningite

tuberculeuse qui s'efface devant l'infection secondaire : Armand-Delille et Babonneix font le diagnostic clinique de méningite cérébro-spinale, Marotte celui de septicémie avec réaction méningée, Bruneau et Hawthorn celui de méningite cérébro-spinale chez un tuberculeux, et l'inoculation seule leur révèle l'existence de la tuberculose méningée.

Dans certains cas enfin, comme ceux de Armand-Delille et Berthaut, de Porot, le diagnostic reste incertain jusqu'au bout.

On ne peut donc compter sur l'examen clinique qui ne révélera même pas toujours des anomalies susceptibles d'entraîner à une étude cytologique et bactériologique plus approfondie.

Caractères du liquide céphalo-rachidien. — *L'étude cytologique* du liquide céphalo-rachidien fournit-elle des renseignements plus précis ? Théoriquement la pullulation de germes d'infection secondaire au niveau des méninges devrait modifier la réaction lymphocytaire, formule habituelle des lésions causées par le bacille de Koch. Il peut en effet en être ainsi : Bernard relate un renversement des plus nets de cette formule sous l'influence de la surinfection survenue dans l'intervalle de deux examens. La méningite tuberculeuse surinfectée de A. Delille et Berthaut est, de même, une méningite à polynucléaires.

Ces cas sont loin d'être la règle et la formule peut n'être pas modifiée. Il en est ainsi dans le cas d'infection agonique de Griffon et Abrami ; chez notre malade il y eut une modification appréciable mais toute momentanée de la réaction, mais elle paraît avoir été provoquée par l'injection de sérum dont on connaît l'influence à cet égard.

Ces variations s'expliquent d'ailleurs facilement : il est vraisemblable que les réactions méningées lymphocytaires provoquées par le bacille de Koch sont plus durables que la polynucléose passagèrement déterminée par l'infection secondaire ; celle-ci doit probablement se produire mais peut être fugace et facilement passer inaperçue.

Les modifications cytologiques pourraient donc parfois servir à reconnaître l'intervention d'une infection secondaire au cours d'une méningite tuberculeuse, mais outre qu'elles peuvent manquer, les anomalies qu'on observe parfois, bien qu'exceptionnellement, dans les cas purs suffisent à ne conférer à la formule cytologique qu'un caractère de très grande probabilité.

On aurait pu se demander, à ce propos, si ces infections secondaires ne jouent pas un rôle dans les méningites à réactions anormales, à polynucléaires dans la tuberculose, lymphocytaires dans les infections cérébro-spinales épidémiques. Dans une discussion récente à la Société médicale des hôpitaux, M. Widal ne l'a pas pensé et, si la chose est possible, il faudrait, pour tenir compte de ce facteur, être édifié sur sa fréquence ; or il apparaît, jusqu'à présent, que les cas de surinfection sont encore plus rares que les méningites à réaction anormale (1).

(1) Debré, dans une étude parue récemment dans la *Presse médicale*, a relevé, au cours de l'épidémie actuelle, un certain nombre de cas de méningites associées.

En résumé, l'étude cytologique ne peut avoir que la valeur d'une présomption et la preuve d'une surinfection doit être, dans tous les cas, demandée à l'examen bactériologique.

L'examen bactériologique doit être fait par les ensemencements sur les différents milieux, la recherche des microbes contenus dans le culot de centrifugation du liquide retiré par ponction lombaire, très souvent longue et délicate en raison de leur rareté, n'est qu'un procédé de contrôle utile pour s'assurer que les germes obtenus par les ensemencements ne proviennent pas d'une faute d'asepsie.

Mais il existe alors une autre cause d'erreur : on peut se contenter de la notion de l'infection secondaire et c'est la méningite tuberculeuse qui risque d'être méconnue ; cette erreur est presque inévitable s'il n'y a pas contradiction évidente entre les renseignements fournis par la clinique et par la ponction lombaire, la tuberculose n'est plus alors qu'une trouvaille d'autopsie, il n'est pas même improbable qu'elle puisse ne pas être reconnue.

En effet, l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien pendant la vie est un procédé beaucoup plus sûr pour dépister les superinfections au cours de la méningite tuberculeuse que l'examen histologique des pièces d'autopsie. Si la constatation des germes a pu être faite sur les coupes comme dans les cas de Bernard, Delille et Babonneix, par contre il n'en est pas toujours ainsi. Il nous a été impossible de trouver le moindre micro-organisme : on sait avec quelle rapidité les germes d'infection secondaire peuvent disparaître du liquide céphalo-rachidien ; on sait aussi combien est parfois difficile la recherche du bacille de Koch, sans doute il existe, mais des coupes sériées sont souvent indispensables pour le mettre en évidence et c'est encore l'inoculation du liquide céphalo-rachidien qui le révélera le plus sûrement.

Il apparaît donc que les cas de surinfection, considérés dans leur ensemble, ont les caractères les plus variables tant cliniquement qu'en ce qui concerne les caractères cytologiques et bactériologiques du liquide céphalo-rachidien et qu'ils échappent à toute description générale.

Ces dissemblances peuvent tenir, soit à la nature des infections surajoutées, soit aux conditions dans lesquelles se sont produites, relativement l'une à l'autre, les deux infections.

On conçoit que des infections différentes ne produisent pas des effets comparables, que l'envahissement agonique coli-bacillaire (Griffon et Abrami) ne modifie sensiblement ni les allures cliniques ni la réaction cytologique de la méningite tuberculeuse, que la réaction méningée se produisant au cours d'une septicémie tétragénique (Marotte) se confonde avec la lymphocytose bacillaire. On pourrait penser qu'il en est autrement lorsqu'il s'agit d'un pathogène agissant sur les méninges à la façon du méningocoque et il n'est pas surprenant que l'infection aiguë fasse alors passer au second plan, pendant un certain temps tout au moins, l'infection chronique.

Il en est ainsi dans les observations de Delille et Babonneix où il s'agit bien du méningocoque de

Weichselbaum. Mais il serait prématuré de présenter des conclusions générales à ce sujet, le diagnostic bactériologique n'étant pas, en général, suffisamment étudié en ce qui concerne la question des pseudo-méningocoques que nous voyons intervenir dans notre cas. Dans la plupart des observations, en effet, remontant à une époque où ce point de bactériologie n'avait pas été précisé comme il l'est actuellement, la différenciation n'a pas été suffisamment prouvée pour affirmer qu'il s'agit du microbe de Weichselbaum.

Quoi qu'il en soit, les faits semblables à celui dont nous rapportons un exemple sont encore des raretés dont on ne peut dire s'ils doivent rester des curiosités ou apparaître assez fréquents pour qu'il faille en tenir compte en pratique.

Ils ne sauraient être reconnus, en effet, qu'à condition d'être recherchés, lorsqu'une anomalie aura conduit à soupçonner l'existence d'une infection intercurrente. L'un ou l'autre des deux processus parallèles est relégué au second plan et, à moins d'un hasard heureux, est susceptible de rester ignoré même après une étude suffisante du liquide céphalo-rachidien et une autopsie pratiquée dans des conditions régulières.

Bibliographie. — Bernard. *Lyon méd.*, 1901. — Bruneau et Hawthorn. *Marseille méd.*, 1902. — A. Delille et Babonneix. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1902. — A. Delille et Berthaut. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, 1907. — Griffon et Abrami. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 15 juin 1906. — Lemoine. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 15 mai 1898. — Leenhartz. *Cong. de méd. de Berlin*, 1877. — Marotte. *Bull. méd.*, 20 mars 1909. — Netter. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 mai 1898. — Porot. *Revue de méd.*, 1908.

FORMULAIRE

BATONS DE POMMADE CONTRE LES LÉSIONS DE LA FACE

Ces bâtons se prescrivent selon la formule d'Unna comme suit :

Oxyde de zinc	20 grammes.
Cire	25 —
Lanoline	55 —

ou :

Soufre	10 grammes.
Cire	30 —
Lanoline	60 —

Selon la formule d'Audry :

a. Paraffine	10 grammes.
Beurre de cacao	70 —

Faire fondre à une douce chaleur.

Dans un mortier préparer :

b. Oxyde de zinc (ou soufre)	15 grammes.
Huile d'olive	10 —

Mélanger les deux masses et mouler dans des tubes de verre huilés. (*Union pharm.*)

PLAQUES MUQUEUSES VULVAIRES

Tous les trois jours, cautérisation avec la solution au nitrate d'argent à 1 p. 30. Injections avec 2 litres d'eau matin et soir contenant deux cuillerées à soupe de la solution :

Thigénol	40 grammes.
Glycérine	200 —

Bains de siège.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 7 juillet 1909)

Injections sous-cutanées d'eau de la Bourboule. — M. Gilbert fait un rapport sur un travail de MM. Billard et Ferreyrolles sur l'emploi des injections d'eau de la Bourboule non stérilisée. Des expériences que les auteurs ont faites, d'abord sur les animaux, puis chez l'homme, il résulte que c'est là un excellent mode d'administration de l'arsenic.

La variole-vaccine. — M. Kelsch fait une très intéressante communication sur ce sujet, en son nom et au nom de MM. Tissier, Camus et Tanon.

La variole et la vaccine sont-elles identiques dans la nature, au point que la première soit apte à engendrer la seconde par son passage à travers l'organisme du bovidé, ou, d'une façon plus générale, quels sont les rapports génétiques entre l'une et l'autre ?

Telle est la question que les auteurs ont étudiée. En Allemagne, la variole-vaccine est devenue la souche vaccinale de presque tous les instituts.

En France, depuis un demi-siècle, des efforts sont tentés périodiquement pour convertir la variole en vaccine, ils n'ont abouti qu'à des résultats négatifs. Et, parmi ces expérimentateurs, se trouve M. Chauveau, qui, par deux fois, a consacré à cette entreprise des expériences qu'on peut qualifier de grandioses. Ce contraste est une obsession, et pour les médecins qui sont aux prises avec la variole à Aubervilliers, et pour ceux qui ont assumé la lourde tâche d'entretenir, d'améliorer et de renouveler les semences vaccinales de l'Académie. C'est sous la pression de ce sentiment commun qu'ils ont uni leurs efforts dans des recherches et des expériences qui font l'objet de ce travail.

Dans une première série d'expériences, huit génisses et un lapin ont été inoculés avec du virus variolique à l'hôpital d'Aubervilliers. Aucun de ces animaux n'a rendu de la vaccine, en échange de la variole reçue par eux. Chez tous, l'inoculation est restée stérile ; elle n'a eu d'autre effet que de les immuniser partiellement ou totalement contre l'inoculation vaccinale.

Ces échecs contrastent d'une manière si lamentable avec les succès à jet continu de leurs confrères allemands, que les auteurs en sont demeurés comme humiliés et qu'ils ont fini par se persuader que ce contraste devait tenir à quelque facteur qui, de part ou d'autre, s'introduit, à l'insu de l'expérimentateur, dans le mode opératoire, ou à quelque circonstance qui ne fixe point son attention. Au dernier Congrès vaccinal de Hambourg, ils ont entendu M. Mevius, directeur de l'Institut vaccinal d'Oppeln, exposer le fait suivant, réédition d'une observation déjà ancienne de M. Chauveau.

Un veau destiné à être variolisé est rasé par un barbier de la ville, dont les mains ni les instruments ne prennent jamais contact avec le vaccin. Après cette opération préliminaire, l'animal fut réintégré dans l'étable habituelle pour y attendre la variolisation, ajournée par suite d'un retard dans l'envoi du virus variolique. On se disposait à y procéder le sixième jour après le rasage, quand on s'aperçut que l'animal portait plusieurs pustules vaccinales classiques, nées spontanément, c'est-à-dire par le seul fait de son séjour à l'étable des génisses ! Il est évident que si le virus variolique était arrivé un peu plus tôt, le service vaccinal de l'Allemagne eût compté une souche variolo-vaccinale de plus, une souche qui, pourtant, ne devait rien à la variole.

Cette communication causa aux auteurs une impression profonde. Et, chose plus étonnante encore que le fait lui-même,

il leur sembla qu'ils furent les seuls à éprouver ce sentiment, car l'observation si suggestive de M. Mevius ne provoqua ni critique, ni même la moindre réflexion dans l'assistance. Ils ont alors ajouté à la série d'expériences d'Aubervilliers, une deuxième série, complémentaire de la précédente, qui, cette fois, a été effectuée où elle devait l'être, à l'institut vaccinogène de l'Académie.

Trois génisses furent inoculées à blanc, c'est-à-dire simplement avec de la glycérine, par 80 scarifications, et placées dans les étables des animaux vaccinifères. Toutefois, on leur attribua des stalles préalablement nettoyées et désinfectées au crésyl. Elles furent enveloppées de couvertures stériles qui furent renouvelées tous les soirs; elles avaient pour but de préserver le corps de l'animal du contact de la paille et des cloisons de séparation des stalles. Or, ce n'est point sans stupéfaction qu'ils découvrirent chez leurs animaux, entre le sixième et le dixième jour, respectivement cinq, dix et seize pustules vaccinales, siégeant toutes ou à peu près toutes au niveau d'une scarification. Bref, les auteurs leur ont donné de la glycérine, et ils leur ont rendu de la vaccine. L'atmosphère de l'écurie qui abrite d'habitude des vaccinifères a suffi pour déposer dans les scarifications assez de germes virulents pour y faire pousser un ou deux éléments spécifiques. Au lieu de se demander le pourquoi du contraste entre les succès de plus en plus fréquents des directeurs des instituts allemands, et la constance des insuccès des médecins français, ils se demanderont dorénavant si leurs confrères d'outre-Rhin ont toujours accompli leurs tentatives de transformation variolo-vaccinale loin de leurs centres vaccinogènes respectifs, avec des mains et des outils stériles. Et pour que cette orientation nouvelle de leur curiosité scientifique à l'égard de ce sujet n'ait rien de froissant pour eux, les auteurs adopteront la conclusion par laquelle M. Mevius a terminé sa très intéressante communication, « qu'il convient de faire des réserves à l'égard des résultats des tentatives de transformation variolo-vaccinale dans les instituts vaccinogènes, et que de pareilles recherches, pour être à l'abri de toute objection, doivent s'entourer de précautions plus rigoureuses que celles qui ont été mises en pratique jusqu'à présent ». Ils n'en demandent pas davantage.

Le signe du « flot transthoracique » dans les kystes hydatiques de la convexité du foie. — Chez deux malades atteints de kyste hydatique ascendant de la convexité du foie, M. Chauffard a constaté un signe nouveau, le *flot transthoracique*, obtenu en plaçant la main gauche en travers au-dessous de la pointe de l'omoplate droite, tandis que la main droite percute légèrement et au même niveau la paroi thoracique antérieure. On sent ainsi une ondulation vibratoire très nette, dont un des deux malades avait même l'*autoperception*. Dans l'un des cas, la percussion au-dessous des fausses côtes se sentait en arrière au-dessous de l'omoplate, le flot était donc *transabdomino-thoracique*.

Chez l'un des deux malades, le kyste était la seule lésion hépatique; chez l'autre, il était superposé à une cirrhose biliaire hypertrophique préexistante, créant ainsi un tableau clinique très complexe.

Les deux kystes étaient stériles, sans vésicules filles.

On sait que les épanchements pleurétiques ne donnent, par ce procédé d'exploration, aucune sensation vibratoire. Celle-ci faisait également défaut dans un grand abcès dysentérique de la convexité du foie, contenant 2 litres de pus. Au contraire, dans le kyste hydatique, la tension du liquide, l'état souple, lisse et élastique de la membrane kystique, sont des plus favorables à la production d'ondes vibratoires.

Il y a donc là un signe facile à percevoir, et qui peut être précieux pour faciliter le diagnostic différentiel des kystes ascendants du dôme hépatique, des grands abcès ayant même localisation, des épanchements de la plèvre droite.

Prophylaxie de la peste bovine par l'isolement individuel des contaminés. — M. Piot Bey (du Caire), dans un second mémoire sur ce sujet, apporte de nouvelles observations démontrant l'efficacité constante de cette méthode, et notamment son énorme supériorité sur la sérothérapie préventive, telle qu'elle est pratiquée par le service sanitaire égyptien. Il ajoute quelques considérations sur les modes de contagion de la peste bovine et sur la législation sanitaire en vigueur contre cette maladie dans les pays occidentaux.

De l'hétéroplastie orbitaire (greffe de l'œil de lapin) dans le but d'améliorer la prothèse. — M. Lagrange (de Bordeaux). Après l'énucléation, la prothèse la mieux faite donne souvent un résultat esthétique très médiocre; la pièce artificielle est trop enfoncée et peu mobile.

Tous les procédés qui ont été conseillés sont inutiles ou dangereux. Le meilleur moyen, simple et sans danger d'obtenir une très bonne prothèse, consiste à greffer un œil vivant dans la capsule de Tenon; il n'est pas possible de faire vivre cet œil complètement et sans atrophie; l'œil de lapin greffé diminue de volume, mais il en reste assez pour que le sujet ait un bon moignon très mobile si les muscles ont été bien suturés au devant de lui.

Les observations cliniques qu'il a recueillies depuis neuf ans démontrent la possibilité d'obtenir dans ces conditions des greffes définitives surtout chez les sujets jeunes, circonstance très heureuse parce que ce sont ceux-là surtout qui, après l'énucléation, ont besoin d'avoir un orbite bien rempli et un résultat esthétique parfait.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres nationaux. Au premier tour M. Lacassagne (de Lyon) est élu par 54 suffrages sur 72 votants. Au second tour M. Queirel (de Marseille) est élu par 37 suffrages sur 66 votants.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 3 juillet 1909)

Formule hémo-leucocytaire et tension artérielle de la chèvre en état de lactation physiologique. — M. A. Therre (de Vichy) établit la formule hémo-leucocytaire d'une race de chèvres très répandue en France : la race sans cornes, dite de Murcie.

Le nombre des globules rouges est en moyenne de 8 000 000, le chiffre des globules blancs oscille entre 6 et 8 000; la quantité de l'hémoglobine, entre 65 p. 100 et 70 p. 100. La tension artérielle, mesurée avec le sphygmométroscope de Amblard, s'est toujours maintenue entre 12,7 et 13,5.

La formule hémo-leucocytaire varie dans des proportions importantes suivant la race. Des numérations pratiquées sur des chèvres de la race pyrénéenne ont donné à l'auteur les chiffres suivants : globules rouges, 14 à 17 millions, se rapprochant de ceux donnés par Hayem (19 millions).

De la variabilité du complément et des causes d'erreur dans le syphilo-diagnostic par la réaction de fixation. — MM. A. Jousset et P. Paraskevopoulos. Des dosages de l'alexine du sérum de 89 sujets nous ont montré la grande variabilité de cet élément dans les conditions physio-pathologiques les plus diverses. En évaluant le complément par la mesure de l'hémolyse à laquelle il concourt, on obtient (échelle Tallquist) : sujets sains au repos, moyenne inférieure à 10; sujets sains après violent effort, moyenne 15; phtisiques, 25; syphilis récentes, moyenne 30; syphilis anciennes, 0 à 20; maladies diverses, 30 à 50. Dans l'état de santé, le sérum humain est donc peu alexique, surtout si on le compare à celui du cobaye (60 au moins). Ce fait suffit à mettre en garde les expérimentateurs contre les vices des

méthodes de diagnostic (le syphilo-diagnostic en particulier) qui utilisent la réaction de fixation « simplifiée », c'est-à-dire ne comportant avec l'antigène que le sérum du malade et le couple hémolytique sans complément de cobaye. L'absence d'hémolyse imputable dans certains cas, non à la déviation mais à l'absence ou à la diminution du complément humain, peut faire indûment conclure à une syphilis inexistante.

Aspergillus Fontoynonti nova Sp., parasite probable des nodosités juxta-articulaires. — M. Guégen. Sous le nom de nodosités juxta-articulaires, Jeanselme a décrit une affection nodulaire sous-cutanée assez répandue en Indo-Chine, et que Fontoynont a retrouvée à Madagascar. Ce dernier auteur a réussi à isoler, dans un cas, un aspergillus que ses caractères très spéciaux permettent de rapprocher de l'*Asp. Tokelau* (*asp. concentricus*), parasite de la teigne imbriquée de Manson. M. Guégen en étudie aujourd'hui les propriétés biologiques. Il se pourrait, dit-il, que ce parasite ne donne, à l'état parasitaire, que des formes oïdiennes incluses dans les macrophages ou dans les éléments de la nodosité. Les essais d'inoculation sont restés négatifs.

Mécanisme de la piqûre diabétique. — MM. Wertheimer et Batter. La glycosurie consécutive à la piqûre du bulbe est-elle due à une activité exagérée de la circulation hépatique (Cl. Bernard) ou à l'excitation de nerfs spéciaux glyco-sécréteurs? Nos expériences, utilisant l'atropine qui dissocie nettement les effets vasculaires et les effets sécrétoires des nerfs glandulaires, nous ramènent à la théorie de Cl. Bernard : la piqûre du bulbe n'agit sur le foie que par l'intermédiaire des vaso-moteurs.

Analyse du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse. — MM. Denigès et Sabrazès ont procédé à l'analyse chimique du liquide céphalo-rachidien dans plusieurs cas de méningite tuberculeuse. Voici leurs conclusions : l'albumine est en proportion forte, mais non exagérée; le sucre y présente un taux très bas; de même les chlorures; l'extrait est normal ; les Δ sont généralement diminués; la perméabilité au nitrate est très forte.

La rétro-péritonite. — M. Babes. C'est une inflammation propre du tissu rétro-péritonéal, habituellement chronique et qui provient de l'inflammation des organes rétro-péritonéaux; elle détermine à son tour l'inflammation du pancréas, des capsules surrénales, des reins, des ganglions lymphatiques et sympathiques, etc.

Lésions des centres nerveux dans la méningite cérébro-spinale. — MM. Boinet et Rouslacroix. Dans notre cas, les altérations dégénératives étaient très marquées dans les centres nerveux supérieurs, alors que, dans la moelle, on constatait presque exclusivement des lésions irritatives avec congestion hémorragique.

Sur la recherche de l'indol dans les cultures microbiennes à l'aide des nouveaux réactifs. — M. A. Sicre. L'application des nouveaux réactifs sensibles (diméthylamino-benzaldéhyde, vanilline, aldéhyde cinnamique, furfurol) à la recherche de l'indol dans les cultures microbiennes peut donner lieu à des erreurs, dues à la teneur plus ou moins élevée des peptones commerciales en indol.

La peptone spongieuse de Chaix qui ne renferme pas d'indol décelable par tous ces réactifs conviendrait le mieux pour la préparation des milieux, si elle donnait des cultures plus riches. Les peptones de Witte et de Poulenc, parmi les autres, sont utilisables, quoique renfermant des traces d'indol appréciables.

Il faut les utiliser en solution faible à 1 p. 100 et y cultiver le microbe que l'on veut étudier en présence de l'air et en anaérobiose, ce dernier mode de culture donnant les plus grandes quantités d'indol.

Dans la culture, après quarante-huit heures d'étuve à 37 degrés, la recherche de l'indol doit être opérée en présence d'un tube témoin et le dosage doit être fait si possible par colorimétrie, en présence d'une échelle préparée extemporanément avec une solution titrée d'indol pur.

Sur la toxicité de l'amygdaline en injection intra-péritonéale. — MM. Roger et Garnier ont montré précédemment que le saccharose introduit dans la cavité péritonéale du lapin attire l'invertine intestinal, si bien qu'on ne retrouve dans l'urine qu'une partie de la dose injectée. Ce résultat leur permet d'expliquer un fait curieux qu'ils ont constaté en étudiant l'amygdaline. En effet, ce glucoside introduit dans les veines à la dose d'un gramme est toujours parfaitement supporté ; au contraire, une dose bien moindre injectée dans le péritoine détermine le plus souvent la mort, qui arrive avec les symptômes de l'empoisonnement par l'acide cyanhydrique; c'est que le ferment qui dédouble l'amygdaline passe à travers la paroi intestinale, comme le faisait l'invertine dans une expérience sur le saccharose ; le dédoublement a lieu dans le péritoine et l'animal est empoisonné. Ainsi l'injection d'une substance dans la cavité péritonéale n'équivaut pas du tout à son introduction sous la peau où dans les veines, et c'est là une remarque qui a son importance dans les recherches de physiologie et de toxicologie.

Passage de la méthémoglobine musculaire à travers le rein. — MM. Jean Camus et Ph. Pagniez ont, dans des travaux antérieurs, montré que l'injection d'une faible quantité de suc musculaire rouge donne de l'hémoglobinurie. Une série de faits tendent à établir que, dans cette expérience, c'est indiscutablement l'hémoglobine du muscle qui traverse le rein. La preuve la plus directe que l'on pourrait apporter en faveur de cette thèse consisterait évidemment à montrer que l'hémoglobine contenue dans l'urine est bien de l'hémoglobine musculaire et non de l'hémoglobine globulaire. La différenciation chimique ou spectroscopique entre les deux hémoglobines est encore impossible actuellement.

MM. J. Camus et Ph. Pagniez, pour tourner cette difficulté, ont cherché à marquer d'un signe précis l'hémoglobine musculaire avant de l'injecter dans les veines du chien. Ils ont atteint ce but en transformant l'hémoglobine en méthémoglobine. Le suc musculaire traité par quelques gouttes d'une solution de ferricyanure de potassium devient brunâtre en même temps qu'il pâlit, et les caractères spectroscopiques de la méthémoglobine apparaissent. Cette solution de méthémoglobine musculaire injectée dans la circulation du chien provoque en quelques minutes l'apparition de la méthémoglobine dans l'urine.

Si l'injection d'hémoglobine musculaire est suivie d'hémoglobinurie et l'injection de méthémoglobine, de méthémoglobinurie, il paraît certain que la substance trouvée dans l'urine est bien celle qui a été injectée.

D'autre part, en répétant la même expérience avec de l'hémoglobine globulaire, on peut constater que l'injection de quantités de méthémoglobine globulaire aux mêmes doses n'est suivie du passage ni de méthémoglobine, ni d'hémoglobine dans l'urine. Ici comme avec l'hémoglobine il faut pour forcer le rein avec la matière colorante du globule recourir à des quantités beaucoup plus élevées que celles qui suffisent quand on s'adresse à la matière colorante du muscle. C'est là une preuve directe et évidente de la différence de passage de ces deux hémoglobines globulaire et musculaire à travers le rein.

Quelques particularités sur la structure des veines sus-hépatiques. — MM. Gilbert et M. Villaret, au cours de leurs injections colorées du système porte, ont pu constater, à l'intérieur du foie de chien, au niveau des veines sus-hépatiques, les particularités suivantes. Les veines un peu volumineuses possèdent, incluses dans leur paroi musculo-con-

jonctive souvent très épaisse, des lacunes plus ou moins circulairement rangées autour de la lumière vasculaire. Les auteurs leur assignent une origine lymphatique; en effet leur contenu ne se colore pas ou ne se colore que par diffusion lorsque la masse à injection distend le système vasculaire du foie, et, d'autre part, elles ressemblent absolument aux lymphatiques de l'espace porte. Les capillaires lobulaires s'abouchent dans la lumière des veines sus-hépatiques en formant d'abord autour d'elles des renflements anastomosés et groupés sous forme d'un anneau circulaire; il en fait de place en place un capillaire perforant la paroi veineuse. La lumière sus-hépatique, à défaut de valvules, possède des replis pariétaux, incapables de s'opposer au reflux de la masse à injection. Chez l'homme, le cobaye, le lapin, ces détails sont beaucoup moins nets, mais peuvent en partie se retrouver.

Capacité respiratoire du sang. — M. Grehant indique une technique nouvelle pour mesurer la capacité respiratoire du sang de divers animaux qui consiste dans l'agitation d'un certain volume de sang, 40 centimètres cubes, avec de l'oxyde de carbone pur. On extrait d'abord à 40 degrés les gaz inclus dans la masse sanguine, à l'aide de la pompe à mercure, puis on ajoute au sang un volume égal d'acide phosphorique trihydraté en portant la température du bain d'un à 100 degrés.

L'analyse eudiométrique des gaz obtenus a donné chez le lapin une capacité respiratoire égale à 10,8 et pour le sang de porc une capacité respiratoire égale à 19,4.

Ictère et urobilinhémie hémolytiques au cours de la pneumonie. — D'après M. Troisier, l'ictère qui se rencontre si fréquemment au cours de la pneumonie doit être considéré comme un ictère hémolytique. Dans cet ictère, on constate dans le sérum sanguin non seulement des pigments biliaires mais de l'urobiline (méthode A. Grigand). Les matières fécales contiennent une très grande proportion d'urobiline, ce qui doit prouver l'hypersécrétion biliaire. La résistance des hématies du sang périphérique n'est jamais diminuée.

Ce nouveau type d'ictère hémolytique est intermédiaire entre l'ictère hémolytique généralisé (Chauffard) et l'ictère hémolytique local (Guillain et Troisier) : s'il s'agit bien d'un ictère hémolytique généralisé grâce à la diffusion des pigments dans l'organisme, il reconnaît pour origine une lésion globulaire locale avec fragilité des hématies extravasées dans les alvéoles pulmonaires.

Etude de quelques germes isolés du rhino-pharynx, analogues au méningocoque. — M. Dopter, au cours de multiples examens bactériologiques du mucus rhino-pharyngé, a observé, outre les méningocoques vrais et les pseudo-méningocoques de V. Lingelsheim, d'autres germes dont il a fait l'étude complète, destinée à déterminer leur véritable nature. Ce sont des coccus en grains de café, ne prenant pas le Gram, présentant des cultures et des fermentations sucrées semblables à celles des méningocoques, mais en différant en ce qu'ils ne sont pas agglutinés par le sérum anti-méningococcique.

Quels sont ces germes, qui paraissent presque identiques au méningocoque?

La réaction de Kraus a montré que leur extrait autolytique donnerait un précipité plus ou moins abondant en présence du sérum anti-méningococcique; mais l'épreuve de la saturation des précipitines, que M. Dopter a précédemment fait connaître, démontre nettement qu'il s'agit, non de précipitines spécifiques, mais de co-précipitines. En ce sens, les germes en question s'écartent du méningocoque. Par contre, ils dévient franchement le complément, comme ce dernier, et contrairement aux pseudo-méningocoques.

On peut donc admettre que les microbes étudiés, qui se différencient nettement de ceux-ci, se rapprochent beaucoup du méningocoque, par cette dernière réaction de spécificité, mais doivent néanmoins être rangés dans une catégorie particulière, et pourraient mériter l'étiquette de « para-méningocoques » en opposition avec les pseudo-méningocoques de V. Lingelsheim.

Note sur la tuberculine pour intra-dermo réaction. — M. Ch. Mantoux. Un certain nombre de malades manifestement tuberculeux et non cachectiques ne réagissaient pas à l'intra-dermo-réaction à la tuberculine. M. Ch. Mantoux a pu se convaincre que l'on avait dans ces cas employé des ampoules de tuberculine de l'Institut Pasteur provenant d'une série préparée depuis quelques semaines et pour lesquelles on avait remplacé la stérilisation à l'autoclave précédemment en usage par la filtration et le chauffage au bainmarie. Le retour à la technique primitive a permis d'obtenir à nouveau des ampoules de tuberculine dont l'activité est parfaitement satisfaisante.

La réaction de Wassermann dans les affections cardio-vasculaires d'origine indéterminée. — MM. Ch. Laubry et Parvu ont pratiqué la réaction de Wassermann chez 40 malades atteints d'affections cardio-vasculaires d'origine douteuse ou indéterminée à affections mitrales et aortiques, artério-sclérose, artérites diffuses. Ils l'ont trouvée un certain nombre de fois positive, dans une proportion très faible chez les mitraux, plus forte quoique légère chez les artério-scléreux, nette et prédominante chez les aortiques, presque constante dans les cas d'artérite périphérique avec gangrène disséminée. Chez deux malades atteints de cette dernière affection et en l'absence de tout antécédent syphilitique apparent ou avoué, le traitement institué après réaction amena une sédation remarquable des accidents.

Election. — M. Claude est nommé membre de la Société, par 30 voix sur 51 votants.

(A suivre.)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'HYPOSYSTOLIE

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 4 ou 5 jours. Interrompre 8 à 15 jours, puis reprendre. Les doses de 1/10 de milligramme poursuivies 10 jours et interrompues 10 jours sont encore préférables.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES

DES

TUMEURS CÉRÉBRALES (1)

F. Les **troubles intellectuels** consistent surtout en abrutissement et en torpeur; leur pathogénie est complexe (céphalée, perte des sens spéciaux, etc.).

G. Les **troubles de la respiration et du pouls.** — Le pouls est inégal, quelquefois ralenti; la respiration est ralentie ou irrégulière; elle peut prendre le type de Cheyne-Stokes. Ces

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 74, p. 950.

troubles sont dus à l'action de l'hypertension cranienne sur l'écorce, le bulbe et les origines du vago-spinal.

Aucun de ces signes de compression générale n'est pathognomonique. Cependant leur ensemble doit toujours faire penser à une tumeur cérébrale, et il faut les rechercher systématiquement dans tous les cas.

L'hypertension intra-cranienne traduit encore son existence par d'autres symptômes : α. *résultats de la ponction lombaire* : le liquide coule en jet, sa pression, mesurée au manomètre (Lejonne, Lewkowicz) est très supérieure à la normale (à condition qu'il y ait communication entre les espaces sous-arachnoïdiens de l'encéphale et de la moelle); souvent il contient une quantité anormale d'albumine; quelquefois, il présente une réaction cellulaire, d'ailleurs variable; β. abolition fréquente des réflexes tendineux, ataxie et *autres phénomènes d'ordre tabétique*, dus à la compression et à la dislocation des racines postérieures par le liquide céphalo-rachidien en état d'hypertension (Lejonne).

II. **Signes de compression locale.** — *Symptômes de foyer.* — Les symptômes précédents permettent d'affirmer l'existence d'une T. C. : les suivants permettent d'en déterminer le siège.

§ I. Circonvolutions externes et internes (fig. 1). — A. Lobe frontal. — Cliniquement, ce lobe doit être divisé en deux régions : *a.* une antérieure ou *lobe préfrontal*; *b.* une postérieure, comprenant la zone rolandique et le pied des trois frontales (Raymond).

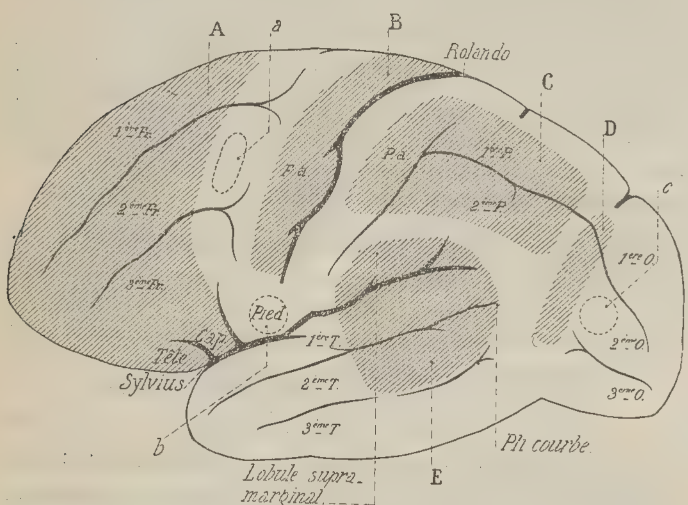


Fig. 1. — *Localisations cérébrales de l'hémisphère gauche.* — En hachures : A. Lobe préfrontal; B. Zone motrice; C. Zone de l'apraxie des membres; D. Aphasie optique; E. Territoire de Wernicke. — En pointillé, les localisations contestées : *a.* agraphie; *b.* aphasie; *c.* cécité verbale ordinaire.

1. Les tumeurs du *lobe préfrontal* peuvent : *a.* ou rester absolument muettes; *b.* ou se caractériser par : α. de l'hypocondrie, des accès de manie ou de démence; β. de la perversion morale [tumeurs du lobe orbitaire (L. Welt)]; γ. un mélange d'affaiblissement intellectuel et d'excitation gaie (Jastrowitz); et δ. exceptionnellement, par de l'ataxie.

2. Les tumeurs de la *zone rolandique* (frontale ascendante seule) donnent lieu à des : *a.* Troubles moteurs : α. *Epilepsie partielle* (corticale, bravais-jacksonnienne, symptomatique). Chaque accès débute par une aura (sensitive, sensorielle, motrice, vaso-motrice ou psychique), constante pour un même sujet, et se continue par des convulsions passant par les trois phases tonique, clonique et résolutive, convulsions d'abord localisées (type *brachial, crural* ou *facial*), puis pouvant s'étendre à une moitié du corps. Ces crises se différencient de celles de l'épilepsie en ce qu'elles ne sont pas annoncées par un cri, elles ne s'accompagnent pas généralement de perte de connaissance (pas de morsure de la langue, pas d'incontinence d'urine); elles sont parfois suivies de paralysies passagères (*paralysies post-épileptoïdes*) ou durables. L'épilepsie bravais-jacksonnienne, qui est le plus souvent *motrice*, peut être aussi *sensitive* ou *psychique* (*équivalents*). Sa valeur séméiologique est extrême. Cependant : *a.* elle peut exister dans certains cas de tumeurs non rolandiques (par irritation de voisinage [Dieulafoy]); *b.* elle ne renseigne nullement sur la nature de la lésion : « En matière d'épilepsie corticale, la cause n'est rien, le siège de l'influence épileptogène est tout » (Charcot).

β. *Paralysies* : suivent ordinairement les accès d'épilepsie partielle; d'abord transitoires, elles ne tardent pas à devenir permanentes et à se compliquer de contractures; elles affectent généralement le type hémi ou monoplégique.

γ. *Epilepsie généralisée*; et δ. *Ataxie* : rares.

b. Troubles sensitifs. — Hémianesthésie plus marquée aux membres supérieurs qu'aux inférieurs, à l'extrémité des membres qu'à la racine, ne frappant pas les sens spéciaux, tendant à disparaître dans l'ordre inverse de son apparition, moins complète que dans l'hystérie (Déjerine); quelquefois (Lhermitte) troubles de la sensibilité à disposition radiculaire.

3. Il y a encore quelques années, on admettait que les tumeurs du *pied de la troisième circonvolution frontale gauche* se caractérisaient par de l'*aphasie motrice* (aphémie, aphasie type Bouillaud-Broca), c'est-à-dire par l'oubli du procédé à suivre pour l'articulation des mots (Bernard). Aujourd'hui, à la suite des recherches de M. P. Marie (1), cette localisation n'est plus admise. En effet, on connaît des cas d'aphasie motrice où le centre de Broca était intact et d'autres où, le même centre étant lésé, l'aphasie motrice faisait complètement défaut. Pour M. P. Marie, « le seul territoire cérébral dont la lésion produise l'aphasie, c'est le territoire dit de Wernicke (gyrus supra-marginalis), pli courbe et pied des deux premières temporales ». A ces lésions, qui expliquent le déficit intellectuel présenté par ces malades, s'en associent d'autres, localisées au noyau lenticulaire, et qui expliquent l'anarthrie.

4. *Pied de la deuxième frontale gauche.* — Jadis, on supposait que les tumeurs de cette région déterminaient de l'*agraphie*. Pour Déjerine et Miraillé, Monakow, cette théorie est inexacte, l'agraphie dépendant toujours de l'aphasie motrice ou sensorielle, et l'on ne croit plus guère aujourd'hui à un centre spécial de l'écriture.

B. On a attribué aux T. C. du lobe pariétal, la symptomatologie suivante : a. *alexie*, c'est-à-dire perte de la faculté de distinguer les signes du langage écrit : ce trouble, que l'on avait attribué à une lésion du lobe pariétal gauche, dépend en réalité d'une lésion du lobe occipital du même côté; b. *agraphie* : il n'existe de ce symptôme qu'une seule observation (Oppenheim), d'ailleurs peu concluante; c. *troubles du sens musculaire* (Redlich) : ces troubles semblent en effet pouvoir résulter d'une lésion des lobes pariétaux; d. *ptosis cortical* : les lésions de la partie antérieure de la deuxième circonvolution pariétale (*lobule supra-marginal*) donneraient lieu à du ptosis croisé, théorie contestée; e. *apraxie des membres*. Sous le nom d'*apraxie* (Liepmann), on désigne des troubles moteurs indépendants de toute lésion musculaire ou névritique, et qui, au premier abord, semblent relever de la démence : les malades essayent de chausser leur chapeau, d'allumer un porte-plume, de manger leur soupe avec une fourchette. Comment expliquer ce phénomène? Pour effectuer un mouvement un peu compliqué, il faut, à l'état normal (Wernicke) : 1° percevoir une impression sensorielle déterminée; 2° l'identifier, et, par suite élaborer l'idée de la réponse motrice à lui faire; 3° effectuer cette réponse. Dans certaines circonstances pathologiques, l'idée initiale de la réponse motrice (*formule kinétique* de Liepmann) ne se produit pas ou se produit d'une façon défectueuse; la réalisation de l'acte qu'elle évoque sera donc impossible ou défectueuse (*apraxie idéatoire*); ou encore, la formule kinétique est correcte, mais ne peut être convenablement traduite, parce que les diverses régions de l'écorce où prennent naissance les idées élémentaires qui la composent ne peuvent plus communiquer avec le centre cortico-moteur du membre. Il s'agit alors d'*apraxie motrice*, liée, pour les membres, à une lésion de la substance blanche du lobe pariétal gauche. (V. pour plus de détails : Duterque. *L'apraxie*, Th. de Paris, 1909, n° 216.)

(A suivre.)

(1) V. P. Marie. *Sem. méd.*, 1906, n° 21; Moutier. Th. de Paris, 1908, et Revue générale de la *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 104.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819 52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 7 juillet 1909 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Bassompierre, nommé directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie; Béchard, directeur du service de santé de la division d'Oran; Lambert, directeur du service de santé de la division de Constantine; Berthier passe médecin chef à l'hôpit. milit. de Belfort.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Lebastard passe à l'hôpit. milit. de Bordeaux.

Médecins-majors de première classe. — MM. Poirier, passe à l'hôpit. milit. d'Oran; Lalitte, à l'hôpit. milit. de Dunkerque.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES (Buda-Pesth, 29 août-4 septembre 1909). — Le comité français d'organisation de la VIIe section (Annexe : chirurgie orthopédique) est ainsi composé : président, M. Kirmisson; vice-président, M. P. Redard; secrétaire général, M. Froelich; membres, MM. Bilhaut, Calot, Denucé, Desfosses, Grisel, Gourdon, Mencière, Nové-Josserand, Princeteau, Rieffel.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-sixième semaine, 813 décès, au lieu de 781 pendant la semaine précédente et de 836, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 26, au lieu de 19 pendant la semaine précédente (moyenne 28).

La rougeole a causé 9 décès, au lieu de 19 pendant la semaine précédente (moyenne 14). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 472, au lieu de 402 pendant la semaine précédente (moyenne 348).

La scarlatine a causé 6 décès au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 237, il s'élevait à 247 pendant la semaine précédente (moyenne 192).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 105 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 106).

La phtisie pulmonaire a causé 160 décès (moyenne 193).

On a signalé en outre 6 cas de méningite cérébro-spinale.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 7 juillet 1909, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 19 juillet, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

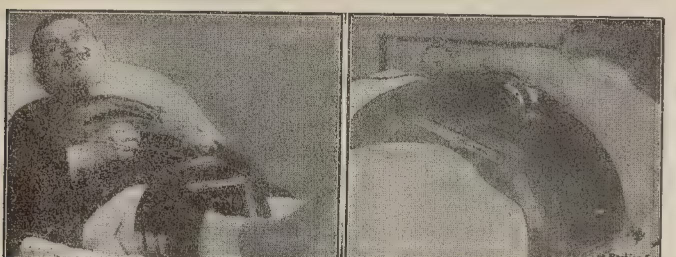
La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

— *Train spécial, à prix très réduits, de Marseille à Paris, en 3e classe.* — Départ de Marseille le 12 juillet, à 11 h. 27 matin; arrivée à Paris, le 13, à 5 h. 20 matin. Le nombre des places est limité.

Les voyageurs partant des gares non desservies par le train spécial ont la faculté d'aller rejoindre celui-ci par les trains omnibus du service ordinaire.

Retour, au gré des voyageurs, à dater du 17 juillet, jusqu'au 22 juillet inclus, par tous les trains omnibus et par les express nos 51 et 53 partant respectivement de Paris à 7 h. 10 matin et 11 h. 40 matin.

Les voyageurs à destination d'Auxonne et de ses au-delà vers Bezançon et Pontarlier pourront également utiliser le train express, n° 501 partant de Paris à 7 h. 55 soir.



REVUE GÉNÉRALE (1)

L'INFECTION ÉBERTHIENNE BILIAIRE AIGUE (2)

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE,
Médecin des hôpitaux de Paris.

II. — *Cholécystites aiguës tardives.* — Les cholécystites aiguës tardives sont celles qui surviennent dans les convalescences de la dothiénentérie. Elles évoluent comme les précoces et revêtent le type catarrhal, perforant ou purulent, dont les symptômes, plus nets que dans les cholécystites précoces, ne risquent pas d'être confondus avec ceux de la fièvre typhoïde.

1° *Cholécystite aiguë, catarrhale.* — Elle se caractérise essentiellement par une douleur brusque, dans l'hypochondre droit, avec tuméfaction perceptible au point cystique et accessoirement contracture du grand droit, à droite, fièvre parfois, vomissements, accélération du pouls et ictère.

Trois observations de Neilson, Shœmaker et moi-même répondent à ce type.

2° *Cholécystite aiguë, perforante.* — Elle se caractérise essentiellement par la douleur brusque en coup de poignard, la réaction intense du sympathique abdominal, vomissements, refroidissement des extrémités, ventre tendu, tachycardie, et signes habituels de péritonite par perforation, généralisée ou localisée, selon l'absence ou l'existence antérieure de péricholécystite et d'adhérences.

3° *Cholécystite aiguë, purulente.* — Elle se manifeste généralement par l'apparition et la persistance de la fièvre à grandes oscillations, la gravité de l'état général, le teint terreux, les frissons, la fréquence des réactions péritonéales de *péricholécystite*, mais dans certains cas, tout signe clinique de suppuration manque, comme dans le cas de Le Gendre; il faut alors recourir à l'examen du sang: l'hyperleucocytose avec polynucléose permet quelquefois le diagnostic, comme nous l'avons vu, mais parfois aussi cette réaction manque; d'où cette conclusion pratique qu'en cas de doute et même en l'absence de signes de suppuration, il faut opérer et ouvrir le vésicule.

III. — *Cholécystites primitives.* — Ces faits qui sont encore très rares, car on ne les rapporte pas toujours à leur véritable cause, la fièvre typhoïde manquant pour aiguiller le diagnostic étiologique, ont la symptomatologie habituelle aux cholécystites aiguës, catarrhales, purulentes, perforantes, comme on le voit par les 4 observations publiées de Guarnieri, Longuet, Le Gendre, Bezançon et Philibert.

IV. — *Cholécystites chroniques lithogènes.* — C'est simplement comme séquelle très fréquente des cholécystites éberthiennes primitives ou secondaires à la fièvre typhoïde que nous devions citer ici la lithiase biliaire, dont l'origine infectieuse et souvent éberthienne est aujourd'hui démontrée, à la suite de Galippe et Hanot, par Gilbert, Dominici, Fournier, etc.

Diagnostic. — Il doit être fait non seulement par la méthode *clinique*, qui permet surtout de reconnaître la localisation de l'infection, mais encore par la méthode *bactériologique*, qui seule démontre la nature exacte du microbe infectant.

A. — Diagnostic clinique. — Ce diagnostic, étant surtout localisateur, diffère selon qu'il s'agit d'angiocholites ou de cholécystites.

I. — *Diagnostic clinique des angiocholites aiguës.* — Ces angiocholites qui revêtent l'un des trois types d'ictères infectieux moyen, catarrhal ou grave, doivent être reconnues dans deux conditions différentes: selon qu'elles sont *liées à la fièvre typhoïde* ou qu'elles sont cliniquement *primitives*.

1° Dans le *premier cas*, on ne confondra pas l'*angiocholite aiguë à forme d'ictère infectieux de moyenne intensité* avec:

a) Une *oblitération calculeuse du cholédoque*, qui s'accompagne de décoloration totale et persistante des matières fécales, a été précédée de douleurs dans l'hypochondre droit et ne présente pas le tableau fébrile de la dothiénentérie;

b) une *fièvre bilieuse d'origine paludéenne*, mais la rate est grosse et l'on trouve des antécédents d'infection malarienne;

c) une *infection biliaire d'aspect typhoïde* autre que l'infection éberthienne; la cause d'erreur peut être double: on prendra pour la dothiénentérie ce qui n'est que l'expression d'un état général grave, mais sans taches rosées lenticulaires, sans catarrhe pulmonaire, sans gargouillement iliaque et sans le rapport classique dans la fièvre typhoïde de la courbe du pouls et de la température; on prendra pour un ictère infectieux, dont il reste à déterminer la nature par la méthode bactériologique, l'angiocholite survenue au cours de la fièvre typhoïde, dont elle efface, par sa symptomatologie surajoutée, le tableau clinique;

d) enfin une *cholécystite éberthienne aiguë avec rétention biliaire*, qui ne diffère de l'angiocholite que par la prédominance de sa localisation vésiculaire.

On ne confondra pas l'*angiocholite aiguë à forme d'ictère catarrhal* avec un simple ictère par rétention d'origine calculeuse ou un ictère émotif, car la symptomatologie de cet ictère catarrhal est trop légère pour modifier l'évolution de la fièvre typhoïde et la constatation d'un simple ictère sans retentissement général permet par là même de faire le diagnostic. On n'a pas encore, en effet, décrit d'*ictères hémolytiques* au cours de la dothiénentérie; s'ils existent, ils diffèrent de l'ictère catarrhal par la persistance de la coloration des matières, la diminution de la résistance globulaire, la microcythémie et les hématies granuleuses. Il serait donc intéressant de rechercher à l'avenir ce syndrome.

On ne confondra pas, enfin, l'*angiocholite aiguë à forme d'ictère grave* avec:

---

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 75, p. 955.

a) La *fièvre jaune*, bien caractérisée par ses conditions climatériques et régionales;

b) Les autres *ictères graves* d'origine infectieuse, streptococcique, pneumococcique, etc., dont l'hémoculture, comme dans les cas récents de Quénu et Joltrain, établira la nature;

c) Le *typhus angio-hépatique de Landouzy*, type morbide parmi les syndromes purpuriques, qui n'est que l'expression clinique d'une toxi-infection intense et variable agissant particulièrement sur le foie : il n'y a pas là prédominance d'angiocholite et pas forcément d'ictère;

d) L'*insuffisance hépatique aiguë*, enfin, telle que l'a décrite le professeur Roger et dont j'ai publié des faits, et qui, non plus, ne s'accompagne pas d'ictère.

2° Dans le *deuxième cas* des angiocholites aiguës cliniquement primitives, le diagnostic ne pourra se faire que par la méthode bactériologique. Tout au plus pourront-elles être soupçonnées quand il y aura des prodromes généraux et digestifs, tels que céphalée, asthénie, épistaxis, état saburral de la langue et constipation, des possibilités de contagion ou des conditions d'endémicité ou d'épidémicité.

II. — *Diagnostic clinique des cholécystites aiguës.* — L'erreur à éviter est double, mais de conséquences très différentes : c'est, dans le cas des cholécystites liées à la fièvre typhoïde, de les méconnaître; c'est, dans le cas des cholécystites éberthiennes cliniquement primitives, de ne pas les rapporter à leur véritable cause. La première erreur peut entraîner la mort; la deuxième n'a souvent qu'un intérêt théorique.

1° Dans le premier cas, des *cholécystites aiguës liées à la fièvre typhoïde*, il faut encore distinguer selon que la cholécystite est précoce ou tardive, survient dans le cours ou la convalescence de la dothiénentérie et selon qu'elle est catarrhale, ulcéreuse et perforante ou purulente.

Le diagnostic des cholécystites *précoces* est souvent très difficile à cause de la complexité des symptômes.

Ainsi la *douleur* de la cholécystite catarrhale peut être prise pour la simple douleur iliaque habituelle des typhiques. S'exagère-t-elle, dit Quénu, on pense naturellement à une propagation de l'inflammation des plaques de Peyer, à une réaction péritonitique au voisinage de ces plaques ulcérées, à l'extension de l'inflammation à l'appendice, ou à une perforation intestinale.

On avait pu espérer que le signe de Rovsing permettrait de distinguer l'*appendicite* même haut située de la cholécystite. On sait en quoi consiste ce signe. La main gauche étant appliquée à plat sur le côlon descendant, on appuie sur ses doigts avec la main droite et, tout en continuant à comprimer le côlon, on fait glisser les mains de bas en haut vers l'angle splénique, de façon à refouler vers le cæcum les gaz qui y sont contenus. L'augmentation de pression des gaz dans le cæcum et l'appendice, en distendant les organes, y provoque une douleur nette, localisée au point de Mac Burney et rappelant absolument celle qu'on obtient par pression directe en ce point. Malheureusement, cette provocation indirecte de la douleur au point de Mac Burney, non seulement peut être négative dans l'appendicite, car Fuster ne l'a observée que 12 fois sur 40, mais surtout elle existe dans la cholécystite, comme l'ont observé Lanenstein et Fuster.

On voit donc les difficultés de remonter à la cause de certaines *péritonites paratyphoïdes*, dites par propagation, qu'après avoir niées on accepte de nouveau aujourd'hui et qui semblent être aussi souvent d'origine vésiculaire qu'appendiculaire.

La *tumeur* est-elle perceptible, le diagnostic est plus facile; cependant on a pu la prendre pour la contracture localisée du grand droit et croire à une rupture de celui-ci. Inversement, la contracture limitée de la partie supérieure du droit peut donner l'illusion d'une tuméfaction vésiculaire qui, en réalité, est absente, comme chez un malade de Widal, qui, dans une rechute de fièvre typhoïde, fut pris de douleurs vives au niveau de la vésicule « avec constatation d'une tuméfaction » à ce niveau et vomissements bilieux; le malade fut opéré et mourut; « la vésicule biliaire aussi bien que les organes abdominaux étaient sains. »

Quand elle est peu marquée, la tumeur donne l'impression d'une simple augmentation de volume du foie et l'on parle de congestion hépatique ou de ptose; est-elle assez volumineuse, elle peut être prise pour un abcès du foie, comme dans le cas de Camac.

Un *mélæna* coïncidant avec la disparition d'une tuméfaction cystique permet évidemment de songer à une hémorragie vésiculaire et, par analogie avec les hémorragies intestinales dues aux ulcérations de la muqueuse, de faire le diagnostic de *cholécystite ulcéreuse*. Mais hors ce signe de coïncidence avec une modification de la région cystique, le diagnostic ne paraît pas possible.

C'est donc devant le tableau de la péritonite suraiguë par perforation qu'il faudra faire le diagnostic de *cholécystite ulcéreuse perforante*. On la reconnaîtra généralement à l'intensité de la réaction du plexus solaire en rapport avec le siège haut situé de la perforation, à des antécédents plus ou moins frustes de cholécystite, douleurs dans l'hypocondre droit, état nauséeux, enfin à la rapidité du collapsus cardiaque, si une intervention d'extrême urgence n'est pas immédiatement pratiquée.

Après ce que nous avons dit, nous n'avons pas à insister sur le diagnostic de la cholécystite *purulente* au cours de la fièvre typhoïde.

Par contre, dans la *convalescence*, le diagnostic des cholécystites aiguës mérite toute notre attention.

La *cholécystite catarrhale*, dans son tableau clinique complet, est facilement reconnue et distinguée aussitôt d'une *rupture musculaire*, d'une *congestion hépatique*, d'une crise de *colique hépatique*, d'une *appendicite* haut située ou d'une simple *névralgie phrénique* ou *intercostale*. Mais quand elle est fruste, réduite à la douleur cystique avec défense muscu-

laire et léger état nauséeux, elle peut être prise pour une *indigestion*, un simple embarras gastrique en rapport avec une alimentation trop précoce et surtout une rechute.

Nous insistons beaucoup sur ce diagnostic avec la *rechute*, car dans trois cas personnels observés en série en 1908 nous avons vu survenir des rechutes certaines immédiatement après des réactions biliaires plus ou moins marquées, de telle sorte qu'on peut se demander si souvent la cholécystite n'est pas le premier acte de la rechute et si beaucoup de rechutes ne sont pas à point de départ cholécystique.

La forme *perforante*, plus nette dans son tableau du fait de la disparition des symptômes typhiques, sera plus facilement reconnue qu'au cours même de la maladie et moins confondue avec une perforation de l'iléon, de l'angle colique ou de l'appendice.

Quant à la forme *purulente*, selon que prédomineront les signes de suppuration ou les signes de localisation, elle pourra être confondue avec une cholécystite catarrhale ou une péritonite enkystée ou au contraire faire chercher dans tout l'organisme un foyer de suppuration latent, qu'un examen systématique ne doit jamais négliger au niveau de la vésicule comme au niveau des membres, du siège, etc.

Reste le diagnostic des *cholécystites aiguës cliniquement primitives*. Leur diagnostic différentiel est celui de toutes les cholécystites aiguës et sort de notre cadre. Nous n'avons à envisager que leur diagnostic étiologique. Certains symptômes, l'importance des prodromes, de l'embarras gastrique et de la fièvre continue avec augmentation du volume de la rate permettent souvent de soupçonner le bacille d'Eberth. Mais c'est seulement la méthode bactériologique qui tranchera le diagnostic.

B. DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE. — Ce diagnostic, qui s'applique aussi bien aux angiocholites qu'aux cholécystites et aux angiocholécystites, n'est qu'un cas particulier du diagnostic général bactériologique des infections éberthiennes. Nous n'avons donc pas à le décrire, mais à en indiquer la marche, renvoyant pour le reste aux traités de bactériologie et aux thèses de Lemierre et Demanche.

On cherchera d'abord à isoler le bacille et ensuite à étudier les propriétés du sérum des malades.

I. *Isolement du bacille d'Eberth*. — Selon les conditions d'observation, on mettra en œuvre cette méthode, qui est la plus sûre, par :

1° *Culture du contenu de la vésicule et des voies biliaires*, au cours de l'opération ; à l'autopsie, les causes d'erreur sont multiples ;

2° *Culture du sang*, procédé de tout premier ordre ;

3° *Culture des selles*, permettant peut-être d'établir un parallélisme entre les éliminations intermittentes de bacilles d'Eberth et les réactions angiocholécystiques ;

4° *Culture des urines*.

II. *Propriétés biologiques des sérums*. — On les recherchera dans trois épreuves :

1° L'*agglutination* par le sérum du malade d'une culture d'Eberth ;

2° La *saturation des agglutinines*, d'après la technique indiquée par Netter, Ribadeau-Dumas, Rieux, Sacquépée et Demanche ;

3° Enfin la mise en évidence des *sensibilisatrices*.

III

THÉRAPEUTIQUE

La thérapeutique de l'infection éberthienne aiguë des voies biliaires doit être médicale au début, mais rapidement chirurgicale, quand médicale elle n'est pas suivie d'effet. Ce traitement médico-chirurgical s'applique aux angiocholites comme aux cholécystites aiguës.

A. **Traitement des angiocholites aiguës.** — Les angiocholites aiguës, à forme d'ictère catarrhal ou d'ictère infectieux bénin, ont généralement une tendance naturelle à guérir. Aussi suffit-il souvent de faciliter la chasse biliaire par le salicylate de soude ou le calomel à petites doses, en même temps qu'on met le foie à un repos relatif par le régime lacté.

Si, au contraire, l'angiocholite est grave, il faut intervenir chirurgicalement.

Selon la formule de Quénu et Duval, toute angiocholite grave doit être traitée par le drainage des voies biliaires.

Les indications opératoires nettes en sont :

1. Le type fébrile bilio-septique, surtout quand il est rémittent ;

2. L'augmentation de volume du foie, douloureux à la palpation ;

3. Les symptômes d'intoxication générale : agitation incessante, délire, teinte gris jaune de la peau, irrégularité du pouls, azotémie ;

4. Les signes urinaires de l'insuffisance hépatique : oligurie, hypoazoturie, albuminurie, urobilinurie ;

5. Et quand l'ictère devient traînant, l'amaigrissement marqué et progressif, et la réaction pleurale droite.

« Si, au bout de trois semaines, un ictère fébrile ne s'améliore pas, disent Quénu et Duval, l'intervention est absolument indiquée. » On fera la cholécystostomie dans les cas d'extrême urgence ; la cholécystectomie avec drainage de l'hépatique dans la plupart des cas.

L'application de cette ligne de conduite générale aux angiocholites éberthiennes est d'ailleurs tout à fait exceptionnelle, d'abord parce que les observations en sont rares, ensuite parce que les indications d'une intervention autre part que sur la vésicule sont très loin d'être communes, enfin parce que dans ces derniers cas la gravité de l'état général peut empêcher l'opération.

B. **Traitement des cholécystites aiguës.** — Avant d'exposer très brièvement comment on doit concevoir aujourd'hui le traitement des cholécystites aiguës, voici les résultats statistiques auxquels sont arrivés Quénu et Duval, après dépouillement de 44 observations de cholécystites opérées, dont 30 au cours et 14 dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Les opérations faites au cours de la fièvre typhoïde concernent les 2 cas d'Hamilton, les cas de Mason, Camac et Cushing, Monier et Sheild, Martin et Keemann, Gundegger, Marsden, Richardson, Rokitansky, Landrieux et Cunéo, Chantemesse et Gosset, Parmentier et Fossart, Patel, Finkelstein, Erdmann, Mauclaire, Vedel et Rimbaud, Mitchell, Doléris, Chalmers, da Costa, 2 cas de Cooper Ashurst, 1 d'Otto Kiliani, 1 d'Hermann Allyn, 1 de Park Weed Willis, 1 de Thomas, 1 de Munro, 1 d'Alexeieff et 1 de Bel.

L'opération a consisté en deux ponctions avec 1 mort, 7 laparotomies avec ou sans drainage avec 6 morts, 5 cholécystectomies avec 1 mort et 16 cholécystostomies avec 1 mort.

Les cholécystites opérées dans la convalescence par Schwartz et Bonnus, Neilson, Jalaguier et Sevestre, Souligoux et Galliard, Harte, Gibbon, Schœmaker, Schalberg et Thomas, Lejars, Halsted et Osler, Frazier, Mauclaire et Hirst, comptent 4 morts sur 14 cas. Mais Schwartz ne toucha pas à la vésicule ; Jalaguier crut à une appendicite ; Neilson opéra dans un état très grave, et dans le cas d'Osler et Halsted la mort ne survint que vingt-trois jours après l'opération, la vésicule étant perforée. Il est donc juste de réduire le nombre des morts à 2 sur 12 observations.

Dans ces conditions, la mortalité comparée de l'opération au cours de la maladie et pendant la convalescence donne 22,70 p. 100 et 16,5 p. 100, soit en totalisant les 34 opérés avec 7 morts : 22,3 p. 100 de mortalité (Quénu).

Le traitement diffère selon que la cholécystite est *catarrhale*, perforante ou suppurée. Dans le premier cas, le traitement sera médical : immobilisation, suppression des bains dans le cours de la fièvre typhoïde, grande vessie de glace constamment appliquée sur la région cystique et la débordant largement, régime lacté intégral et de temps en temps cholagogues à très faibles doses.

Si, après une à deux semaines de ce traitement scrupuleusement suivi, la cholécystite n'est pas « refroidie », il y a des chances pour une transformation purulente ou lithogène et par conséquent lieu de discuter une intervention chirurgicale. Celle-ci est formellement indiquée dès qu'il y a présomption suffisante de suppuration, car il vaut beaucoup mieux, même au cours de la fièvre typhoïde et à plus forte raison dans la convalescence de celle-ci, opérer une cholécystite catarrhale que de laisser une cholécystite purulente à sa dangereuse et généralement mortelle évolution.

L'indication opératoire est, au contraire, discutable, quand il s'agit de la tendance d'une cholécystite à devenir subaiguë et chronique lithogène. Dans le cours de la dothiénentérie, pareille évolution n'a pas généralement le temps de se produire. Si on la rencontrait, on devrait, jusqu'à la convalescence, continuer le traitement médical, tandis que le même processus, observé chez un convalescent, nous paraît devoir être traité par l'opération, car on débarrasse le porteur d'un foyer chronique d'infection, capable d'aboutir à la lithiase.

Dans le deuxième cas, la cholécystite, *perforante* ou suppurée, commande l'opération. Nous n'avons pas à revenir sur le diagnostic de la perforation vésiculaire.

Quant à la *suppuration*, la fièvre et le pouls pouvant tromper, de même que, mais moins souvent, la réaction leucocytaire absente, il faut tenir grand compte des antécédents : si le malade a eu des coliques hépatiques, il faut opérer, la lithiase qui préexiste à la fièvre typhoïde constituant une circonstance très aggravante pour la cholécystite. Mais on a objecté à l'opération, que, si la cholécystite typhique est grave, d'autre part, étant donné la grande fréquence de l'infection éberthienne de la vésicule, nombreux doivent être les cas où la guérison est survenue spontanément. En outre, dit Widal, une opération abdominale chez les typhiques est toujours extrêmement redoutable, trop souvent néfaste. A cela Quénu répond qu'il ne faut pas exagérer la gravité de l'intervention chirurgicale chez les typhiques. « Les statistiques d'interventions pour perforations intestinales sont très chargées, c'est entendu, mais il ne faut en déduire qu'une chose, c'est qu'il est grave pour un individu de perforer son intestin et de répandre dans son péritoine un contenu éminemment septique. »

L'opération décidée, il faut choisir le procédé opératoire.

C'est, dit Quénu, l'état anatomique de la vésicule qui doit faire se décider le chirurgien. Réprouvant la ponction aveugle de la vésicule à travers la paroi, malgré le succès, d'ailleurs unique, de Mason, il indique les raisons de son choix, selon les circonstances, entre la cholécystostomie et la cholécystectomie. Evidemment, la cholécystostomie est une opération plus simple, plus facile et plus rapide (c'est celle qui, le plus souvent, a été pratiquée); et il n'est pas indifférent, au cours d'une fièvre typhoïde, de tenir compte de ces avantages; elle paraît être l'opération de choix dans la majorité des cas; cependant s'il existe une perforation ou même s'il existe seulement un état de friabilité des parois, s'il est possible, après incision de constater des lésions ulcéreuses de la muqueuse, il vaut mieux recourir à la cholécystectomie.

I. — *En résumé*, l'infection éberthienne des voies biliaires n'est pas, comme on le croyait naguère, une infection ascendante à point de départ intestinal, mais une *infection descendante*, la glande biliaire éliminant du sang les bacilles de la *septicémie éberthienne primitive* qu'est la fièvre typhoïde.

II. — *Cliniquement*, l'infection éberthienne aiguë des voies biliaires est *primitive* ou *secondaire*, c'est-à-dire sans rapport avec une fièvre typhoïde ou, au contraire, liée à celle-ci.

Selon la prédominance de sa localisation anatomique, on la divise schématiquement en angiocholites et cholécystites aiguës.

Les *angiocholites aiguës*, qu'elles soient *primitives* ou *secondaires*, affectent un des trois types suivants : *ictère infectieux de moyenne intensité*, *ictère catarrhal*, *ictère grave*. Elles peuvent devenir chroniques et aboutir à des *cirrhoses biliaires*.

Les *cholécystites aiguës*, qu'elles soient *primitives* ou *secondaires*, et dans ce deuxième cas, qu'elles soient *précoces* ou *tardives*, sont ou *catarrhales*, ou *ulcéreuses* et *perforantes*, ou *suppurées*. Les formes catarrhales peuvent devenir chroniques et *lithogènes*.

Le *diagnostic* de l'infection éberthienne aiguë des voies biliaires doit être clinique et bactériologique : *clinique*, il est localisateur de l'affection anatomique ; *bactériologique*, il détermine avec précision l'agent de la maladie causale.

III. — Le *traitement, médical* dans les angiocholites à type d'ictère infectieux bénin ou catarrhal et les cholécystites catarrhales, doit être *chirurgical* dans toutes les infections éberthiennes graves des voies biliaires. Ce traitement, *curatif* nécessaire, pourra dans certains cas de cholécystite d'indication opératoire moins formelle, être *prophylactique* de *rechutes* par réinoculation intestinale, de *contagion* par dissémination de selles infectées, et de *lithiase* biliaire par transformation chronique de cholécystite catarrhale en cholécystite lithogène.

Bibliographie. — Achard et Feuillié. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 31 juillet 1908, p. 260. — Alexieff. *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1898, p. 466. — Allyn (H.). *Philad. med. Journ.*, 1901. — Auton et Fütterer. *Münch. med. Woch.*, 8 mai 1888, n° 19, p. 315.

Bacmeister. *Münch. med. Woch.*, 1908, n°s 5, 6 et 7. — Barth et Besnier. Art. Voies biliaires, in *Dict. encyclop. des sc. méd.* — Bel. *Montreal med. Journ.* — Bezançon et Philibert. *Journ. de phys. et de path. gén.*, janv. 1904, n° 1, p. 74, et fév. 1904, n° 2, p. 99 ; — *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1901, p. 230. — Blachstein. *John Hopk. Hosp. rep.*, juillet 1891, vol. II, p. 96. — Blumenthal. *Münch. med. Woch.*, 1904, n° 37, p. 1641 ; — *Med. Klin.*, 1905, n° 48, p. 1227. — Boinet. *Arch. gén. de méd.*, avril 1898, p. 385. — Bonnus et Schwartz, in Dauriac. Th. de Paris, 1896-1897. — Buschke. *The Lancet*, 1898, p. 96. — Brouardel et Thoinot. Fièvre typhoïde, pp. 104-105 et 169 du fascicule 3 du *Nouv. Tr. de méd. et de thérap.*, Baillière 1905.

Camac. *The Lancet*, 1899, p. 1648 ; — *John Hop. Hosp. rep.*, 1889. — Chantemesse et Gosset. In Th. de Joyon, Paris 1904-1905. — Chiari. *Zeits. f. Heilh.*, 1894, t XV, p. 199. — Chiarolanza (R.). *Zeits. f. Hyg.*, 28 déc. 1908, t. LXII, f. 1, p. 11. — Cooper Ashurst. *The Amer. Journ. of med. sc.*, avril 1908. — Cushing. *John Hopk. Hospk. rep.*, août-sept. 1899, n°s 101-102, p. 166.

Debré (R.). *Presse méd.*, 9 janv. 1909, n° 3, pp. 17-18. — Dehler. *Münch. med. Woch.*, 16 avril 1907, n° 16, p. 779 ; 22 oct. 1907, n° 43, p. 2134. — Demanche. Th. de Paris, 1908. — Dauriac. *Les infections des voies biliaires dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1896-1897. — Da Costa. *Amer. med.*, 1905, p. 664. — Dominici. Th. de Paris, 1894. — Doléris. *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.*, 10 nov. 1902. — Dörr. *Cent. f. Bak.*, 1905, vol. XXXIX, p. 624. — Droba. *Wien. klin. Woch.*, 1899, p. 1141. — Dupré. *Les infections biliaires*, Th. de Paris, 1891.

Ehret et Stolz. Experimentelle Beitrage zür Lehre der Choletithiasis. *Mitth. a. d. Grenz. geb. d. Med. u. Chir.*, 1901, t. VII, p. 372. — Ehrlich (F.). *Deut. med. Woch.*, 18 oct. 1902, n° 42, p. 1704. — Erdmann. *Ann. of Surg.*, juin 1903. — Etienne. *Revue méd. de l'Est*, 1908. — Exner (A.) et Heyrowsky (H.). *Wien. klin. Woch.*, 13 fév. 1908, vol. XXI, p. 213 ; — *Arch. f. klin. Chir.*, t. LXXXVI, f. 3, p. 609.

Faitout et Ramond. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1896, p. 1130. — Fauraytier. *Bull. de la Soc. anat.*, 1841. — Förster. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte Dresden. Abtheilung für innere Medizin. Sitzung vom 17 september 1907. Nachmittags, *Münch. med. Woch.*, 15 oct. 1907, n° 42, p. 2110. — Förster et Kayser. *Münch. med. Woch.*, 1er août 1905, n° 31, p. 1473. — Finkelstein. *Russ. Wrat.*, 1907, n° 12. — Fournier. Th. de Paris, 1896. — Furster (O.). *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1909, Bd. XCVII, f. 3-4, pp. 190-201. — Frazier. *New-York med. Journ.*, 1907.

Galippe. *Soc. de biol.*, 1886 ; — *Journ. des conn. méd.*, 1894, p. 154. — Gibbon. *Ann. of Surg.*, 1901, p. 70. — Gilbert et Dominici. *Soc. de biol.*, 16 juin 1894. — Gilbert et Fournier. *Soc. de biol.*, 8 fév. 1896. — Gilbert et Girode. *Soc. de biol.*, 1890. — Gilbert et Lereboullet. *Soc. de biol.*, 2 juin 1906 et 15 avril 1905. — Gilbert et Lippmann. *Soc. de biol.*, 26 déc. 1903 et 23 janv. 1904. — Griesinger. *Traité des mal. infect.*, trad. Lemattre, 2e édit. Vallin, 1877, pp. 339-342. — Grimme. *Münch. med. Woch.*, 1907, n° 37, p. 1822. — Guarnieri. *Rev. gen. ital. d. Clin. med.*, 1892. — Gundegger. *Cent. f. Chir.*, 1903, p. 125.

Hanot. *Bulletin méd.*, 22 janv. 1896. — Hamilton. *Montreal med. Journ.*, déc. 1900 et *The Lancet*, 1901. — Hagenmuller. Th. de Paris, 1876. — Harte. *Ann. of Surg.*, 1901, p. 70. — Hayem. *Presse méd.*, 9 mars 1898, n° 21, p. 121. — Hawkins. *The Lancet*, 1897, p. 1873. — Hirst. *Amer. med.* 1905, p. 222. — Heck. *Zeits. f. Hyg.*, 19 fév. 1907, t. LVI, f. 1 p. 1. — Hunner. *John Hopk. hosp. rep.*, 1889, p. 163. — Houston (Th.) et Irwin. *The Lancet*, 30 janv. 1903, pp. 311-313.

Kehr. *Münch. med. Wochens.*, 1897, n° 41. — Kelly. *The amer. Journ. of med. Sc.*, 1906, p. 446. — Kramer. *Journ. of exper. Med.*, 25 mai 1907, t. IX, f. 3. — Kiliani. *Ann. of Surg.*, 1901, p. 34. — Koch. (J.) *Zeits. f. Hyg.*, t. LXII, f. 1, p. 1, 28 déc. 1908.

Laignel-Lavastine. *Presse méd.*, 27 août 1902, p. 819-822 ; — *Soc. méd. des hôpit.*, 1909. — Lancereaux. *Traité d'anat. pathol.* — Landrieux et Cunéo. *Soc. méd. des hôpit.*, 10 fév. 1905. — Launois (P.-E.). *Gaz. des hôpit.*, 2 avril 1908, n° 39, p. 459 ; — *Id.*, 19 mars 1908, n° 33, p. 387. — Lemierre (A.) et Abrami (P.). *Bull. de la Soc. de biol.*, 27 juillet 1907, p. 252 ; — *Presse méd.*, 30 oct. 1907, p. 705-706 ; — *Ann. des mal. du tube dig.*, 1908, n° 1, p. 1-22. — Lejars. *Sem. méd.*, 27 juin 1906. — Le Gendre. *Bull. de la Soc. anat.*, 1881 ; — *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 17 nov. 1905, p. 880. — Lévy et Kayser. *Münch. med. Wochens.*, 11 déc. 1906, n° 50, p. 2434. — Liebermeister. *Ziemssen's Handb.*, p. 166. — Leudet. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, Paris 1874, p. 87. — Lichtwitz. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1907, t. XCII, p. 100. — Lorey (A.). *Münch. med. Wochens.*, t. LV, janv. 1908.

Marsden. *Med. Chron.* — Martin et Kremann. Cités par Quénu. — Mason. *Boston med. and. surg. Journ.*, 1897. — Mauclaire. *Soc. de chir.*, 23 oct. 1907. — Métin. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1900, p. 414. — Miller. *John. Hopkins Hosp. rep.*, 1898, p. 95. — Mitchell. *Id.*, 1902, vol. X. — Monier et Sheild. *The Lancet*, mars 1895. — Munro. *Boston med. and surg. Journ.*, 1903, p. 146.

Netter et Ribadeau-Dumas. *Bull. de la Soc. de biol.*, 11 nov. 1905, p. 436, et 18 nov. 1905, p. 450. — Neilson. *Ann. of Surg.*, 1901, p. 68.

Osler et Halsted. *Transact. of the Assoc. of Amer. phys.*, 1897.

Parmentier et Fossard. *Soc. anat.*, juin 1900. — Patel. *Lyon méd.*, 1906, p. 633. — Pawlowski. *Zeits. f. Hyg.*, 1900, vol. XXXIII, p. 261. — Pissavy (A.). *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 20 mars 1908, p. 424-428. — Potain. *Sem. méd.*, 22 avril 1896, n° 22, p. 161. — Pratt. *Boston med. and surg. Journ.*, 5 fév. 1903, p. 138.

Quénu. *Soc. de chir.*, 1896 ; — De la cholécystite typhique *Revue de chir.*, 10 juin 1908, n° 6, p. 828-848. — Quénu et

Duval. Les angiocholites aiguës, *IIe Congrès de la Soc. internat. de chir.*, Bruxelles, sept. 1908, rapport de 42 p.

Ramond et Faitout. *Soc. de biol.*, 26 déc. 1896. — Richardson. *Boston med. and surg. Journ.*, 1891, p. 570. — Ricklin. *Revue intern. de clin. et de thérap.*, 16 déc. 1906, n° 12, p. 483 ; 18 juin 1907, n° 6, p. 243 ; 28 juillet 1907, n° 7, p. 291. — Roger (H.). *Presse méd.*, 28 fév. 1900. — Roger (H.) et Demanche. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 14 fév. 1908, p. 236. — Rokitansky. *Ann. der Russich. chir.*, 1899. — Rovsing (Th.). *Centralbl. f. Chir.*, 26 oct. 1907, n° 43, p. 1257-1259. — Ryska. *Münch. med. Wochens.*, 6 juin 1899.

Sabourin. *Revue de méd.*, 1882, p. 600-604. — Sacquépée et Fras. *Bull. de la Soc. de biol.*, 25 nov. 1905, p. 533. — Sanarelli. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1894, p. 355. — Sander. *Deuts. Klin.*, 1861, p. 70. — Savy et Delachanal. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 15 déc. 1908. — Schwartz. *Chirurgie du foie*, Doin, 1901, p. 73. — Schœmaker. *Ann. of Surg.*, 1902, p. 455. — Sevestre et Jalaguier. In Jacob. Th. de Paris, 1893.

Thomas. *New-York med. Journ.*, 12 oct. 1907, p. 688. — Thomas et Schalberg. *The Lancet*, 1904, p. 570.

Vedel et Rimbaud. *Presse méd.*, 6 déc. 1906.

Welsch. *John. Hopkins Hosp. rep.*, août 1891, n° 15, p. 121. — Willis (W.). *North. med.*, 1904. — Widal. *Soc. méd. des hôpit.*, 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 7 juillet 1909)

Les kystes hydatiques de la rate. — M. Bazy communique un fait de kyste hydatique dont il était difficile de déterminer le siège. S'agissait-il d'un kyste du foie ayant contracté des adhérences avec la rate ou d'un kyste de la rate ayant contracté des adhérences avec le foie ? Un homme de cinquante-deux ans, à la suite d'un traumatisme, présente une tumeur sous-diaphragmatique, une ponction donne de l'eau de roche. M. Bazy fait la laparotomie, trouve un épiploon adhérent, puis une tumeur adhérente à la rate ; il ponctionne, donne issue à un liquide hydatique, évacue la poche qui conduisait sur la rate, fait une injection de formol et draine. Le malade a très bien guéri.

M. Potherat discute le rapport de M. Morestin, au point de vue du diagnostic et du traitement.

Au point de vue du diagnostic, il pense qu'il n'est pas impossible de distinguer un kyste hydatique du poumon d'une tuberculose. Il a pu lui-même faire ce diagnostic. Pour ce qui est de la radioscopie, M. Potherat est de l'avis de M. Lucas-Championnière ; elle ne peut donner de renseignements que sur le siège et non sur la nature d'une tumeur ou d'un kyste.

Quant au traitement, M. Potherat ne s'associe pas à la réprobation un peu sévère de M. Quénu contre la splénectomie. Il ne peut blâmer M. Michon d'y avoir eu recours dans son cas. C'est une question d'espèces. Il faut faire une distinction entre les cas où il s'agit d'un organe sain et ceux où il s'agit d'un organe malade. En ce qui concerne la rate, il est exagéré de dire que son ablation peut avoir de fâcheuses conséquences. Aussi quand il s'agit d'un kyste volumineux ou quand on a des raisons de craindre l'existence d'un second kyste de la rate, mieux vaut l'enlever. M. Michon aurait pu se trouver dans ces conditions. Il n'y a donc pas lieu de le blâmer.

M. Ricard apporte un fait au débat. Il s'agissait d'un garçon de sept à huit ans qui portait une tumeur abdominale énorme. Il crut à un kyste hydatique du foie. Il fit la laparotomie, toute la tumeur sortit hors de l'abdomen et il apparut une poche coiffée d'une rate normale. M. Ricard vida la poche, réduisit la rate et marsupialisa la poche. Un an après, M. Ricard revit cet enfant qui avait une éventration. Il fit la cure de cette éventration et constata que la guérison était parfaite.

Quand on peut réduire la rate, après une opération de kyste hydatique, cela vaut mieux que de la réséquer. La splénectomie peut se défendre, mais il n'y faut recourir qu'en cas d'absolue nécessité.

M. Lucas-Championnière n'a pas dit que dans les cas de kystes hydatiques il fallait toujours enlever la rate. Mais il peut y avoir indication de l'enlever. C'est là une question d'espèces. Ce qu'il a voulu soutenir, c'est que dans les cas où la splénectomie est indiquée, on peut la faire sans grand dommage pour les malades qui se passent très bien de leur rate.

M. Morestin est heureux de constater que la plupart de ses collègues ont déjà fait justice des critiques excessives de M. Quénu. Il est donc bien entendu que la conduite suivie par M. Michon n'est pas si blâmable. Or, M. Quénu avait reproché à M. Morestin de n'avoir pas blâmé M. Michon. D'après cette discussion et d'après de nombreux auteurs, la splénectomie est parfaitement défendable. M. Quénu lui-même l'a défendue dans un livre classique que cite M. Morestin. Elle est également très bien défendue dans la thèse récente de M. Martin.

Toutefois, M. Morestin reconnaît que, dans le cas de M. Michon, la splénectomie ne s'imposait pas d'une façon absolue. Quant à la comparaison qu'on a faite de la rate avec le foie, elle n'est pas logique. Les opérations sur le foie présentent de grandes difficultés ; celles qu'on pratique sur la rate n'en présentent pas. La splénectomie est une opération facile. On peut être obligé d'enlever la rate pour arrêter une hémorragie. M. Morestin rappelle une observation de M. Savariaud dans laquelle, après l'ablation d'un kyste hydatique de la rate, le malade mourut par suite d'une hémorragie dans l'intérieur de la poche. Il y a donc des cas dans lesquels la splénectomie s'impose.

Quant au diagnostic, M. Morestin rappelle ce qu'il a dit de la radioscopie. Tout le monde est d'accord sur ce point qu'elle ne peut renseigner que sur la question de siège.

La réaction de fixation appliquée au diagnostic des kystes hydatiques du foie. — M. Lejars apporte de nouveaux faits dans lesquels les résultats, positifs ou négatifs, de la réaction de fixation ont été confirmés par l'opération. On possède donc, avec cette réaction, un précieux moyen de diagnostic et M. Lejars estime que, malgré les difficultés de la technique, il serait vraiment regrettable qu'on abandonnât ce moyen.

Sa nouvelle statistique porte sur trois faits positifs et sur trois faits négatifs.

Dans un premier cas où on croyait à un kyste hydatique du foie, la réaction de fixation fut négative. On opéra, il s'agissait d'un kyste sanguin.

Dans deux autres cas où la réaction fut négative, l'opération montra qu'il s'agissait de gros foies cirrhotiques et non de kystes hydatiques.

Enfin dans trois autres cas douteux où la réaction fut positive, l'opération montra qu'il s'agissait bien réellement de kystes hydatiques du foie.

La conclusion est facile à tirer de ces faits. On possède dans la réaction de fixation un précieux moyen de diagnostic qu'il faut conserver.

M. Delbet croit que la réaction de fixation entrera de plus en plus dans la pratique chirurgicale. Elle tend même à s'étendre dans bien d'autres maladies que les kystes hydatiques. Il y a des cas de kystes hydatiques du foie dans lesquels cette

méthode seule permet de faire le diagnostic. M. Delbet en cite un exemple. A l'examen clinique on ne sentait rien; il n'y avait aucun signe physique. On fait la réaction; elle est positive. M. Delbet opère, trouve un kyste hydatique du foie qu'il réduit sans drainage. Sans doute l'application de cette méthode offre quelques difficultés, mais elle a une importance telle qu'il faut l'appliquer.

M. Guinard fait observer qu'il serait bien utile de savoir combien de temps peut persister la réaction de Weinberg, après l'opération. Il cite un cas où on l'aurait observée neuf mois après. Mais ce malade revint à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Faisans, avec des signes de pleurésie. On ponctionna, on retira un liquide pleurétique ordinaire, puis, à la fin, un liquide eau de roche; il y avait un kyste hydatique du poumon.

M. Routier a reçu dans son service deux femmes qui paraissaient atteintes de kystes de l'ovaire. Il les opéra le même jour. La première avait un kyste de l'épiploon qui venait adhérer à la trompe. Dans le second cas, il s'agissait d'un kyste hydatique appendu à la partie inférieure du rein. L'opération fut des plus simples. On fit après la réaction de fixation. Elle fut négative dans les deux cas. Il paraît que les kystes hydatiques qui se développent en dehors des parenchymes donnent, après son ablation, des réactions négatives tandis que les kystes inclus dans les parenchymes donneraient des réactions positives après leur ablation.

M. Reclus cite un cas de cirrhose hypertrophique du foie qui avait été prise pour un kyste hydatique. La réaction avait été négative. L'opération montra qu'il s'agissait d'une cirrhose. Ce fait montre une fois de plus la valeur de la réaction de fixation.

Spina bifida. — M. Walther présente un jeune homme de dix-huit ans qu'il a opéré, à l'âge de quatre heures, d'un volumineux spina bifida. Après avoir conservé jusqu'à douze ans une incontinence des matières et des urines, peu à peu cette incontinence a diminué et, aujourd'hui, ce jeune homme garde ses matières et peut aussi garder ses urines pendant une heure ou deux.

Il est intéressant de constater les résultats éloignés d'une opération de spina bifida faite quatre heures après la naissance.

Adéno-phlegmon sous-maxillaire opéré par la bouche. — M. Morestin présente une jeune fille qu'il a opéré d'un phlegmon sous-maxillaire en passant par la cavité buccale. La cicatrisation buccale est parfaite.

Anévrisme poplité. — M. Delbet présente un malade qu'il a opéré, il y a quinze jours, d'un anévrisme poplité par l'extirpation. Ce malade a tout le système artériel malade par suite d'une grosse lésion aortique. Les suites de l'opération ont été très simples.

M. Arrou vient d'opérer son septième anévrisme poplité bas situé. La tibiale postérieure n'avait pas de battements. C'est là un excellent signe pour permettre l'extirpation de l'anévrisme.

M. Ricard a pratiqué trois fois l'extirpation d'anévrismes poplités. Dans les deux premiers cas, les résultats ont été très bons. Il n'en a pas été de même pour le troisième anévrisme bas situé, avec la tibiale postérieure battant en dessous. M. Ricard dut faire la résection complète. Le soir même, le pied était froid et, quarante-huit heures après, M. Ricard dut pratiquer l'amputation de la cuisse.

Traitement du cancer. — M. Doyen présente un cas de sarcome mélanique de la face, quatre cas d'épithéliomas graves de la cavité buccale et de la base de la langue et deux cas de sarcomes de l'amygdale guéris par l'opération aussi parcimonieuse que possible, combinée avec la vaccination antinéoplasique et divers traitements locaux, notamment la voltaïsation bipolaire.

Il préconise des opérations limitées et recommande, pour la destruction locale de tous les cancers accessibles, la voltaïsation bipolaire, qui permet d'agir en quelques minutes jusqu'à une profondeur de plusieurs centimètres.

La voltaïsation bipolaire est une méthode chirurgicale et doit rester entre les mains des chirurgiens de profession.

— Il n'y aura pas de séance mercredi prochain 14 juillet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 3 juillet 1909 [*fin*])

Sub-cuti réaction positive obtenue chez deux sporotrichosiques, par l'injection sous-cutanée de culture jeune de sporotrichose broyée, diluée dans du sérum et stérilisée. — MM. L.-M. Pautrier et Lutembacher ont recherché l'obtention d'une réaction spécifique chez les sporotrichosiques, analogue à celle que donne la tuberculine chez les tuberculeux.

Pensant que le sporotrichum ne sécrète pas de poisons solubles, comme le bacille de Koch, ils ont pratiqué leurs expériences avec une très faible quantité de culture jeune de sporotrichum, broyée, diluée dans du sérum, stérilisée, et ne donnant plus de réensemencement sur les milieux spéciaux.

Injectant un demi-centimètre cube de ce mélange sous la peau d'un sporotrichosique, vérifié par les cultures, ils obtinrent une réaction générale (38,5) et une réaction locale très intenses. Injectant alors quatorze malades témoins, atteints de dermatoses diverses, ils virent qu'un seul d'entre eux, que l'on croyait atteint d'un lupus de la face, réagissait vivement d'une façon générale et locale, ce qui leur permit d'affirmer chez ce dernier l'existence d'une sporotrichose, qui fut confirmée ultérieurement par la culture.

Les sporotrichosiques présentent donc une réaction spécifique, qui pourra permettre un diagnostic rapide de leur affection.

Emulsion dans la solution saline physiologique du bacille Perfringens et de l'anhémo-bacille du rhumatisme aigu. Les Wright-vaccins du rhumatisme et des affections à bacille Perfringens. — MM. G. Rosenthal et Chazarain Wetzel, en partant d'une culture en gélatine cachetée ou en gélatine profonde, préparent une émulsion de bacilles Perfringens et de l'anhémo-bacille du rhumatisme dans la solution physiologique. Ce sont des Wright-vaccins qui seront utilisés dans la prévention des affections dues à ces germes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 1er juillet 1909)

Etiologie de la fièvre typhoïde. (Discussion.) — M. Daussat étudie les critiques qu'on peut formuler aux deux théories qui résument d'une façon générale les conceptions actuelles des épidémiologistes sur l'étiologie de la dothiénentérie.

L'auteur conclut qu'au point de vue théorique comme au point de vue de la prophylaxie on ne saurait admettre sans réserves les théories allemandes. C'est affaire au temps de démontrer si l'application pratique de ces théories dans l'armée est susceptible de donner des résultats féconds, car « ce serait faire preuve d'ingratitude que d'oublier les enseignements du passé ; ce serait manquer de prudence que d'admettre sans restriction les promesses modernes ».

M. Moty se félicite que la fièvre typhoïde soit depuis plusieurs années en décroissance marquée dans notre pays. Il y a des incertitudes, des lacunes considérables dans les notions que nous possédons sur l'étiologie de l'affection. Les causes de contagion sont permanentes et les épidémies intermittentes.

Le facteur climatérique semble jouer un rôle primordial et l'auteur en donne des preuves puisées dans sa longue expérience des pays chauds.

M. Rouyer rapporte un cas de contagion d'un infirmier de laboratoire, après ingestion de pain probablement contaminé par des cultures d'Eberth.

M. Miramont de la Roquette cite en détail deux épidémies dues manifestement à la contagion par les mouches.

M. Lespinasse étudie, d'après une épidémie de 26 cas, le rôle favorisant que joue la grippe dans le développement de la dothiénentérie.

M. Scherrer rapporte deux intéressantes observations complètes, documentées, de septicémie gonococcique et de septicémie streptococcique, les deux cas suivis de mort et d'autopsie.

MM. Sieur et Moty citent des observations personnelles analogues; ils insistent sur la gravité exceptionnelle de ces formes et sur le bénéfice que dans certains cas les malades peuvent retirer d'une intervention chirurgicale précoce.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ANNULATION DE CONCOURS

La commission administrative des hospices d'Amiens avait décidé d'ouvrir, le 29 janvier 1907, un concours pour les fonctions de chirurgien suppléant de l'Hôtel-Dieu.

Les affiches annonçaient, entre autres conditions, que deux heures seraient accordées aux candidats pour l'épreuve écrite sur un sujet de pathologie interne et qu'il y aurait une épreuve de clinique sur un malade de chirurgie.

Deux candidats, les docteurs Julien et Pruvost, se présentèrent.

Mais au début des opérations, un des membres du jury ayant fait remarquer que les conditions de l'affiche du concours n'étaient pas conformes aux précédents suivis lors des concours antérieurs, le jury estima qu'il s'agissait d'une erreur typographique. Il décida que le concours, contrairement aux stipulations de l'affiche, aurait lieu dans les formes habituelles, c'est-à-dire qu'on accorderait quatre heures au lieu de deux pour l'épreuve écrite et que deux malades, au lieu d'un, seraient examinés à l'épreuve clinique.

MM. Julien et Pruvost, seuls candidats inscrits, adhérèrent à ce programme.

Le concours eut donc lieu, et le docteur Pruvost ayant obtenu 67 points contre 66 à son concurrent, fut proposé par le jury (*Gaz. des hôpit.*, 1907, p. 229).

Mais alors deux autres médecins, qui ne s'étaient pas fait inscrire, attirèrent l'attention de l'administration sur l'irrégularité qui avait été commise suivant eux. Ils firent valoir que s'ils ne s'étaient pas fait inscrire, c'est que, se référant à l'affiche, ils avaient jugé les conditions du concours trop rigoureuses.

En conséquence, la commission des hospices, déférant à cette protestation, annula le concours (*Gaz. des hôpit.*, 1907, p. 277).

Cette décision a été l'objet d'un recours du docteur Pruvost, qui avait été proposé par le jury. Le requérant a demandé l'annulation de la décision de la commission administrative et la reconnaissance de la validité de la décision du jury médical.

Devant le Conseil d'Etat, saisi du pourvoi, dit *Le Temps*, le commissaire du gouvernement Chardenet a fait valoir au contraire que le règlement du concours aurait dû lier le jury, qui aurait dû en respecter les conditions. La commission administrative de l'hospice a donc régulièrement agi en prononçant l'annulation de la décision du jury médical, qui avait de sa propre autorité passé outre au règlement.

En conséquence, il a conclu au rejet de la requête du docteur Pruvost.

Conformément à ces conclusions, le Conseil d'Etat, après avoir reconnu que le jury, après la clôture du registre d'inscription des candidats, avait modifié les conditions du concours, a ajouté que si ces modifications ont été acceptées par les deux concurrents, elles n'en ont pas moins été irrégulièrement opérées.

La haute assemblée a ainsi rejeté le pourvoi du docteur Pruvost.

L'annulation du concours est donc maintenue.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 19 AU 24 JUILLET 1909

THÈSES

Lundi 19 juillet 1909, à une heure. — M. Perilliat-Botonet. Contribution à l'étude des vomissements de la grossesse. (MM. Pinard, président; Segond, Delbet et Couvelaire.) — M. Patron. Recherches expérimentales sur le lait des femmes tuberculeuses, applications à l'allaitement maternel. (MM. Pinard, président; Segond, Delbet et Couvelaire.) — M. P. De Hayes. Contribution à l'étude de la hernie étranglée chez le nourrisson. (MM. Segond, président; Pinard, Delbet et Couvelaire.) — M. Moreau. Des suites de la gastro-entérostomie pratiquée pour sténose non cancéreuse du pylore. (MM. Delbet, président; Pinard, Segond et Couvelaire.) — M. Maurat. Contribution à l'étude de la prostatectomie transvésicale. Prostatectomie d'emblée et prostatectomie en deux temps. (MM. Reclus, président; Hartmann, Legueu et Mauclaire.) — M. Durand. Diagnostic de l'échinococcate. Importance de l'épreuve de Weisberg. (MM. Reclus, président; Hartmann, Legueu et Mauclaire.) — M. Berthélemy. Angiocholécystites typhiques. (MM. Reclus, président; Hartmann, Legueu et Mauclaire.) — M. Fayollet. Contribution à l'étude des gangrènes du diverticule de Merkel. (MM. Reclus, président; Hartmann, Legueu et Mauclaire.) — M. Binet. Contribution à l'étude des hémiplégies homolatérales. (MM. Déjerine, président; Gaucher, Marcel Labbé et Sicard.) — M. Norero. Sur quelques variétés de cirrhoses alcooliques avec ictère. Etude anatomo-clinique. (MM. Déjerine, président. Gaucher, Marcel Labbé et Sicard.) — M. Guibert. Contribution à l'étude du traitement des adénopathies tuberculeuses. Nouvelles observations favorables au naphtol camphré. (MM. Déjerine, président; Gaucher, Marcel Labbé et Sicard.) — M. Mirondot. Contribution à l'étude du traitement des angiomes graves de la face, par l'électrolyse de l'ignipuncture. (MM. Gaucher, président; Déjerine, Marcel Labbé et Sicard.)

Mardi 20 juillet, à une heure. — M. Boisson. La température axillaire chez les tuberculeux. Comparaison de la température des deux aisselles. (MM. Debove, président; Gilbert Ballet, Chauffard et Jeanselme.) — M. Griveau. Du traitement électrique de l'hypertension artérielle. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Chauffard, et Jeanselme.) — M. Bodet. Traitement du chancre mou par l'acide phénique à saturation dans l'alcool. (MM. Chauffard, président; Debove, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. Cartier. Essai critique sur la valeur de la réaction de Cammidge. (MM. Chauffard, président; Debove, Gilbert Ballet et Jeanselme.) — M. Bord. Syphilis secondaire des fosses nasales. (MM. Raymond, président; Gilbert, Richaud et Claude.) — M. Lalanne. L'huile grise dans le traitement de la syphilis et la stomatite mercurielle à forme tardive. (MM. Gilbert, président; Raymond, Richaud et Claude.)

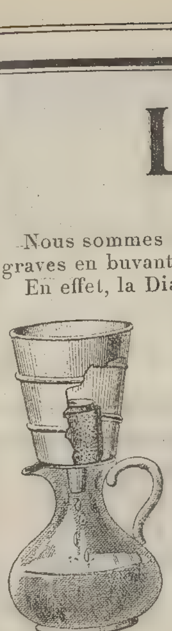
Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVE, 17, RUE CASSETTE.

L'Eau et la Typhoïde

Nous sommes tous exposés journellement aux dangers les plus graves en buvant de l'eau contaminée.

En effet, la Diarrhée et la Dysenterie peuvent être provoquées par l'ingestion d'une eau souillée de matières organiques ; les *Calculs urinaires* ou la *Gravelle* sont souvent attribuables en partie à l'usage d'une eau trop calcaire ; les *Fièvres paludéennes*, qui se propagent plutôt par l'air que par l'eau, ont aussi leur cause dans l'absorption d'une eau malsaine. Car, d'après Laveran, l'hématozoaire spécifique de ces fièvres pénètre par les voies digestives avec l'eau de boisson. Le *Goitre* et le *Crétinisme* sont dus à des propriétés de l'eau de certains pays. Enfin la *Fièvre typhoïde*, cette redoutable dévastatrice de nos organes, n'a pas de plus sûr et meilleur véhicule que l'eau, qui, au contact de selles de typhoïsants, prend le bacille typhique et le promène comme à plaisir dans notre sang. Brouardel regardait ce mode de propagation de la dothiénentérie comme le plus fréquent et le plus dangereux.



FILTRE

D'où vient donc que l'eau porte si souvent des germes de mort, quand elle ne devrait apporter que la vie?

C'est qu'elle est très rarement pure.

Car d'après les analyses de M. Miquel, directeur de l'Observatoire de Montsouris :

L'eau de la Vanne contient environ 1 100 microbes par centimètre cube ;

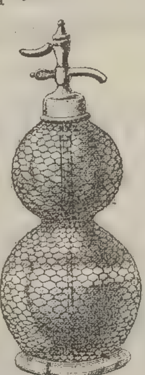
L'eau de la Dhuys contient environ 3 950 microbes par centimètre cube ;

L'eau de l'Avre contient environ 1 525 microbes par centimètre cube ;

L'eau de l'Ourcq contient environ 74 850 microbes par centimètre cube ;

L'eau de la Marne contient environ 89 850 microbes par centimètre cube ;

Celle de la Seine, à son entrée à Paris, en contient 75 000, et à la prise d'eau de Suresnes qui alimente une partie de la Banlieue de Paris, elle en renferme 285 000. Et que dire des eaux à la campagne et dans la plupart des villes, ainsi que des eaux de puits qui passent pour être des eaux de source? Le plus souvent elles sont chargées de souillures de toutes sortes et traînent avec elles les germes les plus morbides.



GAZOGÈNE

Tout récemment durant la dernière épidémie qui a sévi à Cherbourg, nous les avons vus, hélas! trop à l'œuvre pour douter de leur action.

Mais les eaux minérales, direz-vous?

Sans doute, il en est qui, grâce à leur composition et à leur excellent captage, sont restées fermées à l'invasion microbienne; mais en général leur prix est élevé. D'ailleurs leur minéralisation même, qui les rend par cela seul essentiellement médicales, est une raison impérieuse de faire d'elles un emploi très prudent.

*
* *

Ainsi, le problème à chercher est celui-ci : assurer au public et mettre à la portée de tous une eau potable, une véritable eau de boisson qui les préserve de la typhoïde, de la dysenterie et du choléra.

Jusqu'ici le procédé le plus employé pour débarrasser l'eau de ses impuretés est le filtrage.

Mais le malheur est que le filtrage, excellent en théorie, présente bien des inconvénients dans la pratique. Les pores d'un filtre, même ceux en porcelaine, ont des dimensions irrégulières, leur structure n'est pas assez homogène, et leurs tissus exigent des montages et des démontages délicats qui peuvent produire des déchirures ou des éclats. De plus, leur défaut commun c'est qu'on ignore le moment où le filtre est hors de service, car on ne peut pas dire par exemple : il faut stériliser ou changer le filtre tous les dix jours ou tous les cinq jours. Il est très possible que, un jour ou deux auparavant, le filtre laissait déjà passer les microbes. C'est ce qui fait dire à certains que « le meilleur des filtres ne vaut rien ».

*
* *

Heureusement l'ingéniosité des savants ou des chercheurs ne se laisse pas arrêter par les difficultés ou le découragement.

Le problème posé paraît enfin résolu, et de la manière la plus sûre et la plus simple, par la méthode **FABER** qui peut se résumer en trois mots : l'*ébullition*, l'*épuration* et la *gazéification*.

Les expériences de van Thiegen, Miquel, Globig, Weda et Guimochet ont démontré que les microbes succombent tous à la température de 100 à 110 degrés. A cette chaleur toutes les parcelles thermiques, si l'on peut ainsi parler, sont comme autant de grains de mitraille qui les atteignent et les pulvérisent, car l'ébullition détruit tous les germes, et particulièrement les germes pathogènes (le bacillus typhosus, comme le bacillus coli communis).

L'ébullition est donc indispensable si l'on veut être sûr de la complète innocuité de l'eau que l'on boit, quels que soient ses qualités ou ses défauts. Grâce à elle tous les sels que l'eau contient en dissolution sont précipités, et les gaz délétères volatilisés.

Mais l'eau bouillie est lourde, indigeste, fade. Même après avoir été aérée par le battage, elle est encore désagréable et mal supportée par l'estomac.

Voilà pourquoi l'ébullition est si peu vulgarisée.

La méthode Faber remédie victorieusement à ce grave défaut par l'*épuration* et la *gazéification*.

La matière filtrante est constituée par un bloc de charbon végétal granulé, mélangé d'amiante pulvérisée.

L'eau bouillie et épurée est versée dans le *Siphon Gazogène Faber* pour être gazéifiée. Le dégagement du gaz formé avec des produits chimiquement purs, se fait graduellement. Ce gaz donne à l'eau un goût agréablement piquant, qui excite l'estomac le plus paresseux et active fortement la digestion.

L'eau ainsi épurée devient de l'eau véritablement champagnisée, elle est non seulement absolument inoffensive, mais elle flatte de plus le palais et est la plus agréable des boissons. On peut dire de l'eau GAZOGENE FABER qu'elle est à la fois la boisson rêvée des malades, le rafraîchissement cherché pour nos soldats et nos marins, et l'eau de table idéale désirée de nous tous qui sommes légion, puisque son prix de revient ne dépasse pas 10 centimes la bouteille.

VENTE : 19, rue des Pyramides, PARIS.

REMISE SPÉCIALE A MM. LES DOCTEURS

Sur demande, envoi de la brochure H.



N° 79. — MARDI 13 JUILLET 1909. 82e ANNÉE. MARDI 13 JUILLET 1909. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr.	— 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE	3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr.	— 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas jeudi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — M. le docteur Leuret, dont nous avons annoncé la nomination de médecin adjoint des hôpitaux, est attaché à l'hospice général (section des vieillards et pavillon de convalescents).

M. le docteur Cruchet, médecin-adjoint, passe à la section des incurables et à l'isolement.

M. le docteur Micheleau, médecin-adjoint à l'hospice général, passe en la même qualité à l'hôpital Saint-André.

— LYON. — *Concours de l'externat.* — Voici les noms des étudiants définitivement admis au concours de l'externat des hospices civils de Lyon :

MM. Maurizot, Brette, Durand, Chaurand, Pelloux, Mlle Gardette, MM. Silvestre, Devaux, Mlle Marchand et MM. Martin de Laulerie (*ex æquo*), Michel, Drey, Salel et Vernet (*ex æquo*), Perrenot, Chenu (Robert), Michelland, Forraz, Charrat, Ducruet, Gérard, Ferrier, Blanchet, Didier, de Gauvain, Gillot, Guillonnet, Melou, Roblet, Verrier, Maurel, Vallois, Courozier, Chapuis, Chenu (François), Dupasquier, Maffei et Thoviste (*ex æquo*), Ardisson, Brichard et Granet (*ex æquo*), Brelet et Gabalda (*ex æquo*), Vulliet, Delorme et Milhaud (*ex æquo*), Daujat, Durieux et Israel (*ex æquo*), Gaucherand, Barnaud, Philipsen, Laterrière.

MARINE. — Par décision ministérielle du 9 juillet 1909 : M. le médecin en chef de deuxième classe Gorron a été désigné pour remplir les fonctions de médecin chef de l'hôpital de Sidi-Abdallah.

HOPITAL BEAUJON (service de M. TUFFIER). — M. le docteur Alexis Carrel (de New-York) fera le jeudi 15 juillet, à neuf heures et demie, une conférence.

HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER. — COURS DE VACANCES. — Douze leçons sur *la tuberculose des os et des articulations*, du 2 au 13 août 1909, par M. le docteur MÉNARD, chirurgien en chef, avec le concours de MM. les docteurs ANDRIEU et CALVÉ, chirurgiens-assistants.

PROGRAMME DES COURS. — *2 août.* — M. MÉNARD : *Généralités sur la tuberculose osseuse et articulaire.* Evolution et traitement.

3 août. — M. MÉNARD : *Mal de Pott.* Anatomie pathologique. Examen de pièces et de radiographies.

4 août. — M. CALVÉ : *Mal de Pott.* Etude clinique. Mal de Pott cervical, dorsal, lombaire, sous-occipital.

5 août. — M. ANDRIEU : *Mal de Pott.* Traitement.

6 août. — M. MÉNARD : *Coxalgie.* Anatomie pathologique. Examen de pièces. Radiographie.

7 août. — M. ANDRIEU : *Coxalgie.* Etude clinique.

8 août. — M. CALVÉ : *Coxalgie.* Traitement.

9 août. — M. MÉNARD : *Tuberculose du genou.*

10 août. — M. CALVÉ : *Tuberculose du tarse.*

11 août. — M. MÉNARD : *Tuberculose du coude et de l'épaule.*

12 août. — M. ANDRIEU : *Tuberculose du poignet et des os de la main (spina ventosa).*

13 août. — M. MÉNARD : *Ostéite tuberculeuse et ostéite syphilitique.*

Ces leçons seront accompagnées de démonstrations pratiques : appareils plâtrés, traitement des abcès froids, présentations de malades.

Le cours aura lieu le matin à dix heures et demie à l'hôpital maritime. Il sera ouvert aux étudiants en médecine et aux docteurs français et étrangers.

Droit d'inscription : 50 francs. (Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ce droit.)

Se faire inscrire par lettre adressée à M. le docteur Calvé ou à M. le docteur Andrieu, chirurgiens-assistants de l'hôpital maritime. Pour les renseignements relatifs au séjour (hôtels, pensions), s'adresser à l'agence Laffilé et Gérardin, à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bondet, ancien professeur de clinique médicale à Lyon, associé national de l'Académie de médecine, et de M. Henri de Parville, collaborateur scientifique du *Journal des Débats*, directeur de *La Nature*.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1010.*)

DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE

Par le général Fr. CANONGE,
Docteur en médecine.

Le problème de l'éducation physique est aujourd'hui, pour toutes les grandes nations, d'une importance capitale; il y va, en effet, de l'avenir de la race elle-même.

En France où les symptômes d'affaiblissement physique et moral éclatent aux yeux de tous, la situation est telle qu'il faut aviser et surtout agir sans perdre de temps. Efforçons-nous du moins, puisque la *quantité* nous échappe, d'améliorer la *qualité*.

On est un peu en droit de s'étonner que la *Gazette des hôpitaux* n'ait pas encore consacré une étude approfondie à une question dont, évidemment, des médecins ne peuvent se désintéresser. Elle a bien publié, dans le numéro du 11 mars dernier, un article intéressant, sous le titre : « Les tendances actuelles de l'éducation physique », mais sa brièveté ne pouvait permettre que d'effleurer la question.

Reprenons-la, en nous efforçant d'apporter dans sa discussion toute la modération désirable, n'étant animé que du désir de contribuer à faire triompher ce que nous croyons loyalement être la vérité. L'heure est d'ailleurs décisive, car la Commission de l'armée ne tardera pas à discuter un projet de loi sur la préparation militaire qui vient de lui être soumis. Il est impossible de garder le silence au moment où l'avenir de notre pays est en jeu.

Nous étudierons successivement les points suivants :

But de l'éducation physique. — Bases sur lesquelles repose l'éducation physique. — Phases de son enseignement. — Moyens à employer pour l'assurer le mieux possible. — Etat actuel de la question en France. — Mesures qu'il est urgent de prendre.

I

Posons, en commençant, les données du problème. Basée sur la connaissance éclairée du corps humain, l'éducation physique doit s'appliquer à développer ce corps par des moyens physiologiques et à le maintenir, autant que possible, en force, en beauté. Convenant également, pendant certaines phases de la vie, aux deux sexes, elle doit, tout spécialement, orienter d'une façon précise la préparation militaire de façon à obtenir adresse, vigueur, endurance et courage.

Le rôle considérable, capital, joué dans la vie qui n'est à tout prendre qu'une *oxydation*, par la respiration, conduit à cette conclusion qu'il importe que la méthode employée facilite l'acte respiratoire.

Le muscle qui, biologiquement, n'arrive qu'en septième ligne — toute réserve faite pour le diaphragme dont le rôle est puissant dans la respiration, puisqu'il est le principal et le véritable muscle inspirateur — a une importance incontestable, mais il convient de ne point l'exagérer.

En réalité, l'ordre de valeur fonctionnelle intrinsèque est le suivant : 1° innervation; 2° respiration; 3° circulation; 4° digestion; 5° articulations; 6° os ; 7° muscles.

A la respiration se rattachent l'innervation, la circulation et la digestion.

Dans le mouvement une fois alimenté et sollicité, interviennent : les articulations, pour le point d'appui des leviers; les os, pour les bras de leviers et pour la résistance; les muscles, pour la puissance.

L'importance excessive accordée aux muscles contrarie le jeu des poumons; elle restreint à un petit nombre et, dans une certaine limite, au sexe masculin, l'application de la méthode adoptée.

Si donc on considère la santé générale à différents degrés, chez l'enfant, le soldat et l'adulte, chez la jeune fille et la femme, on reconnaît qu'elle a tout à gagner au développement de la capacité thoracique. On obtiendra ce résultat en réglant prudemment, scientifiquement, le jeu des poumons, de façon à faciliter la circulation du sang.

De ce qui précède découle la double nécessité de posséder une méthode sûre et, puisqu'il s'agit d'une science véritable, de maîtres instruits pour l'appliquer avec discernement.

A ces deux conditions, on réalisera le perfectionnement physiologique du corps humain et, avec le concours de l'hygiène, tout en fortifiant la santé, on augmentera la durée de la vie.

La gymnastique forme la base de l'éducation physique. Comme tous les exercices physiques, les jeux et les sports relèvent d'elle. On a pu la diviser, sans porter atteinte au bloc éducatif qu'elle constitue, en :

1° *Gymnastique de développement ou éducative* : faite d'analyse et de raison, elle crée la santé et la beauté dans la forme. Placée à la base de tout entraînement, elle est à la fois pédagogique, hygiénique, corrective et médicale.

2° *Gymnastique d'application* destinée à adapter l'homme à sa fonction militaire, puisqu'elle lui donne la force et l'adresse.

3° *Gymnastique sportive* qui, faite d'émotivité, oblige à vouloir, à savoir vouloir; elle développe donc l'esprit de coopération et de solidarité.

Le Foyer, l'Ecole et la Caserne constituent la base de toute société. L'éducation physique doit donc être donnée aussi bien aux êtres faibles qu'aux êtres forts, à l'enfant et à la femme, comme à l'homme.

A l'enfant, dont il ne s'agit pas seulement de développer l'intelligence aux dépens du corps, la gymnastique doit être enseignée de bonne heure, dès l'âge de sept ans; on prendra, d'ailleurs, toutes les précautions qu'exigent les différences de tempérament et de constitution. En réussissant, dans la famille et l'école, à procurer à l'enfant, de proche en proche, une large poitrine, une taille droite, des épaules et des jambes solides, des poumons dilatables, on réalisera, dans les meilleures conditions possibles, la préparation militaire.

En fortifiant la jeune fille, puis la femme, en élargissant les hanches, en augmentant les poitrines, on accroîtra le rendement physique et on assurera

la continuité de l'allaitement. Et, en même temps qu'on élèvera la valeur physique, intellectuelle et morale des futures mères, on marchera sûrement vers le but suprême : procréer des enfants vigoureux destinés à vivre; les bien élever physiquement et moralement.

On l'a dit avec raison : « Il faut une pondération égale entre les activités physique et morale.

« La sérénité de l'âme est la conséquence de la santé ; la force morale est la meilleure garantie de résister aux passions et d'avoir du courage dans l'adversité. »

II

L'étude des phases par lesquelles est passée l'éducation physique, rapprochée de l'immutabilité du corps humain, fournit une preuve de plus des fluctuations auxquelles est souvent soumis l'esprit humain ; il suffira d'en indiquer les grandes lignes.

On sait quelle place la gymnastique tint dans la Grèce antique et, à un degré moindre, chez les Romains ; toutefois, complètement empirique, elle ne reposait pas sur une base scientifique.

Notons cependant qu'Aristote considérait l'éducation corporelle comme ayant la même signification et la même valeur que celle de l'esprit.

De même Platon imposait l'exercice corporel aux enfants, « afin, disait-il, que leur corps amélioré par son usage soit complètement soumis à leur volonté ». Il le recommandait aussi pour la femme, n'admettant pas qu'on fît une distinction de sexe.

Arrivons à Galien (131 à 200 ap. Jésus-Christ), cet esprit puissant qui, à la fois médecin, gymnaste et philosophe, fonda une œuvre monumentale, le *Galénisme* appelé à régner en maître jusqu'au XVIII[e] siècle. De son œuvre on dégage le principe de vérité en éducation physique, car on trouve chez lui : le classement graduel d'exercices soigneusement choisis; le développement harmonieux du corps ; l'exercice de toutes ses parties ; la variation du travail musculaire; les précautions à prendre pour éviter le surmenage ; enfin des exercices de respiration et de délassement. Ceux-ci méritent une mention spéciale, car ils comprenaient des mouvements légers qu'on faisait à la fin de la leçon ou bien après chaque exercice violent pour rétablir l'état physiologique de toutes les fonctions vitales que le mouvement avait troublées, en même temps que pour prévenir le surmenage.

Chez les Romains, à partir de la création des armées permanentes, les exercices de gymnastique revêtirent surtout un caractère sportif : lutte, courses, saut, natation et escrime.

La gymnastique offrit, pendant la période du moyen âge, un caractère spécial qu'il suffit de mentionner.

Lors de la renaissance de l'infanterie et de l'institution des troupes permanentes, la gymnastique tomba dans un discrédit que, malgré les protestations de Puységur, de Feuquières, de Maurice de Saxe et de Guibert, les ridicules manies qui prédominèrent trop longtemps ne pouvaient qu'augmenter.

Sous la Révolution et l'Empire, en France du moins, l'étude de l'éducation physique ne put trouver sa place dans la vie des camps et au milieu de combats incessants.

En Suisse, dix ans avant la fin du XVIII[e] siècle, l'instituteur Pestalozzi (1746-1827), l'apôtre de l'éducation naturelle, mit en pratique, en 1790, dans son Institut pédagogique d'Yverdun, les exercices physiques. Il avait surtout en vue de fortifier la complexion des élèves, mais sa théorie était fautive; car, selon lui, tous les mouvements que le corps peut faire sont bons. L'Institut jouit, pendant un certain temps, d'une grande popularité; puis il déclina par un vice de gestion et le fondateur eut le chagrin de survivre à son œuvre.

En Suède, un ancien officier, Per-Henrik-Ling (1776-1839), se trouva amené, par patriotisme, à chercher le moyen d'arrêter la décadence physique de la race suédoise. Il trouva, à la suite de recherches patientes et d'études variées, une méthode vraiment géniale. Entièrement basée sur les lois anatomiques et physiologiques, sur la connaissance éclairée de la machine humaine, elle lui permit de réaliser une gymnastique rationnelle, éducative : elle impose à tous les organes une action bien déterminée et, d'une façon générale, développe toutes les grandes fonctions, fonctions de la vie végétative et fonctions de relation.

Cette méthode a pris corps dès 1805. Qu'elle n'ait pas été complète dès le début, qu'elle ait été constituée comme on l'a dit, avec les traditions chinoises, françaises, allemandes, peu importe ; elle éveille dans l'esprit des idées nettes, précises, et les résultats, les bienfaits qu'elle procure ne sauraient être contestés.

Que cette méthode puisse être, comme toutes les méthodes, perfectionnée, ceci n'est pas douteux, ce ne saurait être toutefois qu'une question de détail, car les principes fondamentaux demeurent inattaquables.

On retrouvera quelques-unes des idées de Ling dans les passages suivants qui sont de lui.

Il a voulu « redonner à la gymnastique la même importance auprès des habitants du Nord, qu'elle avait dans les pays méridionaux à l'époque de Platon, Hippocrate et Galien ».

Pour Ling :

« Tant que l'on ne suivra pas la nature, on balancera toujours entre des prescriptions réglementaires contradictoires.

« Vérité, santé et beauté ne font qu'une seule et même chose ; ces trois qualités peuvent être exprimées par un seul mot : l'harmonie...

« Un vrai gymnaste a besoin de *connaissances*, de sens *artistique* et de *moralité*.

« Chaque mouvement est une idée ou une pensée exprimée par le corps. »

Ling eut longtemps à lutter et dut éprouver bien des déboires avant de triompher. Il avait contre lui des ministres répondant « qu'il y avait assez de saltimbanques sans devoir en prendre à la charge de l'Etat » ; il ne se rebuta pas.

Professeur de gymnastique et d'escrime à l'Université de Lünd, puis à l'Ecole militaire de Stockholm,

il réussit, grâce à l'intervention personnelle du roi, à obtenir, en 1813, les fonds nécessaires pour obtenir de créer, l'année suivante, un institut, l'*Institut central et royal de gymnastique de Stockholm* qui est toujours en pleine prospérité.

Pendant que Ling se débattait au milieu de difficultés de toutes sortes, en Prusse, Jahn (Fréd.-Louis, 1778-1852), vulgairement appelé le *père Jahn*, faisant appel à la passion patriotique, s'appliquait à favoriser l'élan de la jeunesse de son pays légitimement soulevée contre la domination française. La gymnastique n'était pour lui qu'un moyen de préparer des soldats, il ne s'adressa qu'à des jeunes gens robustes, bien constitués et non à des enfants; sa devise : « Vive qui peut vivre ! » est suffisamment significative. Sa méthode, qui comportait l'emploi d'agrès de suspension, fut appliquée dans l'établissement de gymnastique fondé par lui à Berlin.

Particularité assez curieuse qu'oublient trop légèrement les Français qui rejettent fièrement la méthode suédoise parce qu'elle est, disent-ils, d'origine étrangère, cette méthode, qu'ils voudront bien reconnaître comme *allemande*, fut introduite en France par le colonel espagnol Amoros (1770-1848). Elle y régna plus ou moins pendant près d'un siècle; elle a été notamment enseignée à l'Ecole militaire de gymnastique de Joinville-le-Pont, tout en subissant quelques modifications, de 1853 à 1903, pendant cinquante ans.

Au lendemain de la guerre de 1870-1871, une véritable renaissance concernant l'éducation physique s'accentua peu à peu, en France principalement, sous forme de jeux et de sports. Provoqué chez nous par un grand Français, Victor Duruy, auquel on doit, en qualité de ministre de l'Instruction publique, l'importante circulaire du 3 février 1869, le rapport du docteur Hillairet n'éclaira pas les esprits, comme il le méritait, sur la valeur réelle de l'éducation physique : ne pas seulement *faire des bacheliers, mais des hommes.*

A la période des bataillons scolaires et du surmenage intellectuel, qui s'étendit de 1871 à 1887, succédèrent : de 1887 à 1890, celle de la *science médicale* provoquée par l'Académie de médecine (1); de 1890 à 1900, celle de l'*initiative privée*, pendant laquelle on acquit en France la conviction que la méthode de gymnastique éducative appliquée en Suède est excellente; à partir de 1900, la période de l'*éclectisme*. Nous retrouverons bientôt les noms du docteur Philippe Tissié, de M. G. Demeny, du lieutenant-colonel Coste et de M. Cazalet.

S'inspirant du colonel Norlander, descendant direct de Ling, le commandant belge Lefébure, interprète tenace et éclairé de la méthode suédoise appliquée dans toute sa pureté, a doté son pays et tout particulièrement l'armée, d'un enseignement physique conforme aux données de la science contemporaine. Il a pu le faire grâce à l'appui du roi Léopold II et a été bien secondé par M. Cyr van Overbergh, directeur général de l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

Venu en France en 1900, à l'occasion de l'Exposition universelle, le capitaine-commandant Lefébure exposa, au Congrès de l'éducation physique, en ayant recours à des projections, la valeur éducative de la méthode suédoise.

L'année suivante, le ministre de la guerre belge le chargeait, en lui confiant le commandement de l'*Ecole normale de gymnastique et d'escrime militaire* à Bruxelles, de la réorganiser et d'élaborer une méthode et un règlement nouveaux.

On lui doit deux excellents ouvrages : l'un publié en 1903, sous le titre l'*Education physique en Suède*; l'autre en 1905, sa *Méthode de gymnastique éducative.*

Il n'y a pas un seul des visiteurs de l'Ecole de Bruxelles qui ne soit revenu très favorablement impressionné des résultats obtenus, résultats soumis à un loyal contrôle physiologique.

En 1905, s'est ouvert à Bruxelles, grâce à l'initiative privée, un *Institut supérieur d'éducation physique.* Il a organisé des cours du soir destinés à initier, pendant deux années, des instituteurs et des institutrices à la méthode de gymnastique suédoise.

Revenons maintenant à cette méthode pour l'examiner un peu en détail. Elle consiste à obtenir le développement correct du corps humain au moyen de mouvements raisonnés, c'est-à-dire en rapport avec le rôle de ses principaux organes; aussi permet-elle de doser le mouvement en quantité, en énergie, de le limiter en durée, bref de le diversifier, ce qui la rend applicable, à des degrés différents, au foyer, à l'école et à la caserne.

Cette méthode est basée sur la combinaison :

1° De cinq *positions fondamentales* prises respectivement sur les principaux segments du corps, de façon à permettre aux groupes musculaires que l'on veut faire mouvoir d'entrer en action avec le point d'appui convenable;

2° De *positions*, au nombre de 92, qui en sont *dérivées*;

3° De *mouvements* exécutés méthodiquement en partant de l'une ou de l'autre des positions précédentes et présentant trois phases distinctes : la position initiale ou de départ; l'exécution proprement dite; la position finale.

Elle n'interdit pas l'agrès; elle lui donne seulement la place lui convenant dans la catégorie des applications sportives qui, dirigées en connaissance de cause, peuvent faire du bien.

Intensive et corrective, d'une souplesse étonnante, la gymnastique suédoise réalise l'équilibre préconisé, il y a des siècles, entre les qualités du corps et celles de l'esprit; elle peut être, on ne saurait trop le répéter, athlétique avec le soldat, hygiénique et esthétique avec la femme.

Considérée au point de vue médical, elle permet de corriger certains vices de conformation pouvant amener des affections sérieuses et fournir, pour combattre les suites de certaines maladies, des ressources

(1) Du 8 mars au 9 août 1887, l'Académie de médecine discute les questions suivantes : *Du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles; du degré d'aptitude militaire des jeunes hommes plus ou moins instruits.* Cette discussion motiva les réformes dues à la circulaire du 7 juillet 1890, signée par le ministre Bourgeois.

précieuses et variées. Un certain nombre de médecins et de chirurgiens l'emploient en connaissance de cause, à Paris, et n'ont qu'à s'en louer. Chose singulière, certains auteurs ont prétendu discréditer cette méthode parce qu'elle est médicale. D'autres critiques plus sérieuses ont été faites ; elles seront réfutées en temps opportun.

Consignons ici comme touchante la dernière pensée qu'eut Ling un peu avant de mourir :

«... La mort met fin à mon activité et toute mon œuvre disparaîtra comme une bulle de savon si Votre Majesté et l'Assemblée nationale ne consentaient à remplir le dernier vœu d'un mourant : laissez l'Institut se développer d'après mes plans. Entre mes centaines d'élèves, il n'y en a que deux, Branting et Georgii, qui soient en état de conduire mes idées à bonne fin, et ces deux hommes sont malheureusement maladifs. S'ils meurent avant d'avoir eu le temps de former de nouveaux professeurs, alors l'Institut périra et son importance réelle disparaîtra. L'Institut doit être soutenu immédiatement, sans cela il sera trop tard... »

La méthode de Ling est actuellement adoptée, en Europe : au nord, par l'Angleterre, le Danemark, la Norvège, l'Allemagne, la Russie ; au midi, par le Portugal, la Grèce, la Turquie. Hors de l'Europe, citons le Japon, la Tunisie, les Etats-Unis, la République Argentine et le Chili.

Une pareille extension est une preuve sérieuse de la bonté de la méthode suédoise. Cette méthode aura pourtant mis plus de quatre-vingts ans à arriver en France. *(A suivre.)*

HÉRÉDO-SYPHILIS CÉRÉBRALE TARDIVE
CHEZ DEUX SŒURS

PAR MM.

L. BABONNEIX, Ancien chef de clinique des maladies infantiles à la Faculté

et

ROGER VOISIN, Chef de clinique de médecine de Paris.

Les accidents par lesquels l'hérédo-syphilis cérébrale tardive peut manifester son existence commencent à être aujourd'hui bien connus. On en trouvera l'énumération à peu près complète dans les belles leçons de M. le professeur Fournier (1), dans les revues générales de Fairbank (2), Ingelrans (3), Nonne (4) et Bresler (5), et dans la monographie de M. Zappert (6). Toutefois, il est rare qu'ils affectent le caractère familial. Aussi nous a-t-il semblé intéressant de rapporter l'observation de deux sœurs, hérédo-syphilitiques, et atteintes, l'une de paraplégie spasmodique à type de maladie de Little, et l'autre d'hémiplégie cérébrale infantile.

(1) FOURNIER. *Syphilis héréditaire tardive.*
(2) FAIRBANK. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1906, nos 10 et 11.
(3) INGELRANS. Hérédo-syphilis du système nerveux, *Gaz. des hôpit.*, 1904, pp. 577 et 597.
(4) NONNE. *Syph. u. Nerv.*, sept. 1902.
(5) BRESLER. *Schmidt's Jahrb.*, 1904.
(6) ZAPPERT. Hereditäre Lues des Nervensystems, *Handb. d. Kind.*, 1906, t. II, f. 11, p. 654.

OBSERVATION. — Germaine D..., quinze ans, entrée à la salle Parrot, lit n° 7, le 10 août 1908, parce qu'elle ne peut plus marcher.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant, mais il a vingt-sept ans de plus que sa femme. Celle-ci est également en bonne santé; elle déclare que ni son mari ni elle n'ont jamais eu de maladies vénériennes; elle n'a pas fait de fausses couches. Ils ont eu deux enfants : Germaine, qui est l'aînée, et Madeleine, actuellement âgée de douze ans, dont l'observation est relatée plus loin.

Antécédents personnels. — Germaine D... est née à terme, à la suite d'une grossesse normale. L'accouchement s'est bien passé. L'enfant a été élevée au sein maternel jusqu'à trois mois, puis au biberon. Elle a eu ses premières dents à huit mois et a marché à dix-huit mois. Son intelligence s'est normalement développée. En dehors de l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital, elle n'a eu aucune maladie, si ce n'est une rougeole bénigne, il y a huit ou dix ans. Jamais elle n'a présenté de crises comitiales.

La maladie actuelle aurait débuté il y a environ trois ans. A cette époque, la fillette est tombée brusquement à terre, un beau jour, sans cause, et n'a pu se relever qu'avec l'aide de ses parents. Elle est restée deux heures sans pouvoir marcher. Les jours suivants, petit à petit, elle s'est mise à boiter, et ses pieds ont pris une attitude vicieuse. Depuis deux ans, elle est absolument confinée au lit, et, d'après ses parents, il y aurait des moments où elle ne peut parler. Il y a trois mois, on lui a fait, sans succès, une série de piqûres de benzoate de mercure.

La malade est réglée depuis quelques semaines.

Examen anatomique. — La jeune fille est assez bien développée, mais ses *membres inférieurs*, quoique ayant gardé leur aspect normal, sont *presque complètement impotents*; à un examen minutieux, il est aisé de se rendre compte, cependant, que la raideur l'emporte de beaucoup sur la paralysie. Les divers mouvements segmentaires s'effectuent avec difficulté. La station verticale est très pénible pour la malade, qui ne repose sur le sol que par la partie antérieure de la plante et par la face dorsale des orteils. La marche est impossible, les pieds se mettent en varus équin, et les phénomènes de contracture augmentent au niveau des principales jointures des membres inférieurs. La paralysie semble un peu plus marquée du côté gauche que du côté droit. Les muscles des membres supérieurs, de la face, du cou, paraissent intacts.

Tous les *réflexes tendineux sont augmentés*, mais cette augmentation est surtout nette au niveau des membres inférieurs ; il existe, des deux côtés, une trépidation épileptoïde inépuisable. Le signe de Babinski s'observe également des deux côtés.

La *sensibilité*, tant objective que subjective, est *normale.* L'examen des *yeux* a été effectué par M. Dupuy-Dutemps. Il n'y a pas d'hémianopsie, pas de rétrécissement du champ visuel; le fond de l'œil est normal, mais la pupille gauche est plus dilatée que la droite. Les deux *pupilles restent immobiles à la lumière* et ne réagissent que peu à la distance. Le réflexe pupillo-palpébral est conservé.

Il existe, de temps à autre, un peu d'incontinence d'urine, mais pas de troubles de la défécation.

L'*intelligence* n'est pas tout à fait normale; la malade rit et pleure sans propos; souvent, elle a l'air « tout chose ». Son jugement paraît avoir quelque chose de puéril. Elle est peu instruite. En somme, débilité mentale nette.

Colonne vertébrale. — Il existe une scoliose marquée de la région dorsale, à convexité droite.

L'*état général* est *excellent.* Il n'y a pas de fièvre, pas de troubles digestifs, respiratoires, cardiaques, etc. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

OBSERVATION. — Madeleine D..., âgée de douze ans, entrée aux Enfants-Malades, salle Parrot, lit n° 20, le 10 août 1908, pour une hémiplégie gauche.

Antécédents héréditaires. — Voir plus haut.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme, après une grossesse normale. L'accouchement s'est bien passé. Elle a été élevée au sein maternel jusqu'à trois ans (?). Elle a eu ses premières dents à un an, a marché à trente mois, et, au point de vue intellectuel, s'est si mal développée qu'actuellement elle sait à peine lire et écrire. Vers deux ou trois ans, elle a eu la variole; à huit ans, un zona qui aurait duré quatre mois; à neuf ans, une fièvre muqueuse.

La maladie pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté il y a quatre ans, par des crises convulsives, espacées par un intervalle de deux mois. La mère raconte qu'elle n'a pas assisté au début de la crise, mais qu'en rentrant chez elle, elle a trouvé son enfant sans connaissance, se débattant à terre, les membres contracturés et les yeux révulsés. La deuxième crise, très analogue, fut suivie d'incontinence d'urine. Au bout d'un an, on a remarqué que la fillette commençait à boiter, et que tout son côté gauche s'affaiblissait notablement. La face a été atteinte. Quant aux membres supérieurs, les phénomènes paralytiques y ont toujours été très atténués.

Examen anatomique. — La fillette est assez bien développée, mais son *système nerveux* est gravement altéré. Tout d'abord, il existe, en plus de l'*arriération mentale* déjà signalée, un certain degré de *folie morale*. L'enfant est excessivement coléreuse; plusieurs fois, elle a menacé sa mère de se suicider en se jetant par la fenêtre. Lors de son entrée dans la salle, elle s'est si bien débattue, griffant et pinçant les personnes qui l'entouraient, qu'il n'a pas fallu moins de trois infirmières et de deux garçons pour arriver à la coucher.

Les *troubles moteurs* consistent en une *hémiplégie spasmodique gauche*. La face est un peu asymétrique, le côté gauche étant un peu moins développé que le droit. Le membre supérieur gauche paraît un tout petit peu moins fort que l'autre. Le membre inférieur gauche est à la fois plus grêle et plus court que le droit. Dans la situation horizontale, il est en demi-flexion, le pied étant en varus équin. Les divers mouvements segmentaires s'effectuent avec difficulté. La démarche est possible, mais la jambe malade se raidit encore, et le pied frotte contre le sol par la pointe et le bord externe. Il n'y a d'ailleurs, à ce moment, ni vertiges, ni ataxie.

Réflexes. — Les réflexes tendineux sont très exagérés à gauche ; il n'y a pas de clonus du pied. Le signe de Babinski est positif des deux côtés. Les réflexes cutanés sont normaux.

Il n'y a *pas de troubles de la sensibilité*. L'examen des yeux, pratiqué par M. Dupuy-Dutemps, a donné les résultats suivants : pas de lésions de la papille ; trouble diffus et léger de toute la cornée, indiquant une kératite interstitielle ancienne. Les *pupilles* sont larges et *immobiles à la lumière*; elles réagissent peu à l'accommodation. Les réflexes conjonctivo-pupillaires sont conservés. Il n'y a pas d'hémianopsie, mais il existe un petit foyer ancien de choroïdite.

L'*état général* est excellent. A signaler seulement que les premières dents auraient poussé gâtées, et que les incisives médianes de la seconde dentition sont échancrées sur leur bord libre, de façon à rappeler la dent d'Hutchinson.

Dans ces deux cas, le diagnostic, tant symptomatique que causal, nous paraît relativement simple.

L'aînée de nos malades est atteinte de paraplégie spasmodique, dont les caractères : exagération des réflexes tendineux, signe de Babinski, trépidation spinale, indiquent suffisamment l'origine organique. Chez la seconde, il s'agit sans conteste d'hémiplégie spasmodique gauche : le début par un ictus apoplectiforme, la localisation exacte des phénomènes moteurs à gauche, l'exagération, de ce côté, des réflexes tendineux, l'existence de troubles intellectuels et moraux permettent, comme dans le cas précédent, de rattacher à une lésion cérébrale les accidents observés.

Donc, dans les deux cas, lésion cérébrale, produisant, ici une hémiplégie, et là une paraplégie. Quelle en est la nature? Pour résoudre cette question, deux ordres d'éléments : anamnestiques, cliniques.

La mère, interrogée avec soin, nous a maintes fois affirmé que ni son mari, ni elle, n'avaient jamais eu la syphilis, mais elle a dû reconnaître que la seconde de ses filles avait présenté, quelques jours après la naissance, une éruption si caractéristique que le médecin avait immédiatement pensé à une roséole et prescrit, en conséquence, des frictions mercurielles.

D'autre part, l'examen des yeux nous a fourni des renseignements de premier ordre. L'existence indiscutable, chez les deux malades, du signe d'Argyll plaide en faveur de la syphilis. De même, chez la plus jeune, la constatation d'une kératite interstitielle et de dents d'Hutchinson.

Il nous semble donc à peu près certain que l'hérédo-syphilis est ici en cause. Sans doute, le traitement spécifique, institué à différentes reprises, n'a pas donné des résultats bien nets, mais doit-on s'en étonner? Non, puisqu'il s'agit très vraisemblablement de lésions scléreuses, sur lesquelles le mercure n'exerce qu'une action très limitée.

Ainsi compris, ce cas mérite d'être rapproché de ceux que divers auteurs ont publiés dans ces dernières années. Le second peut être comparé au fait dont M. Gaucher s'est servi pour ajouter aux formes classiques de l'hérédo-syphilis cérébrale tardive, épileptique, céphalalgique et mentale, une quatrième forme, apoplectique et hémiplégique. D'autre part, on sait que le rôle de la syphilis dans le développement de certains syndromes de Little est admis par Dejerine, Fournier, Gaucher, Gilles de la Tourette, Hutinel, Vizzioli, et que nombre d'hémiplégies cérébrales infantiles relèvent de la même cause (Massol). Il n'en est pas moins curieux de voir l'hérédo-syphilis frapper, chez les deux sœurs, l'encéphale, produisant, chez l'une une hémiplégie, et chez l'autre une paraplégie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1909)

De la sensation du relief. — M. A. Quidor. Etude des instruments destinés à l'observation binoculaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1909)

Action comparée des différents sérums antiméningitiques. — M. J. Comby, lors de l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui a sévi en France au commencement de cette année, s'est servi de trois variétés de sérum : 1° sérum français (Dopter) ; 2° sérum allemand (Kölle) ; 3° sérum américain (Flexner).

Avec le sérum de Dopter, préparé à l'Institut Pasteur de Paris, sur 10 cas traités, il n'a eu que 2 morts (enfants trop tardivement traités). Il a injecté plus de 700 centimètres cubes de ce sérum, qui s'est montré actif et dont l'usage même prolongé n'a été suivi d'aucun effet fâcheux. Un seul de ses malades a eu de l'érythème sérique.

Vers la fin d'avril, le sérum de Dopter commençant à manquer, M. Comby fit venir de l'Institut vaccinal de Berne le sérum de Kölle.

Il l'employa chez un garçon de dix mois qui devait succomber à sa sortie de l'hôpital, chez une fille de huit mois morte aussi, chez une fille de deux ans et demi morte, et chez une fille de quatorze ans qui, malgré l'injection de près de 100 grammes de ce sérum, est morte dans le marasme, avec des escarres, etc. L'action du sérum allemand lui a paru absolument nulle.

Les quatre malades traités par ce sérum ont succombé. Ses collègues de l'Hôpital des Enfants, qui se sont servis de ce sérum, ne semblent pas en avoir obtenu de meilleurs effets. On ne peut donc pas compter sur le sérum de Kölle pour la lutte contre la méningite cérébro-spinale.

Quant au sérum de Flexner, dont l'auteur a bien voulu lui envoyer 100 flacons (soit 1 500 centimètres cubes), il semble doué d'une efficacité égale à celle du sérum de Dopter.

Un petit garçon de quatre ans, qui est encore dans le service de M. Comby, atteint d'une méningite cérébro-spinale aiguë, avec opisthotonos, fièvre, douleurs de tête, donnant un liquide laiteux à la ponction lombaire (polynucléaires et méningocoques), a reçu en trois jours trois injections intra-rachidiennes de 30 centimètres cubes chacune de sérum de Flexner (soit 90 centimètres cubes au total). Non seulement il a très bien supporté ces injections, mais encore, après la troisième, on a vu la raideur de la nuque disparaître, le facies changer complètement, le bien-être remplacer les douleurs. Bref, la guérison a été obtenue dans un temps très court.

Chez un malade de son collègue Richardière, gravement atteint, traité en vain par le sérum de Kölle, quelques injections de sérum de Flexner ont rapidement amené la défervescence et la guérison.

M. Comby conclut :

1° Parmi les trois variétés de sérum antiméningitique qui ont été mises à la disposition des médecins français, il y a une distinction importante à faire.

2° Les sérums de provenance française et de provenance américaine ont fait leurs preuves entre les mains de tous ceux qui les ont employés. On peut affirmer que le sérum de Dopter (Institut Pasteur de Paris) et le sérum de Flexner (Institut Rockefeller de New-York) jouissent d'une réelle efficacité et on doit en recommander l'emploi.

3° Quant au sérum de Kölle (Institut vaccinal de Berne), il a semblé dénué de toute valeur dans le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique.

4° Donc, tout médecin aux prises avec cette maladie devra se pourvoir le plus vite possible de sérum de Dopter ou de sérum de Flexner.

Méningite cérébro-spinale traitée par le sérum antiméningococcique. Guérison. Anaphylaxie. — M. Salebert présente une observation intéressante montrant que la persistance de la température dans une méningite traitée par le sérum peut n'être pas due aux phénomènes méningitiques eux-mêmes. Chez un malade qui reçut de multiples injections de sérum, on notait après chaque injection, surtout les dernières, de la tachycardie, de la polypnée, etc. On cessa la sérothérapie : ces accidents rétrocédèrent rapidement. Dans cette observation, le sérum a jugulé les accidents méningés, mais d'une façon lente et paresseuse. Elle présente certaines particularités sur lesquelles le clinicien doit être éclairé.

Myélite métapneumonique. — M. Achard communique l'observation d'un homme de quarante et un ans, atteint de paraplégie flasque, avec escarre et rétention d'urine, sans troubles de la sensibilité. Ces accidents s'étaient développés deux mois auparavant, au cours d'une pneumonie avec délire et fièvre vive, pour laquelle il avait été soigné dans un autre hôpital.

Les accidents de myélite centrale allèrent en s'atténuant, et trois mois après leur début, le malade était en état de quitter l'hôpital pour aller en convalescence à Vincennes. L'escarre était cicatrisée, la miction restait un peu difficile, la marche, encore mal assurée, était possible.

On notait chez ce malade une débilité particulière du système nerveux. Il avait été frappé dans l'enfance d'un arrêt de développement qui avait déterminé une hémiatrophie de la face et des membres. De plus, il avait une sœur atteinte de délire de persécution et avait perdu deux frères paralysés.

Hémorragie pédonculo-protubérantielle d'origine ourlienne. — MM. Chavigny et G.-E. Schneider (Val-de-Grâce). Un homme de vingt-deux ans, sans aucun antécédent personnel ou héréditaire, est atteint d'oreillons.

Symptomatologie nette mais bénigne au cours d'une épidémie remarquable par la fréquence et la gravité des complications.

Le malade était considéré comme guéri et avait repris ses occupations normales lorsque, le vingt-sixième jour après le début des oreillons, il est frappé pendant la nuit d'une hémiplégie droite avec paralysies oculaires bilatérales multiples et dissociées, ne réalisant aucun des syndromes pédonculaires ou protubérantiels connus; réaction méningée très nette (clinique, lymphocytose). Ultérieurement, dysarthrie, troubles de déglutition, contracture du côté hémiplégié, mort dans le coma.

A l'autopsie, on découvre un foyer hémorragique pédonculo-protubérantiel très étendu, et faisant en un point une saillie sous les méninges; cette particularité explique la réaction méningée observée, qui rendait le diagnostic particulièrement ardu.

Ce qui fait la rareté de cette observation, c'est l'origine purement ourlienne de cette hémorragie.

Mycétose vaginale. — MM. Queyrat et Laroche rapportent un cas très curieux de mycétose vaginale, dont ils ont fait une étude très complète au triple point de vue microbiologique, expérimental et thérapeutique.

Obstruction intestinale par calcul biliaire. Syndrome d'urémie sèche. — MM. Claisse et Gastinel relatent un cas d'obstruction intestinale par deux gros calculs biliaires. Ceux-ci issus de la vésicule par une fistule duodénale ont cheminé jusqu'au voisinage de la valvule iléo-cæcale où on les trouve à l'autopsie.

Cette évolution a donné lieu à des symptômes trop vagues pour permettre le diagnostic. Dans la première phase de formation calculeuse et de fistulisation, on ne note aucun signe biliaire et la malade ne se souvient que de troubles digestifs mal caractérisés. Dans la période terminale l'obstruction n'a jamais été assez nette pour imposer une intervention. Les signes intermittents et incomplets évoquaient plutôt l'idée d'urémie sèche. Or ce dernier diagnostic était légitime par la faible quantité d'urines légèrement albumineuses, par l'état de torpeur de la malade, par l'apparition de sueurs d'urée et enfin par la présence de fortes quantités d'urée dans le liquide céphalo-rachidien.

Ce dernier fait, conforme à ce qui a été signalé par MM. Widal et Froin chez les urémiques, laisse entrevoir le rôle que peut jouer la rétention d'urée dans l'évolution ultérieure d'une obstruction intestinale.

Premier cas de sporotrichose diagnostiqué par une subcuti-réaction positive. — MM. L.-M. Pautrier et Lutem-

BACHER présentent un malade porteur de lésions de la face qui simulent absolument le lupus tuberculeux. Croyant avoir affaire à un lupus, les auteurs choisirent ce malade avec treize autres atteints de dermatoses diverses, comme sujets témoins pour vérifier la valeur d'une sub-cuti-réaction qui avait déjà été positive chez un sporotrichosique avéré.

Les treize autres malades ne présentèrent aucune réaction, mais celui-ci fit une telle réaction générale et locale que, sur sa seule constatation, et avant toute culture, les auteurs purent diagnostiquer une sporothricose, que la culture a vérifiée ultérieurement.

Cette réaction sporotrichosique spécifique ainsi démontrée s'obtient par l'injection d'une minime quantité de culture jeune de sporotrichum broyée, diluée dans du sérum et stérilisée. Elle paraît doncdue à l'action d'endo-toxines. Opérant avec des produits de filtration de cultures de sporotrichum broyées et macérées, les auteurs n'ont rien obtenu.

Ils ont pu obtenir chez un sporotrichosique une intra-dermo-réaction positive avec l'injection d'une goutte d'une dilution très faible. Si ces résultats sont confirmés, le diagnostic de la sporotrichose pourrait désormais se faire en vingt-quatre heures.

Rétrocession des symptômes cliniques et des troubles hématiques au cours des ictères hémolytiques acquis. — MM. F. WIDAL, P. ABRAMI et M. BRULÉ. L'étude poursuivie depuis deux ans de deux malades atteintes d'ictère hémolytique acquis et dont l'observation a été publiée en grande partie ici même, leur a permis de préciser les différences qui séparent ce type clinique de l'ictère congénital dont M. Chauffard a montré la nature hémolytique.

Les auteurs ont déjà insisté sur l'apparition tardive, l'aspect clinique variable de cette affection, les brusques variations de l'anémie, la présence de l'auto-agglutination des hématies ; mais un autre caractère différentiel encore plus important leur semble pouvoir être tiré de l'évolution de la maladie ; chez leurs deux malades, ils ont vu les symptômes cliniques et hématiques, si accentués pendant la période d'état de l'affection, rétrocéder progressivement puis disparaître.

Chez la première de leurs malades, ictérique depuis neuf ans, le tableau clinique était au début celui de l'anémie pernicieuse à forme ictérique et le syndrome hématologique de l'ictère hémolytique apparaissait au complet. Lentement, sous l'influence des repas et de la médication ferrugineuse, l'état de la malade s'améliora. Des poussées ictériques existaient encore par instants, mais elles finirent par disparaître ainsi que la splénomégalie et le sang redevint normal.

Il en fut de même chez une autre malade ictérique depuis deux ans et chez laquelle aux symptômes hémolytiques s'ajoutaient des accidents cardiaques. Actuellement et depuis sept mois elle reste une cardiaque mais ne présente plus ni jaunisse, ni anomalies sanguines.

Chez ces deux malades les symptômes cliniques : ictère et splénomégalie disparurent les premiers ; ce n'est que plus tard que le sang commença à perdre ses caractères anormaux et de ceux ci, les uns rétrocédèrent les premiers, tandis que d'autres, toujours les mêmes, persistaient plus longtemps. L'hypoglobulie disparut la première, tandis que persistaient encore de la polychromatophilie, de l'anisocytose, de nombreuses hématies granuleuses, indices de la réaction médullaire et de l'instabilité sanguine. Les hématies granuleuses diminuèrent peu à peu et seules persistèrent la fragilité globulaire déjà très atténuée et l'auto-agglutination des hématies : celle-ci resta la dernière anomalie sanguine.

Depuis plusieurs mois, chez ces deux malades, le sang a recouvré ses caractères normaux et l'amélioration dure depuis assez longtemps pour que l'on puisse parler de guérison ; peut-être celle ci ne sera-t-elle pas définitive, mais il n'en est pas moins important de voir le processus hémolytique s'arrêter complètement pendant un certain temps. Rien de tel, en effet, ne s'observe au cours de l'ictère hémolytique congénital et si de légères améliorations cliniques et sanguines peuvent s'y rencontrer, la splénomégalie, la fragilité globulaire persistent toujours intenses. Il y a bien là encore un caractère différentiel fondamental entre les deux affections.

Un cas de bronchite pseudo-membraneuse ou mieux muco-membraneuse chronique. — MM. O. JOSUÉ et PAILLARD rapportent l'histoire d'une malade de quarante-huit ans atteinte de bronchite pseudo-membraneuse chronique avec crises typiques de « colique bronchique » survenant la nuit, durant plusieurs heures, se répétant par périodes, à intervalles variables, et se terminant par l'expulsion de fausses membranes ramifiées comme les divisions bronchiques où elles se sont formées. De coloration les unes blanc grisâtre, les autres rouge noirâtre, hémorragique, ces fausses membranes sont constituées par de la mucine dont elles présentent les réactions, et des leucocytes poly et mononucléaires ; elles contiennent de plus du pneumocoque décelé par les cultures et les inoculations, et on n'a pas pu reproduire ces membranes par injection intra-trachéale des crachats au lapin. La mucine des fausses membranes est coagulée et non précipitée ; la coagulation est déterminée par la mucinase de Roger ; les crachats de la malade contiennent en effet de la mucinase qui coagule abondamment et sous forme membraneuse les solutions de mucine. La mucinase des crachats de pneumonie, de tuberculose, de bronchite ne produit dans ces mêmes solutions qu'un léger trouble.

Les pseudo-membranes semblent dues à une anomalie de l'élaboration du ferment coagulant la mucine ; ce trouble n'est d'ailleurs pas localisé au niveau des bronches, car la malade a présenté une crise passagère d'entérite muco-membraneuse, et on a de plus constaté la présence du ferment dans le sang.

Un cas d'hémiplégie droite avec apraxie du côté gauche. — M. Henri CLAUDE. Depuis que les travaux de Liepmann ont attiré l'attention sur l'apraxie, on a décrit quelques cas d'un syndrome caractérisé par une hémiplégie des membres du côté droit, accompagnée d'apraxie occupant les membres du côté gauche, indemnes de paralysie. A ces deux catégories de symptômes, hémiplégie et apraxie hétérolatérale, s'ajoutent, suivant les observations, l'apraxie des muscles de la face, l'aphasie, l'agraphie, etc. Ces cas sont utiles à connaître car ils pourraient être confondus avec la paralysie pseudo-bulbaire, dont ils doivent être nettement distingués au point de vue de la nature des troubles, comme au point de vue du pronostic. Le malade que M. H. Claude présente a été atteint en janvier 1908 d'un ictus qui a laissé une aphasie passagère et une hémiplégie droite qui a en partie rétrocédé ; mais actuellement il offre du côté gauche une série de troubles relevant de l'apraxie, dans sa variété idéomotrice. Cet homme qui a toute sa force musculaire ne peut exécuter les actes simples répondant à une expression ou à un but défini, ni accomplir une action complexe exigeant une série d'actes élémentaires successifs (apraxie idéatoire. allumer un bec de gaz, fermer une fenêtre, etc.). Or, fait important, ce malade est intelligent, comprend tout ce qu'on lui dit, son jugement et son raisonnement sont normaux. Mais il a perdu le souvenir des images motrices répondant à des actes appris, simples ou complexes. Ce syndrome clinique, hémiplégie droite ou apraxie hétérolatérale, paraît être la conséquence d'une lésion du cerveau gauche, frappant en partie des circonvolutions frontales dans la partie antérieure et interne et les fibres antérieures du corps calleux. Cette lésion détruirait les centres de certaines fonctions mnésiques adaptées aux actions motrices qui, localisées dans le cerveau gauche, pourraient mettre en jeu les zones motrices du cerveau droit par les fibres d'association du corps calleux.

Méningite cérébro-spinale. — M. NETTER fait une très intéressante communication sur l'ensemble des cas de méningite cérébro-spinale qu'il a observés. Cette étude sera analysée ultérieurement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES (Budapest, 29 août - 4 septembre 1909.) — Pour rendre aux congressistes français plus profitable leur voyage à Budapest, le Comité français a décidé de convoquer à une réunion préalable tous les membres titulaires ou adhérents et toutes les personnes qui comptent assister au Congrès.

Cette réunion aura lieu à la Faculté de médecine, le jeudi 29 juillet, à cinq heures et demie, au petit amphithéâtre, sous la présidence de M. le doyen Landouzy, assisté de M. le vicomte de Fontenay, consul général de France à Budapest.

M. Hugues Le Roux, le conférencier bien connu, fera une conférence sur « La Hongrie contemporaine : préface au voyage des congressistes français à Budapest ».

Des instructions seront données par M. le consul général de France et par le secrétaire général du Comité français sur le séjour à Budapest et sur l'organisation générale du Congrès.

Nous rappelons à ce propos que les inscriptions ont lieu à la Sorbonne (bureau des renseignements, de dix heures à cinq heures) et que le secrétaire général du Comité français (docteur Raoul Blondel, 103, boulevard Haussmann) se tient à la disposition des congressistes pour tous renseignements relatifs au voyage, au logement, etc.

Un train spécial à l'usage des congressistes, doublant l'orient-express et composé de wagons-lits et d'un wagon-restaurant, partira de Paris le 27 août vers huit heures du soir et arrivera à Budapest vers onze heures du soir le 28. Toutefois, il ne sera organisé que si le nombre des inscriptions pour ce train parvenues au docteur Blondel avant le 1er août est suffisant pour en couvrir les frais. Le prix est celui du tarif ordinaire de l'orient-express (Paris-Budapest : 250 fr.).

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES. — La troisième session du cours de vacances de physiothérapie organisé par MM. Albert Weill, Bardet, Cautru, Degrais, Desfosses, Dominici, Durcy, Kruger, Leroy, Pariset, Sandos et Wetterwald, aura lieu du 4 au 26 octobre, de quatre à sept heures, à l'Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne, et dans divers hôpitaux ou cliniques.

Ce cours est divisé en deux séries de vingt leçons : la première série comprend l'électro, la radio, la radium, la photo et l'hydrothérapie ; la deuxième comprend le massage des diverses régions (membres, viscères, face, etc.), la kinésithérapie gynécologique, la rééducation motrice, la gymnastique, la mécanothérapie et la méthode de Bier.

Les élèves régulièrement inscrits à l'une des deux séries sont invités à six conférences supplémentaires de physiothérapie générale.

Le prix de chacune des séries est de 50 francs, on peut s'inscrire dès à présent chez M. Vigot, éditeur, 23, place de l'Ecole de médecine ou chez M. le docteur Durey, 16, rue Logelbach.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 19 AU 24 JUILLET 1909

THÈSES

Mardi 20 juillet, à une heure. — M. BOULAY. Contribution à l'étude du traitement des maladies infectieuses par les métaux colloïdaux. (MM. Gilbert, président; Raymond, Richaud et Claude.) — M. JARDEL. L'urodonal. (MM. Gilbert, président ; Raymond, Richaud et Claude.) — M. SMOLIZANSKI. Complications de la vulvo-vaginite des petites filles. (MM. Hutinel, président; Bar, Brindeau et Jeannin.) — M. COLIBERT. La méningite cérébro-spinale chez les nourrissons (formes anormales). (MM. Hutinel, président ; Bar, Brindeau et Jeannin.) — M. HUDDE. Contribution à l'étude de l'ostéomalacie puerpérale. (MM. Bar, président; Hutinel, Brindeau et Jeannin.) — M. CHARROPPIN. Contribution documentaire à l'étude de la « question du lait ». Les drèches et les pulpes dans l'alimentation des vaches laitières. (MM. Bar, président; Hutinel, Brindeau et Jeannin.) — M. CHAMP. De l'anesthésie par le mélange de Schleich. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Quénu et Auvray.) — M. BILOT. Les abcès sous-phréniques d'origine digestive. (MM. Pozzi, président ; de Lapersonne, Quénu et Auvray.) — M. REINFLET. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des troubles excréteurs des voies lacrymales. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Quénu et Auvray.) — M. DUFOSSÉ. Du meilleur traitement actuel des fractures du corps du maxillaire inférieur. (MM. Quénu, président; Pozzi, de Lapersonne et Auvray.)

Mercredi 21 juillet, à une heure. — M. TOURNAY. L'homme endormi. Essai d'une introduction historique et clinique à la séméiologie du sommeil naturel. (MM. Landouzy, président; Déjerine, Marcel Labbé et Sicard.) — M. SÉZARY. Recherches anatomo-pathologiques, cliniques et expérimentales sur les surrénalites scléreuses. (MM. Landouzy, président ; Déjerine, Marcel Labbé et Sicard.) — M. THIEL. L'isolement des tuberculeux des hôpitaux de Paris. Le quartier des tuberculeux adultes de Brévannes. Historique, description. Climatologie. (MM. Landouzy, président; Déjerine, Marcel Labbé et Sicard.) — M. VOUTERS. Sur l'agnosie tactile. (MM. Déjerine, président; Landouzy, Marcel Labbé et Sicard.) — M. BLATTER. Recherches expérimentales sur les altérations cellulaires des glandes gastriques. (MM. Hayem, président; Brissaud, Roger et Lœper.) — M. SIMONIN. De l'hémiplégie totale, laryngée. Essai de pronostic. (MM. Brissaud, président; Hayem, Roger et Lœper.) — M. ARNAUDET. De la lipémie chez les diabétiques. (MM. Roger, président; Hayem, Brissaud et Lœper.) — M. MOLARD. La ponction lombaire dans le traitement du vertige labyrinthique. (MM. Roger, président ; Hayem, Brissaud et Lœper.) — M. CHAIGNEAU. Contribution à l'étude des ostéo-périostites syphilitiques de l'orbite. (MM. Gariel, président; Blanchard, Gaucher et Zimmern.) — M. COMANDON. De l'usage en clinique de l'ultramicroscope en particulier pour la recherche et l'étude des spirochètes. (MM. Blanchard, président; Gariel, Gaucher et Zimmern.) — M. TANZI. Traitement par le radium de l'eczéma et des dermatoses prurigineuses. Action spécifique non révulsive des rayons B. (MM. Gaucher, président; Gariel, Blanchard et Zimmern.) — M. MORVAN. Syphilomanie et syphilophobie. (MM. Gaucher, président ; Gariel, Blanchard et Zimmern.) — M. JANICOT. Contribution à l'étude de l'anesthésie de la dentine et de la pulpe dentaire. (MM. Pouchet, président; Reclus, Gosset et Ombrédanne.) — M. CAVAROZ. Contribution à l'étude de l'anesthésie diploïque. (MM. Reclus, président; Pouchet, Gosset et Ombrédanne.) — M. BALLET. Contribution à l'étude de la désinfection des mains du chirurgien et du champ opératoire. (MM. Reclus, président; Pouchet, Gosset et Ombrédanne.) — M. QUINOT. La forme gastrique de l'occlusion intestinale chronique. (MM. Reclus, président; Pouchet, Gosset et Ombrédanne.) — M. PUJOS. Du traitement chirurgical des pieds bots paralytiques en varus et en valgus par l'arthrodèse astragalo-calcanéenne et médio-tarsienne. (MM. Segond, président; Delbet, Walther et Lejars.) — M. BUDAN. Essai sur l'emploi de la glycérine boratée dans les pansements des mastoïdites et des évidements pétro-mastoïdiens. (MM. Segond, président; Delbet, Walther et Lejars.) — M. LOISEAU. Le traitement des fractures de l'olécrâne par la suture osseuse sous anesthésie locale suivie de la mobilisation et du massage très précoces. (MM. Segond, président; Delbet, Walther et Lejars.) — M. SONEIX. Sur l'incision transversale sus-pubienne de la peau et de l'aponévrose dans les laparotomies gynécologiques (méthode de Pfannenstiel) (MM. Delbet, président; Segond, Walther et Lejars.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ. 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur H. Roger.

ÉCOLE DE MÉDECINE. — CAEN. — M. le docteur Gidon, professeur d'anatomie, est nommé directeur pour trois ans.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — GUERRE. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin inspecteur général Delorme.

Au grade d'officier. — MM. les médecins inspecteurs Février et Trifaud.

MM. les médecins principaux de première classe Ravenez et Robert.

M. le médecin principal de deuxième classe Darré, du camp de Châlons.

MM. les médecins-majors de première classe Lévêque et Renard.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Albert, Blum, Ferrand, Meyer, Pouy, Thooris, Viguier.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Albouze, Aune, Azais, Dénommé, Le Mitouard, Le Roux, Mainguy, Marty, Menut, Merciolle, Pasquet, Sourier, Tardos.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal de première classe Collomb.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Doucet et Nogué.

M. le médecin-major de deuxième classe Marotte.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 5 juillet 1909, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve ou de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Testevin et Monart.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Perrin.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Levêque et Pelletier.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active retraités Malbot-Pastureau et Thouzellier.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Mailhetard, Coze, Barthélemy et Duc.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Dejean, Gogibus, Douriez, Papin, Desportes, Cailliau, Baudoin, Coutelas, Daviot, Debuire, Bertrand, François, Berthaux, Tréhet, Roche, Brassart, Caron, Thomson, Bordes, Ducuron-Tucot, Cesbron, Krantz, Graillon, Favier, Chèze, Giret, Dessirier, Laurent, Brisard, Clermont, Brénac, Testard, Pintaud, Brémond, Potelet, Hascouët de Klavel, Péju, Faucher, Dequidt, Gonsolin, Muzac, Henry, Hersant, Anger, Leroy, Tixier, Charbonneau, Roger, Ducatillon, Gosselin, Vennes, Verney, Gougerot, Parrical de Chammard, Ageorges.

L'INTERDICTION DE LA CÉRUSE. — Le Sénat a abordé l'examen du projet portant interdiction de la céruse après un délai de cinq années, et sans indemnité.

Un amendement de M. Guillier tendant au rétablissement de l'indemnité, a été repoussé par 183 voix contre 52; un autre, de M. Delahaye, portant à dix ans le délai accordé aux cérusiers, a été écarté par 212 voix contre 21.

Le projet a été ensuite voté.

INAUGURATION DU MONUMENT BROUARDEL. — Le monument élevé, par souscription publique, à la mémoire du professeur Paul Brouardel, sera inauguré à la Faculté de médecine de Paris le mardi 20 juillet, à cinq heures très précises, sous la présidence d'honneur de M. le président de la République et sous la présidence de M. Doumergue, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, grand maître de l'Université.

(*Voir la suite des* **NOUVELLES**, *p. 1022.*)

REVUE GÉNÉRALE (1)

RÉTRACTION DES MUSCLES

APRÈS ISCHÉMIE PAR COMPRESSION

(MALADIE DE VOLKMANN-LESER)

Par M. F. GARDNER (de New-York).

I

Historique. — C'est à Richard Volkmann que revient le mérite d'avoir étudié le premier, d'une façon coordonnée, l'effet sur les muscles de l'ischémie produite par des appareils très serrés : effet qui est essentiellement une nécrose aseptique avec dégénérescence fibreuse et rétraction consécutives. A vrai dire, des cas avaient été publiés longtemps avant que le chirurgien allemand s'occupât de la question. Témoin ce cas vu par Stromeyer en 1838, concernant un homme de vingt ans qui, à l'âge de dix ans, avait eu une luxation de la main gauche, et à la suite de l'application d'un appareil trop serré, eut une rétraction des fléchisseurs des doigts. Témoin encore le cas vu par Larrey et Jules Guérin, en 1840, et cité par ce dernier dans une discussion sur la ténotomie à l'Académie de médecine, en 1842; et aussi le cas, datant de la même époque, de ce professeur russe qui, après une fracture de l'humérus, présenta une rétraction des fléchisseurs sur laquelle le même Guérin soulagea, en 29 ténotomies, le *prurigo secandi* que lui causaient alors les tendons. Le cas de Hamilton (1850), cité par Hildebrand, est moins probant; il s'agissait vraisemblablement d'une compression directe du médian. En 1869 (et non en 1875 comme on le dit généralement), Volkmann publia son cas, celui d'un jeune Américain de seize ans, atteint d'une hydarthrose du genou, pour laquelle on appliqua une attelle postérieure. Celle-ci causa, pendant trois jours, des douleurs vives dans les muscles du mollet, et, quand on l'enleva, on constata que ceux-ci étaient durs et « contracturés ». Sous l'influence d'un traitement non sanglant, une guérison lente fut obtenue. Ce même cas fut republié en 1875, dans une édition postérieure du *Manuel* de Pitha et Billroth.

Mais ce ne fut qu'en 1881 que parut la première étude d'ensemble; dans un mémoire très remarquable, Volkmann individualisa ce qu'il appela les « paralysie et contracture ischémiques des muscles » et donna des considérations pathogéniques et une description clinique à laquelle il y a peu à ajouter, même aujourd'hui, et des appréciations pronostiques d'un pessimisme noir. Les cas légers seuls sont curables par un traitement mécanique. Les cas graves sont absolument incurables et la seule ligne de conduite possible est l'abstention pure et simple. Ce pessimisme, qui n'est que partiellement justifié, et ce nihilisme thérapeutique, qui n'est pas justifiable, ont dominé longtemps l'histoire de l'affection, et sérieusement entravé les progrès que l'on eût pu faire dans son étude.

Trois ans plus tard (1884) parut dans la Revue de Volkmann un mémoire de Leser, confirmant les idées de Volkmann au point de vue doctrinal et essayant de les asseoir sur une base expérimentale, et extrêmement important en ceci, qu'il contient 7 cas, tous au membre supérieur, après fracture. Or, à part une exception, le cas princeps de Volkmann lui-même, tous les cas dénommés « maladie de Volkmann » siègent au membre supérieur, et l'immense majorité sont consécutifs à des fractures. De telle sorte que la description aujourd'hui classique de la « maladie de Volkmann » est basée, non sur le cas de Volkmann, mais bien sur ceux de Leser. C'est pourquoi il n'est que de stricte justice d'adjoindre, ainsi qu'on le fait en Allemagne, le nom de Leser à celui de Volkmann dans la dénomination de l'affection.

Née en Allemagne, la maladie de Volkmann-Leser resta exclusivement allemande jusqu'en 1896. Les travaux restent néanmoins peu importants; seuls méritent d'être signalés la thèse de Keferstein contenant sept cas nouveaux, celle de Davidson rapportant la première tentative opératoire (allongement des tendons) et l'article de Henle relatant la première résection osseuse pratiquée pour la cure de l'affection.

En 1896, Battle publie la première observation anglaise, avec traitement non sanglant. A partir de 1898, tandis que les travaux allemands s'espacent, Johnson, Owen, Davies-Colley, Clarke, Thomson, Edington, Littlewood, Barnard, Ward publient de nombreuses observations de cas traités par la résection des os ou l'allongement des tendons, tandis que Dudgeon s'en tient au traitement non sanglant. En 1906, l'intérêt allemand dans la question se manifeste de nouveau daus les mémoires volumineux de Hildebrand et de Bardenheuer et d'autres moins importants.

En Amérique, l'article de Bernays (1900) resta à peu près sans écho jusqu'à la monographie de Ferguson (1906). Depuis, l'intérêt semble avoir été assez vif; l'affection a été le sujet de plusieurs discussions de Sociétés savantes. Powers a écrit une courte et substantielle revue. Boynton, Huntington, Taylor, Freeman ont opéré plusieurs cas, et tout récemment Quinby et surtout Thomas (dans une monographie qui est la plus complète sur la question) ont attiré l'attention sur la participation des nerfs dans l'affection.

En France, où l'intérêt semble avoir été assez tardif, c'est à l'Ecole de Lyon que nous devons les premiers travaux. Au commencement de 1901, à propos d'un cas de Vallas, fixation des fléchisseurs consécutive à une vieille ostéite du cubitus, Nové-Josserand cita deux cas de maladie de Volkmann-Leser typiques. En 1903, Patel et Viannay, dans une revue générale sur la rétraction isolée des muscles fléchisseurs des doigts, envisagée comme un syndrome particulier, donnent une grande place à la paralysie ischémique de Volkmann et introduisent en France l'affection connue déjà depuis

(1) Reproduction interdite.

trente ans à l'étranger. Au congrès de chirurgie de la même année, les frères Claude et Francisque Martin relatent deux observations de paralysie de Volkmann guéries par leur méthode des tractions élastiques continues. A signaler depuis, la revue de Cheinisse, et tout récemment l'article du professeur Denucé, et enfin la thèse de Vivicorsi, soutenue en mars 1909 et intitulée : « De la rétraction par ischémie des muscles fléchisseurs des doigts (maladie de Volkmann) ».

Ce titre nous amène à discuter les divers vocables appliqués à l'affection, et à essayer de délimiter le cadre de celle-ci.

Les noms sont multiples. Celui donné par Volkmann et Leser est : paralysie et contracture ischémiques. C'est le seul adopté par les auteurs américains et allemands. En Angleterre, il y a plus de variété : contracture des fléchisseurs de l'avant-bras (Battle, Barnard); paralysie ischémique (Dunn, Page, Edington, Thomson); et surtout, contracture de Volkmann (Edington, Dudgeon, Ward, Rowlands); Littlewood proteste contre le terme « paralysie ». En France, les Martin dirent paralysie ischémique; Cheinisse et Denucé contracture ischémique, Patel et Viannay et Vivicorsi rétraction par ischémie des fléchisseurs.

Ce dernier nom est, sans contredit, le meilleur; les autres consacrent une erreur anatomopathologique, parce que : 1° il n'y a pas dans la maladie de Volkmann-Leser de contracture à proprement parler; il y a une *attitude de rétraction* analogue à celle que donne la *contracture*, voilà toute la ressemblance, mais cette attitude résulte de la rétraction du tissu fibreux qui vient remplacer le tissu contractile du muscle, et non pas d'un tonus exagéré et anormal de ces mêmes muscles; 2° il n'y a pas non plus de paralysie, du moins primitivement; il y a seulement perte de fonction motrice, due à la même cause, dégénérescence fibreuse du muscle, et non trouble d'innervation : dans les cas marqués où la prolifération fibreuse atteint la gaine nerveuse, enserre et étouffe le nerf, il peut y avoir des phénomènes paralytiques vrais, et même de la réaction de dégénérescence, mais ce ne sont pas là des phénomènes primitifs dans la maladie de Volkmann-Leser.

Donc, il s'agit d'une lésion myogène, d'une *rétraction*, et non pas d'une paralysie ou d'une contracture, mots qui suggèrent l'idée d'une affection d'origine nerveuse. Il est curieux de voir que, pendant plus de trente ans, presque tous les auteurs qui se sont occupés de la question, tout en définissant parfaitement la nature de la lésion anatomique, lui aient laissé des noms si peu appropriés.

Il y a là plus qu'une simple question de mots, et l'inexactitude du terme semble avoir entraîné dans l'esprit de plusieurs une certaine inexactitude de conception. C'est ainsi que l'on a discuté pour savoir si les paralysies consécutives à l'application de la bande d'Esmarch rentraient dans le cadre des « paralysies », type Volkmann-Leser. Or, il s'agit dans ces cas de vraies paralysies flasques, par compression nerveuse; très exceptionnellement, après une application très longue (vingt-six heures) sortant tout à fait des conditions ordinaires, on a vu un vrai type Volkmann-Leser.

Aussi bien, n'est-il pas facile, à la lecture de certaines monographies, de dire exactement ce qu'englobe la maladie de Volkmann-Leser. Certains semblent vouloir y faire rentrer tous les troubles musculaires post-ischémiques; d'autres n'y veulent faire rentrer que la rétraction des fléchisseurs des doigts après fracture; d'autres prennent certains cas et en éliminent d'autres, sans que les motifs du choix soient bien apparents.

Il semble pourtant assez facile de trouver une formule contenant tous les cas et rien que ces cas : *Est une rétraction post-ischémique type Volkmann-Leser, toute rétraction consécutive à l'ischémie produite par l'application d'un appareil ou d'un bandage* TROP SERRÉ. C'est cette notion étiologique *précise, avec les déductions thérapeutiques préventives d'importance capitale qu'elle comporte*, qui nous semble être la différence spécifique du Volkmann-Leser et des autres troubles musculaires post-ischémiques.

C'était là l'idée de Volkmann, que certains ont perdue de vue. Il est bien entendu qu'anatomiquement, et jusqu'à un certain point, cliniquement, le « Volkmann-Leser » et les autres troubles musculaires post-ischémiques sont voisins; mais le premier groupe de cas mérite d'être individualisé, à cause de son importance pratique.

Cette définition nous fait éliminer du cadre de la rétraction de Volkmann les dégénérescences musculaires fibreuses consécutives aux processus suivants (1) :

1° Embolie des membres après traumatisme (Schloffer, Bardenheuer, Mannkopf);

2° Thrombose et embolie dans des artères malades (Chvostek, Hoynck, etc.);

3° Rupture traumatique de l'endartère (Molitor, Herzog, Bardenheuer et autres);

4° Plaie d'artère avec compression par hématome volumineux;

5° Enserrement de l'artère dans une gangue fibreuse (Petersen, Roux, etc.);

6° Contusion sans fracture et sans application d'appareil (Ward);

7° Vieille suppuration de l'avant-bras (Edington);

8° Exposition prolongée à un froid intense (Kraske, Volkmann jeune).

Dans le cas d'Edington (7°), il s'agit probablement d'une amyotrophie due à une longue suppuration, avec cicatrices. Dans tous les autres cas, l'ischémie ne résultait pas de la compression par un bandage, et ne rentre donc pas dans le type Volkmann-Leser.

Par contre, nous ne voyons aucune raison pour éliminer, ou même considérer comme douteux, un cas de Dudgeon où il y eut contusion de l'avant-bras sans fractures, mais où des attelles furent appliquées :

(1) A remarquer que ces cas atypiques concernent tous des adultes : si on les enlève, il ne reste guère que des cas chez les enfants. Nous verrons plus loin que la rétraction de Volkmann est essentiellement une lésion de l'enfance.

et encore moins pour rejeter le cas de Volkmann, ainsi que le fait Vivicorsi, parce qu'il intéresse les muscles de la jambe. Il n'y a aucune raison pour ne pas croire que, le cas échéant, les muscles de la jambe ne puissent réagir à la compression de façon identique à celle des fléchisseurs des doigts. Et il y a ceci d'étrange : comme ce cas est le seul que Volkmann ait jamais publié, si on le rejette, il se trouve que Volkmann aurait individualisé de façon magistrale une maladie sur un cas unique faussement interprété, et que sa description clinique serait le fruit simplement de son imagination. Ce qui semble assez difficile à admettre.

Vivicorsi semble avoir été conduit à cette exclusion par l'étroitesse de son titre. La maladie de Volkmann-Leser n'est pas l'apanage exclusif des fléchisseurs des doigts : bien d'autres muscles du bras y participent. La caractéristique de l'affection, ce n'est pas la dégénérescence fibreuse, ce n'est pas le siège de cette dégénérescence, c'est uniquement le mode de production de l'ischémie, et l'on peut voir un « Volkmann-Leser » se développer sur *tout muscle* qui aura été ischémié au degré nécessaire par un bandage trop serré.

II

Étiologie. — A proprement parler, celle-ci se résume donc en ces trois mots : *bandage trop serré*. Mais il est des circonstances accessoires qu'il importe de préciser.

La *fréquence* d'abord. Beaucoup admettent que l'affection est assez rare. La plupart des auteurs récents admettent, au contraire, qu'elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le jugerait d'après les statistiques. Powers en 1907, tabule 52 cas ; Thomas en 1909, 107 et Vivicorsi seulement 50. Mais il faut dire que Thomas comprend dans sa statistique la plupart des cas appartenant aux catégories mentionnées plus haut et exclues par nous. De telle sorte que si l'on expurge sa statistique l'on retombe à 96 et avec les cas publiés simultanément et qui n'y figurent pas, à 99 (1). Ce sont là les cas publiés, mais comme le dit Thomas, on jugerait mal de la fréquence de l'affection en se basant sur les cas publiés ; car le « Volkmann-Leser » appartient à la catégorie de ces cas qu'on ne publie pas. Voici une affection que l'on déclare incurable, pour laquelle il n'y a pas lieu de chercher un traitement, et dont l'origine se trouve dans une négligence médicale. A quoi bon les publier ? En fait, quand on a discuté sur le sujet dans les sociétés savantes d'Amérique, beaucoup de chirurgiens, parmi ceux ayant une clientèle suffisante, ont déclaré que ces cas n'étaient pas rares du tout. Freeman en a vu 5 ou 6 dans ces quelques dernières années, Thomas en a vu 5 en trois ou quatre ans et 3 autres ont été observés dans l'hôpital où il travaille. Ward, tout en ne publiant que 2 cas, dont l'un à éliminer, dit qu'il a vu en moyenne 1 cas par an depuis 1877 (il écrivait en 1902) ; cela ferait 25 cas. Rowlands dit en avoir vu 7 cas et avoir connaissance de 4 autres. Goldthwait (cité par Thomas, communication orale) a vu encore 3 autres cas et les a traités mécaniquement. Littlewood en a observé 10 cas en douze ans. Jones en a vu plus de 20. Aucun de ces cas n'est publié, et combien y en a-t-il eus de méconnus ? J'ai vu personnellement un cas très marqué et très typique dans le service de mon maître Brun, en 1897 ; et bien que j'aie pu suivre le malade pendant trois mois, et que la raideur extraordinaire des muscles m'eût vivement frappé, j'avoue que je ne fis un diagnostic rétrospectif que longtemps après. Le silence des traités de chirurgie français de cette époque sur l'affection est responsable de ce retard de diagnostic.

Il y a cependant des chirurgiens de grande expérience qui n'ont vu qu'un cas de rétraction post-ischémique pendant de longues années ; il est probable que le nombre que chacun voit est proportionnel au nombre d'enfants dans la clientèle des chirurgiens, à l'habileté et au soin des praticiens de leur région, et aussi au nombre des rebouteux et des laïques à tendances médicales de ladite région.

Beaucoup de cas sont survenus chez des personnes blessées à une certaine distance d'une ville où l'on eût pu trouver un médecin, et l'appareil de premier secours fut appliqué par des mains novices. Mais bien d'autres fois, il fut appliqué par un médecin soigneux, et il n'était pas trop serré d'emblée ; seulement, le gonflement ayant continué à se produire sous l'appareil, celui-ci devint trop serré secondairement et ne fut pas enlevé à temps. Il n'y eut pas toujours une *grossière* négligence à l'origine de l'affection.

Le *sexe* masculin est environ trois fois plus fréquemment atteint que le sexe féminin et tous sont d'accord pour attribuer cela à la plus grande fréquence des traumatismes chez les garçons.

Au point de vue de l'*âge*, nous avons des renseignements précis sur 79 cas. 68 des sujets avaient moins de quinze ans ; plus particulièrement, 18 étaient âgés de cinq ans au moins, 39 (49.3 p. 100) de cinq à dix ans et 11 de dix à quinze ans. 3 seulement avaient trente ans et plus, le plus âgé des malades avait trente-quatre ans. De plus, 5 cas sont donnés comme vus chez des enfants, sans autre spécification. Donc, la rétraction de Volkmann-Leser est une affection de l'enfance, surtout de cinq à dix ans.

Il y a, nous semble-t-il, deux raisons qui expliquent cette très forte prédominance chez les enfants. D'abord, presque tous les enfants auxquels on applique un bandage compressif ou un appareil plâtré avec fracture se plaignent ; aussi fait-on moins attention, en pareil cas, aux plaintes d'un enfant qu'à celles d'un adulte qui gardera rarement un appareil trop serré sans y faire porter remède ou sans le desserrer lui-même. Ensuite, les fractures qui exposent le plus à la rétraction de Volkmann-Leser sont l'apanage surtout des enfants.

Ce sont les fractures du coude et celles des deux os de l'avant-bras que l'on retrouve dans l'étiologie des quatre cinquièmes des cas. Sur 91 observations où le siège de la fracture est mentionné, nous trouvons 23 fractures sus-condyliennes de l'humérus et

(1) Auxquels il convient d'ajouter les 8 cas très récents de Frœlich, celui de Sayre et celui de Kapham, soit, en tout, 109.

16 fractures intraarticulaires, soit 39 (42.5 p. 100) fractures du coude en tout; et 25 (27 p. 100) fractures des deux os de l'avant-bras. Si l'on ajoute à ces 25 cas de fracture des deux os, 8 cas de fracture du radius seul, et 2 cas de fracture du cubitus seul, 1 cas de contusion simple de l'avant-bras et 4 cas d'écrasement des parties molles sans fracture, on arrive aux résultats suivants :

Sur 91 cas :

39 résultent d'une fracture du coude,
40 résultent d'une fracture de l'avant-bras,
2 résultent d'une luxation du coude.

Ce qui laisse 8 cas dus à une fracture de l'humérus autre part qu'à l'extrémité inférieure, 1 cas d'écrasement du doigt et 1 cas de blessure par coup de couteau avec application de la bande d'Esmarch, prolongée pendant vingt-six heures.

Le membre inférieur ne fut intéressé qu'une fois (cas de Volkmann). Ce siège exclusif, pour ainsi dire, au membre supérieur, s'explique facilement. Une fracture du coude ou de l'avant-bras s'immobilise, l'avant-bras étant en supination et l'on met deux attelles, l'une antérieure, l'autre postérieure. Or, les muscles de la région antérieure de l'avant-bras forment une masse large, aplatie, et de peu d'épaisseur si on les compare aux muscles de la jambe. De plus, le radius et le cubitus parallèles et réunis par une forte membrane, le ligament interosseux, forment un plan résistant correspondant juste en largeur à la masse des fléchisseurs et sur lequel celle-ci vient très facilement se comprimer. C'est dans cette disposition anatomique que l'on ne constate pas au membre inférieur, et aussi dans la facilité avec laquelle l'artère humérale peut être comprimée au pli du coude par un appareil, que se trouve la raison de la prédilection de la maladie de Volkmann-Leser pour le membre supérieur et plus particulièrement pour les muscles de l'avant-bras, et surtout pour les fléchisseurs des doigts.

La nature de l'appareil contentif a son importance. Les attelles semblent être plus dangereuses que les appareils plâtrés : on les trouve dans 54 observations, et les plâtres dans 27 seulement. Il est vraisemblable que c'est parce qu'on n'hésite pas à appliquer des attelles immédiatement, tandis qu'on attend généralement quelque temps avant d'appliquer un plâtre, ce qui donne au gonflement le temps de se développer complètement (1). Il est significatif de noter dans cet ordre d'idées, que, sur 27 cas traités par les appareils plâtrés, ceux qui spécifient le temps d'application du plâtre (14 cas en tout) montrent que le plâtre fut appliqué *immédiatement* dans 12 cas et, dans les deux autres, après trente-six heures. Certaines statistiques de rétraction de Volkmann-Leser, plus considérables que d'autres (Leser, Keferstein) proviennent de cliniques où le plâtrage immédiat des fractures semble avoir été en vogue (2).

(1) Et aussi parce que la gouttière plâtrée postérieure, de par sa forme, expose les muscles de la région antérieure de l'avant-bras beaucoup moins à la compression que l'attelle directement antérieure, dite palmaire, que l'on applique d'ordinaire en même temps qu'une attelle postérieure.

(2) La prépondérance du nombre de cas dus à l'emploi des attelles semble avoir échappé à la plupart des auteurs; il y a avis à peu près unanime que le plâtre est le plus souvent responsable.

III

Anatomie pathologique et pathogénique. — Les muscles de la région antérieure de l'avant-bras sont les muscles presque toujours atteints : fléchisseurs superficiel et profond des doigts, et aussi muscles pronateurs et supinateurs, cubital antérieur, grand et petit palmaire, quelquefois brachial antérieur. Dans le cas de Volkmann, les jumeaux et le soléaire étaient intéressés.

Macroscopiquement, les muscles malades sont pâles et d'une couleur jaunâtre bien différente du rouge vif du muscle sain. Ils sont durs, fibreux, crient sous le scalpel et saignent peu à la section; ils n'ont plus de secousses fibrillaires quand on les coupe. Dans les cas avancés, tous les corps charnus des muscles épitrochléens sont fondus dans une masse de tissu fibreux où l'on ne peut rien retrouver en fait de faisceaux individuels. Cette disposition a été vue plus d'une douzaine de fois parmi les cas qui ont été opérés.

Microscopiquement, il y a plusieurs degrés à considérer. La première lésion, celle que l'on retrouve constamment, est la disparition des noyaux et de la striation musculaires; cela, avec quelques vacuoles et avec une certaine prolifération du tissu conjonctif plus abondant en certains endroits, et qui fait paraître les faisceaux de fibres musculaires inégaux, constitue à peu près toutes les lésions des cas légers. Dans les cas les plus avancés, il y a plus de sclérose; de simplement péri et inter-fasciculaire, elle devient intra-fasciculaire également. Les fibres musculaires prennent un aspect vitreux, avec une affinité particulière pour les couleurs acides, et l'aspect est très analogue à celui de la dégénérescence hyaline; par places, il y a infiltration de cellules rondes et augmentation des noyaux du sarcolemme. Dans les cas extrêmes, la sclérose est totale, des champs entiers de la préparation ne montrent pas une seule fibre musculaire; le tissu conjonctif est dense et est formé de fibres adultes; chose curieuse, Wilder y a trouvé des vaisseaux assez abondants à parois très nettes. Même dans ces cas avancés, il n'y a pas de dégénérescence graisseuse des fibres musculaires; il y a seulement un peu d'infiltration graisseuse entre les fibres.

La sclérose débute dans le muscle, mais ne s'y confine pas, de telle sorte que tôt ou tard, dans les cas prononcés, les vaisseaux sanguins, et surtout les nerfs, souffrent. Ils sont englobés et comprimés dans la masse fibreuse et, suivant le point où on les considère, soit diminués de calibre, aplatis et anémiques, soit, au contraire, congestionnés, renflés et rougeâtres. Wallis, Drehmann, Hildebrand (deux fois) ont trouvé le médian seul intéressé ; dans le cas de Drehmann, la masse fibreuse était telle qu'on ne put isoler le nerf. Taylor trouva le médian englobé dans un gros noyau fibreux représentant la masse des fléchisseurs, le nerf cubital n'étant qu'au contact de ce noyau et pas altéré. Veau retrouva la

même disposition, Cushing (cas de Thomas) trouva le cubital comprimé et anémié, Davies-Colley, Bardenheuer, Powers, Bradford (cas de Thomas) ont vu le cubital et le médian intéressés à la fois et Hildebrand a vu le médian, le cubital et le radial tous trois comprimés et grisâtres.

Les bras atteints de rétraction de Volkmann-Leser montrent fréquemment des cicatrices dues à la guérison de plaques de sphacèle. Nous les avons notées dans trente-cinq observations, soit plus du tiers du nombre publié. Elles sont de dimensions variables et le plus souvent adhérentes au noyau fibreux profond. Cela a fait naître l'idée que la maladie de Volkmann pourrait bien n'être que le résultat de la rétraction de cicatrices de myosite suppurée. La rapidité avec laquelle survient la raideur musculaire et le peu d'infiltration leucocytaire qu'on constate, ainsi que l'absence de cicatrice quelconque dans les deux tiers des cas ne permettent pas de voir là autre chose qu'une hypothèse sans grand fondement. La continuité du tissu fibreux de la cicatrice et de celui du noyau musculaire ne prouve nullement que ce dernier résulte d'un processus identique à la cicatrice, mais seulement ceci : là où est la cicatrice, là fut le maximum de pression, et par conséquent le maximum d'ischémie musculaire, et là doit être le maximum de dégénérescence fibreuse.

En fait, au point de vue pathogénie, il semble que l'on n'ait rien ajouté à la conception claire et logique de Volkmann, qui reste encore aujourd'hui, bien que le critérium de la reproduction expérimentale ne lui ait pas encore été donné de façon satisfaisante. La dégénérescence musculaire est due à l'arrêt de la circulation artérielle, arrêt pas absolument complet, car il n'y a pas de gangrène. L'arrêt artériel s'accompagne d'une forte stase veineuse qui fait stagner au niveau du muscle les déchets organiques. Le muscle, privé d'oxygène trop longtemps (six heures seraient déjà trop, suivant Volkmann), meurt. La substance contractile se coagule, se désagrège, et est résorbée. La désagrégation et la résorption sont hâtées par l'irruption sanguine lorsqu'on enlève le bandage. Les fibres devenues fragiles deviennent alors la proie des leucocytes qui affluent. Dans l'ensemble, le processus qui aboutit à la mort de la fibre musculaire n'est pas sans analogie avec celui qui produit la rigidité cadavérique.

Plus tard, le tissu fibreux prend la place des fibres mortes et, comme tout tissu fibreux néoformé, se rétracte. La fibre musculaire striée, élément histologique hautement différencié, ne se régénère pas. Le processus n'est heureusement pas total; il y a des fibres qui échappent; sans cela, il serait futile d'espérer un retour quelconque de fonction.

La sclérose s'étend aux espaces intermusculaires où sont les troncs nerveux et envahit la gaine de ceux-ci, d'où troubles nerveux variés et lésions nerveuses qui ont une grande importance pratique ; mais ce sont là des lésions secondaires, et leur rôle pathogénique dans la rétraction musculaire est nul, quoi qu'on en ait dit.

Mais, il faut bien l'avouer, pour séduisante, pour vraisemblable, pour probable que soit cette théorie de Volkmann, la confirmation expérimentale lui manque. Powers dit bien qu'on peut reproduire l'affection chez les animaux en appliquant des bandages serrés, mais il ne donne pas de détails qui feraient penser qu'il a fait lui-même des expériences, et nous savons pertinemment que d'autres ont échoué au point de vue expérimental. Leser, sur vingt-trois lapins, obtint une paralysie flasque avec absence de réaction faradique, et du gonflement des muscles qui devinrent durs ; mais tout guérit spontanément dans un laps de temps allant de huit à quatorze jours, et il n'eut jamais de rétraction. Lapinsky obtint les mêmes résultats par la ligature des artères. Lossen obtint, avec des bandages pas trop serrés maintenus pendant six heures, des rétractions, mais celles-ci disparurent spontanément en trois mois. S'il serrait le bandage plus fort, il obtenait simplement de la gangrène; de ces expériences, Bardenheuer conclut qu'il fallait plus que de la simple anémie musculaire pour produire la rétraction caractéristique; et, pour lui, ce quelque chose de plus est une lésion de la tunique interne ou de la tunique moyenne de l'artère ; et il trouve la raison de la prédominance des rétractions post-ischémiques chez les enfants, dans ce fait que chez ceux-ci, la circulation collatérale se développe mieux que chez les adultes, chez qui la même lésion produirait de la gangrène. Mais dans cinq des six cas de Bardenheuer, il y avait lésion artérielle traumatique évidente et le pouls était absent ; ce n'est pas là du « Volkmann-Leser ». Hildebrand chercha le « quelque chose de plus » dans une lésion nerveuse; en liant l'artère, entourant le membre d'une bande et blessant les nerfs, il obtint une paralysie avec dégénérescence graisseuse et atrophie du muscle, ce qui n'est point du tout la lésion de la maladie qui nous occupe.

Il reste donc une certaine inconnue dans le problème ; peut-être, après tout, n'y a-t-il là qu'une question de degré de compression; il semble qu'il y ait un degré de constriction juste nécessaire pour ne pas avoir de la gangrène et pour cependant frapper de mort le muscle; degré qui est malheureusement beaucoup plus facile à obtenir par inadvertance sur l'homme que par une expérimentation soigneuse sur l'animal. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 JUILLET 1909)

Les gaz toxiques. — M. GRÉHANT continue, dans son laboratoire, des recherches sur les atmosphères confinées et toxiques. Il a plongé, dans un mélange d'air et d'acétylène, différents animaux : un pigeon, placé dans un mélange de 79 p. 100 d'acétylène et de 21 p. 100 d'oxygène, meurt en trente minutes; un lapin est mort en quarante minutes ; une tortue n'a éprouvé aucun effet ; chez les grenouilles, on constate un arrêt des fonctions respiratoires ; mais replacées à l'air libre, elles reviennent aussitôt à leur état normal.

Des expériences qu'a faites M. Gréhant, il résulte que

l'oxyde de carbone est encore bien plus toxique que l'acétylène.

Il conclut en disant que les gaz toxiques qui sont de véritables réactifs physiologiques agissent d'une manière très différente chez les divers animaux.

La production du lait pour enfants. — M. Martel fait une importante communication sur ce sujet. Un lait pour enfant, véritablement digne de ce nom, dit M. Martel, est presque impossible à trouver à Paris. Le manque de propreté désirable, d'une part, et, d'autre part, l'alimentation défectueuse des vaches, telles sont les graves lacunes relevées dans la plupart des établissements producteurs de lait.

Les laits de « ramassage », laits recueillis dans les départements voisins et introduits dans Paris, offriraient encore moins de garantie, aux yeux de M. Martel, que les laits des laitiers nourrisseurs.

L'usage des drèches liquides nuit non seulement à la santé des animaux, mais aussi à la qualité du lait.

M. Martel conclut en demandant qu'en raison de ces constatations il soit décidé par les pouvoirs publics de ne jamais tolérer l'attribution des noms de « laits purs » ou « laits hygiéniques », « laits pour enfants », aux laits provenant de femelles laitières nourries de drèches de distillerie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 10 juillet 1909)

Méthode simplifiée de déviation du complément pour la tuberculine. — M. P. Armand-Delille a montré qu'on pouvait, chez nombre de sujets tuberculeux, obtenir, avec le sérum, la déviation du complément en présence de tuberculine. On peut, de plus, simplifier la méthode comme l'ont fait certains auteurs pour la réaction de Wassermann en employant le sérum frais du malade qui contient de l'alexine et une sensibilisatrice normale pour les globules de mouton.

Bien que, comme l'a montré Jousset, le pouvoir alexique du sérum humain soit quelquefois variable, on peut obtenir par ce procédé des indications très précises, dans la plupart des cas, sur l'existence d'anticorps tuberculeux dans le sérum des individus suspects d'infection tuberculeuse.

Etude du lait de la chèvre en pleine période de lactation physiologique. — M. A. Therre indique la composition du lait des cinq chèvres soumises à l'expérimentation dans des conditions absolument identiques à celles où elles se trouvaient au moment des examens hématologiques (1). Il fait ressortir qu'un des inconvénients que peut offrir le lait de chèvre résidant dans les variations de sa composition suivant la race, le régime alimentaire et l'âge du lait, il était nécessaire d'établir, à plusieurs jours d'intervalle, deux analyses du lait de chaque femelle laitière pour servir de comparaison aux travaux en cours.

Il attribue les faibles variations rencontrées dans la composition des laits de ces deux analyses à des conditions dépendant de l'individu lui-même et à l'influence d'un régime alimentaire substantiel rigoureusement suivi.

Scléroses expérimentales du pancréas à la suite de ligatures vasculaires du système porte. — MM. A. Gilbert et E. Chabrol ont pratiqué sur le chien et sur le cobaye la ligature incomplète de la veine porte et du petit épiploon, ainsi que la ligature totale de la veine splénique à sa terminaison.

Leurs expériences portent sur huit animaux sacrifiés par saignée dans un délai variant de deux à dix mois. Au deuxième mois, les veines sont remplies de globules rouges, les lésions cellulaires sont très accusées, mais déjà la réaction interstitielle s'associe à l'atteinte du parenchyme et le tissu conjonctif jeune réalise une sclérose intralobulaire et intraveineuse.

Au dixième mois, on constate l'atrophie de la glande et sa transformation lipomateuse. Les veines distendues par des amas de globules occupent le centre de la néoformation conjonctive. Les acini qui ont persisté sont séparés par de larges bandes de tissu fibreux ; on remarque même l'intégrité de leurs éléments cellulaires qui contraste à cette période avec l'intensité de la sclérose.

Celle-ci semble traduire un processus cicatriciel consécutif à la dégénérescence du parenchyme observée au début, mais les auteurs ne rejettent pas entièrement l'hypothèse d'une infection surajoutée dans certains cas.

La réaction précipitante du sérum syphilitique vis-à-vis des solutions de glycocholate de soude. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez ont recherché chez 79 sujets une réaction indiquée par Porges et ses collaborateurs comme particulière au sérum syphilitique. Sur 45 sujets syphilitiques, la réaction a été trouvée positive 37 fois ; chez 34 sujets non syphilitiques, le sérum a donné 6 fois seulement une réaction positive. Il semble donc que cette réaction puisse rendre de réels services au point de vue diagnostique. Elle a sur les autres réactions biologiques employées au diagnostic de la syphilis, et en particulier sur l'épreuve de Wassermann, l'avantage considérable d'une technique peu compliquée. Elle consiste seulement en effet dans la mise en présence par parties égales du sérum centrifugé et inactivé à 56 degrés pendant une demi-heure et d'une solution de glycocholate de soude à 1 p. 100 dans l'eau distillée. Quand la réaction est positive, on observe en seize à vingt heures, à la température du laboratoire, la formation d'un précipité qui se rassemble dans les couches supérieures.

Dans le cas de réaction négative, le mélange reste absolument limpide.

La lipase leucocytaire. — MM. Noël Fiessinger et Pierre-Louis Marie, après avoir recherché à l'aide des techniques de la monobutyrine, ou des graisses en émulsion carbonatée le ferment saponifiant des graisses neutres dans les organes hématopoiétiques, concluent que la lipase se retrouve dans les ganglions lymphatiques, comme l'a déjà signalé Poulain, et dans la rate, tandis qu'elle manque dans la moelle osseuse. C'est donc une propriété exclusive de l'appareil lymphoïde, ce qui la distingue de la protéase qui appartient en propre aux éléments médullaires.

Recherches sur la bacillémie tuberculeuse. — M. Lafforgue a repris des recherches sur la bacillémie tuberculeuse en utilisant un procédé nouveau qui lui a donné deux résultats positifs sur quatre expériences, chez des cobayes présentant la forme hépato-splénique de la tuberculose, sans généralisation granulique. En voici la description : prélever aseptiquement 1 centimètre cube de sang du cœur, le mélanger immédiatement à xx gouttes de citrate de soude à 20 p. 100 pour le rendre incoagulable, centrifuger, décanter le sérum surnageant, laver le culot dans de l'eau physiologique, centrifuger et décanter à nouveau, inoculer dans le péritoine d'un cobaye neuf le culot préalablement délayé dans de l'eau physiologique, ou distillée, stérilisée. Ce procédé présente sur ceux précédemment employés plusieurs avantages, dont le plus important est l'exclusion du sérum dont on connaît l'action empêchante sur le développement du bacille de Koch.

Contribution à l'étude du blanchiment des légumes. — Blanchir les légumes, on le sait, c'est les faire bouillir pen-

---

(1) Voir le dernier compte rendu (*Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 77, p. 983).

dant quinze minutes et rejeter l'eau qui a servi à cet usage, pour continuer ensuite leur cuisson. Or, MM. MAUREL et CARCANAGUE ont étudié les pertes subies dans ces conditions par les légumes en matières salines et plus spécialement en potassium, et leurs conclusions sont les suivantes : sous l'influence du blanchiment, les légumes perdent en moyenne 30 p. 100 de leurs sels solubles et 50 p. 100 de leur potassium ; la pratique semble démontrer que les légumes blanchis sont plus digestibles ; ils seraient par conséquent à conseiller aux dyspeptiques.

L'indosé organique urinaire à l'état pathologique. — MM. H. LABBÉ, G. VITRY et FOUGERAS, après avoir établi les variations de l'indosé organique urinaire à l'état normal suivant le régime alimentaire, ont recherché l'influence des modifications pathologiques sur cet élément. Chez les tuberculeux, l'indosé s'est montré augmenté d'une façon générale : augmenté en valeur absolue, augmenté par rapport à l'azote urinaire, à l'azote alimentaire, à l'extrait organique total. Chez l'obèse au contraire, l'indosé s'est montré plus faible qu'à l'état normal. Ces résultats peuvent s'expliquer par plusieurs hypothèses : entre autres, on peut admettre que l'absorption des albumines, moins parfaite chez le tuberculeux, laisse plus de déchets et que ces déchets non assimilés passent en nature dans l'urine à l'état de corps indosés ; l'inverse se produirait chez les obèses.

Apparition du sérum de cheval dans la circulation générale après injection intra-rachidienne. — MM. L. NETTER et DEBRÉ. Les accidents sériques consécutifs aux injections intra-rachidiennes de sérum sont aussi communs qu'après les injections sous-cutanées et apparaissent aux mêmes dates. Il y a lieu de penser que l'absorption du sérum dans la cavité arachnoïdienne a lieu dans les mêmes conditions que dans le tissu cellulaire.

Les auteurs ont cherché à en fournir la preuve directe en établissant le moment où le sérum de cheval peut être décelé dans la circulation générale.

Sur dix malades atteints de méningite cérébro-spinale, injectés pendant la phase aiguë, le sérum de cheval a été décelé dans le sang huit fois avant la fin de la première demi-heure, deux fois seulement après quatre à cinq heures.

L'apparition a été également rapide dans trois cas de tuberculose méningée. Elle a été tardive dans des cas de pneumonie avec phénomènes méningés sans méningite.

Nature des poisons cancéreux. — Mme Nicole GIRARD-MANGIN. Dans une note précédente on a étudié les actions des extraits cancéreux ; les ensemencements pratiqués avec ces extraits étant restés stériles au contact ou à l'abri de l'air, on a éliminé l'idée d'infections secondaires et cherché à déterminer quelques points de la nature chimique des produits toxiques contenus dans les extraits qu'on a préparés.

Les poisons cancéreux sont multiples, leurs actions changent un peu avec leur mode de préparation. Ils sont coagulés en totalité par l'alcool et la chaleur et ne traversent pas les membranes dialysantes.

La toxicité d'un extrait diminue rapidement dans les préparations liquides et sèches conservées ; à l'état frais, ils agissent à petites doses comme les ferments.

Les poisons cancéreux présentent les caractères généraux des substances colloïdales.

Les globulins dans l'anaphylaxie. — MM. Ch. ACHARD et M. AYNAUD. Les accidents d'anaphylaxie ont été comparés par Biedl et Kraus et par Arthus à ceux de l'intoxication par la peptone. Les recherches antérieures ayant montré que la peptone fait disparaître passagèrement les globulins, les auteurs se sont demandés si, chez le chien séro-anaphylactisé, la réinjection de sérum produirait le même effet.

Tout d'abord ils ont observé que l'injection de sérum chez l'animal neuf provoque les mêmes réactions sanguines que chez l'animal préparé pour l'anaphylaxie, seulement avec des doses beaucoup plus élevées. La disparition des globulins s'observe de même, accompagnée de leucopénie.

Ce phénomène leur paraît devoir être rattaché, comme dans l'intoxication peptonique, à l'agglutination des globulins que peuvent déterminer, d'ailleurs, outre la peptone, un grand nombre de colloïdes. *In vitro*, chez l'animal préparé pour l'anaphylaxie, les globulins présentent une sensibilité exagérée à l'agglutination : le sérum de cheval, le blanc d'œuf, peu agglutinants pour les globulins du sang neuf de chien, le sont beaucoup pour ceux du sang anaphylactisé.

D'accord avec les résultats obtenus *in vivo* par M. Arthus, d'après lesquels la réaction anaphylactique n'est pas spécifique, mais consiste en une intoxication protéique, leurs recherches leur ont permis de constater que les globulins hyperagglutinables *in vitro* par le blanc d'œuf le sont aussi par le sérum de cheval et même par un échantillon de bleu de Prusse qui n'agglutine pas les globulins du sang neuf. On pourrait donc se demander s'il ne s'agissait pas d'une « intoxication colloïdale ».

Il y a lieu vraisemblablement de tenir compte de ces modifications sanguines dans l'interprétation de l'anaphylaxie.

Survie et reviviscence des spermatozoïdes dans quelques milieux artificiels, en particulier dans diverses eaux minérales et dans l'eau de mer. Action du calcium. — M. C. FLEIG (de Montpellier) a étudié les mouvements des spermatozoïdes humains dans quelques sérums à minéralisation complexe, dans l'eau de mer et diverses eaux minérales isotoniques. (Balaruc, Nauheim, Kreuznach, Hombourg, Salins, Salins-Moutiers sont les principales.)

Les spermatozoïdes « lavés » dans ces eaux minérales par centrifugations et décantations successives, comme les globules du sang, en suspension donc dans ces milieux absolument dépourvus d'albumine, présentent pendant plusieurs heures des mouvements ondulatoires intenses et rapides à la température du laboratoire. Les eaux minérales employées sont beaucoup plus appropriées à la production de ces mouvements que l'eau salée pure à 9 p. 100. L'eau de mer isotonique se comporte comme les eaux minérales.

Ces différences sont dues à la minéralisation complexe des milieux en question et notamment à la présence des sels de chaux dont l'auteur montre l'importance de premier ordre pour l'entretien des mouvements des spermatozoïdes.

Ces éléments se meuvent aussi très bien dans des mélanges de sperme et de plus ou moins grandes quantités d'eaux minérales ou d'eau de mer isotonique et l'addition de calcium à des mélanges d'eau salée pure et de sperme montre encore l'action favorisante de ce métal, qui paraît nécessaire à la réalisation de tout phénomène moteur même élémentaire.

Des spermatozoïdes lavés et conservés à la glacière dans les eaux minérales citées se meuvent lorsqu'on les réchauffe, même après une conservation de quinze heures. Mais s'ils sont mis à la glacière dans des mélanges de sperme et d'eaux minérales ou dans du sperme pur, on peut observer leur reviviscence jusqu'à huit jours après l'émission du sperme.

Ces recherches viennent directement à l'appui de la conception des eaux minérales en tant que sérums artificiels ou milieux vitaux et sont relatées en détail dans un ouvrage édité chez Maloine où l'auteur répond aussi aux critiques de M. Billard et de M. Cany, à propos de la question des eaux minérales sérums artificiels.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LE TRAITEMENT DE LA BRONCHITE A RÉPÉTITION

Par M. Lissillour.

Il est assez fréquent d'observer en pratique la bronchite à répétition. Il ne s'agit pas là d'une bronchite chronique franche, mais plutôt de poussées inflammatoires aiguës récidivantes et apparaissant sur un terrain plus ou moins scrofuleux, très sensible à l'action du froid. Il s'agit de malades qui prennent une bronchite, la guérissent, sont atteints de nouveau, de nouveau guérissent et ainsi de suite.

Pour beaucoup de médecins, ces bronchites à répétition paraissent indépendantes les unes des autres et sont amenées par des causes identiques : état général défectueux, influence du froid, septicités diverses. Nous ne pensons pas que cette pathogénie soit tout à fait exacte, et, pour nous, il s'agit là simplement de manifestations successives d'une bronchite chronique mal éteinte, mal guérie et qui, de temps en temps, se manifeste par des symptômes aigus.

Dominant, provoquant les accès congestifs répétés, il y a certainement l'influence persistante de noyaux, de séquelles inflammatoires abandonnées par les phlegmasies précédentes et que les modifications utilisées n'ont pu résoudre entièrement.

Nous voyons là la preuve de l'insuffisance habituelle de la thérapeutique des bronchites, quand cette thérapeutique consiste dans les sédatifs, les expectorants, les balsamiques.

Mais quand nous traitons de tels malades par les comprimés de thiocol, 2 à 5 par vingt-quatre heures, s'il y a peu d'expectoration, 4 à 8 si les crachats sont abondants, nous observons des améliorations très nettes et surtout persistantes. Une poussée aiguë, une recrudescence de bronchite ainsi traitées guérissent, et, pendant un laps de temps *prolongé*, ne reparaissent plus. Les malades ne toussent pas, n'expectorent plus et leur fonction respiratoire est régulière, normale. L'influence du froid est sans inconvénient.

Une auscultation attentive permet, en effet, de reconnaître que les bronches et les poumons sont débarrassés de tout symptôme physique. Il ne persiste pas de foyers congestifs.

Souvent, les bronchites à répétition ne sont que des manifestations tuberculeuses survenant chez des individus ayant dépassé la trentaine, et qui résistent bien. Dans ce cas encore nous réussissons avec les comprimés à éloigner les symptômes, à réprimer les attaques nouvelles de l'infection.

A quoi tiennent les particularités cliniques de la médication?

D'abord à ce fait que le remède représente une action antiseptique pulmonaire efficace et en second lieu qu'il exerce directement sur les lésions elles-mêmes des effets modificateurs puissants.

Le gaiacol est un désinfectant, mais cette propriété est encore plus nette, plus puissante, quand on fait circuler dans l'organisme, grâce aux comprimés de thiocol, une quantité élevée de gaiacol sulfoné, c'est-à-dire dépourvu d'inconvénients. On parvient ainsi à exercer sur les agents infectieux des bronches des effets empêchants très nets, ce qui favorise la guérison *définitive*.

D'autre part, ce remède est un stimulant pour les défenses leucocytaires. Il appelle aux points lésés la réaction des phagocytes et, par cette double action, affaiblissement et disparition des agents septiques, stimulation de l'énergie rationnelle de l'organisme, le remède employé parvient à guérir les bronchites sans que le poumon reste affaibli pour des poussées inflammatoires nouvelles.

Après la fluidification et la disparition des crachats, après l'éloignement des râles muqueux, puis des râles secs, on constate le retour progressif du murmure vésiculaire. En aucun point du poumon ne persiste un foyer d'obscurité respiratoire, de submatité, et c'est grâce à cette guérison véritable que l'on n'observe plus d'accès aigus répétés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — *Concours de l'internat.* — Nous avons publié (n° 73, p. 929) la liste des nouveaux internes. Voici la liste des questions données ou restées dans l'urne à ce même concours :

Première épreuve. — *Question sortie.* — Anse sigmoïde du gros intestin; anatomie et physiologie.

Questions restées. — Topographie et fonctions de la rate. — Du voile du palais. — La villosité intestinale. — Veines jugulaires, anatomie et physiologie. — Les nerfs récurrents. — Tubes contournés du rein, anatomie et physiologie.

Deuxième épreuve. — *Question sortie.* — Du panaris phlegmoneux.

Questions restées. — La sacro-coxalgie. — Hydarthrose du genou. — Des abcès dans l'appendicite. — Des perforations non traumatiques de l'estomac. — Empyème des tuberculeux, symptômes, diagnostic différentiel, traitement. — Des rétrécissements de l'œsophage.

Troisième épreuve. — *Question sortie.* — Caractères, variétés et signification du souffle dans les affections pleuro-pulmonaires.

Questions restées. — Le foie cardiaque. — Diagnostic et traitement des épanchements pleuraux chez les cardiaques. — Infarctus du poumon. — Symptômes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — Diagnostic différentiel des ictères chroniques. — Complications pleuro-pulmonaires de la fièvre typhoïde.

Quatrième épreuve. — *Questions sorties.* — Traitement des hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde. — Symptômes, diagnostic et traitement du phlegmon sus-hyoïdien. — Diagnostic de la rétention des membranes. Conduite à tenir.

Questions restées. — Diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale suppurée. — Diagnostic de l'invagination intestinale aiguë. — Soins à donner au nouveau-né aussitôt après l'accouchement. — Symptômes et traitement du coma diabétique. — Diagnostic des mastoïdites aiguës et indications opératoires. — Diagnostic d'une présentation du sommet en occipito-iliaque droite postérieure pendant la période d'expulsion. Conduite à tenir. — De la valeur globulaire, son importance au point de vue séméiologique. — Diagnostic de l'arthrite suppurée du genou. — Indications et manuel opératoire des injections intra-utérines après l'accouchement et dans les suites de couches. — Diagnostic des dyspnées d'origine laryngée. — Indications et manuel opératoire de la ponction lombaire. — Causes et symptômes de la souffrance du fœtus pendant le travail. Conduite à tenir, le col étant supposé dilaté. — Indications des émissions sanguines dans la pneumonie. — Diagnostic et traitement immédiat de l'ophtalmie blennorragique chez le nouveau-né. — Diagnostic de la présentation du siège complet pendant le travail. Conduite à tenir. — De la recherche du pus dans les urines. — De l'asepsie dans le cathétérisme de l'urètre chez l'homme. — Moyens d'asepsier les sondes. — Symptômes du côté de l'utérus dans l'infection puerpérale. Traitement local à appliquer.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 81. — MARDI 20 JUILLET 1909. 82e ANNÉE. MARDI 20 JUILLET 1909. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le Conseil de la Faculté de médecine a voté dans sa séance de mardi dernier :

1° La transformation de la chaire de médecine opératoire en chaire de clinique des maladies des voies urinaires;

2° La transformation de la chaire de thérapeutique en chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques ;

3° La vacance de la chaire de pathologie et thérapeutique générales.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 5 juillet 1909, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve ou de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Etienne, Lelorrain, Combornac, Soalhat, Arrès, Salin, Hartmann, Dupont, Guiard, Céruti, Brunel, Gérard, Colomer, Miquel-Maillé, Boucaut, Jourdin, Chérel, Nouhaud, Pacaut, Sévaux, Guiraud, Brohan, Frédérici, Leseyeux, Charnois, Bricourt, Portalier, Logeay, Chataing, Gautier, Condomine, Panis, Cunnac, Réveilaud, Villerval, Oudot, Beauchamp, Goussal, Brothier, Balteaux, Trastour, Breillat, Jouteau, Cheylard, Perrot, Tramblin, Narbonne, Guibourg, Maleplate, Guérillon, Besson, Maillié, Bruneau, Dauthuile, Murel, Mouchet, Validire, Rivière, Colat, Delelaux, Résillot, Antoine, Delpech, Voillemot, Gardiès, Ravot, Vincent, Cahuzac, Parès, Quilichini, Astruc, Pouvreau, Maurer, Turlais, Couvrat-Desvergnes, Zellmeyer, Doumeng, Charron, Marsaud et Lapeyronie.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Parmentier, du Pasquier et Duval.

MARINE. — Composition du jury de concours de 1909 pour l'admission à l'école principale du service de santé de la marine :

Ligne médicale. — M. le médecin général de deuxième classe Hyades, président; MM. les médecins principaux Chastang et Palasne de Champeaux, membres.

Ligne pharmaceutique. — M. le médecin général de deuxième classe Hyades, président; MM. les pharmaciens en chef de première classe Sauvaire et Bourdon, membres.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand-croix. — M. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris.

Au grade de commandeur. — M. F. Raymond, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade d'officier. — MM. Pouchet, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et François dit Franck, professeur au Collège de France.

M. le médecin en chef de la marine Guézennec.

Au grade de chevalier. — M. Blarez, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; M. Tissot (de Paris).

MM. les médecins de première classe de la marine Madon, Maillier, Abeille de la Colle, Faucherand, Liffran, Lallemant et Aldebert.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Alibert, Audebert, Bauby, Bérard, Bourgogne, Bué, Cavaillon, Chauffard, Chevallet, Darquier, Delbet, Fieux, Castaigne, Hartmann, Labarrière, Lacaze, Lambert, Paviot, Platon, Regaud, Sabrazès, Sauvage, Sicard, Soulié, Suis, Tissot et Zipfel.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Baron, Bonnemaison, Breton, Bricka, Cabanes, Cange, Chapus, Charbonnier, Cluzet, Delmas, Descazals, Dubois, Gaussel, Gautié, Labat, Laroyenne, Leblanc, Léger, Marquès, Martin, Massabuau, Morichau-Beauchant, Parisot, Pauchet, Potel, Pruvost, Raviart, Rénon, Rimbaud, Roguet, Roques, Salmon et Sorel.

(Voir la suite des **NOUVELLES**, *p. 1033.)*

RENSEIGNEMENTS

LA STÉRILISATION PRÉ-OPÉRATOIRE DE LA PEAU

PAR LES

BADIGEONNAGES IODÉS

MÉTHODE DE GROSSICH

Par MM. I. DE FOURMESTRAUX,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et G. DAMIOT,
Assistant de la clinique chirurgicale de Chartres.

Grossich (1) [de Fiume], à la fin de l'année dernière, proposa de stériliser la peau avant tout acte chirurgical par un badigeonnage iodé, à l'exclusion de toute espèce de lavage. Il se louait des résultats heureux obtenus par cette méthode très simple qui ne présentait en réalité que ce point spécial de permettre une désinfection qu'il disait parfaite, sans aucune espèce de lavage préalable.

Depuis le mois de février 1909, nous avons appliqué cette technique en suivant d'abord le procédé de son auteur, puis avec quelques modifications de détail dans différents cas de notre pratique; nous n'avons eu qu'à nous en louer. Quelle est la valeur de cette méthode? Est-elle appelée à remplacer la désinfection classique du champ opératoire que depuis quelques années le chirurgien appliquait d'une façon rituelle et avec d'heureux résultats? Est-ce au contraire une technique à réserver à un certain nombre de cas précis et bien déterminés?

La méthode de Grossich fut connue en France par un courte note de Lejars (2) parue dans la *Semaine médicale.* Sans qu'il semblât y attacher une importance spéciale, Lejars, analysant le travail de cet auteur, mettait en évidence l'utilité que pouvait avoir ce procédé pour la désinfection immédiate des plaies et des écrasements des membres chez les ouvriers dont la peau est imprégnée professionnellement de souillures anciennes et nécessite un long travail de préparation, et cela d'autant mieux qu'au cours du lavage de la peau ambiante, il est souvent malaisé en pareil cas de protéger suffisamment la plaie et de la mettre à l'abri de nouvelles inoculations.

Routier (3), après avoir pris connaissance de ce procédé à la lecture de la note de la *Semaine médicale*, l'appliqua sur une malade qu'il opérait d'urgence pour une grossesse extra-utérine rompue et qui était dans un tel état qu'il la croyait perdue et se contenta de stériliser la peau par un simple badigeonnage iodé. Vingt jours après il présentait son opérée guérie à la Société de chirurgie.

Ce simple badigeonnage à la teinture d'iode me fit, dit-il, gagner du temps et m'évita surtout le brossage du ventre qui aurait certainement augmenté l'hémorragie, et gêné la respiration pendant l'anesthésie. Il aurait pu même ajouter, compléter la rupture du kyste fœtal si elle n'était que partielle; rupture qu'un de nous vit un jour se produire sous la brosse d'un externe zélé et trop vigoureux, dans un cas de grossesse extra-utérine non rompue.

Walther (1), dans un travail fait en collaboration de son interne Touraine, vint quelques semaines plus tard montrer que cette méthode valait mieux qu'un rapide examen et que les heureux résultats obtenus grâce à elle n'étaient pas dus à une simple coïncidence, mais reposaient sur des bases réellement scientifiques. Sur 61 cas de malades traités par lui à la Pitié et sur 26 malades opérés dans sa clientèle de ville, dans 3 cas seulement un fil avait coupé légèrement la peau. Si 2 fois, à la vérité, il a vu survenir un hématome suppuré le onzième et le douzième jour, l'inoculation était d'origine opératoire et l'intégrité absolue des sutures au septième jour ne permettait pas d'incriminer une infection d'origine cutanée.

L'examen bactériologique de la peau montrait que, d'une façon générale, la désinfection iodée du champ opératoire donnait de bons résultats si l'on considérait la quantité et la nature des colonies microbiennes; résultats supérieurs du reste, quand au lieu de savonner et de désinfecter par les procédés ordinaires, puis d'appliquer de la teinture d'iode, on se contentait de faire un simple badigeonnage iodé. Dans une expérience ingénieuse, après avoir rasé le dos d'un cobaye, savonné la moitié, puis passé les deux côtés à l'alcool, éther et iode, et comparé les ensemencements fournis parallèlement par la peau des deux côtés, les auteurs constatèrent que, seize minutes après l'application d'iode du côté droit savonné, il avait poussé vingt-sept colonies, tandis que du côté gauche non savonné il n'avait poussé qu'une colonie.

Ces examens bactériologiques présentent certainement un réel intérêt, mais ils sont sujets à erreur et varient surtout suivant l'état antérieur de la peau, plutôt qu'en raison des conditions de l'expérience elle-même.

Plus précis nous semblent les résultats histologiques de l'examen de segments cutanés prélevés au cours de l'intervention après stérilisation iodée. C'est ainsi que, sur onze fragments de peau examinés après stérilisation par éther et iode, iode sans éther et iode après lavage, Walther et Touraine ont mis en évidence la pénétration très nette de l'iode. Si la plupart des granulations d'iodure d'argent décelées par l'examen histologique s'accumulent surtout dans l'épiderme et sont péri-cellulaires, il y en a qui sont nettement intra-cellulaires; abondantes encore dans la couche de Malpighi, elles existent dans le derme sur une étroite bande 60 à 80 μ au-dessous de la basale. On retrouve des amas de granulations parfois volumineux dans les espaces lymphatiques, quelquefois à une profondeur considérable, surtout le long des capillaires aussi bien lymphatiques que sanguins. Dans le derme les gra-

(1) GROSSICH. Ein neue Sterilisierungsmethode des Haut bei Operationen. *Centralbl. f. Chir.*, n° 44, 31 oct. 1908. — LANCE. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 57, p. 720.

(2) LEJARS. *Sem. méd.*, 4 nov. 1908, p. 358; — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1909, n° 10, p. 349.

(3) ROUTIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1909, p. 348.

(1) WALTHER et TOURAINE. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1909, n° 10, p. 345, et n° 12, p. 394.

nulations sont en général d'autant plus abondantes que le fragment a été prélevé à un moment plus éloigné de l'imprégnation iodée. Les résultats de ces examens histologiques sont sensiblement identiques, que la peau ait été désinfectée par l'iode sans lavage préalable ou après lavage à l'éther.

Ces expériences de Walther et Touraine nous semblent présenter un intérêt réel et enlever à la méthode l'aspect empirique qu'elle pouvait avoir. En dehors de la désinfection en surface qui apparaît a priori comme excellente, cette pénétration des granulations iodées dans la profondeur semble permettre la destruction, ou tout au moins la diminution de la virulence des bactéries contenues dans les excoriations cutanées, les espaces lymphatiques, les glandes sudoripares, les follicules pileux.

Nous savons que si une désinfection en surface par les procédés habituels est pratiquement satisfaisante, on trouve des bactéries à la surface du revêtement cutané une demi-heure après le lavage (Mohaupt).

Il est très évident que l'on peut avoir des résultats opératoires excellents et des réunions impeccables avec une asepsie relative des mains et des téguments. Bruner et Budinger ont trouvé du staphylocoque sur des plaies réunissant par première intention. Lang a fait la même constatation à la clinique de Kocher(1), alors que, sur 325 opérations aseptiques (1898-1899), ce chirurgien déclarait avoir eu d'une façon constante des réunions per primam. Il est néanmoins extrêmement intéressant de se trouver en présence d'une technique par laquelle on aurait une stérilisation presque idéale, stérilisation non obtenue par les différents procédés précédemment employés.

Les deux points originaux dans la méthode de Grossich sont : *la suppression absolue des lavages pré-opératoires, la nécessité d'opérer un certain laps de temps après le badigeonnage iodé.* La suppression du lavage constituerait même le seul point original, puisque Delbet (2), suivant la pratique de Chevassu, recouvre largement la peau avec de la teinture d'iode pure avant d'intervenir, mais lave néanmoins à l'eau, alcool et éther, et continuera, dit-il, par instinct de propreté (Schwartz emploie également cette technique que nous avons vu adoptée il y a plus de dix ans par l'un de nos maîtres) et que beaucoup d'entre nous ont l'excellente habitude de toucher à la teinture d'iode les excoriations cutanées des mains.

Nous avons personnellement employé la méthode de Grossich dans son intégrité ou avec quelques variations de détail dans 42 cas de diverses gravités, dans des conditions fort diverses, et nous avons toujours obtenu d'excellents résultats. Nous l'avons utilisée dans le milieu hospitalier sur des malades qu'à notre clinique nous pouvions préparer à loisir à l'acte opératoire, et dans nos cas de chirurgie d'urgence, au domicile des malades. Opérant en dehors du milieu hospitalier et souvent dans des cas d'extrême urgence, étranglements herniaires, fractures ouvertes ; après avoir rasé à sec les régions couvertes de poils, nous avons appliqué deux couches successives de teinture d'iode, l'une dix minutes avant l'intervention, l'autre quelques instants avant l'incision des téguments. Nous avons eu d'une façon constante des réunions parfaites chez des gens âgés et présentant souvent une peau dans un état d'extrême malpropreté. Nos cas portent, il est vrai, sur des malades opérés à la campagne, milieu dont on sait la septicité très relative. Quand nous avons pu intervenir avec la possibilité de préparer suffisamment nos opérés, la veille de l'acte opératoire, le malade, après avoir pris un bain, était lavé au savon liquide pendant dix minutes, à l'alcool, puis toute la région opératoire recouverte d'un pansement aseptique qui n'était enlevé qu'au moment même où nous allions intervenir. Nous avions toujours procédé ainsi et fait seulement un lavage complémentaire et rapide sur la table avant d'opérer. Cette conduite nous avait été dictée par le mauvais souvenir des lavages à grande eau, des inondations de permanganate de bisulfite, d'alcool, d'éther que nous avions vu, dans certains services, pratiqués avec une telle abondance que le malade était entièrement mouillé pendant l'intervention et admirablement préparé aux complications pulmonaires et cutanées post-opératoires. La seule modification que nous ayons apportée à cette technique, depuis la publication du travail de Grossich, a été de supprimer le lavage complémentaire sur la table d'opération et de le remplacer par l'application d'une couche de teinture d'iode fraîchement préparée ; une première couche appliquée au début de l'anesthésie, une seconde au moment même d'opérer. Nous n'avons eu également sur cette seconde catégorie de malades qu'à nous louer de ce procédé et des résultats qu'il nous a permis d'obtenir.

Trois cas nous semblent particulièrement instructifs.

Dans l'un, nous avons fait une suture des tendons extenseurs de l'index et du médius sur un blessé dont la main et l'avant-bras étaient couverts de furoncles, dont l'un se trouvait au voisinage de la plaie opératoire, la section datait de deux heures quand nous avons fait la suture. La réunion a été parfaite, le résultat fonctionnel satisfaisant, il aurait été dans ce cas, croyons-nous, imprudent de brosser et de savonner le champ opératoire avant d'opérer, et c'eût été risquer certainement de l'ensemencer des staphylocoques que récélaient les furoncles très proches du tracé d'incision.

Dans deux autres cas, ablation de varices et hernie, la peau était également très sujette à caution en raison de l'eczéma dont étaient porteurs ces malades, et malgré cela la réunion se fit dans de bonnes conditions. Enfin, il nous a semblé, mais c'est là une impression toute personnelle, que les cicatrices obtenues après stérilisation des téguments par l'iode étaient moins visibles que lorsque l'on employait les procédés classiques.

Deux malades, femmes jeunes auxquelles nous avons enlevé toute une chaîne de ganglions tuberculeux, carotidiens et sous-angulo-maxillaires, pré-

(1) Cité par Kocher. *Technique opératoire*, p. 47.
(2) Delbet. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1909, p. 347.

sentent des cicatrices presque invisibles. Une laparotomie pour fibrome dont la moitié de l'incision est cachée, il est vrai, par les poils pubiens, présente une cicatrice dont l'aspect extérieur, dans ce qui en est visible, est vraiment parfait.

Nous ne voulons pas, en raison de la date encore trop récente de l'apparition de ce procédé, et en raison des cas encore trop peu nombreux que nous avons traités ainsi, tirer aucune conclusion ferme touchant la méthode de Grossich. Nous dirons cependant que, en dehors du milieu hospitalier, c'est un procédé apte à rendre les plus grands services au praticien et au chirurgien qui, dans cette chirurgie de fortune, sera toujours partisan d'une stérilisation à sec, qui lui permettra d'intervenir rapidement et d'économiser l'eau stérilisée qu'il aura emportée avec lui et dont il aura besoin pour ses mains, désinfection à sec certainement préférable à un lavage énergique avec une eau qui n'aura que trop souvent bouilli dans des récipients douteux.

Les examens histologiques et bactériologiques de Walther et Touraine montrent que la méthode repose sur des bases précises; les résultats obtenus en pratique par le promoteur de la méthode Grossich, Walther, Routier et nous-mêmes, nous engagent à persévérer dans cette voie, même en dehors des cas de chirurgie d'urgence.

MÉDECINE PRATIQUE

L'OPÉRATION PRÉCOCE DANS L'APPENDICITE (1).

Les documents publiés à propos du traitement chirurgical de l'appendicite sont si nombreux que nous nous excuserions presque d'analyser une thèse sur ce sujet. Nous le faisons cependant et pour deux raisons : la responsabilité médico-chirurgicale en présence d'un cas d'appendicite est une des plus lourdes qui se puissent présenter; d'autre part, le débat n'est pas clos, les problèmes appendiculaires de diagnostic et de traitement ne sont pas tous résolus; il arrive même, qu'après avoir été solutionnés dans un sens, ils reparaissent sous une forme et avec des données nouvelles; l'appendicite rappelle ainsi l'hydre aux cent têtes de la mythologie.

Mlle Idelsohn se prononce avec conviction pour l'intervention précoce, c'est-à-dire pour celle qui est faite dans les douze, vingt-quatre, trente-six, ou tout au plus quarante-huit premières heures. Les avantages de cette opération précoce sont nombreux; voici les principaux : l'intervention est bénigne, car, le plus souvent, l'infection ne s'est pas propagée dans les tissus péri-appendiculaires, le péritoine est encore sain et les adhérences ne sont pas encore constituées, surtout si l'on opère dans les douze ou vingt-quatre premières heures. L'intervention est radicale; l'appendice peut être enlevé sans grandes difficultés dans la plupart des cas et le malade est à l'abri de tout retour offensif des crises. Comme, le plus souvent, du pus ne s'est pas encore formé, l'incision de Jalaguier, le long du bord externe du grand droit, est suffisante; elle prédispose beaucoup moins à l'éventration que d'autres incisions. Enfin et surtout, la laparotomie précoce supprime la toxi-infection appendiculaire et toutes ses complications; l'appendicite aiguë a une évolution très irrégulière, parfois un début peu inquiétant fait vite place à des accidents d'une gravité extrême pouvant amener rapidement la mort; en opérant le plus tôt possible, on enlève, avec l'appendice, une cause de préoccupations anxieuses pour le malade et pour le médecin.

Quelques objections ont été faites à la doctrine de l'intervention précoce, mais il est facile de les réfuter. Une opération d'urgence sera, dit-on, acceptée difficilement du malade et de son entourage; mais peu à peu l'éducation du public se fera, elle est déjà faite pour la hernie étranglée, l'urgence sera reconnue aussi bien pour l'appendicite que pour l'étranglement herniaire. On fait encore remarquer que le diagnostic peut être difficile et hésitant pendant les premières heures; cette objection a une grosse valeur, et il est évident qu'il serait très fâcheux d'opérer, comme atteints d'appendicite, des malades ayant une fièvre typhoïde à début appendiculaire ou une pneumonie à point de côté abdominal; mais enfin, il est des cas, très nombreux, dans lesquels la symptomatologie appendiculaire est si nettement caractérisée que l'hésitation n'est pas permise; pour ces cas, mais pour ces cas seulement, on pourra décider une intervention précoce; sinon, le doute commandera l'abstention. En faisant une laparotomie dès les premières heures, on opérera des malades qui eussent pu guérir par le traitement médical; ceci est indiscutable, mais il faut ajouter que ces malades, non opérés dès le début, seront ensuite opérés à froid : puisqu'ils sont pour ainsi dire condamnés à une laparotomie, reste à savoir s'ils ont à gagner ou à perdre en étant laparotomisés plus tôt ou plus tard ; or, par une opération précoce, ils ont beaucoup à gagner puisqu'ils sont mis à l'abri des incidents graves de la toxi-infection appendiculaire; ils ont peu à perdre, car, bien qu'on ait prétendu que le traumatisme opératoire et le choc anesthésique pouvaient contrarier les processus de défense péritonéale, réveiller ou diffuser la toxi-infection, ces craintes ne doivent pas être exagérées si l'opération est faite avec de grandes précautions et si surtout elle est faite de très bonne heure; c'est en effet plutôt après les quarante-huit premières heures qu'une intervention chirurgicale peut troubler la défense du péritoine et provoquer des accidents.

Avec ces idées sur l'intervention précoce dans l'appendicite, on a, somme toute, à se préoccuper assez peu des indications opératoires, puisque toute appendicite franche doit être opérée, sauf la légère colique presque apyrétique. Cependant un pouls à 120, faible et misérable, une dissociation du pouls et de la température, un facies péritonéal devront décider encore davantage à la laparotomie. Si l'on est appelé dans les vingt-quatre premières heures, l'indication d'intervenir est formelle; passé ce délai, on peut hésiter, attendre la formation d'une poche purulente ou l'apparition de quelque symptôme inquiétant.

Mlle Idelsohn invoque ensuite, à l'appui de son argumentation, diverses statistiques; nous n'y insisterons pas, car la lecture des statistiques ne vaut pas l'expérience clinique acquise après avoir vu un certain nombre de cas d'appendicite et après avoir assisté à un désastre péritonéal au cours d'une appendicite qui paraissait évoluer normalement vers le refroidissement et l'opération tardive.

M. BRELET.

(1) Mlle Debora IDELSOHN. Th. de Montpellier, janv. 1908. — Imprimerie Firmin, Montane et Sicardi.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE LA « PRÉVOYANCE MÉDICALE »

Ainsi que nous le disions en reproduisant dans notre numéro du 19 juin les principaux passages d'une lettre ouverte de M. Lepage, secrétaire général de l'A. G., au sujet de la « Prévoyance », une discussion loyale, au grand jour, sur cette question si débattue, ne peut aboutir qu'à une situation plus nette pour le plus grand bénéfice de toute la profession.

Nous avons donc publié bien volontiers la réponse que nous a adressée un vieux praticien, membre de la « Prévoyance » (*Gaz. des hôpit.*, 26 juin).

Nous recevons aujourd'hui de M. Philippeau, président du Conseil d'administration de la « Prévoyance médicale », président du Syndicat des médecins de la Seine, la lettre suivante :

« Monsieur le rédacteur en chef et honoré confrère,

Nous répondrons à notre heure aux diverses attaques dont nous avons été l'objet, mais notre Conseil d'administration a été surpris de voir la *Gazette des hôpitaux* (1) reproduire des allégations déjà publiées ailleurs et dont ont été froissés, dans leurs sentiments et dans leurs intérêts, certains de nos sociétaires qui sont en même temps ses lecteurs.

Seul, le souci de l'information vous a guidé, nous en sommes convaincus, en donnant l'hospitalité à des accusations que l'influence légitime, la respectabilité indiscutée de votre journal nous font un devoir de relever.

Votre collaborateur occasionnel, revenant sur l'intransigeance des opinions longuement exposées dans un premier réquisitoire, veut bien concéder aux médecins la latitude d'être actionnaires d'eaux minérales ou de maisons de santé. Déjà, à la vérité, avant cette haute autorisation, la loi, l'usage et le bon sens la leur accordaient; nombre de nos confrères riches et aisés garnissent leurs portefeuilles de bonnes valeurs thermales dont ils touchent très justement et sans remords les dividendes.

Notre distingué contradicteur enveloppe, il est vrai, son autorisation de restrictions, de subtilités et de distinguo, mais ce ne sont là que des procédés pour arriver à cette déclaration finale où sa pensée redevient toute clarté : le médecin peut à la rigueur être actionnaire de toutes les compagnies thermales, sauf de la *Société française des eaux minérales ou Prévoyance médicale*.

Pourquoi ?

Il y a vingt-huit ans, un homme de bien comme Cézilly, comme Gilles dont on fête aujourd'hui la mémoire, le docteur Gélineau, ému des misères du corps médical, ému de l'impossibilité d'y parer utilement avec de maigres cotisations, d'autre part, spectateur clairvoyant de la prospérité des entreprises d'eaux minérales, pensa que l'on pouvait trouver dans l'exploitation de ce domaine nouveau, fécond, le plus légalement, le plus loyalement, les ressources nécessaires à la création d'une caisse de retraites de droit pour les vieux médecins.

Gélineau réunit des capitaux, acheta des sources et fonda notre Société.

Sa constitution est celle de toutes les sociétés anonymes, similaires ou non, Vichy, Vittel et des milliers d'autres.

Elle offre cependant une particularité statutaire : les actionnaires, au lieu de se partager comme partout ailleurs la totalité des bénéfices, versent d'abord annuellement aux retraités, aux veuves et aux orphelins, *60 p. 100* de ces bénéfices, les 40 p. 100 restant rémunèrent le capital engagé.

Financière à sa base, la « Prévoyance médicale » est philanthropique dans son but; le total des retraites et des pensions, servies jusqu'à ce jour, s'élève à un million 418 850 fr.; pour l'exercice 1908, il était de 365 000 francs; 5300 médecins en font partie ; ils attendent d'elle la certitude de l'aisance pour leurs vieux jours et pour leurs femmes et leurs enfants en cas de mort prématurée.

Tels sont les caractères principaux de cette œuvre dont la beauté et le succès lui valent aujourd'hui de vaines hostilités.

On nous reproche, il est vrai, certains modes d'administration intérieure, qu'un service d'information bien organisé a révélés. Sur ce point nos sociétaires seuls peuvent avoir le droit de critique, mais n'ayant rien à cacher nous ne demandons pas mieux que de nous expliquer.

Les occasions, pour le médecin, de prescrire des eaux, des toniques alimentaires, des produits hygiéniques sont assez nombreuses pour qu'il n'ait pas besoin de les faire naître, nous recommandons de prescrire *en cas d'indication et seulement en ce cas;* nous voulons que les membres de la « Prévoyance » se trouvent à l'égard des produits dont ils sont actionnaires dans la même situation qu'envers tous les autres qu'ils formulent chaque jour.

Mais encore est-il que s'il ne doit jamais y avoir abus, l'oubli systématique, prolongé durant des années, est un acte de déloyauté contre lequel nous avons dû réagir dans des cas fort rares.

La moralité du praticien est très élevée; ce serait mettre bien bas sa conscience que de le supposer capable de la faire capituler devant un bénéficice, et quel bénéfice si modeste ou si lointain !

L'immense majorité de nos collègues possède un titre de 100 francs qui leur donne un intérêt annuel de 6 francs environ, beaucoup n'atteindront pas l'âge de la retraite.

Grâce, au contraire, à l'ampleur de nos opérations, grâce à la médiocrité du dividende, à leur nature altruiste, aucune tentation ne peut se glisser dans l'âme du médecin.

Aussi avons-nous le droit de repousser avec dédain le terme désobligeant de compérage dont on essaie de nous flageller.

Le compérage, si les mots ont un sens, caractérise l'entente secrète et irrégulière du médecin et du pharmacien associés par l'exploitation d'une vague et éphémère spécialité.

Quoi de semblable dans notre Société juridiquement constituée, propriétaire de tous ses produits où, les pharmaciens, dont nous pourrions nous passer, jouent simplement le rôle de dépositaires, et qui, loin de nous faire une remise, reçoivent un bénéfice rémunérateur réglementé.

Les praticiens actionnaires de la « Prévoyance médicale » ne sont pas plus des compères que les médecins porteurs des titres de sanatoriums ou d'eaux minérales.

Les fondateurs de la « Prévoyance médicale », ses membres actuels, ont, il est vrai, omis de consulter l'Académie, la Faculté et même l'Ordre des médecins, avant de se constituer et de se développer, mais n'est-ce pas sous la plume de votre collaborateur que nous trouvons cette assertion vérifiée par les faits et qui pourrait recevoir ultérieurement une éclatante démonstration : « Les médecins se sont rendu compte qu'il n'était pas besoin de recourir à ceux qu'on nomme les sommités médicales pour la bonne gestion de leurs intérêts et qu'ils pouvaient très bien faire eux-mêmes leurs affaires. »

L'Ordre des médecins ? Nous ne pensions pas qu'après le verdict des Congrès de Lille et de Paris on pût encore agiter ce solennel haillon. Les médecins conscients de leur caractère, de leur moralité ne veulent être régentés ni par un individu, ni par un ordre, et encore moins par une Association créée en vue de l'assistance, de l'union, de la fraternité corporatives et non pour devenir une machine de guerre civile entre les mains de ses dirigeants.

Nous avons été parfois combattus, nous nous attendions

(1) N° 69, 19 juin 1909.

encore à l'être, mais jamais nous n'aurions prévu que les coups les plus violents nous viendraient d'un confrère auquel ses fonctions permettraient tant d'initiatives généreuses et utiles.

Veuillez agréer, etc.

D[r] PHILIPPEAU,
Président du Conseil d'administration de la « Prévoyance médicale », président du Syndicat des médecins de la Seine. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1909)

Nouvelles préparations d'huile grise. — M. QUEYRAT présente à la Société de nouvelles préparations d'huile grise et rappelle qu'aux seules consultations payantes de Cochin, on a fait l'an dernier 12300 injections de cette substance. Il ajoute que tous les accidents imputés à l'huile grise ne lui sont peut-être pas imputables et il n'en veut pour preuve que le dernier cas rapporté par M. Gaucher, dans lequel on avait fait suivre les injections d'huile grise de 4 injections de cacodylate de mercure qui est une préparation dangereuse. Les perfectionnements apportés aux préparations d'huile grise feront disparaître tous les accidents possibles. M. Queyrat préconise comme particulièrement utiles les amalgames d'argent et de platine.

Tache mongolique chez un enfant européen. — M. APERT présente un nourrisson qui porte à la région lombaire une large tache bleuâtre, identique à celle qu'on observe chez 90 p. 100 des nouveau-nés de race mongolique, et qui est de règle également dans la race nègre avant que la pigmentation noire se développe suffisamment pour la masquer, et chez la plupart des espèces de singes. On l'a observée très rarement chez des Européens paraissant de race pure; il faut la considérer, soit comme une mutation rétrograde, soit comme l'indice d'un mélange de sang assez éloigné pour que le souvenir en ait été perdu. On ne l'observe jamais que chez des enfants très bruns. Dans le cas actuel, un frère aîné, actuellement mort, aurait, dit la mère, eu la même anomalie.

Sporotrichose de de Beurmann. Ulcération cutanée et ostéite du cubitus. Séro-diagnostic et intra-dermo-réaction positifs. — MM. LEBAS et SAINT-GIRONS présentent un malade du service de M. Jacquet. Il s'agit d'une sporotrichose localisée aux téguments de l'avant-bras droit, et au cubitus sous-jacent. Le diagnostic n'a été confirmé que tardivement par la culture, le sporotrichum ayant poussé lentement et sans revêtir l'aspect caractéristique : la mycose a pu être affirmée par l'examen direct de la culture au microscope (procédé « du verre sec » de Gougerot), confirmée par la séro-réaction de Widal et Abrami, et l'intra-dermo-réaction de de Beurmann et Gougerot, que le malade présente encore avec netteté.

M. A. PONCET dépose sur le bureau de la Société un ouvrage, ayant pour titre : **Le rhumatisme tuberculeux**, par MM. A. Poncet et R. Leriche.

Il fait remarquer, en passant, que la dénomination de rhumatisme tuberculeux contestée par quelques-uns, ne saurait être remplacée par une autre meilleure. Elle définit bien les caractères cliniques des orthopathies et leur nature tuberculeuse.

Oosporose buccale. — MM. Louis RÉNON et R. MONIER-VINARD. Nous venons d'observer un cas typique d'oosporose buccale qui confirme complètement la description donnée par MM. Roger et Sartory de cette curieuse affection.

Celle-ci, développée chez un jeune homme de dix-huit ans, était caractérisée par une sensation d'empâtement et de cuisson dans la bouche, accompagnée d'une salivation abondante. Sur la langue, les joues, la partie postérieure du voile du palais, il existait deux sortes d'enduits, un développé par places et dû au muguet, puis un autre enduit caractéristique de l'oosporose buccale. C'est une sorte de nappe, d'aspect velouté, formée de filaments très courts. Les papilles du bord de la langue sont surmontées d'un petit grain nacré, du volume d'une tête d'épingle en laiton. L'affection s'est terminée en quelques jours par la guérison.

L'examen bactériologique a montré d'abord des formes parasitaires typiques de muguet. Puis, à l'écrasement des petits grains, il existait des filaments mycéliens très fins et segmentés, dont le sommet était prolongé par un chapelet de spores arrondis rappelant l'aspect d'une chaîne streptococcique. Sur culture en tubes de gélose maltosée de Sabouraud, il fut possible, à côté du muguet, de faire pousser un oos pora semblable à celui rencontré dans les grains.

Ectopie cardiaque par malformation sternale. Malformation congénitale du cœur. — M. FOY présente un fait rare recueilli dans le service du docteur Vaquez. Il s'agit d'une ectopie cardiaque qui cliniquement semblait extra-thoracique et de variété abdominale.

Le malade présentait deux tumeurs superposées, l'une épigastrique animée de battements énergiques qui était (d'après les tracés pris à ce niveau) constituée par la masse ventriculaire, l'autre ombilico-sus-épigastrique constituée par une hernie contenant épiploon et intestin. L'autopsie a permis de vérifier des malformations sternales importantes caractérisées par la non soudure des 3/4 inférieurs du sternum, l'absence de l'appendice xyphoïde. Consécutivement à cette malformation, existaient des insertions anormales des grands droits de l'abdomen qui siégeaient très latéralement (6 centimètres de ligne médiane), des insertions anormales de fibres antérieures du diaphragme qui descendent sur le bord interne de la gaine des droits, enfin un orifice anormal très petit transdiaphragmatique à partie antérieure à travers lequel passait une partie de l'épiploon contenu dans la hernie. L'ectopie cardiaque est donc tout entière extrathoracique.

Le cœur présente des anomalies congénitales à communication inter-auriculaire, duplicité de la veine cave supérieure alésée de l'aorte. Le cœur volumineux pèse plus de 1000 grammes.

Syphilis à la troisième génération (hérédo-syphilis virulente de seconde génération). — MM. Lucien JACQUET et BARRÉ. Les travaux d'A. Fournier, la belle monographie d'E. Fournier, ont établi l'existence de ces syphilis de troisième ou mieux, de ces hérédo-syphilis de seconde génération.

Pourtant les cas incontestables, d'accidents virulents et mortels, sont extrêmement rares.

Dans le cas observé par les auteurs, un père et une mère jeunes exempts, de toute contamination personnelle, et porteurs tous les deux d'indéniables stigmates d'hérédo-syphilis, ont donné naissance successivement : 1° à un fœtus mort à six mois et demi ; 2° à un enfant né à terme, et atteint, à un mois, de coryza sanieux et de syphilides confluentes de la face.

Le traitement mercuriel fit disparaître les accidents, mais l'enfant mourut à quatre mois et demi, cachectique.

Le traitement mixte nous a paru avoir amélioré nettement le signe d'Argyll-Robertson qui existait, à droite, chez le père.

Ainsi, la syphilis peut tuer, avec accompagnement d'accidents de forme secondaire, à travers une génération.

Activité leucocytaire, évolution clinique et leuco-pronostic. — MM. ACHARD et FOIX lisent un intéressant mémoire sur ce sujet.

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies des enfants (1), par V. Hutinel, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, avec la collaboration de MM. Babonneix, Bigart, Darré, Jeanselme, P. Lereboullet, Lesné, Leven, L. Martin, P. Merklen, Nobécourt, Paisseau, L. Tixier, Vitry, R. Voisin.

A l'hospice des Enfants-Assistés et, depuis deux ans, à la clinique des Enfants-Malades, M. le professeur Hutinel a enseigné et enseigne la médecine infantile avec un succès que nul n'ignore et qui s'explique facilement pour qui connaît la science de ce maître, son infatigable activité, son dévouement quotidien à son service d'hôpital. Ses élèves gardent précieusement le souvenir de ses leçons cliniques et de l'art, très simple et cependant presque inimitable, avec lequel il examine ses petits malades. On sait aussi que, par de nombreux travaux, M. Hutinel a largement contribué aux progrès de la pédiatrie française depuis trente ans. A tous ces travaux, M. Hutinel n'a pas craint d'ajouter la lourde tâche de publier, sur les maladies des enfants, cinq volumes dans lesquels on trouvera, avec le reflet de son enseignement clinique, un exposé très complet et très didactique de la médecine infantile. Pour édifier cet ouvrage, M. Hutinel a choisi comme collaborateurs quelques-uns de ses anciens élèves; il a d'ailleurs établi lui-même avec eux le plan de tous les articles et les a tous revus. Cette méthode pour publier un traité en cinq volumes, présentait bien un inconvénient : elle imposait à M. Hutinel et à ses collaborateurs un labeur énorme; mais elle était la seule qui puisse assurer à cet ouvrage l'unité parfaite de doctrine aussi bien que d'harmonieuses proportions.

Dans le tome I, M. Lesné expose les généralités sur l'enfance : *anatomie et physiologie de l'enfant*, *les périodes de l'enfance*, *hérédité*, *hygiène*, *séméiotique* et *thérapeutique générales*. Ces 300 premières pages constituent donc comme un traité de physiologie et de pathologie générale infantile. Vient ensuite l'étude des *maladies infectieuses*, qui tiennent une si grande place dans la médecine des enfants et qui soulèvent de si importants problèmes de prophylaxie, de traitement et d'hygiène hospitalière; pour ces chapitres, M. Hutinel avait deux collaborateurs tout indiqués : M. L. Martin, médecin de l'hôpital de l'Institut Pasteur, dont le nom est lié à la bactériologie et à la sérothérapie diphtériques depuis quinze ans, et M. Darré, assistant de ce même hôpital et par conséquent très versé aussi dans ces questions pastoriennes d'infection, d'immunité, en même temps que spécialisé momentanément dans leur étude clinique et thérapeutique.

Il s'agit encore d'infections dans toute la première partie du tome II, écrite par M. Pierre Lereboullet : *paludisme*, *rhumatisme*, et surtout *infections chroniques* appartenant au groupe des *infections nodulaires* et dont les deux principales sont la tuberculose et la syphilis. L'hospice des Enfants-Assistés est un riche champ d'études pour la tuberculose des très jeunes enfants, pour la syphilis héréditaire; aussi ces deux questions sont-elles traitées avec ampleur et très remarquablement exposées. Le chapitre des *maladies du sang*, confié à M. Bigart, était sans doute un des plus difficiles, car « l'heure ne semble guère favorable pour un exposé didactique de nos connaissances sur les maladies du sang. En effet, les idées actuelles ne sont pas encore arrivées à maturité; elles sont en pleine période de développement et d'évolution ». M. Bigart a cependant réussi à donner des anémies, des leucémies, une description très claire, et facilement lisible pour tous ceux qui sont loin de connaître toutes les subtilités de l'hématologie. M. Tixier avait à exposer les *maladies du corps thyroïde, du thymus, des capsules surrénales*, les *maladies de la nutrition*; ici encore, la difficulté était grande, car nos connaissances sur ces sujets sont encore imprécises sur plus d'un point, inexactes peut-être sur quelques autres; M. Tixier a su vaincre ces difficultés et il faut particulièrement le louer d'avoir donné une très remarquable étude du *rachitisme*.

Les *maladies de l'appareil digestif* sont depuis longtemps une des questions que M. Nobécourt étudie avec prédilection; il suffira de rappeler sa thèse sur la pathogénie des infections gastro-intestinales, son livre sur les infections digestives des nourrissons, etc.; signalons que, dans le chapitre des affections gastro-intestinales des nourrissons, M. Nobécourt a exposé très complètement tous les détails du traitement en plus de trente pages et nous sommes persuadé que ces pages seront, pour les praticiens, parmi les plus lues et les plus utiles. Le tome III se termine par les *maladies du foie, des reins et des organes génitaux*, ces chapitres sont l'œuvre de M. Merklen; on remarquera certainement le chapitre de la tuberculose du foie, très documenté des recherches les plus récentes, et surtout une étude des albuminuries fonctionnelles dans laquelle est mise au point une question à l'heure actuelle très obscure et aussi très discutée.

La lecture du tome IV, consacré aux *maladies de l'appareil respiratoire* et de *l'appareil circulatoire*, procure, pour ainsi dire, quelque repos, avant d'aborder le tome V où sont étudiées les maladies du système nerveux. Nous ne voulons pas dire que les autres volumes soient d'une lecture difficile, mais que la lecture en est moins aisée que celle du tome IV et voici l'explication que nous en proposons. Un auteur a dit que le ventre attendait encore son Laënnec; mais le corps thyroïde, la surrénale, voire même le foie, le rein, n'attendent-ils pas encore aussi, plus ou moins, des Laënnec? En lisant dans les *Maladies des enfants*, aussi bien d'ailleurs que dans tout autre traité, les maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire, on a, en quelque sorte, l'impression de marcher sur une route large et bien aérée, au lieu d'être à se frayer péniblement un chemin dans les broussailles. Et cette grande route, elle a été tracée par Laënnec! Ce n'est pas à dire pour cela que les maladies du poumon et du cœur soient toujours d'un diagnostic facile, aussi aura-t-on grand profit à lire les articles de M. Paisseau (Maladies de l'appareil respiratoire), de M. Vitry (Maladies chroniques du poumon et maladies de la plèvre), de M. Leven (Maladies de l'appareil circulatoire). Pour ne citer qu'un exemple, la pneumonie centrale du sommet chez l'enfant n'est jamais diagnostiquée de bonne heure; celui qui la connaît bien évitera bien souvent des erreurs de pronostic. Le tome IV se termine par l'étude des *Maladies de la peau*; M. Hutinel l'a confiée à un de ses plus anciens élèves, devenu maître à son tour, M. le professeur agrégé Jeanselme. Voici enfin les *Maladies du système nerveux*. Les maladies de la moelle et des nerfs, des muscles, sont décrites avec soin par M. R. Voisin; dans l'article des maladies des méninges, dû également à M. Voisin, on trouvera un bon chapitre sur l'hémorragie méningée et sur la méningite tuberculeuse, dont M. Voisin a eu le talent de rajeunir la description devenue banale; à signaler également la conception des méningites aiguës non tuberculeuses, telle que M. Hutinel l'a rendue classique dès 1902. Les maladies du cerveau, les névroses et les psychoses ont été traitées par M. Babonneix, avec son érudition bien connue des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, avec sa double compétence de neurologiste et de pédiatre. Le chapitre des encéphalopathies infantiles doit tout spécialement attirer l'attention de par son importance et de par son plan original; en effet, au lieu de morceller l'étude des encéphalopathies infantiles, en décrivant séparément chacune de leurs modalités cliniques, M. Babonneix les considère comme représentant un ensemble dont les parties constituantes sont étroitement solidaires; par conséquent, au lieu d'exposer la question d'une façon analytique, il en réalise

(1) Cinq vol. in-8°. Paris, Asselin et Houzeau, 1909.

la synthèse. A signaler encore, au chapitre des névroses, une remarquable étude des chorées et un exposé nouveau de la question tétanie.

Ces cinq volumes constituent donc un traité complet, très didactique, très classique par conséquent, mais en même temps très nouveau et très actuel, des maladies des enfants; ils font le plus grand honneur à M. le professeur Hutinel et à ses collaborateurs; ils constitueront, pour les praticiens, un guide très sûr de médecine infantile. M. BRELET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

COMITÉ DE VIGILANCE DU CONGRÈS DES PRATICIENS. — On nous communique la lettre suivante adressée à M. le Président du Conseil par le Comité de vigilance :

« Monsieur le Président du Conseil,

A la suite des incidents provoqués par le concours d'agrégation en médecine au mois de décembre dernier, les représentants du Corps médical, de l'Union des syndicats médicaux de France, du Comité de vigilance du Congrès des praticiens, des syndicats de la Seine et de Paris, de la Société de l'internat, accompagnés de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, de délégués des candidats au concours d'agrégation, de représentants de l'Association corporative des étudiants en médecine ont eu l'honneur de vous rendre visite. Vous avez accueilli leur démarche avec une bonne grâce dont ils vous gardent un souvenir reconnaissant et vous leur avez demandé de rédiger à l'adresse de M. le ministre de l'Instruction publique un mémoire, indiquant les causes de l'agitation qui s'était produite à l'Ecole de médecine, et les remèdes à y apporter. Un exemplaire de ce mémoire vous a été également adressé sur votre demande.

Ce mémoire montrait le préjudice que le concours d'agrégation causait à l'enseignement médical, aux candidats et aux praticiens. Les représentants du Corps médical concluaient en demandant qu'une commission libre, indépendante, composée, de manière qu'aucune décision ne lui fût imposée à l'avance, de maîtres de nos écoles et de médecins praticiens, fût nommée pour étudier la question du recrutement des maîtres auxiliaires des écoles de médecine, question de la solution de laquelle dépend l'organisation tout entière de notre enseignement médical. Certains médecins estiment que celui-ci peut conserver la forme qu'il revêt aujourd'hui, que de nouveaux règlements prescrits par l'administration centrale peuvent faire disparaître des défauts reconnus de tous et dus aux règlements anciens, que le recrutement des maîtres auxiliaires doit continuer à dépendre de l'Etat. D'autres estiment qu'une large décentralisation est nécessaire, qu'une vie nouvelle pourrait être imprimée à notre enseignement médical, si une large liberté était accordée aux écoles de médecine, dans leur administration, et si, en France, comme partout à l'étranger, le recrutement des maîtres dépendait des écoles.

***

Nous avons demandé qu'une commission instituée par le ministère de l'Instruction publique pût étudier les deux systèmes, qu'elle n'ait pas pour but reconnu ou caché de maintenir un système créé par la Restauration, et dont les avantages ne sont pas démontrés, mais de les comparer avec ceux qui existent hors de France, dans des pays où l'enseignement médical peut être moins efficace qu'il ne l'est chez nous, mais peut aussi l'être plus, et où l'on n'a jamais accusé l'organisation administrative de gêner et d'entraver la vie scientifique, puis de déterminer, dans le seul intérêt de l'enseignement et de la vie scientifique, le système le meilleur.

La création d'une commission ainsi constituée, poursuivant un résultat pratique dans un esprit philosophique et désintéressé, a-t-elle paru dangereuse au ministère de l'Instruction publique ? A-t-il craint que la sûreté et les intérêts de l'Etat fussent compromis par une discussion impartiale sur le concours d'agrégation ? Si l'on oppose les intérêts de l'Etat à tout mouvement de décentralisation, aucune décentralisation ne sera jamais possible en France... Toujours est-il que nous n'avons pas appris que la commission réclamée par nous dût être nommée, mais seulement que le ministère de l'Instruction publique avait poursuivi des enquêtes auprès des facultés et se préparait à prendre une décision sans avoir fait mine de consulter le Corps médical.

Celui-ci a montré de la manière la plus évidente l'intérêt qu'il porte à l'enseignement médical en France. Les critiques qu'il a formulées n'ont pas été réfutées; aux réformes qu'il a demandées, aucune objection n'a été faite. Nous voudrions, et nous vous parlons en toute sincérité, éviter toute cause d'agitation nouvelle dans nos écoles. Une révolution dans leur enseignement est nécessaire, mais nous voudrions qu'un régime nouveau se substitue au régime ancien sans heurts, sans secousses, s'il est démontré que ce nouveau régime est reconnu meilleur par des hommes auxquels nous accorderons notre confiance. Si l'ancien régime conserve quelque vertu, ses partisans ne doivent craindre ni les débats, ni la lumière.

***

Nous espérons, monsieur le président du Conseil, conserver votre appui et obtenir, grâce à votre intervention, la création de la commission que nous vous avons demandée, et qui assurera la paix dans le milieu médical, un peu troublé par des décisions prises en dehors de lui, et qu'il a jugées contraires aux intérêts des étudiants et des médecins. L'opinion publique, et non seulement l'opinion médicale, sait que tout n'est pas pour le mieux dans nos écoles de médecine : des hommes éminents le lui ont dit et répété, elle ne comprendrait pas que des obstacles administratifs empêchent seuls les réformes qu'elle juge nécessaires.

Veuillez agréer, monsieur le président du Conseil, l'expression de nos plus respectueux sentiments. »

SALON DES MÉDECINS. — Il vient de se fonder une société médico-artistique « l'Esculape » qui organise pour le mois de novembre prochain une exposition de peinture, sculpture, gravure et arts décoratifs. Cette société se propose aussi de donner des représentations littéraires, dramatiques et musicales.

Le comité d'honneur est composé de :

MM. Gariel et Gilbert, de l'Académie de médecine, professeurs à la Faculté; F. Henneguy, membre de l'Institut, professeur au collège de France; Marcel Labbé, professeur agrégé à la Faculté; Edmond Perrier, membre de l'Institut, directeur du muséum; Richelot et Widal, de l'Académie de médecine, professeurs agrégés à la Faculté.

Les membres du comité sont :

Président : M. F. Bezançon, professeur agrégé à la Faculté.

Vice-présidents : MM. M. Marx, médecin de Saint-Lazare; Barbillon et Delmond-Bebet, anciens internes des hôpitaux.

Secrétaires : MM. P. Rabier; Fr. Deherain, ancien interne des hôpitaux.

Trésoriers : MM. R. Sassier et Fr. Ferrand.

MM. Cabanès, directeur de la *Chronique médicale*; Cocquelet, ancien interne des hôpitaux; Léon Petit, médecin de l'œuvre d'Ormesson.

Les confrères qui désirent adhérer à la société sont priés d'envoyer leur adhésion à l'une des adresses suivantes :

MM. P. Rabier, 24, rue de la Tour; R. Sassier, 40, rue d'Alésia; Fr. Ferrand, 6 *bis*, rue de Châteaudun.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — Des médailles d'honneur ont été décernées, en récompense d'actes de courage et de dévouement accomplis en Algérie, aux personnes dont les noms suivent :

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Capon, Delater et Delahousse, médecins aides-majors à l'hôpital militaire d'Aïn-Sefra.

M. le docteur Collet, médecin à Bordj-bou-Arréridj.

M. Crozes, médecin de colonisation à Aïn-M'lila.

LA SOCIÉTE DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS tiendra sa prochaine séance le jeudi 22 juillet 1909, à cinq heures précises du soir, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

A cinq heures et demie, conférence par M. le docteur Triboulet : « Exploration clinique des voies biliaires et de l'intestin par la réaction du sublimé acétique sur les selles. »

LA SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE tiendra sa prochaine séance le mercredi 21 juillet, à cinq heures du soir, à l'amphithéâtre de chimie de l'Institut Pasteur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bertrand (de Neauphle-le-Château), Jacques Even (du Vieux-Marché).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 19 AU 24 JUILLET 1909

THÈSES

Jeudi 22 juillet 1909, à une heure. — M. FEUILLIÉ. Leucopathies. Métastases. Albuminuries et ictères leucopathiques. (MM. Bouchard, président; Debove, Pierre Marie et Balthazard.) — M. LEGRAS. Essai d'une nouvelle méthode de thérapeutique locale. (MM. Debove, président; Bouchard, Pierre Marie et Balthazard.) — M. ROUSSE. Du mouvement de la population pendant un siècle dans un village du Loiret. (MM. Debove, président; Bouchard, Pierre Marie et Balthazard.) — M. MORANT. Les formes bulbo-encéphaliques de la paralysie spinale infantile. (MM. Pierre Marie, président; Bouchard, Debove et Balthazard.) — M. CAGNINACCI. Contribution à l'épidémiologie de la fièvre typhoïde. Du rôle des bacillifères éberthiens dans la propagation de cette maladie. (MM. Dieulafoy, président; Hutinel, Chauffard et Rénon.) — M. VECHSLER. Considérations sur les accidents gangréneux dans le purpura. (MM. Hutinel, président; Dieulafoy, Chauffard et Rénon.) — M. CROZET. Des réactions cutanées consécutives à l'injection intra-dermique de tuberculines et de divers autres germes dans les dermatoses de la série des érythèmes. (MM. Chauffard, président; Dieulafoy, Hutinel et Rénon.) — M. DECOURTIEUX. Contribution à l'étude des infections généralisées de l'organisme par les staphylocoques pyogènes. (MM. Chauffard, président; Dieulafoy, Hutinel et Rénon.) — M. MAINTENON. Contribution à l'étude des amnésies asphyxiques (par pendaison, strangulation, submersion). (MM. Raymond, président; Thoinot, Gilbert Ballet et Claude.) — M. NICOLAS. Etude sur l'arrachement traumatique du cœur. (MM. Thoinot, président; Raymond, Gilbert Ballet et Claude.) — M. BONDON. La myasthénie grave. Anatomie pathologique et pathogénie. (MM. Gilbert Ballet, président; Raymond, Thoinot et Claude.) — M. BEAUSSART. Le sérodiagnostic de la syphilis (réaction de Wassermann). Son application à la neurologie et à la psychiatrie. (MM. Gilbert Ballet, président; Raymond, Thoinot et Claude.) — M. BETTINGER. Contribution à l'étude des sarcomes du col de l'utérus. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Quénu et Auvray.) — M. GOLDENBERG. Ophtalmo-réaction à la tuberculine. Technique, dangers, pathogénie et valeur diagnostique. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Quénu et Auvray.) — M. COUDEYRAS. Essai sur l'histoire de l'asepsie. (MM. Quénu, président; Pozzi, de Lapersonne et Auvray.) — M. SICARD. L'artério-sclérose métrorragique de l'utérus. (MM. Quénu, président; Pozzi, de Lapersonne et Auvray.)

Vendredi 23 juillet, à une heure. — M. CHEVALIER. Thérapeutique des présentations persistantes du front de 1882 à 1909. (MM. Pinard, président; Wallich, Potocki et Couvelaire.) — M. SINGER. Des cicatrices césariennes abdominales. (MM. Pinard, président; Wallich, Potocki et Couvelaire.) — M. ANDRÉ. La tétée artificielle. (MM. Pinard, président; Wallich, Potocki et Couvelaire.) — M. BALTHAZARIAN. Essai sur la puériculture de la seconde enfance. (MM. Pinard, président; Wallich, Potocki et Couvelaire.) — Mme BARTHAS. L'enseignement scolaire de la puériculture. (MM. Pinard, président; Wallich, Potocki et Couvelaire.) — M. SEVESTRE. Contribution à l'étude statistique de la psychose périodique. (MM. Déjerine, président; Delbet, Walther et Sicard.) — M. PITAUD. Opération sans suture, sans autoplastie dans le traitement chirurgical de la rétraction de l'aponévrose palmaire (procédé de M. Routier). (MM. Delbet, président; Déjerine, Walther et Sicard.) — M. GENDREAU. Sur les résultats du traitement électrique dans le syndrome otique. (MM. Delbet, président; Déjerine, Walther et Sicard.) — M. DESCOMBES. Contribution à l'étude de la technique et des résultats de la fulguration. (MM. Reclus, président; Hartmann, Mauclaire et Ombrédanne.) — M. CLERGET. Contribution à l'étude de l'iliopsoïte et recherches sur sa pathogénie. (MM. Reclus, président; Hartmann, Mauclaire et Ombrédanne.) — M. MARTIN. Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer du col de l'utérus. (MM. Reclus, président; Hartmann, Mauclaire et Ombrédanne.) — M. DEQUIDT. Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes radiculo-dentaires. (MM. Reclus, président; Hartmann, Mauclaire et Ombrédanne.)

Samedi 24 juillet, à une heure. — M. FROGIER. De l'extirpation de la glande lacrymale orbitaire dans le larmoiement. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, André Broca et Auvray.) — M. CARLOTTI. Les déterminations neuro-rétiniennes de la leucémie myéloïde. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, André Broca et Auvray.) — M. RAMEIX. Invasion épithéliale de la chambre antérieure. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, André Broca et Auvray.) — M. DELAPCHIER. Essai sur les lésions traumatiques observées chez les boxeurs et plus particulièrement sur les fractures et luxation du métacarpe (boxe anglaise). (MM. Quénu, président; de Lapersonne, André Broca et Auvray.) — M. DUVALDESTIN. Tension artérielle et corps thyroïde. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Gouget et Jeanselme.) — M. LAFONTAINE. Essai sur l'organisation du service médical et sur le rôle du médecin dans les établissements scolaires d'internat. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Gouget et Jeanselme.) — M. MÉNARD. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale épidémique. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Gouget et Jeanselme.) — M. MESNARD. De l'application précoce de la ventouse de Bier dans les infections du sein. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Faure et Morestin.) — M. CESBRON. Contribution à l'étude des angiomes du pavillon de l'oreille. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Faure et Morestin.) — M. NODENOT. Les cautères dans le traitement des cardiopathies chroniques. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Faure et Morestin.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH 819 52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le lundi 22 novembre 1909, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, de midi à trois heures, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du lundi 18 octobre au samedi 6 novembre inclusivement.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 10 juillet 1909, ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de première classe retraité Castagné.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de première classe démissionnaire Pistre.

— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision du 16 juillet 1909 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Baur, passe à l'hôpit. de Chambéry; Rouget, aux salles milit. de l'hosp. de Besançon; Delorme, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Saint-Mihiel; Knoll, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Clermont-Ferrand; Guillaume, à l'hôpit. de la Rochelle; Saltet, au 78e d'inf.; Perrogon, au 123e d'inf.; Martin, au 121e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Masson, passe au 119e d'inf.; Genod, au 85e d'inf.; Ray, au 4e d'art.; Fournié, au 6e d'inf.; Imbert, au 19e drag.; Genevrier, au 33e d'inf.; Spick, au 3e bat. de chass. à pied; de Gaulejac, nommé surveillant à l'école du service de santé milit.; Ferron, passe au 4e drag.; Bertrand, au 3e huss.; Dautheville, au 6e chass. à cheval; Jude, nommé surveillant à l'école du service de santé milit.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Duval, passe au 144e d'inf.; Gaïsset, au 143e d'inf.; Bailly, au 1er étranger; Cavarroc, aux hôpit. de la division d'Alger.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — M. Blanc, passe au 30e d'art.; Meslin, au 24e d'art.; Potier, au 1er d'art.; Sarda, aux hôpit. de la division d'Oran; Badie, au 10e drag.

MARINE. — M. le médecin principal Rousseau, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Phlégéton* comme médecin de la division navale de Tunisie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Les récompenses ci-dessous énumérées sont accordées aux personnes dont les noms suivent pour services rendus aux cours d'adultes et d'adolescents, ou pour participation aux œuvres complémentaires de l'école :

Médaille de vermeil. — M. le docteur Camescasse (de Saint-Arnoult).

Médaille d'argent. — M. le docteur Mercier (de Tours).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Cormier (de Villiers), Diemer (de Clerval), Dupré (de Laval), Enard (de Bar-le-Duc), Dauvin (de Koléa).

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *page suivante.*)

RENSEIGNEMENTS

CONCOURS POUR LE PRIX HENRI GRIMOUX. — Le concours pour le prix triennal, fondé par le docteur Henri Grimoux, aura lieu en 1910.

Sont admis à prendre part au concours : les étudiants en médecine et en pharmacie ainsi que les médecins et pharmaciens ayant été à une époque quelconque étudiants à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers.

Le prix Henri Grimoux sera décerné à la séance solennelle de rentrée de l'Ecole, en novembre 1910.

Le mémoire et les pièces justificatives devront être déposés au secrétariat de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers, au plus tard le 31 juillet 1910.

SOUSCRIPTION POUR LE DOCTEUR ADRIEN DOYON. — Une souscription est ouverte pour élever à Uriage un monument destiné à perpétuer la mémoire du docteur Doyon.

Un comité de souscription, ayant pour président le professeur Alfred Fournier, est chargé de veiller à l'exécution du projet.

Les souscriptions sont reçues à la librairie Masson, boulevard Saint-Germain, 120, à Paris.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (M. DIEULAFOY, professeur). — *Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.* — Un cours de vacances, commençant le 20 septembre 1909, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin, de dix heures à midi, et l'après-midi, de deux heures à quatre heures. Ce cours aura pour programme :

1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades;

2° L'exposé des principaux procédés de laboratoire (recherche de microbes, examen du sang, des urines, des fèces, des sérosités, etc.) applicables au diagnostic;

3° Les principales indications et les principales techniques thérapeutiques.

Ce cours comprendra 24 leçons et sera fait en deux semaines. Les élèves seront exercés individuellement aux travaux de laboratoire.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs René Gaultier et M. Nathan, chef de clinique; A. Le Play et O. Crouzon, chefs de laboratoire; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants.

PROGRAMME DU COURS. — *Lundi 20 septembre.* — Matin : M. Le Play. Examen clinique du sang : anémies, polyglobulies, leucocytose et leucémie. Cytodiagnostic. — Soir : M. Le Play. Technique de l'examen bactériologique du sang : cultures du sang.

Mardi 21 septembre. — Matin : M. Bonnier. Technique de l'examen du nez, du pharynx et du larynx.— Soir : M. Nathan. Examen clinique du poumon et de la plèvre : indication et technique de la thoracentèse.

Mercredi 22 septembre. — Matin : M. Nathan. Diagnostic clinique précoce de la tuberculose. Indications thérapeutiques. — Soir : M. O. Crouzon. Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire : recherche du bacille de Koch dans les crachats et les liquides pathologiques; inoculation aux animaux. Tuberculine.

Jeudi 23 septembre. — Matin : M. René Gaultier. Séméiologie clinique de l'estomac. Examen du chimisme gastrique. Thérapeutique fonctionnelle des dyspepsies.— Soir : M. Nathan. Syndromes surrénaux thyroïdiens, hypophysaires et polyglandulaires. Principes d'opothérapie.

Vendredi 24 septembre. — Matin : M. Bonnier : Technique de l'examen de l'oreille. Vertige; équilibre. — Soir : M. Le Play. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. Les sérodiagnostics.

Samedi 25 septembre. — Matin : M. O. Crouzon. Examen clinique du système nerveux (motilité, sensibilité, réflexes); étude d'un hémiplégique, d'un tabétique. (Présentation de malades.) — Soir : M. O. Crouzon. Examen clinique du système nerveux (langage, état mental) : étude d'un aphasique, d'un paralytique général. Ponction lombaire : cytodiagnostic et bactérioscopie du liquide céphalo-rachidien.

Lundi 27 septembre.— Matin : M. René Gaultier. Technique de l'examen clinique du cœur. Asystolie : son traitement. Méthodes d'exploration clinique des vaisseaux (sphygmographe et sphygmomanomètre). La médication hypotensive. — Soir : M. Le Play. Diagnostic bactériologique des angines. Diphtérie et sérothérapie.

Mardi 28 septembre. — Matin : M. René Gaultier. Séméiologie clinique et chimique de l'intestin : examen des fèces (méthode de coprologie clinique). Thérapeutique des affections intestinales. — Soir : M. René Gaultier. Séméiologie du foie et du pancréas : obstruction calculeuse du cholédoque et pancréatites. Séméiologie de la rate.

Mercredi 29 septembre. — Matin : M. Le Play. Analyse bactériologique du pus : recherche du gonocoque, du pneumocoque, du bacille du chancre mou. Coloration des microbes; réaction de Gram. Technique des opsonines. — Soir : M. O. Crouzon. Diagnostic du tréponème pâle de Schaudinn, des trypanosomes, de l'hématozoaire du paludisme. Réaction de Wassermann.

Jeudi 30 septembre. — Matin : M. Le Play. Examen clinique des urines; exploration rénale. Urémie, indications de la saignée; déchloruration. — Soir : M. René Gaultier. Examen chimique des urines, ses applications à l'étude des maladies de la nutrition et des régimes alimentaires. Glycosurie et diabète.

Vendredi 1er octobre. — Matin : M. Déhu. Traitement de la syphilis : la médication mercurielle. — Soir : M. Déhu. Recherche des stigmates de la syphilis acquise et héréditaire.

Samedi 2 octobre. — Matin : M. Lacaille. Méthodes d'exploration des réactions électriques, leur application au diagnostic et au traitement. Réaction de dégénérescence. — Soir : M. Lacaille. Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique. Radiothérapie.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Fr. Guillet (de Mauves), Monteil (de Mende), Piffault (de Druyes-les-Belles-Fontaines) et Vidal (des Rosiers).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Nouveau train express de nuit pour Evian.* — Ce train part de Paris à neuf heures du soir et arrive à Evian à huit heures du matin. Il est composé de voitures de première et de deuxième classes à intercirculation et de nouvelles voitures de luxe qui comportent deux compartiments pourvus d'un aménagement particulièrement confortable et élégant.

THÉRAPEUTIQUE D'URGENCE DES SYNCOPES

Par M. HIRTZ (1),
Médecin de l'hôpital Necker.

Messieurs,

Il n'est pas d'accident plus angoissant que la syncope, il n'en est pas qui jette aussi violemment le désarroi dans l'entourage du malade, qui appelle d'une manière plus pressante une intervention rapide et décisive, une thérapeutique d'urgence. Vous comprendrez avec moi que cette thérapeutique ne saurait être rationnelle, si elle ne repose sur la notion exacte des causes qui ont provoqué la syncope et surtout la reconnaissance de l'accident lui-même.

La syncope est une perte subite et momentanée du sentiment et du mouvement avec cessation plus ou moins complète de l'action du cœur et des poumons. La respiration semble arrêtée, le pouls est absent, ou à peine perceptible; à l'auscultation du cœur, il est rare, comme le fait remarquer Bouchut, qu'il y ait un silence absolu, on perçoit comme des bruits lointains et mal frappés qui prouvent qu'il persiste un certain degré de contraction du myocarde. La face est pâle, décolorée, de même que les téguments, les lèvres sont blanches, les extrémités froides et la sueur perle sur le front et les tempes. La syncope peut durer quelques secondes, où le malade est sans connaissance, *mortui vivunt*, puis le malade prend une légère coloration rosée, le cœur bat faiblement, le malade, lorsqu'il s'agit de sujet sain, revient à lui, il semble sortir d'un profond sommeil et peut éprouver parfois un sentiment délicieux. La relation de Montaigne sur ce genre de sensation est classique. Celle de J.-J. Rousseau l'est un peu moins. Dans ses *Rêveries* (deuxième promenade) il raconte que, descendant des hauteurs de Ménilmontant, il fut renversé par un gros chien danois qui le jeta violemment sur un pavé très raboteux, il eut une syncope qui dura plusieurs heures: « En revenant à moi, dit-il, je ne me souvenais de rien, je n'avais nulle notion distincte de mon individu, je ne savais ni qui j'étais, ni où j'étais. Je ne sentais ni mal, ni crainte, ni inquiétude, je voyais couler mon sang comme j'aurais vu couler un ruisseau, sans songer seulement que ce sang m'appartînt en aucune sorte. Je sentais dans tout mon être un calme ravissant, auquel chaque fois que je me le rappelle, je ne trouve rien de comparable, dans toute l'activité des plaisirs connus. » J.-J. Rousseau présenta même, à la suite de cette commotion, un certain degré d'amnésie-rétrograde.

La syncope simple nerveuse pourrait durer plusieurs heures, témoin l'histoire merveilleuse de lady Russel se levant au bout de huit jours au son des cloches et celle de François de Civille trois fois mort, trois fois ressuscité, celle plus extraordinaire encore de l'anatomiste Winslow deux fois enterré vivant. Dans certains cas, la syncope peut se répéter un certain nombre de fois, il en résulte un véritable état de mal syncopal.

La lipothymie est la syncope atténuée constituée par un malaise indéfinissable, des baillements, des nausées, des vertiges, de l'obscurcissement de la vue, des tintements d'oreille, etc.

Messieurs, il est des syncopes qui n'exigent pour ainsi dire aucune thérapeutique, il est, si je puis dire, des syncopes « heureuses ». Je fais allusion à celles qui se produisent à la fin de l'accouchement et qui évitent à la parturiente les douleurs expulsives, je veux parler de la syncope qui permet au médecin de réduire une luxation sans chloroforme, de celle qui arrête parfois de graves hémorragies en favorisant la formation d'un caillot, et de celle qui survenant chez un noyé lui évite l'asphyxie et peut le sauver.

Avant tout, messieurs, en face d'une syncope, il y a une indication vitale, c'est de ne pas laisser la syncope se prolonger, de rappeler le plus vite possible les contractions du cœur. Faites transporter votre malade devant une fenêtre ouverte ou au grand air, couchez le sujet à plat, la tête plus basse que les épaules, et surtout comme je l'ai vu pratiquer par des médecins mal avisés ou des personnes sans mandat, praticiens de fortune, ne faites pas asseoir le malade, débarrassez-le de tous les liens, cravates, cols, corsets qui font obstacle au libre jeu de la respiration. Sous l'influence de l'air frais, à la suite de l'inhalation d'ammoniaque ou de sels anglais, il est rare que le malade ne revienne pas à lui. Si la syncope se prolonge, ce qui est rare dans les cas simples, il convient pour réveiller des contractions cardiaques, d'agir en excitant les divers modes des sensibilités spéciale et générale. Vous devez pratiquer des frictions, des flagellations de la face à la main, ou à la serviette mouillée, et cela avec douceur et sang-froid sans occasionner de contusion, ni d'ecchymose à votre malade.

Vous pouvez mettre des sinapismes aux jambes, aux poignets, sans négliger de les enlever après la cessation de la syncope, ou appliquer des boules, des briques chaudes aux extrémités en ayant soin de vérifier qu'elles n'occasionnent pas de brûlure.

Pour agir sur la sensibilité spéciale, faites respirer des sels anglais, de l'ammoniaque, introduisez dans les narines une barbe de plume. J'ai pu accompagner jadis un petit malade convalescent de fièvre typhoïde et sujet aux syncopes répétées; seul l'emploi d'un tampon d'ouate imbibé d'ammoniaque et laissé à demeure dans la narine a pu permettre au malade de supporter le voyage de Paris à la frontière d'Espagne.

Enfin pratiquez des injections de caféine, selon la formule :

Caféine	} *ââ*	2g50
Benzoate de soude.		
Eau distillée		10 grammes

Une ou deux injections d'un centimètre cube, ou bien deux, trois, cinq injections d'un centimètre cube de la solution d'huile camphrée au 1/10, ou

(1) Leçon recueillie par M. VIGNERON D'HEUCQUEVILLE, interne du service.

bien, et c'est là le médicament le plus actif, deux, trois seringues de Pravaz d'éther sulfurique.

Il est rare que l'on ait sous la main un appareil électrique. L'utilité des courants faradiques est contestée. L'emploi des balais électriques passés sur la région précordiale doit être réservé aux cas dans lesquels tous les moyens précédents auraient échoué.

La syncope ne se produit pas aisément chez tout le monde, mais chez les prédisposés; elle est l'apanage des individus nerveux, aussi bien les hommes que les femmes. Elle est provoquée par les causes les plus diverses et souvent les plus minimes. La simple vue d'un animal (serpent, crapaud, araignée), le spectacle ou même le seul récit d'une opération peuvent l'occasionner. Dans ce cas ce ne sont pas les individus les plus robustes et les plus vigoureux qui résistent le mieux; témoin cette anecdote que Pajot se plaisait à nous raconter.

Pour une basiothrypsie, opération urgente, il se fit aider par un parent de la malade, capitaine d'artillerie, et d'un tailleur de la maison, malingre et chétif. Peu après le début de l'opération, le capitaine fort gaillard tomba en syncope, tandis que le petit tailleur tint bon jusqu'au bout.

Les odeurs soit fortes, soit douces, odeur de rose, lilas, voire même dans un cas l'odeur imaginaire se dégageant soi-disant d'un bouquet de roses artificielles peuvent faire apparaître une syncope. Il en est de même des émotions, agréables ou désagréables, l'annonce d'un gain, des douleurs physiques, une simple piqûre, un pincement du doigt.

Réservons une place à part pour les syncopes assez fréquentes qui se produisent dans les réunions publiques ou mondaines. Ces malaises bien connus des médecins de théâtre, auxquels peut s'appliquer la dénomination de *mal de théâtre*, se produisent principalement chez les femmes et dans des conditions identiques. La chaleur excessive de la salle, les repas rapides et plantureux qui précèdent le spectacle, les vêtements fortement serrés que la coquetterie impose en sont la cause.

Toutes les syncopes consécutives à ces diverses causes sont le plus souvent des accidents négligeables, elles ne durent que quelques instants, quelques heures tout au plus. Il n'en est pas de même des syncopes survenant dans le cours *des diverses affections pathologiques*.

Contrairement à l'opinion populaire, comme l'a montré Huchard, la syncope n'est presque jamais l'indice d'une affection cardiaque. Elle peut se produire chez des cardiaques, mais est alors sous la dépendance d'un état nerveux ou anémique du sujet, et apparaît à l'occasion de troubles digestifs ou ressort d'une intoxication par le tabac ou l'oxyde de carbone.

Vous savez que si dans les affections cardiaques la syncope peut ne pas être grave, il n'en est pas de même de celle qui se produit dans les affections vasculaires. C'est principalement celle qui apparaît dans le cours de la maladie de Stokes-Adams qui présente une gravité tout à fait particulière. Que le pouls lent, battant 50, 40, 30 et même 20 pulsations à la minute, soit consécutif à l'athérome des artères bulbaires (cas de Widal) ou à une altération du faisceau musculaire de His (cas de Rendu où existait une gomme du septum interventriculaire), la thérapeutique reste la même. Dans les cas heureux, la position horizontale, les stimulants, éther, caféine, pourront la faire cesser. Pour éviter sa réapparition, recommandez le régime lacté ou lacto-végétarien, le repos, les diurétiques. Je vous rappelle le cas d'un de mes malades de quatre-vingts ans, atteint depuis neuf ans de pouls lent permanent. Pendant longtemps il fut sujet à des syncopes très graves et répétées. Ces dernières ont cédé complètement à l'administration quotidienne de 20 centigrammes de caféine en injection, et cela pendant des années, sans le moindre inconvénient.

Ce que je viens de vous dire peut s'appliquer aux syncopes qui accompagnent souvent l'angine de poitrine, elles sont le plus souvent mortelles.

Le traitement consistera en inhalations de nitrite d'amyle.

La syncope se produit dans les affections thoraciques, dans les pleurésies abondantes droites ou gauches, à l'occasion d'un mouvement, d'une évacuation de liquide trop rapide ou trop complète. Dans les pleurésies avec grosse matité « vous devez craindre, dit Trousseau, la syncope, n'attendez pas la syncope pour faire la thoracentèse ». Si elle survient, la mort peut se faire en quelques secondes. Dans ce cas il ne faut pas désarmer, pratiquez au plus tôt une ponction évacuatrice, puis mettez en œuvre tous les moyens, injections, respiration artificielle. Peut-être aurez-vous la chance de rappeler votre malade à la vie.

La même thérapeutique s'impose dans les syncopes consécutives aux péricardites avec épanchement.

La syncope survient aussi dans le cours de la diphtérie, de la fièvre typhoïde. Autrefois attribuée à des phénomènes réflexes partis des plaques de Peyers ou à une anémie bulbaire, actuellement rattachée à une myocardite ou à une localisation du poison typhique sur le bulbe, elle doit être traitée préventivement par des injections de caféine et de sérum, aussitôt que l'état du pouls la fait craindre.

Dans la fièvre typhoïde, elle peut être provoquée par une abondante hémorragie intestinale, elle est alors en général mortelle. Il en est ainsi lorsqu'elle est due à une rupture d'une grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale. Seule l'opération ou l'arrêt de l'hémorragie par un procédé quelconque sont capables de sauver le malade.

Je vous cite souvent le cas d'un jeune homme qui, très bien portant, entre chez un marchand de vin et tombe en syncope quelques instants après en être sorti. La syncope fut mortelle et consécutive à une hémorragie due à une perforation d'une artère coronaire au niveau d'un ulcère stomacal *latent*.

Dans les pays chauds et à fièvres, Sologne, campagne romaine, aux colonies principalement, les médecins assistaient autrefois à des syncopes souvent mortelles et dues à des accès de fièvres pernicieuses (à forme syncopale).

Dans ce cas, si l'on arrive à temps, il convient de

pratiquer immédiatement une injection d'un sel de quinine, formiate basique de quinine de préférence, sans oublier de mettre en œuvre tous les moyens que je vous ai indiqués plus haut.

J'en arrive à la *syncope chloroformique* qui mérite une description à part. Vous avez tous assisté à des alertes chloroformiques et vous avez peut-être constaté combien étaient maigres les résultats obtenus par toutes les médications que l'on emploie.

Récemment l'on a proposé pour traiter la syncope chloroformique le massage du cœur.

Pendant longtemps le massage du cœur a été une expérience de laboratoire, imaginée par Schiff pour réveiller les battements du cœur suspendus. En 1898 Tuffier et Hallion recommandèrent le massage chez l'homme, mais ils ne furent guère suivis ; Bourreau en 1902, Terrier et Raymond constatent l'insuccès du massage du cœur au cours des syncopes chloroformiques. Gallet et Widal (de Périgueux) contestent son utilité, non seulement chez l'homme, mais encore chez les animaux. Néanmoins les observations ultérieures de 1904-1905 sont venues de divers côtés contredire cette condamnation trop sommaire et la proscription du massage. Prévost et Batelli, d'Halluin, Bourcart, ont établi que le massage du cœur pouvait ranimer les animaux dont le cœur était arrêté depuis plusieurs minutes. Chez l'homme, d'après Lenormant, Gross et Sencert auraient obtenu un succès incontestable. Tuffier, le premier, publia un cas de massage du cœur chez un malade pris de syncope à la suite d'embolie. Lenormant, dans la *Revue de chirurgie* de 1906, a étudié magistralement cette question. Elle est essentiellement du domaine chirurgical. Les 25 cas pratiqués chez l'homme ont donné 17 résultats négatifs et 8 résultats positifs, soit 32 p. 100. Dans les cas cités par Lenormant tous les procédés mis en œuvre pour rappeler à la vie les sujets syncopés avaient échoué. Les battements cardiaques se firent sentir dix minutes après la syncope dans l'observation de Lenormant, douze minutes dans le cas de Sencert, un quart d'heure dans celui de Maag et Depage, une heure dans celui de Scik.

Le massage doit être pratiqué aussi vite que possible après la cessation des battements et être continué avec persévérance.

Parmi les voies d'accès proposées, Lenormant se prononce pour la voie abdomino-trans-diaphragmatique ; il considère la manœuvre comme facile et sans danger.

Dans une étude très documentée parue récemment dans la *Revue de chirurgie*, 10 juin 1909, M. Mocquot arrive à la conclusion que la méthode la plus efficace pour rappeler les battements du cœur était la compression rythmique par la voie abdomino-sous-diaphragmatique, suivant la conclusion de M. Lenormant, dont je viens de vous entretenir. La voie thoracique n'est indiquée que lorsqu'il existe déjà une brèche de la paroi.

Suivant Mocquot, dans la syncope chloroformique le massage présente de grandes chances de succès, lorsqu'il est pratiqué moins de quinze minutes après l'arrêt du cœur, et lorsque la syncope est toxique, tardive. Mocquot recommande l'association des injections de sérum, auxquelles Pierre Delbet a eu recours en même temps qu'au massage.

Dans une syncope produite par une plaie du cœur, Gaffé (de Posen) a injecté dans le ventricule au moyen d'une aiguille une grande quantité de sérum physiologique. Il faut que le sérum soit chaud. Pierre Duval attribue un insuccès au fait que le sérum était froid.

Les injections intra-artérielles n'ont pas donné de succès appréciables chez l'homme.

Crible, dans le but d'augmenter la pression artérielle, injecte dans une veine une solution d'adrénaline dont le taux varie de 1 p. 25 000 à 1 p. 50 000, à raison de 3 centimètres par minute.

Il produit un reflux du sang vers la partie supérieure du tronc et vers le cœur en appliquant au malade un vêtement en caoutchouc qui peut être insufflé. Un bandage serré sur l'abdomen et les membres peut aboutir au même résultat. Il lutte contre la stase veineuse dans les viscères abdominaux, consécutive à la syncope, pour relever la pression sanguine et le cœur.

Pendant qu'on emploie de toute lutte tous ces moyens de réanimation, on fera comme nous l'avons indiqué dans notre *Traité de thérapeutique d'urgence* la respiration artificielle par la méthode de Sylvester.

En présence de la syncope chloroformique précoce, initiale, le danger est plus grand que dans la syncope tardive. Dans cette syncope blanche il faut faire aussitôt l'insufflation pulmonaire par tubage ou trachéotomie et pratiquer le massage du cœur.

Dans le but de faire cesser la distension aiguë des cavités cardiaques qui peut arrêter les battements du cœur, Pierre Delbet et Mocquot préconisent la ponction évacuatrice du cœur droit, recommandée par Watson. Dans les cas graves on doit associer toutes les méthodes de reviviscence.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1909)

Verres de lunettes orthoscopiques. — M. ISCHERNING. Le problème de la meilleure forme à donner aux verres de lunettes se rapproche beaucoup de celui de l'objectif photographique.

Les meilleurs verres sont les verres orthoscopiques, constitués par des ménisques d'une courbure plus forte que les verres périscopiques ordinaires du commerce. Ils donnent un champ dépourvu d'astigmatisme et présentant très peu de distorsion.

Les verres biconvexes ou biconcaves devraient disparaître. Les verres à une surface plane sont préférables; mais les verres orthoscopiques sont les meilleurs.

Action chimique sur l'eau des rayons pénétrants du radium. — M. MICOSLAW KERNBAUM. Les rayons pénétrants du radium, et agissant à travers le verre sur l'eau distillée, forment de l'eau oxygénée et dégagent simultanément de l'hydrogène. C'est un mode anormal de décomposition de l'eau.

Action de l'urohypotensine sur la pression artérielle. — MM. J. Abelous et E. Bordier. (Voir plus loin compte rendu de la Société de biologie, p. 1044.)

Action comparée sur les cellules séminales du faisceau total des rayons de Röntgen et des rayons durs seuls. — MM. Nogier et Cl. Regaud. A égalité d'action du rayonnement sur le platinocyanure, l'épiderme est énormément plus vulnérable par les rayons mous que par les rayons durs.

Dans le testicule, les cellules interstitielles se comportent après l'irradiation filtrée, comme après l'irradiation totale : elles sont réfractaires.

Le syncytium nourricier de l'épithélium séminal est moins sensible aux rayons très pénétrants qu'aux rayons mous ou peu pénétrants. Quant aux *spermatogonies*, qui sont les éléments-souches de toute la lignée spermatique, elles sont plus vulnérables par les rayons durs. Leurs lésions amènent une stérilisation partielle ou totale, temporaire ou définitive.

Les effets biologiques, ou plus précisément cytologiques des rayons très pénétrants et filtrés, autorisent de nouvelles espérances dans la röntgenisation des néoplasmes malins.

Reproduction expérimentale du typhus exanthématique chez le singe. — M. Ch. Nicolle. Le typhus exanthématique, maladie considérée comme particulière à l'homme, n'avait pu jusqu'à présent être reproduit chez les animaux. Les expériences prouvent :

1° La possibilité de transmettre le typhus de l'homme au chimpanzé et, après passage par celui-ci, au bonnet chinois, espèce commune;

2° La présence du virus dans le sang de l'homme le jour de l'éruption et dans le sang du chimpanzé deux jours avant l'apparition de celle-ci.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 20 juillet 1909)

Anesthésie. — M. Gariel présente, au nom de MM. Pierre Rosenthal et Albert Berthelot, un appareil destiné à l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle à l'état gazeux, seul ou mélangé à l'oxygène. On peut, avec cet appareil, employer un mélange titré des deux gaz dont on peut instantanément varier les proportions.

La peste pneumonique. — M. Chantemesse présente un travail de M. de Brun (de Beyrouth) sur une épidémie de peste pneumonique.

La forme pneumonique de la peste, dit M. de Brun, est une forme septicémique spéciale, caractérisée, cliniquement, par la coexistence de lésions pulmonaires ou bronchiques variables qui ne jouent qu'un rôle effacé dans la symptomatologie et ne sauraient expliquer ni son évolution foudroyante, ni sa terminaison fatale.

Les enseignements de la lutte contre la mortalité infantile à New-York. — M. Robert-Simon communique les résultats de son enquête sur la mortalité infantile à New-York, enquête poursuivie sur place pendant quatre mois.

De 1898 à 1908, la mortalité infantile à New-York a diminué de un tiers : 144 p. 1.000 de la natalité, au lieu de 214 p. 1.000.

Ce résultat est dû en grande partie à une œuvre privée, l'Association pour l'amélioration de la condition de la classe pauvre, et à la pression exercée par elle sur les services sanitaires officiels.

Parmi les moyens appliqués avec le plus de succès, dans la lutte contre la mortalité infantile, il convient de citer :

1° L'établissement, en été, pour les mères et les nourrissons, de camps de plein air, hôpitaux de rivage, hôpitaux flottants, destinés à soustraire les enfants à l'influence de la grande chaleur, dans des logis étroits; l'enseignement familier de la puériculture est facilité par ces institutions.

2° La création, sous le contrôle de laboratoires municipaux, d'un certificat de lait, délivré chaque jour et révocable de même, et accordé seulement sous cinq conditions : le lait proviendra de vaches tuberculinées; il ne contiendra pas plus de 30.000 bactéries par centimètre cube (à Paris, on compte 5 millions de bactéries par centimètre cube après vingt-quatre heures); il sera vendu, au plus tard, trente-six heures après la traite, en flacons scellés et conservés dans la glace; ces flacons seront remplis et scellés à la ferme et non à New-York; ils porteront le nom de la ferme, la date et l'heure de la traite la plus éloignée.

Le public est naturellement engagé à ne consommer qu'un lait ainsi « garanti ».

3° La visite fréquente à domicile des nouveau-nés, par des infirmières spécialement éduquées; et surtout la surveillance régulière des femmes de la classe pauvre, pendant leur grossesse, par les mêmes visiteuses.

Alors que, dans la classe pauvre, et pour des enfants surveillés seulement au lendemain de leur naissance, la mortalité est encore de 17,1 p. 100, elle tombe à 4,7 p. 100 pour les enfants dont les mères ont été surveillées de un à six mois avant l'accouchement. Annuellement, une visiteuse surveille 100 mères, et gagne 12 vies à la société.

L'auteur estime que l'établissement d'un certificat de lait, et la surveillance des nouveau-nés et des femmes enceintes, constituent des progrès facilement réalisables partout où on le voudra. Les dépenses supplémentaires incombant de ce fait à la collectivité, seront largement compensées par le gain en vies humaines.

Variole et vaccine. — M. Gauducheau fait une communication sur ce sujet dont les conclusions confirment celles de l'important travail de M. Kelsch.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 17 juillet 1909)

A propos des lignes de démarcation entre les lobes du foie chez l'homme. — MM. Brissaud et Bauer. Le territoire de toute branche de la veine porte a une indépendance relative et non une indépendance « absolue ». Si donc on a pu baser sur l'indépendance relative des territoires des deux branches de bifurcation du tronc porte la division du foie en deux lobes, droit et gauche, séparées par le plan passant par l'incisure biliaire et le sinus sus-hépatique, on n'est pas autorisé, sous prétexte d'indépendance vasculaire, à individualiser d'autres segments hépatiques, le lobe carré par exemple, alors que bien d'autres territoires analogues ont une même indépendance relative.

Dans ces conditions, tout en sachant que chaque branche porte a un territoire relativement indépendant et que le territoire des deux branches de bifurcation du tronc porte s'étend respectivement jusqu'au plan passant par l'incisure biliaire, il est beaucoup plus simple et plus pratique, en anatomie clinique, de s'en tenir à la description actuelle, purement morphologique.

La lipase des leucocytes dans les exsudats. — MM. Noël Fiessinger et Pierre-Louis Marie, après avoir rapporté le résultat de leurs recherches sur la lipase des leucocytes à l'aide de la monobutyrine, de la graisse de beurre en milieu carbonaté, et de la réaction sur la cire jaune, concluent que la lipase ne se retrouve en abondance que dans les exsudats à lymphocytes et dans les suppurations chroniques de la tuberculose. La lipase caractérise la réaction cellulaire

contre l'infection tuberculeuse. C'est peut-être à cause de cette propriété physiologique si spéciale que les éléments lymphatiques (lymphocytes, grands et moyens mononucléaires) constituent les cellules de réaction contre l'infection tuberculeuse. Le bacille de Koch possède en effet une enveloppe cireuse qui lui constitue une couche de protection. Pour se défendre contre le bacille, l'organisme doit d'abord dissoudre son enveloppe, et c'est pourquoi il utilise surtout les leucocytes à fonction lipolytique.

Les globulins dans les infections par les protozoaires. — MM. Achard et Aynaud ont observé la diminution des globulins dans plusieurs infections produites par les protozoaires. Les numérations ont été faites en stabilisant le sang par dilution dans l'eau salée citratée et en le fixant par addition d'eau salée formolée. On compte les globulins par rapport aux globules rouges. Ce rapport est d'environ 12 chez le chien et 9 chez le lapin à l'état normal.

Dans les infections aiguës ou suraiguës provoquées chez le chien par *Trypanosoma Pecaudi* et *T. Brucei*, et dans lesquelles les parasites abondent dans le sang, les globulins diminuent considérablement, et le rapport prend des valeurs qui dépassent 50 et 100. De même chez les rats infectés par ces microorganismes et par *T. equinum*. L'infection subaiguë du rat par *T. gambiense* et du cobaye par *T. Pecaudi* provoque une moindre diminution des globulins. Enfin l'infection chronique du lapin par *T. Brucei* et *T. equinum*, avec absence ou rareté des parasites en circulation, laisse au rapport des globulins aux globules rouges une valeur normale ou même inférieure à la normale.

Cette diminution des globulins dans les trypanosomiases n'est pas liée à la cachexie de l'animal. Elle paraît dépendre des modifications produites dans le plasma par les sécrétions des parasites.

Des chiens infectés par la piroplasmose ont montré la même disparition rapide et précoce des globulins, coïncidant avec la présence des parasites dans le sang.

La culture des spirochètes. — MM. Levaditi et V. Stanesco ont ensemencé, sur du sérum coagulé de cheval, des produits syphilitiques et du pus de balano-posthite érosive. Dans le premier cas, ils ont constaté que le *treponema pallidum* continue à vivre pendant douze heures, puis cesse de se mouvoir dès que la flore des microbes liquéfiants envahit le milieu. Lorsque la liquéfaction est avancée, commencent à pulluler des spirochètes très rapprochés du microbe de la syphilis par leur aspect morphologique et leurs dimensions, mais qui en diffèrent par leur affinité colorante plus intense, par leur mobilité plus accusée et surtout par leur innocuité pour les espèces simiennes sensibles à la syphilis. Ayant pu différencier ces spirochètes du *Treponema pallidum* et du *Sp. refringens*, les auteurs en font une espèce à part et les désignent sous le nom de *Spirochæta gracilis*. Le même procédé leur a permis de cultiver le *Sp. balanitidis* que l'on rencontre dans la balano-posthite érosive. Ces parasites sont incapables d'assimiler les milieux nutritifs sans le concours des microbes liquéfiants, lesquels préparent ces milieux. En se servant d'un bacille aérobie liquéfiant, les auteurs ont pu obtenir des cultures mixtes, où le *Sp. gracilis* vit en symbiose avec ce bacille.

Efficacité du chlorure de calcium, comme moyen préventif des éruptions, après injections sous-cutanées de sérum. Résultats moins satisfaisants dans les injections intra-médullaires. — M. Netter a indiqué, en 1906, que le chlorure de calcium ingéré pendant trois jours consécutifs, diminue dans une proportion notable les éruptions consécutives aux injections de sérum antidiphtérique (2,38 p. 100 au lieu de 15,53).

On ne paraît pas avoir cependant beaucoup fait usage de ce médicament et nous ne connaissons guère qu'un travail hollandais de Gewind où l'on a relevé des résultats tout aussi beaux : 4 p. 100 au lieu de 23 p. 100.

Il croit devoir revenir sur le sujet et montre que ses résultats ultérieurs sont tout à fait semblables aux premiers.

En 1907 il a eu 7 éruptions sur 229, soit 3 p. 100, chez les sujets chlorurés; 43 sur 251, soit 17,1 p. 100, chez les non chlorurés.

En 1909 (premier semestre), 5 sur 117, soit 4,27 p. 100, au lieu de 25 sur 133, soit 18,8 p. 100.

Et en réunissant les trois séries, 18 sur 600, soit 3 p. 100, contre 109 sur 648, soit 16,8 p. 100.

M. Netter donne le chlorure de calcium à la dose de 1 gr. p. 500 et poursuit l'administration trois jours et plus encore si l'on a donné plusieurs injections.

Chez les sujets qui ne peuvent avaler la potion, il est prudent de donner le chlorure de sodium en lavement.

L'efficacité du chlorure de calcium a été beaucoup moins marquée chez les sujets qui ont reçu des injections intra-rachidiennes de sérum antiméningococcique. Ici les doses sont plus élevées, l'administration, poursuivie trois jours de suite, la pénétration par la voie rachidienne est sans doute plus rapide et plus massive.

Sur l'hémolysine du Bacillus megaterium. — M. H. Vincent. Le Bacillus megaterium sécrète une hémolysine qui peut être considérée comme l'une des plus actives parmi les hémolysines d'origine microbienne. Les animaux inoculés succombent avec une globulolyse intense, des suffusions sanguines dans les séreuses et des épanchements renfermant de l'hémoglobine dissoute; ils présentent parfois de l'hémoglobinurie.

In vitro, l'hémolysine peut être mise en évidence dans les cultures de vingt-quatre heures. C'est entre le quatrième et sixième jours qu'elle est le plus active. Elle s'atténue ensuite. Elle est précipitable par le chlorure de calcium. Elle dialyse après huit à douze heures. Elle est fortement atténuée à 60°-70° et détruite par le chauffage à 75° pendant deux heures. Elle est également photolabile : la lumière solaire directe la détruit en quatre heures, en présence de l'air.

Par injection au cobaye du filtrat du Bacillus megaterium, on obtient une antihémolysine qui neutralise l'hémolysine à 1 p. 800.

Pertes salines subies par les graines des céréales et des légumineuses pendant leur cuisson complète dans l'eau. — MM. Maurel et Carcassagne, après avoir étudié les pertes salines dues au *blanchiment des légumes frais*, ont étudié ces mêmes pertes sur les *céréales* et les *légumineuses* ayant atteint leur cuisson complète; et ils sont arrivés à ce résultat, que les graines, ainsi que la *pomme de terre*, perdent de 40 à 50 p. 100 de leurs matières salines et de 60 à 70 p. 100 de leur potassium.

Prévention et correction de l'incoagulabilité hirudinique du sang chez le lapin. — MM. P. Emile-Weil et Boyé ont repris l'étude du sang incoagulable hirudinique du lapin, en ce qui concerne surtout la correction de cette incoagulabilité, tant *in vitro* qu'*in vivo*.

In vitro le sang hirudinique n'est modifié ni par l'eau distillée, ni par l'acide carbonique, ni par les sels de chaux, ni par la gélatine. L'adjonction de sérum animal corrige l'incoagulabilité, mais seulement quand elle n'est pas trop forte. Celle d'extraits organiques est suivie d'effets différents, suivant l'organe; un seul corrige de façon remarquable et quasi constante, celui du pancréas.

In vivo, l'injection de sérum de cheval corrige parfois mais non toujours l'incoagulabilité hirudinique; celle des sels de chaux, d'eau gélatinée, d'extraits d'ovaire, d'hypophyse, ne la modifie point. Par contre, les extraits de pancréas redonnent au sang de lapin hirudinique une coagulation normale.

Si les auteurs ont pu réaliser la correction du sang hirudinique, *in vitro* et *in vivo*, ils ne sont arrivés par aucun moyen à vacciner le sang de lapin contre les extraits de sangsue.

A propos du signe de Babinski. — M. Lafforgue relate un cas de paraplégie pottique, dans lequel le signe de Babinski présentait cette particularité curieuse de se produire par excitation des téguments anesthésiques (toute la partie inférieure du corps jusqu'au territoire de D^{XI}) et de ne pouvoir être déterminé par l'excitation des zones sensibles immédiatement contiguës.

Le rapprochement des divers symptômes permit de conclure : 1° que le signe de Babinski était, dans ce cas, d'origine médullaire; 2° que, conformément à l'opinion du professeur Brissaud, l'exagération des réflexes tendineux peut coïncider avec une interruption complète de la voie pyramidale.

Persistance des cylindre-axes dans les tumeurs du système nerveux et leurs altérations. — Dans deux cas de gliome et dans deux cas de sarcome des centres nerveux, MM. J. Lhermitte et A. Guccione ont constaté, en employant la méthode de Bielchowsky, que les cylindre-axes étaient conservés en grand nombre dans l'intérieur de ces néoplasmes. Les altérations des cylindre-axes : état granuleux, moniliforme, tortueux, dégénérescence vacuolaire sont analogues à ce que les auteurs ont décrit dans la sclérose en plaques. La conservation des cylindre-axes explique ainsi l'absence de dégénérations secondaires et le minimum de symptômes que l'on constate souvent au cours des tumeurs cérébrales ou médullaires.

Action du courant continu sur les ferments. — La pepsine. — M. H. Iscovesco. Le courant électrique a une action double sur la pepsine : 1° il la transporte vers le pôle négatif; 2° il la détruit et cette destruction est proportionnelle au temps et à l'intensité.

Action de l'urohypotensine sur la pression artérielle. — MM. Abelous et Bardier ont donné le nom d'urohypotensine à une substance de l'urine humaine normale, précipitable par l'alcool et par le sulfate d'ammoniaque à saturation, très soluble dans l'eau, peu dialysable et qui, aux doses convenables, provoque, par injection intra-veineuse, un abaissement considérable et *prolongé* de la pression sanguine; on fait disparaître les effets hypotensifs en chauffant la solution à 110°-120° pendant quelques minutes. Ils sont dus à une vaso-dilatation générale liée elle-même à une excitation des vaso-dilatateurs. C'est une vaso-dilatation d'origine périphérique.

Etude des échanges respiratoires chez un obèse en traitement. — MM. Weiss et M. Labbé ont étudié les échanges respiratoires chez un obèse soumis à une cure de réduction alimentaire et ont constaté que, à jeun, ces échanges ne sont pas inférieurs à ce qu'ils sont en moyenne chez les sujets sains. Après le repas, les échanges augmentent peu, sans doute à cause de la faiblesse du repas ingéré.

L'ingestion de corps thyroïde sec n'a pas augmenté les échanges respiratoires à jeun; l'ingestion de corps thyroïde frais a augmenté légèrement les échanges respiratoires après le repas. Le quotient respiratoire, aux différentes périodes, a oscillé entre 0,71 et 0,77, et ne s'est modifié que d'une façon très passagère après le repas. Chez cet obèse, la nutrition ne présentait donc point de modification notable; elle n'apparaissait point ralentie.

Sur l'action physiologique des solutions polyminéralisées injectables, radio-actives, à réaction acide progressive. — M. Jean Nicolaïdi. L'injection d'une solution d'acides phosphorique et glycérophosphorique a provoqué chez des lapins une augmentation du poids et des échanges nutritifs.

Des recherches ont été effectuées ensuite sur un chien et des lapins avec solution polyminéralisée contenant des doses croissantes d'acide phosphorique.

Les travaux antérieurs sur la radio-activité ont incité l'auteur à essayer l'effet de ces mêmes solutions rendues radio-actives par le procédé de Jaboin. L'augmentation du poids et des échanges nutritifs, l'hyperglobulie ont été plus nettes avec la solution radio-active. Il n'y a eu aucune altération macroscopique ou histologique des organes.

Enfin, plus de sept cents injections pratiquées depuis près d'une année sur des malades ont permis de constater des résultats favorables dans la déminéralisation, la dénutrition, les cachexies, certaines maladies infectieuses, effets paraissant dus à la modification de la nature du terrain et au rétablissement du bilan de l'économie.

FORMULAIRE

PRURIT DE L'ANUS

Régime sévère, surveiller la constipation, le soir appliquer la pommade :

Thigénol		5 grammes.
Tannate de bismuth		6 —
Lanoline	ââ	20 —
Vaseline		

Si le prurit est rebelle, faire des cautérisations superficielles au galvano-cautère.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1908-1909

MM. : 1. Aubert. Tuberculose et mariage. — 2. de Fayard. Des Eaux minérales de l'île de la Réunion. — 3. Denoeux. La hernie crurale chez l'enfant. — 4. Mallié. Les troubles psychiques chez les parkinsonniens. — 5. Fournier. De l'étalement du voile dans la staphylorraphie. — 6. Coste. L'ostéomyélite de l'astragale. — 7. de Reilhan. De la syndactylie et de l'ectrodactylie congénitales. — 8. Dijonneau. L'assistance médicale aux pêcheurs de Terre-Neuve et d'Islande. Les œuvres de mer et les navires hôpitaux. — 9. Bideau. La subluxation spontanée progressive du poignet. — 10. Fournier. Contribution à l'étude des exostoses de l'omoplate. — 11. Zellmeyer. De la tuberculose de l'ischion et de la branche ischio-pubienne. — 12. Rouzoul. Canulards et trachéoplastie. — 13. Bertaud. De la kératite neuro-paralytique de la syphilis. — 14. Guérive. Le sulfate d'hordénine en thérapeutique. — 15. Parcelier. De la prostatectomie transvésicale totale. — 16. Couvrat-Desvergnes. L'électrargol. — 17. Motais. De la recherche des blessés sur le champ de bataille. — 18. Hourtaud. De l'étranglement herniaire dans les deux premiers mois de la vie. — 19. Certain. Abcès péri-amygdaliens et intra-amygdaliens. — 20. Maupetit. Etude clinique sur le nystagmus rythmique provoqué. — 21. Laurent. La tuberculose dans les équipages de la flotte. — 22. Chauviré. L'habitation entre les Tropiques. — 23. Riquier. L'urine après la rachistovaïnisation. — 24. Marsaud. Quelques cas de latéroposition du corps utérin gravide. — 25. Caillet. De la simulation des troubles mentaux chez les criminels. Ses rapports avec la dégénérescence. — 26. Devillechabrolle. Des invaginations appendico-cæcales. — 27. Roussy. Les mélancoliques homicides. — 28. Gayrard. Etude de la tricophytie chronique des paumes et des plantes. — 29. Fargeot. De l'hématurie dans certains cas d'hydronéphrose. — 30. Pinard. Des anastomoses avec l'intestin. Des voies biliaires principales dans les pancréatites chroniques. — 31. Enault. L'œuvre des enfants abandonnés ou délaissés de la Gironde. Hygiène sociale. — 32. Prat. Considérations sur l'hygiène à Toulon et particulièrement sur l'assainissement

de cette ville. — 33. Molinier. La réaction diagnostique de la tuberculine sur la muqueuse nasale. La rhino-réaction. — 34. Mouchet. L'ulcus rodens chez les jeunes gens. — 35. Fournier. Le scorbut dans la marine et particulièrement chez les pêcheurs de Terre-Neuve. — 36. Féret. Du paludisme aigu à bord des navires desservant la côte occidentale d'Afrique. — 37. Rouvier. De la méningite cérébro-spinale particulièrement dans la garnison de Toulon, 1907-1908. — 38. Tardiu. De la tuberculine dans le traitement des tuberculoses oculaires atypiques. — 39. Combaudon. Des lésions inflammatoires du fond de l'œil consécutives aux contusions en apparence légères du globe oculaire. — 40. Borel. Des kystes de l'ovaire rétropéritonéaux. — 41. Bouty. Des malformations ano-rectales chez l'homme et chez les animaux. — 42. Lepeuple. De l'assistance aux aliénés criminels. — 43. Morisson. Du céphalématome. — 44. Rouché. Etat actuel des services d'identification judiciaire. Du choix d'un service international. — 45. Morin. Des acroparesthésies. — 46. Hosnard. Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique (étude de psychologie clinique). — 47. Bizelier. Le diagnostic de la coxalgie au début par la radiographie. — 48. Riou-Kérangal. Traitement des gerçures du sein par le bleu de méthylène. — 49. Jean. Le vêtement entre les tropiques. — 50. Lafargue. Action des rayons X sur l'œil. — 51. Guilguet. La démence précoce constitutionnelle. — 52. Goudy. Syphilis post-conceptionnelle. — 53. Branger. Des variations de volume du foie dans le régime lacté exclusif. — 54. Rey. Le traitement de la scoliose par la reptation. — 55. Le Page. Recherches sur l'anatomie comparée de la gouttière lacrymo-nasale et du sac lacrymal des mammifères. — 56. Gessen. Rupture intra-péritonéale des kystes de l'ovaire. — 57. Corson. Etude médico-légale du diabète traumatique. — 58. Veillet. Essai sur les rapports de l'hystérie et des psychoses toxiques. — 59. Fournis. De la fulguration dans le traitement des néoplasmes. — 60. Lucas. De la radiothérapie des sarcomes. — 61. Gambier. Les fibromes utérins interstitiels nécrobisés. — 62. Consiroles. Les voies d'accès latérales du larynx postérieur du sinus piriforme, du pharynx inférieur et de l'entrée de l'œsophage. — 63. Raymond. L'alimentation aux pays chauds. — 64. Polack. Des agénésies rénales. — 65. Piéchaud. De la contracture ischémique de Volkmann. — 66. Laurent. Des abcès par rétention septique dans les épididymites blennorragiques. — 67. Baisez. De la percussion vertébrale auscultée. — 68. Bauchet. L'hyperphalangie des doigts et principalement du pouce. — 69. Lossouarn. Des verres colorés. — 70. D. Péré. De la conduite à tenir dans les cas de rupture du pédicule vasculaire du rein. — 71. Isaac. Moyens de protection du médecin contre les rayons X. — 72. Goett. De l'hypothyroïdie, en particulier la céphalée thyroïdienne. — 73. Cambriols. De l'enfance anormale. Recensement des enfants anormaux des Ecoles publiques de la ville de Narbonne. — 74. Chauvet. Relations pathogéniques entre les fosses nasales et la poitrine. — 75. Spéder. Etude expérimentale et critique de la radiographie rapide. — 76. Lapeyronie. Du traitement chirurgical des prolapsus génitaux. Procédé de colpopérinéorraphie de M. le professeur Lanelongue. — 77. Toucet. De la toxicité urinaire par le procédé de Lesieur. — 78. Jonet. De la guérison spontanée de la tuberculose rénale. — 79. Colat. La thiosinamine dans le traitement de la surdité. — 80. Pouvreau. Contribution à l'étude de la camptodactylie. — 81. Doumeng. De l'ostéo-synthèse dans les fractures des os longs. Etat de la question en France. — 82. Crouzel. Méthode anthropographométrique. — 83. Bonneau. Statistique de la mortalité au pavillon de la diphtérie de l'Hôpital des Enfants de Bordeaux (1888 à 1908). — 84. Roux De la paralysie des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen au cours de la poliomyélite antérieure aiguë. — 85. Leseyeux. De la voie para-orbitaire pour atteindre le trijumeau intra-cranien. — 86. Mabille. L'alcoolisme en Charente-Inférieure. — 87. Charron. De l'intoxication saturnine par les papiers de tenture. — 88. Breillat. La ponction lombaire dans les formes méningées de la fièvre typhoïde chez l'enfant (Breillat). — 89. Mathieu. Diagnostic du cancer de l'estomac par l'épreuve de Salomon. — 90. Arrès. Des scolioses liées à l'existence de la paralysie infantile. — 91. Dussillol. Du corysa diphtérique dans la rougeole. — 92. Peyre. La position de Trendelenburg directe et renversée dans le diagnostic des petits épanchements ascitiques. — 93. Delmas-Marsalet. De la subluxation de la hanche par malformations congénitales. — 94. Bourguignon. De l'emploi chez l'enfant des injections hypodermiques de morphine dans le croup. — 95. Cléjat. Sur la méthode de Southey et les œdèmes. — 96. Dussac. Réduction des fractures à l'aide des injections de cocaïne. — 97. Auroire. Du traitement de la névralgie faciale rebelle par la section de la racine sensitive protubérantielle du trijumeau.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES DES TUMEURS CÉRÉBRALES [1]

C. Lobe temporal. — *a*. Lorsqu'il y a destruction, par une tumeur, des deux lobes temporaux, les sons peuvent encore être perçus, mais ils ne sont plus interprétés (*surdité de l'âme*); *b*. lorsqu'il y a destruction de la *partie moyenne du lobe temporal gauche*, il y a *surdité verbale* : les mots sont perçus en tant que sons; ils ne sont plus compris. A cette théorie classique, il faut apporter aujourd'hui les modifications indiquées par M. P. Marie. (V. plus haut.)

D. Les tumeurs du lobe occipital peuvent donner : *a*. de la *cécité verbale* : α. ordinairement accompagnée de paraphasie et d'agraphie, et alors liée à une lésion du pli courbe et de la deuxième occipitale voisine; β. pure, et alors liée à une lésion des lèvres de la scissure calcarine (Déjerine). Dans la cécité verbale (ou alexie) les signes du langage écrit ne représentent plus pour le malade que des images sans signification : ils ne sont plus compris; *b*. de l'*hémianopsie latérale homonyme*, due, soit à une lésion de la scissure calcarine (Henschen), soit à une lésion de toute l'écorce grise du lobe occipital ou des radiations optiques de Gratiolet (v. Monakow); *c*. *cécités corticale et mentale*. Lorsqu'il existe une double lésion interrompant les relations entre la rétine et les centres corticaux de la vision (scissure calcarine), les images rétiniennes ne peuvent plus arriver à l'endroit où elles sont normalement enregistrées : il y a *cécité corticale*; le malade ne voit plus les objets. Lorsque la lésion interrompt les fibres qui unissent les centres corticaux de la vision aux centres voisins, le malade voit les objets, mais ne les reconnaît plus; il y a *cécité mentale* (*perte de vision mentale des objets*, Charcot). La cécité corticale est une *cécité de perception*, la cécité mentale, une *cécité d'association*; *d*. *aphasie optique*. La lésion des limites respectives des lobes occipital et pariétal gauche donne lieu à de l'aphasie optique, c'est-à-dire à la perte de la faculté de nommer des objets que, d'ailleurs, on reconnaît parfaitement (Freud).

§ II. **Tumeurs de la base.** — Elles se caractérisent par des phénomènes de paralysie des nerfs craniens en rapport avec la tumeur. Suivant leur siège, trois types principaux (Raymond) : A. Etage antérieur (*fronto-ethmoïdal*). *a*. La destruction des *bandelettes et bulbes olfactifs* se traduit par de

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n°s 74, p. 950; 77, p. 985.

l'anosmie, unilatérale ou bilatérale suivant que la lésion est simple ou double; *b. voies optiques* : α. la destruction de la partie externe 1. du nerf optique, 2. du chiasma ou 3. d'une bandelette, donne lieu à de l'*hémianopsie unilatérale*; β. la destruction d'une bandelette ou du faisceau de Gratiolet, à de l'*hémianopsie bilatérale homonyme*; γ. la destruction de la partie médiane du chiasma, à une *hémianopsie bitemporale*. (V. Raymond. Loc. cit., et fig. 2.)

Réaction de Wernicke. L'hémianopsie bilatérale homonyme peut se voir aussi bien (suivez les faisceaux sur la fig. 2) dans les lésions de la bandelette que dans celles du faisceau de Gratiolet. Pour arriver à savoir lequel de ces deux faisceaux est en cause, on utilise la réaction *hémiopique* de Wernicke.

On sait que la pupille se contracte sous l'influence de la lumière. Cette contraction est le résultat d'un réflexe (v. fig. 2)

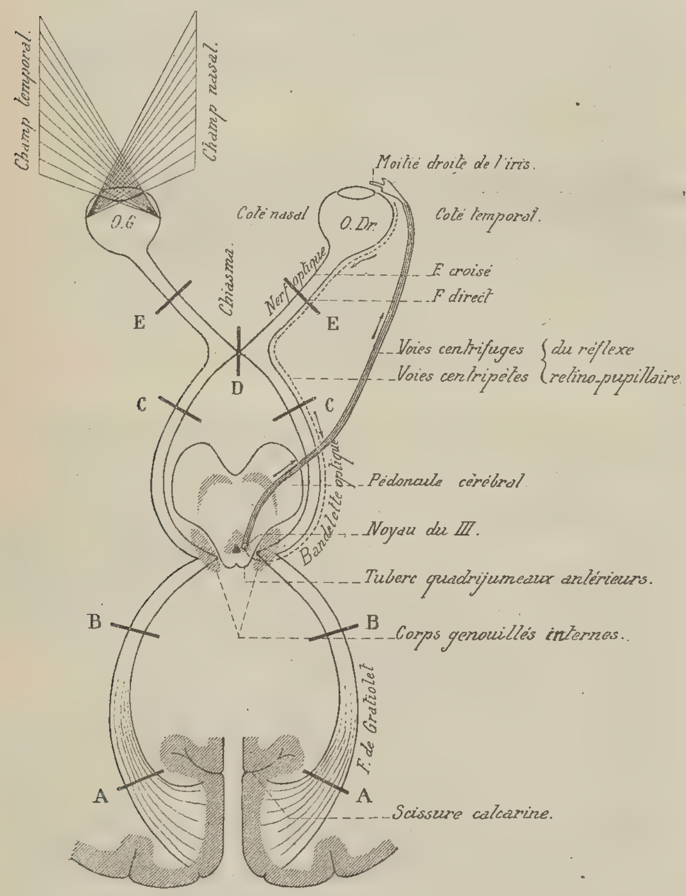


Fig. 2. — *Les voies optiques (en partie d'après Testut).* — Les fibres rétino-pupillaires n'ont été représentées qu'à droite. A noter que, par suite de la présence du cristallin, les objets situés dans la partie nasale du champ visuel sont vus par la partie temporale de la rétine et inversement. On comprend donc qu'une lésion du chiasma (en D), supprimant le fonctionnement de la partie nasale des deux rétines, se traduise par une hémianopsie bitemporale.

dont les voies centripètes sont représentées par des fibres qui, parties de la rétine, suivent le nerf et la bandelette optique, puis abandonnent la voie optique pour venir se terminer dans la substance grise qui entoure l'aqueduc de Sylvius. Le centre est constitué par le noyau de la troisième paire, les voies centripètes par les fibres oculo-pupillaires (irido-constrictrices) qui en émanent.

Ceci posé, faisons tomber un faisceau lumineux sur la moitié droite (temporale) de la rétine droite. Deux éventualités.

1. L'individu est normal; il perçoit la sensation lumineuse, et, l'arc réflexe n'étant pas interrompu, la partie correspondante droite de la pupille droite se rétrécit (réaction hémiopique).

2. L'individu présente une hémianopsie bilatérale homonyme intéressant la partie *droite* de la rétine gauche et la partie *droite* de la rétine droite. Il ne percevra plus la sensation lumineuse. Ici encore, deux éventualités.

α. La lésion qui cause l'hémianopsie siège en A ou en B : l'arc réflexe n'étant pas interrompu, la réaction pupillaire se produit comme précédemment.

β. La lésion qui cause l'hémianopsie siège en C : l'arc réflexe étant interrompu, la moitié droite de la pupille ne se contracte pas. En somme, la réaction hémiopique de Wernicke permet de dire si la lésion qui cause l'hémianopsie siège en avant ou en arrière des tubercules quadrijumeaux, renseignement d'autant plus important qu'en arrière de ces tubercules, la tumeur est accessible au chirurgien (Auvray).

B. Etage moyen (*sphéno-temporal*). — *a.* Paralysie, souvent partielle, de la troisième paire; *b.* paralysie des quatrième et sixième paires; *c.* paralysie des deux branches, motrice et sensitive, du trijumeau; *d.* paralysie du facial et de l'auditif.

C. Etage postérieur (*occipito-temporal*). — *a.* Les troubles résultant de la paralysie de la neuvième paire sont peu connus; *b.* paralysie du vago-spinal : accélération et irrégularité des battements du cœur, troubles circulatoires du poumon (congestion, œdème aigu), syncopes : elle peut aboutir à la mort subite; *c.* paralysie de la douzième paire : troubles moteurs correspondants.

§ III. **Tumeurs du cervelet.** — Elles peuvent ne donner lieu à aucun phénomène de localisation (Winokouroff). Le *syndrome cérébelleux* est constitué par :

Une *céphalée occipitale* fréquente et très intense, procédant souvent par crises, augmentant par l'effort, souvent accompagnée de douleurs à la nuque, de vomissements et de vertiges;

De la *raideur de la nuque*, paroxystique ou permanente, avec attitude forcée de la tête, parfois étendue aux muscles de la colonne vertébrale;

Des *troubles de l'équilibre* : dans la station verticale, les membres inférieurs sont écartés, il y a des oscillations multiples de la tête et du corps; la démarche est irrégulière, avec des oscillations nombreuses, des zigzags imprévus, une tendance marquée à la chute; oscillation et chute, plus nettes dans les tumeurs que dans les abcès, se font toujours dans le même sens (du côté de la lésion);

Il n'y a *pas d'ataxie vraie*, pas de talonnement, pas de Romberg;

Des *troubles du tonus* : asthénie musculaire, parfois très accentuée, atonie;

Des *troubles dans la coordination des membres supérieurs* : les mouvements intentionnels sont maladroits, inhabiles; l'*asynergie cérébelleuse* consiste dans la difficulté qu'éprouvent les malades à associer certains mouvements (Babinski); dans la marche, le tronc reste en arrière; dans la station, si on fait porter le tronc en arrière, les membres inférieurs restent fixes, rigides et ne se fléchissent pas; si le malade est couché et veut se mettre sur son séant, les cuisses se fléchissent et les talons s'élèvent; si, assis, il veut toucher du pied un objet placé au-dessus et au devant de lui, sa cuisse et ses jambes s'étendent en deux temps inégaux; lorsque la lésion est unilatérale, elle se traduit par de l'*hémi-asynergie cérébelleuse*;

Des *troubles de la diadococinésie* (Babinski), c'est-à-dire de la faculté d'exécuter rapidement des mouvements successifs;

Des *attaques épileptiformes* (ictus cérébelleux);

Des *troubles oculaires* : paralysies, *nystagmus*; y joindre le *vertige*, très précoce, très intense, n'existant d'abord que dans la station verticale, puis aussi dans la station horizontale;

Des *troubles réflexes* : les réflexes tendineux sont augmentés du côté de la lésion;

Des *troubles de la parole*, inconstants : la parole est scandée, monotone, nasonnée.

Des *signes d'hydropisie ventriculaire* (névrite optique surtout), par compression des veines de Galien;

L'*intégrité de la sensibilité et de l'intelligence*, sauf quand la tension intra-cranienne est très élevée;

Les lésions des *parties latérales du cervelet* donnent lieu cliniquement comme expérimentalement (v. Thomas. Th. de Paris, 1896) à des symptômes directs; les lésions du vermis, à des troubles de l'équilibre et à de l'opisthotonos.

Les tumeurs cérébelleuses peuvent se terminer par la mort subite. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 83. — SAMEDI 24 JUILLET 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 24 JUILLET 1909. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gaston Cotte.

— ORLÉANS. — Un concours pour cinq places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire sera ouvert, le mardi 14 décembre, à deux heures et demie, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans (salle de la bibliothèque).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Le prix Cazeneuve est décerné à M. Grehlinger.

PRIX DE FIN D'ANNÉE. — Première année : prix, M. Lepan; mention, MM. Laurent et Israël. — Deuxième année : mention, M. Deluyre. — Troisième année : prix, M. Fontan; mention, M. Tibierghien.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Lande, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Richet, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Gilbert, médecin des hôpitaux de Paris; Marie, de Villejuif; Blanc, d'Aix-les-Bains.

M. le médecin principal de première classe des troupes coloniales Hénaff.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Damalix (de Charenton), Chervin, Dignat, Gosset, Kalt, Robert Lœwy et Raimondi (de Paris), Parrical de Chamard (de Tulle), Malherbe (de Nantes), Courret (de Marmande), Dufau (de Villeneuve-sur-Lot), Motais (d'Angers), Ficatier (de Bar-le-Duc), Laguesse (de Dijon).

M. le médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales Contaut.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-huitième semaine, 764 décès, au lieu de 771 pendant la semaine précédente et de 843, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La rougeole et la scarlatine continuent à être répandues, mais ne causent que très peu de décès.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (chiffre identique à la moyenne), au lieu de 3 pendant la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 24, au lieu de 26 pendant la semaine précédente (moyenne 29).

La rougeole a causé 16 décès, au lieu de 19 pendant la semaine précédente (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 402, au lieu de 500 précédemment (moyenne 233). Les quartiers les plus atteints sont : Salpêtrière (18 cas), Clignancourt (48 cas), Combat (19 cas). Belleville (14 cas), Père-Lachaise (26 cas), Charonne (15 cas).

La scarlatine a causé 3 décès (chiffre identique à la moyenne), au lieu de 5 pendant la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 147; il s'élevait à 247 pendant la semaine précédente (moyenne 177).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 106 décès, au lieu de 86 pendant la semaine précédente (moyenne 92).

La phtisie pulmonaire a causé 171 décès (moyenne 182).

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1057.*)

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE (1)

RÉTRACTION DES MUSCLES

APRÈS ISCHÉMIE PAR COMPRESSION

[MALADIE DE VOLKMANN-LESER (2)]

Par M. F. GARDNER (de New-York).

IV

Symptomatologie. — Assez vite après un traumatisme, généralement après une fracture du coude, on applique un appareil, attelles ou plâtre. Peu après, la main enfle, devient bleue et froide : une forte douleur est ressentie au niveau du foyer de fracture et aussi dans la main et les doigts, mais le plus souvent, il n'y a dans ceux-ci que de l'engourdissement et des fourmillements. L'appareil est évidemment trop serré ; on le desserre, ou plutôt on l'enlève.

On peut alors trouver des phlyctènes ou des escarres. Après ablation de l'appareil, très rapidement, le membre se met à enfler ; ce gonflement dur et intense, siégeant dans les muscles, atteint son acné en quarante-huit heures, puis diminue lentement. A ce moment, les mouvements volontaires sont impossibles, les mouvements passifs très douloureux. Quand le gonflement a disparu, l'affection entre dans une phase chronique, indolore, avec impotence, rétraction progressive et attitudes vicieuses.

L'apparence d'un bras atteint de rétraction musculaire post-ischémique est caractéristique. Dans les cas prononcés, les masses musculaires sont très diminuées de volume; l'avant-bras prend l'aspect décharné des vieilles amyotrophies. Pourtant, il n'y a pas là d'atrophie à proprement parler, la diminution de volume résulte de la contraction de la sclérose musculaire.

Si l'on palpe les muscles de la région antérieure de l'avant-bras, on n'a point la sensation de muscle flasque et mou obtenu dans les paralysies vraies ou les atrophies simples; au contraire, tout est très ferme, très dur, et même l'on peut délimiter souvent un noyau fibreux plus ou moins gros et d'une dureté ligneuse, et généralement situé au tiers supérieur de l'avant-bras, là où est normalement la masse charnue des muscles épitrochléens.

Mais ce qui frappe surtout à première vue, et qui est réellement significatif, est l'attitude de la main. Les quatre derniers doigts sont en griffe, la dernière phalange fléchie sur la seconde, celle-ci sur la première et cette dernière étendue. Ce sont là les doigts correspondant à la masse des fléchisseurs communs. Le pouce, qui a ses fléchisseurs spéciaux, moins vulnérables que les fléchisseurs communs, peut être indemne, ou moins affecté; il est dans un degré variable d'adduction, et la seconde phalange peut être fléchie sur la première ou non. La flexion des quatre derniers doigts peut être si forte que les ongles s'enfoncent dans la paume de la main.

Toute tentative de redressement des doigts, la main étant en extension, est infructueuse ; le redressement des doigts est arrêté par une résistance invincible; on briserait ou luxerait les phalanges plutôt que de les redresser; le seul résultat est de faire apparaître à l'avant-bras un certain nombre de cordes rigides qui ne sont autres que les tendons des fléchisseurs rétractés. Dans certains cas moins marqués, on peut diminuer un peu la flexion des doigts, mais dès qu'on lâche ceux-ci, leur attitude de flexion se reproduit instantanément. Mais, et c'est ici un fait capital, d'où découle la possibilité d'un traitement opératoire utile, si l'on place la main en *forte flexion*, rapprochant ainsi l'insertion supérieure des fléchisseurs des doigts de leurs insertions inférieures, l'extension des doigts devient possible spontanément. Les fléchisseurs rétractés sont devenus trop courts pour le squelette, ainsi que le disent ceux qui font des allongements tendineux pour la cure de l'affection : ou, ce qui revient au même au point de vue fonctionnel, il semble que le squelette soit devenu trop long pour les fléchisseurs, ainsi que disent ceux qui préfèrent faire des résections osseuses (1).

Les muscles pronateurs de l'avant-bras, surtout le rond pronateur, qui a des rapports anatomiques étroits avec le corps charnu du fléchisseur superficiel, sont aussi rétractés, et c'est là un point sur lequel Vivicorsi insiste à juste titre. L'avant-bras est en forte pronation et la supination aussi impossible que l'extension des doigts.

Tout cela se passe sans qu'il y ait, dans le type pur de l'affection, de modification de l'excitabilité électrique des nerfs ou des muscles de l'avant-bras. Mais dans à peu près 60 p. 100 des cas, il se surajoute des symptômes dus à des lésions nerveuses. Il peut y avoir des troubles trophiques : peau froide et cyanosée ou luisante, ulcérations, phlyctènes ; ils existaient dans plus d'un tiers des cas rassemblés par Thomas. Une onyxis spéciale, des panaris, l'arrêt de développement de l'avant-bras ont été notés.

Les autres symptômes nerveux frappent surtout les muscles de la main, mais peuvent aussi atteindre ceux du bras. Le tableau suivant, emprunté à Thomas, donne une bonne idée de la fréquence de ces complications nerveuses.

Symptômes dus à des lésions des nerfs de l'avant-bras. — Sur 106 cas :

Troubles de la sensibilité de la main......	34 fois
Atrophie des petits muscles de la main....	27 fois
Paralysie des petits muscles de la main....	36 fois

Modifications des réactions électriques dans la main :

(1) Reproduction interdite.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 80, p. 1015.

(1) Le même ordre de phénomènes fut observé par Volkmann dans son cas où les jumeaux et le soléaire étaient intéressés. L'attitude du pied en varus équin disparaissait lorsque l'on fléchissait le genou, diminuant ainsi la distance entre les insertions supérieures et inférieures des muscles rétractés. Volkmann ne tira pas de ce fait les déductions thérapeutiques qu'il comporte.

Diminution ou abolition de l'excitabilité { faradique........................ 24 fois
{ galvanique...................... 18 fois
Réaction de dégénérescence....... 10 fois

Modifications des réactions électriques des muscles du bras :

Diminution ou abolition de l'excitabilité { faradique........................ 26 fois
{ galvanique...................... 14 fois
Réaction de dégénérescence....... 6 fois

D'après ce tableau, il est facile de se rendre compte de la fréquence et de l'importance de ces troubles nerveux surajoutés dans la maladie de Volkmann-Leser. Le point est gros de conséquences pratiques pour le traitement. Ces lésions, pathogéniquement *secondaires*, car elles ne sont que rarement dues à une névrite traumatique par compression, réclament autant d'attention thérapeutique que la rétraction elle-même, fait primordial.

Les troubles de sensibilité de la main sont, avec la paralysie des muscles intrinsèques de la main, les manifestations de souffrance nerveuse les plus fréquentes. Hypoesthésie, analgésie, thermoanesthésie, anesthésie partielle ou complète, voilà ce que l'on observe. La paralysie des muscles thénar, hypothénar et lombricaux est d'égale fréquence.

Les troubles d'excitabilité électrique sont assez communs, mais la vraie réaction de dégénérescence est, somme toute, rare.

V

Marche. Pronostic. — La lésion de la maladie de Volkmann-Leser étant une lésion permanente, indélébile, incapable de rétrocession spontanée, il est évident que l'on ne peut espérer aucune régression de la maladie arrivée à sa période d'état. Passé un certain point, les lésions musculaires ne s'aggravent plus ; mais les lésions nerveuses secondaires peuvent toujours progresser, et, abandonnée à elle-même, la maladie aboutirait à la perte complète du système musculaire de l'avant-bras et de la main, le membre devenant inutile et peut-être même gênant.

Ceci justifierait, semble-t-il, le pessimisme de Volkmann, si nous n'avions pas, aujourd'hui, des interventions utiles pour corriger les lésions de l'affection. Ce sont ces progrès du traitement qui, seuls, améliorent le pronostic. Sans eux, le pronostic des cas graves serait aussi mauvais aujourd'hui que Volkmann, en 1881, le croyait devoir être. Et même aujourd'hui, le mieux que nous puissions espérer est un retour de fonction suffisant ; l'espoir de *restitutio ad integrum* est une chimère.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic de maladie de Volkmann-Leser tient tout entier dans les antécédents et dans la constatation de symptômes de rétraction. *Traumatisme*, généralement fracture, *appareil*, appliqué d'ordinaire peu de temps après l'accident, déterminant de la *douleur* et de l'*enflure du segment périphérique*, *rétraction* s'établissant peu après et causant des attitudes vicieuses, voilà une triade qui ne peut mettre en défaut.

Le seul point dont il faut bien s'assurer, c'est qu'il y a bien *rétraction* des muscles et non point *paralysie des antagonistes*, ou *contracture*. Lorsqu'en rapprochant les insertions des muscles, en fléchissant le poignet ou le genou, l'action des antagonistes peut s'exercer, il est évident qu'il ne peut s'agir d'une paralysie de ces derniers.

Une contracture se distingue d'une rétraction en ce qu'elle est variable, disparaît sous anesthésie, et ne donne point la résistance invincible, inélastique, d'une rétraction fibreuse ; enfin, parce qu'elle s'accompagne de signes évidents d'une excitation neuromusculaire exagérée (exagération des réflexes, contractions épileptoïdes) qui font absolument défaut dans la maladie de Volkmann-Leser.

Les rétractions cicatricielles, les ankyloses des doigts, la rétraction de l'aponévrose palmaire, la griffe cubitale ne peuvent guère causer d'erreur si l'examen est plus que superficiel. La fixation des fléchisseurs, soit à la suite de synovite plastique avec adhérences dans les gaines, soit à la suite d'ostéite du cubitus (Vallas), soit à la suite de suppurations de l'avant-bras, est plus difficile à distinguer. Dans ces cas, les tentatives de redressement sont douloureuses, tandis qu'elles sont indolores dans la rétraction ; elles peuvent être couronnées de succès partiel après une série de craquements annonçant la libération des adhérences ; dans la rétraction, elles restent toujours infructueuses. Enfin, il y a un signe sur lequel il semble qu'on n'ait pas assez insisté : c'est la *présence de noyaux durs* dans le corps musculaire des muscles épitrochléens ou autres, dans la maladie de Volkmann-Leser. Cela appartient en propre à l'ischémie musculaire avec dégénérescence fibreuse. Enfin, dans ces cas consécutifs à des suppurations, il y a généralement des cicatrices anciennes d'incisions chirurgicales.

Au point de vue médico-légal, la rétraction après ischémie par compression soulève des problèmes intéressants. Après un traumatisme d'un membre, capable par lui-même d'entraîner une réduction de capacité professionnelle plus ou moins grande, survient une rétraction qui entraîne une réduction de capacité beaucoup plus forte ou même totale. Quelle est la part due à l'accident ? Quelle est la part due à l'ischémie par compression ? Quelle est la responsabilité du patron ? Quelle est la responsabilité du médecin ? Quel recours le patron a-t-il contre le médecin en raison de la négligence de celui-ci ? Les appareils appliqués sont-ils seuls à blâmer ou y avait-il blessure d'artère concomitante qui a été la vraie cause ? Questions qui ne se sont pas encore posées en France, mais se poseront certainement quelque jour, et ne seront point faciles à résoudre. Déjà en Allemagne, où l'affection est mieux connue, et où le système d'assurance obligatoire est universel, Kriege s'est occupé de la question.

VII

Traitement. — Il y a un traitement préventif, un traitement curatif non sanglant et un traitement opératoire.

Le traitement préventif est le seul que nous de-

vrions avoir à appliquer, car c'est ici le lieu de se rappeler l'adage médical : mieux vaut prévenir que guérir; surtout sous sa forme anglaise : « Une *once* de prévention vaut mieux que *beaucoup de livres* de traitement. »

Je ne veux pas parler ici des appareils appliqués à la hâte loin de tout secours médical par des gens dont les intentions et le zèle valent mieux que le savoir ; mais il est bon de répéter, même aux médecins, que l'application d'un appareil provisoire et simple, avec des attelles, n'est pas sans danger, s'il est appliqué trop tôt et s'il est trop serré. Certains enseignent que l'application immédiate d'un appareil contentif, avant la production du gonflement qui accompagne toujours une fracture, est le meilleur moyen d'empêcher ce gonflement de se produire. Cela n'est pas toujours vrai, et cela serait-il vrai que l'avantage obtenu ne serait pas une compensation suffisante pour le risque encouru de voir le gonflement se produire sous l'appareil, qui, peut-être très bien, et très correctement appliqué au début, devient ainsi trop serré. Donc, il nous semble que l'application d'un appareil contentif léger et peu serré, au moment de l'accident, avec plâtrage ultérieur, au bout de plusieurs jours, quand on sait ce que le gonflement est, constitue une ligne de conduite plus prudente et plus sûre, surtout si l'on n'a pas son blessé sous sa surveillance immédiate, que l'immobilisation complète et définitive d'emblée.

Une fois l'appareil appliqué, il faut le surveiller de près et, au moindre signe révélateur de compression, le desserrer ou l'enlever. Un seul signe de compression doit être une indication suffisante, soit œdème et cyanose de la main, soit douleur, car les deux ne sont pas toujours réunis et ne sont pas même constants. Il faudra faire attention aux plaintes des enfants plus qu'on ne le fait souvent. Il vaut mieux enlever plusieurs plâtres inutilement que de s'exposer à en laisser un trop serré.

Le TRAITEMENT CURATIF NON SANGLANT peut convenir à certains cas légers et à des cas moyens; mais alors il faut s'attendre, si l'on veut avoir quelque chance de succès, à un traitement très long et qui doit être très fidèlement exécuté.

Volkmann préconisait le *redressement brusque* des doigts fléchis sous anesthésie. Cela n'est pas possible dans les cas extrêmes où le seul résultat serait une fracture des doigts ; et dans les cas légers ou moyens, où cela est faisable, nous ne voyons pas bien *a priori*, à quoi cela pourrait servir. Et de fait, le redressement brusque, employé pendant longtemps en Allemagne, et essayé un peu en Angleterre où il fut, d'ailleurs, rapidement condamné, n'a point donné de résultats durables. Keferstein en 1898 publia 7 cas traités ainsi, et sur ces 7 cas, revus quatre ans plus tard par Kaempf, 5 n'avaient obtenu aucune amélioration, et dans les 2 autres cas, l'amélioration même immédiate n'avait été que médiocre. Donc, méthode à rejeter, toujours.

Il y a plus à attendre du *redressement lent*, dans les cas légers et moyens. Employé par Hildebrand, Niessen, Page, Martin, Sayre et Jones, ce traitement a donné de bien meilleurs résultats que le précédent. Le meilleur procédé semble celui des tractions élastiques continues (Martin) associé au massage et à l'électricité, qui n'ont point la prétention de régénérer des fibres musculaires, mais seulement de maintenir en bon état celles qui survivent et d'améliorer les conditions de la circulation. Les injections de fibrolysine semblent être de valeur douteuse. La seule objection que l'on puisse opposer au traitement non sanglant ainsi appliqué à des cas choisis est sa longueur. Il faut un an ou plus!

Le TRAITEMENT OPÉRATOIRE est basé sur ces deux faits; il y a brièveté des muscles par rapport au squelette, il y a compression nerveuse. Donc trois choses sont logiquement possibles : 1° *libérer les nerfs;* 2° *allonger les tendons;* ou 3° *raccourcir le squelette.* La première chose est indispensable dans tous les cas où il y a participation nerveuse, les deux dernières techniques ont le même but ; c'est affaire de choix personnel. Nous plaçons, en premier lieu, la libération des nerfs, bien que cela s'adresse à une lésion secondaire de la maladie de Volkmann-Leser, parce que c'est par là qu'il faut commencer :

1° Pendant qu'on opère sur le nerf pour le dégager, les lésions musculaires ne s'aggravent pas; au contraire, si l'on commence par opérer sur les muscles ou le squelette, pendant l'intervalle qui sépare les deux interventions, les lésions nerveuses peuvent s'aggraver considérablement;

2° La lésion nerveuse représentant une complication surajoutée, il est naturel de se débarrasser d'abord de cette complication pour ramener l'affection à un stade plus simple et pouvoir mieux calculer l'intervention correctrice sur les muscles ou sur le squelette.

Nous n'insisterons pas sur la technique des opérations sur les nerfs de l'avant-bras. C'est essentiellement la mise à nu du nerf, avec libération de la gangue fibreuse qui l'entoure, avec ou sans dissociation des faisceaux du nerf si on le juge utile. Parfois, il faut sculpter le nerf. Parfois même, on n'y peut réussir.

La première intervention sur les nerfs pour maladie de Volkmann-Leser est due à Drehmann et date de 1904. Aujourd'hui, on est d'accord pour opérer précocement sur les nerfs quand ils sont intéressés; c'est un point sur lequel Freeman a bien insisté : au contraire, on n'a pas à se presser pour opérer sur les muscles; il vaut même mieux attendre un certain temps pour que la rétraction ait atteint un degré fixe. Wallis conseille d'attendre au moins trois ou quatre mois.

Pour allonger les tendons, on a recours au dédoublement des tendons; pour raccourcir le squelette, à la résection de 2 centimètres de la diaphyse du radius et de celle du cubitus.

Point n'est besoin de décrire en détail le procédé aujourd'hui classique de l'allongement tendineux par incision en Z très allongé dont la branche verticale longue de 2 centimètres ou plus, s'il le faut, occupe le milieu du tendon. Nous signalerons seulement l'importance qu'il y a à bien repérer ses

tendons pour ne pas commettre d'erreur dans la suture.

L'allongement tendineux nécessite évidemment beaucoup de travail de la part du chirurgien, et ce travail est assez délicat et demande un temps considérable. Mais elle a l'avantage d'être le traitement causal idéal; les tendons sont trop courts, on les allonge, chacun de ce qu'il faut. Rien de plus simple et de plus satisfaisant pour l'esprit. C'est la partie malade sur laquelle on opère.

Au contraire, dans la résection osseuse, on laisse la partie malade tranquille et on travaille sur une partie saine pour l'adapter à la longueur de la partie malade. C'est une conception théoriquement moins satisfaisante. Pratiquement, elle entraîne un raccourcissement de 2 centimètres de l'avant-bras; cela n'a pas l'importance que cela aurait à la jambe; en fait, c'est négligeable; elle rend les extenseurs déjà fonctionnellement trop longs, anatomiquement trop longs, mais ils semblent s'accommoder facilement aux nouvelles conditions; enfin, on mentionne un risque de pseudarthrose, mais il ne se réalise jamais, maintenant. En revanche, l'opération est moins longue et moins délicate; il n'y a pas de manipulation des tendons, ce qui a son importance dans un membre où la circulation est déjà défectueuse. De telle sorte que théoriquement, il y a du pour et du contre et que le choix entre les deux opérations est une affaire de goût personnel.

La résection se pratique sur le radius par une incision du bord externe de l'avant-bras dans l'interstice des radiaux et de l'extenseur propre du pouce, au niveau de l'intervalle séparant l'insertion inférieure du rond pronateur de l'insertion du carré pronateur dont on désinsère, au besoin, les fibres supérieures. Après percement de deux trous à la distance convenable, trous destinés au passage ultérieur d'un fil d'argent, on résèque à la scie de Gigli 2 centimètres de radius. Puis, on aborde le bord postérieur du cubitus au tiers supérieur, on le perfore pour le passage des fils, et on en résèque 2 centimètres à un niveau plus élevé que celui de la résection radiale pour n'avoir pas les deux cals en juxtaposition. Puis on suture les fragments de chaque os l'un à l'autre.

Le premier allongement tendineux date de 1890; il est dû à Davidsohn. La première résection osseuse est de Garré, en 1895. Aujourd'hui, on compte 24 allongements tendineux, avec 2 améliorations légères, 13 améliorations notables et 4 bons résultats; dans 5 cas, résultat inconnu. Il n'y a que 15 résections osseuses avec 2 pseudarthroses, 1 légère amélioration, 7 améliorations notables et 4 bons résultats; 1 résultat inconnu.

L'allongement tendineux semble la méthode en vogue en Angleterre; en Allemagne, on est éclectique; en Amérique, on semble pencher vers la résection osseuse et attacher une importance primordiale à la libération des nerfs, ce qui est très justifié.

Un cas particulier est intéressant: Drehmann et Bradford ont trouvé, sous un fléchisseur superficiel dégénéré, un fléchisseur profond sain, avec lequel ils ont anastomosé les tendons du fléchisseur superficiel, avec un bon résultat dans les 2 cas; et c'est ce procédé de transplantation tendineuse que Thomas voudrait ériger en méthode de choix, oubliant apparemment qu'il n'y a pas toujours, ni même souvent, du muscle sain avec lequel anastomoser les tendons. Mais, quand cela est possible, cela est évidemment très satisfaisant.

Nous n'en disons pas autant de la ténotomie simple. La section complète du tendon n'est pas défendable. Elle redresse les doigts, mais abolit à tout jamais la fonction des fléchisseurs. Guérin, vers 1843, pratiqua 29 ténotomies sur la main du professeur Dubowiczi; les fonctions de la main furent perdues sans retour, dit Albert, qui relate le cas; le contraire eût bien étonné. Davies-Colley en 1898, Clarke en 1899 ont aussi sectionné les tendons et annoncent comme résultat que les doigts étaient en position normale, ce qui semble les contenter. Mais les mouvements des doigts étaient perdus. On ne voit pas bien ce que Davies-Colley veut dire quand il annonce que, chez son opéré, *tous* les mouvements des doigts étaient possibles, sauf ceux de flexion, naturellement perdus.

La ténotomie partielle, par incisions multiples latérales, comme on la pratique au tendon d'Achille, ne serait qu'un moyen indirect et inférieur d'allongement tendineux.

Mais il est des muscles pour lesquels la section complète sera le seul moyen d'action possible; nous voulons parler des muscles pronateurs quand leur participation empêche absolument la supination. On peut à la rigueur allonger le rond pronateur, mais pour le carré pronateur, rien de pareil n'est faisable; et dans un cas où la rotation du bras était impossible, même après allongement du rond pronateur, Barnard a simplement désinséré l'attache cubitale du carré pronateur, en incisant le long du bord postérieur de l'os, entre les fléchisseurs et le cubital postérieur. C'est évidemment la seule chose à faire dans les cas où la pronation extrême amène une gêne fonctionnelle considérable : désinsérer le carré pronateur et allonger le rond pronateur de manière à garder un muscle actif si possible.

Comme dans toute la chirurgie orthopédique, le traitement post-opératoire, massage et électricité, institué aussitôt que possible, a une grosse importance et il dépend beaucoup de l'intelligence et du soin avec lequel il sera appliqué. Mais, encore une fois, lorsqu'on considère les limitations du traitement, l'excellence très relative des meilleurs résultats, et qu'on se souvient de l'étiologie, on admet sans difficulté que la maladie de Volkmann-Leser est une affection très importante à connaître, à seule fin de pouvoir la prévenir et ne jamais plus l'observer.

BIBLIOGRAPHIE

1842-1843. *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. VIII, p. 129.
1850. HAMILTON. Cité par HILDEBRAND.
1869. R. VOLKMANN, *in* PITHA et BILLROTH. *Hand. Krank. d. Bewegung.*, t. II, p. 846.
1879. KRASKE. *Cent. f. Chir.*, p. 192. — MANNKOPF. *Erlenm. Cent.*, t. I, p. 258.

1881. Volkmann. *Cent. f. Chir.*, t. VIII, p. 801.
1882. Bus. *Inaug. dissert.*, Göttingen.
1884. E. Leser. *Volk. Samml. klin. Vert.*, n° 249.
1885. Sonnenkalb. *Deuts. med. Woch.*, t. XI, p. 273.
1888. Bernhardt. *Arch. f. Psych.*, t. XIX, p. 515. — Kobner. *Deuts. med. Woch.*, t. XIV, p. 186. — Petersen. *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXXVII, p. 675.
1889. Molitor. *Beit. z. klin. Chir.*, t. V, p. 447. — Nolte. *Allg. med. Cent. Zeit.*, t. LVIII, p. 24.
1890. Hildebrand. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, t. XXX, p. 98. — Niessen. *Deut. med. Woch.*, t. XVI, p. 796.
1891. Davidsohn. Th. d'Erlangen.
1892. Chvostek. *Jahrb. f. Psych.*, t. X, p. 255. — Pingel. Th. de Greifswald.
1893. Keferstein. Th. de Göttingen.
1894. Von Frey. *Wien. klin. Woch.*, t. VII, p. 417.
1895. Garré. *Deut. med. Woch.*, t. XXXI, p. 484. — Langer. *Jahrb. d. Wien. Krank.*, t. IV, p. 375.
1896. Battle. *Trans. Klin. Soc.*, t. XXIX, p. 241. — Henle. *Cent. f. Chir.*, t. XXIII, p. 441.
1897. Dunn. *Guy's Hosp. Gaz.*, t. XI, p. 11. — Kaempf. Th. de Berlin.
1898. Davies-Colley. *Guy's Hosp. Gaz.*, t. XII, p. 460. — Johnson. *Lancet*, t. I, p. 722. — Lorenz. *Nothnagel's Handb.* — Owen. *Lancet*, t. I, p. 722.
1899. Clarke. *Orthop. Surg.*, p. 49. — Herzog. *Beit. z. klin. Chir.*, t. XXIII, p. 643.
1900. Bernays. *Boston Med. and Surg. Journ.*, t. CXLII, p. 539. — Edington. *Glasg. med. Journ.*, t. LIV, p. 344. — Little-Lapinski. *Deut. Zeits. f. Nerv.*, t. XVII, p. 322. — Littlewood. *Lancet*, t. I, p. 290. — Page. *Lancet*, t. I, p. 83. — Thomson. *Glasg. Med. Journ.*, t. LIV, p. 190.
1901. Barnard. *Lancet*, t. I, p. 1138. — Nové-Josserand. *Soc. de chir. de Lyon*, 17 janv. — Schloffer. *Wien. klin. Woch.*, t. XIV, p. 24. — Vallas. *Soc. de chir. de Lyon*, 17 janv. — Wallis. *Practitioner*, t. LXVII, p. 429.
1902. Dudgeon. *Lancet*, t. I, p. 78. — Galloway. *Trans. amer. orthop. Assoc.*, t. XV, p. 195. — Hoynck. Th. de Bonn. — Riedinger. *Sitz. Berich. d. phys. med. Gesell. z. Wurzb.*, n° 3, p. 33. — Ward. *Lancet*, t. I, p. 372.
1903. Dudgeon. *Trans. Clin. Soc.*, t. XXXVI, p. 251. — Edington. *Glasg. Med. Journ.*, t. LIX, p. 417. — Hohn. *Deut. med. Woch.*, t. XXIX, p. 387. — Kriege. *Viert. f. gerich. med.*, Suppl. Heft, 55. — C. et F. Martin. *Cong. fr. de chir.*, t. XVI, p. 934. — Patel et Viannay. *Gaz. des hôpit.*, n° 55, p. 541.
1904. Drehmann. *Zent. f. phys. Ther.*, t. I, p. 257. — Lycklema a. Nyeholt. *Nederl. Tijds. f. Geneesk.*, t. I, n° 20. — Schramm. *Wien. med. Woch.*, t. LIV, p. 1253.
1905. Kob. Th. de Kœnigsberg. — Rowlands. *Lancet*, t. II, p. 1168. — Thomson. *Polycl.*, t. IX, p. 82. — Willmann. Th. de Giessen.
1906. Bardenheuer. *Leuthold's. Gedenschrift*, t. II, p. 87. — Cheinisse. *Semaine méd.*, p. 541. — Ferguson. *Ann. of Surg.*, t. XLIII, p. 599. — Hildebrand. *Samml. klin. Vort.*, N. F. 437, n° 122. — Roux. Assoc. des méd. de la Suisse romande, in *Presse méd.*, 1er déc.
1907. Boynton, *Journ. Amer. Med. Assoc.*, t. XLVIII, p. 1675. — Freeman. *Amer. Surg. Assoc.*, 1er mai. — *Surg. Gynec. and Obst.*, juillet. — Hoffmann. *Deut. med. Woch.*, t. XXXIII, p. 710. — Huntington. *Calif. Stat. Journ. of Med.*, t. V, p. 161. — Jones. *Amer. Journ. orthop. Surg.*, vol. V, n° 47. — Powers. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, t. XLVIII, p. 759.
1908. Quinby. *Bost. med. and. Surg. Journ.*, t. CLVIII, p. 281. — Denucé. *C. r. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, juillet. — Taylor. *Ann. of Surg.*, t. XLVIII, sept.
1909. Denucé. *Revue d'orthop.*, janv., p. 1. — Frœhlich (1). *Arch. gén. de chir.*, avril-mai, p. 349 (8 cas personnels très classiques quant à l'âge, au siège, au traitement). — Kathan. *New-York State Journ. of Med.*, p. 184 (1 cas, opérations, résultat médiocre). — Sayre (1). *Ibid.*, mai, vol. IX, n° 5, pp. 194-198 (1 cas traité orthopédiquement). — Thomas. *Ann. of Surg.*, mars, XLIX, n° 3, pp. 330-370. — Vivicorsi. Th. de Paris, 10 mars.

En outre, les références suivantes données par certains auteurs n'ont pu être vérifiées :

Alapy (cité par Drehmann);
König et Helferich (cité par Hildebrand);
Von Aberle (cité par Frœlich).

FORMULAIRE

POTION ET SIROP DE M. A. ROBIN POUR LE TRAITEMENT DE L'EMPHYSÈME ET DE LA BRONCHITE CHRONIQUE

1° Le malade tousse peu. Toux utile pour faciliter l'expectoration, qu'on fluidifie avec :

Oxyde blanc d'antimoine		1 gramme
Sirop d'ipéca	10 à	20 grammes
Alcoolature de racine d'aconit		XV gouttes
Sirop diacode		20 grammes
Teinture de noix vomique		X gouttes
Eau de laurier-cerise		5 grammes
Eau de tilleul		120 —

F. s. a. une potion

dont on prendra une cuillerée à soupe toutes les deux heures. (L'*oxyde blanc d'antimoine* et le *sirop d'ipéca* fluidifient les sécrétions bronchiques, rendent l'expectoration plus facile; l'*aconit* et le *sirop diacode* agissent comme dessiccateurs. La *noix vomique* excite les contractions des muscles bronchiques; l'*eau de laurier-cerise* masque le goût de la potion; l'*eau de tilleul* sert de véhicule.)

2° La toux violente est très fatigante. Le meilleur calmant est le *bromoforme*, associé à la *bryone*, à la *grindelia robusta* et à la *jusquiame*.

Bromoforme	XXV à LX gouttes
Teinture de bryone	*àâ* XXX gouttes
— de grindelia robusta	
— de noix vomique	
— de jusquiame	
Alcool	25 grammes
Sirop diacode	75 —
— d'écorce d'oranges amères	100 —

F. s. a. un sirop

dont on prendra deux cuillerées à soupe par jour, le plus loin possible des repas : au réveil et en se couchant. (*Bull. gén. de thér.*)

(1) Nous n'avons pu mettre à profit l'excellent travail de Frœhlich, non plus que celui de Sayre, qui ont été publiés quand cette revue était déjà terminée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉFORME DE L'AGRÉGATION.

M. Doumergue vient de soumettre au Conseil supérieur de l'Instruction publique, qui siège en ce moment, un projet d'arrêté modifiant *transitoirement* certaines dispositions du statut réglant le concours d'agrégation.

Voici ce que M. Doumergue dit, à ce sujet, dans l'exposé des motifs :

« Il a paru nécessaire d'ouvrir une enquête nouvelle aussi étendue et aussi approfondie que possible, au cours de laquelle seront recueillis les avis non seulement des membres du personnel enseignant, mais de tous ceux que désignent leur compétence spéciale, leur science, leur expérience professionnelle.

Mais en attendant les résultats de cette enquête qui peut être de longue durée, il était utile et opportun de modifier le statut de 1874 sur certains points où l'accord est à peu près complet et d'en faire en quelque sorte une mise au point. C'est ainsi que l'on propose d'augmenter le nombre des sections, augmentation qui est urgente et que tout le monde désire, d'instituer le tirage au sort du jury, la publicité des notes, la liste unique pour les sections qui ne comportent pas de services cliniques ».

Il s'agit donc, en l'espèce, non d'un projet de statut nouveau de l'agrégaton, mais d'une revision partielle et provisoire, puisqu'elle laisse — volontairement — de côté des questions capitales comme celle de la pérennité des fonctions d'agrégé et du caractère même de ces fonctions.

Le régime transitoire est basé principalement sur l'arrêté du 30 juillet 1887. Mais cet arrêté est modifié sur quelques points principaux, que voici :

En premier lieu, une réforme importante est celle des jurys. Les membres de ces jurys ne seront plus, comme ils l'étaient jusqu'ici, nommés par le ministre; ils seront tirés au sort parmi les professeurs titulaires des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie. Le ministre se réserve seulement le droit de nommer les présidents des jurys; ces présidents devront être choisis par lui parmi les jurés titulaires désignés par le sort.

Une autre réforme, non moins importante, donne satisfaction à de nombreuses demandes. L'agrégation de médecine ne comportait que trois sections : sciences zoologiques, médecine générale, chirurgie et accouchements. Beaucoup trouvaient qu'il y aurait lieu d'augmenter considérablement le nombre de ces sections, afin de permettre une plus grande spécialisation des candidats et de favoriser leur activité scientifique.

Le projet du ministre, tel qu'il a été approuvé par la section permanente du conseil supérieur de l'Instruction publique, porte le nombre des sections de 3 à 14. En voici la liste :

1. Anatomie et embryologie. — 2. Histologie. — 3. Physiologie. — 4. Parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine. — 5. Microbiologie. — 6. Physique biologique et médicale. — 7. Chimie biologique et médicale. — 8. Matière médicale et pharmacodynamie. — 9. Médecine générale, comprenant la pathologie générale, la pathologie interne, l'anatomie pathologique, la thérapeutique, l'hygiène, la médecine légale, la médecine expérimentale et comparée, la clinique médicale, les maladies du système nerveux, les maladies mentales, les maladies cutanées et syphilitiques, la médecine infantile. — 10. Chirurgie générale, comprenant la pathologie externe, la clinique chirurgicale, la gynécologie, les maladies des voies urinaires, la chirurgie infantile et orthopédie. — 11. Obstétrique. — 12. Ophtalmologie. — 13. Oto-rhino-laryngologie. — 14. Pharmacie.

Dans sa séance d'hier, la commission a augmenté encore le nombre de ces sections; elle a distrait de la section de « médecine générale » l'anatomie pathologique, et en a fait la matière d'une section particulière.

Une troisième réforme décide que chacune des épreuves des candidats sera cotée par un chiffre après discussion du jury et après chaque épreuve. De plus, le point obtenu par chaque candidat sera affiché.

Enfin, la liste de présentation au ministre sera établie par le jury par ordre de mérite, le mérite étant déterminé mathématiquement par les points obtenus. Cette liste ne peut comprendre plus de noms qu'il n'y a de places mises au concours, mais elle peut en comprendre moins, si le résultat des épreuves est jugé insuffisant par le jury de la section.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique clinique de la syphilis (1), par E. Emery et A. Chatin.

Les récentes découvertes dont vient de bénéficier l'étude de la syphilis peuvent permettre d'espérer l'avènement proche de méthodes thérapeutiques étiologiques; s'il en était ainsi, comme le disent les auteurs, le moment pourrait sembler mal choisi pour publier ce traité. Mais malheureusement ni la vaccination préventive, ni la sérothérapie ne peuvent être encore appliquées à la thérapeutique de la syphilis et ces problèmes seraient-ils résolus qu'il faudrait encore, pour prouver l'efficacité de ces méthodes, l'indispensable consécration d'un temps très long. Aussi le traitement de la syphilis reste-t-il ce qu'il était, et MM. Emery et Chatin nous en donnent dans ce volume un exposé très pratique et très complet.

Dans une première partie ils passent en revue l'hygiène du syphilitique, l'influence des états morbides et des maladies locales, le rôle préventif du mercure et son action sur l'économie, les accidents dus au mercure (stomatites, entérites, néphrites, anémie, etc.), puis les divers modes d'administration de ce médicament, les avantages et inconvénients des différents modes de traitement. Plusieurs chapitres d'une grande utilité pratique sont consacrés au choix du mode d'administration du mercure, à la direction générale du traitement, à l'utilité des eaux minérales, au traitement ioduré et enfin à l'emploi de l'atoxyl que les auteurs considèrent comme très inférieur au traitement mercuriel et souvent dangereux.

Dans une deuxième partie MM. Emery et Chatin passent en revue les divers traitements à opposer à chaque accident : le chancre, les accidents secondaires et tertiaires, la syphilis bucco-pharyngée, les leucoplasies, la syphilis du nez et des fosses nasales, du larynx, des yeux, celle des viscères : foie, rein, système nerveux. Ils terminent par la thérapeutique de la syphilis héréditaire.

Dans cet ouvrage très complet et impartial, grâce à leur compétence toute spéciale, les auteurs nous donnent un exposé des différents procédés thérapeutiques appliqués à l'heure actuelle à la syphilis et guident le praticien dans le choix de la méthode ou du médicament le mieux approprié aux multiples manifestations de la maladie et aux conditions si diverses des malades.

P. Ravaut.

(1) 1 vol. gr. in-8, de 639 pages. — Paris, Masson, 1909.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — Le ministre de la Guerre a décerné les récompenses suivantes à l'occasion d'épidémies ayant sévi sur l'armée :

Médailles d'argent. — M. le médecin principal de deuxième classe Petit, à l'hospice de Saint-Mihiel.

MM. les médecins-majors de première classe Pailloz, à l'hospice de Saint-Mihiel; Laine, au 40e d'artillerie; Vitoux, au 161e d'infanterie.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. — Une roumaine ayant été condamnée par les tribunaux hongrois pour avoir dit « à des enfants roumains dans une école roumaine, qu'ils avaient le droit et le devoir de cultiver leur langue maternelle », les médecins roumains ont décidé de ne pas prendre part au Congrès international de médecine de Budapest.

L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS. — Le Conseil municipal de Paris vient d'adopter dans une de ses dernières séances le projet suivant de délibération présenté par la 4e Commission et relatif à la réorganisation du service de l'inspection médicale des écoles de la ville de Paris.

« ARTICLE PREMIER. — Le service de l'inspection médicale des écoles de la ville de Paris sera réorganisé sur les bases suivantes.

Ce service comprendra l'inspection des écoles maternelles et primaires élémentaires, des écoles primaires supérieures et des écoles professionnelles.

Les attributions des médecins inspecteurs, qui exerceront leur fonction à l'exclusion de tous autres médecins spécialistes, comprendront :

1° La surveillance hygiénique des bâtiments et du mobilier scolaire;

2° La prophylaxie des maladies transmissibles;

3° L'examen individuel des enfants à l'entrée à l'école;

4° L'établissement de la fiche sanitaire individuelle pour les enfants au-dessus de six ans;

5° Des visites réglementaires hebdomadaires des écoles municipales;

6° La visite mensuelle des écoles privées;

7° La revaccination des enfants des écoles publiques.

ART. 2. — Chaque circonscription d'inspection comprendra environ 1.000 enfants; toutefois une exception pourra être faite pour les écoles réunies dans un même bâtiment et dont le nombre dépasserait ce chiffre.

ART. 3. — Le nombre des circonscriptions sera de 210.

ART. 4. — La présente organisation sera mise en vigueur à partir du 1er janvier prochain. »

Enfin, pour compléter ce projet de délibération, le Conseil municipal a encore adopté les trois autres projets de délibération suivants :

Premier projet. — « ARTICLE PREMIER. — Le traitement des médecins inspecteurs sera porté à 1200 francs, à partir de la mise en vigueur de la nouvelle organisation.

Ils sont recrutés au concours sur une liste de candidats arrêtée par le préfet.

Les médecins inspecteurs du cadre actuel conservent leurs fonctions.

ART. 2. — Le programme et l'organisation du concours seront préparés par l'administration et soumis dans le plus bref délai au Conseil municipal. »

Deuxième projet. — « ARTICLE PREMIER. — Il est créé une commission d'hygiène scolaire composée de conseillers municipaux, d'hygiénistes, de membres de l'administration, d'instituteurs et de médecins inspecteurs des écoles.

ART. 2. — L'administration est invitée à présenter au Conseil municipal un projet d'organisation de ladite commission le plus tôt possible.

ART. 3. — L'administration est invitée à demander la participation de l'Etat dans les frais d'inspection médicale des écoles municipales. »

Troisième projet. — « Le crédit de 100 890 francs figurant au chapitre 19, article 2, du budget communal de l'exercice 1909 sera porté, pour 1910, à 252000 francs, afin d'assurer le fonctionnement de l'inspection médicale des établissements d'enseignement primaire de la ville de Paris et des écoles privées, tel qu'il a été prévu par les délibérations du Conseil municipal.

Le nécessaire sera fait pour l'inscription de ladite somme de 252 000 francs au budget de l'exercice 1910. »

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Des trains d'excursion auront lieu chaque dimanche, jusqu'au 19 septembre inclus, entre Paris, Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour : Fontainebleau, 2e classe, 4 fr. 50; 3e classe, 3 fr.; Moret, 2e classe, 5 fr. 50; 3e classe, 3 fr. 50. — Départ de Paris à 7 h. 25 matin. Arrivée : à Fontainebleau, 8 h. 40 matin; à Moret, 8 h. 55.

Retour par tous les trains du dimanche dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires. — Nombre de places limité. — Franchise de 30 kilos de bagages par place.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 1, janv. 1909.) DUVAL : Type unique d'appareil pour fractures par coup de feu du membre inférieur. — FÉVRIER : Pleurésie purulente double. — VAILLARD : Sur l'emploi de la sérothérapie dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. — MAINGUY : De l'anesthésie par la cocaïne associée à la scopolamine-morphine. — (N° 2, fév.) LANNE : Contribution à l'étude de la chirurgie des gros troncs veineux. — TRICOT : Un cas de peste bubonique à forme atténuée. — ALBOUZE : Fracture sus-condylienne de l'humérus. — PAILLOZ : Une épidémie de scarlatine à Saint-Mihiel. — COURTOT et DOPTER : Diphénylamine. Son action sur l'organisme. — LALANDE : Appareil improvisé pour le transport des blessés au poste de secours. — (N° 3, mars.) DE LIDESSART : Sur les avantages de la cure radicale de la hernie. — VALLOIS et FOLLY : Hydrocèle enkystée du cordon. — LABANOWSKY : Corps étranger de la portion cervicale de l'œsophage. — TARTAVEZ : Occlusion intestinale aiguë par flexion d'une anse grêle. — ROMIEU : Contribution à l'étude de l'éclairage du champ de bataille. — COINDREAU : Autopsie et service de santé en campagne. — (N° 4, avril.) VILLEDARY et TERSEN : Des formes foudroyantes de l'œdème de la glotte. — CAILLE DU BOURGUET : Quelques observations de paludisme en Corse. — QUERLEUX : Sur l'empoisonnement par la coloquinte. — DE SAINT-VINCENT DE PAROIS : Sur l'installation et l'aménage-

ment des tentes à l'infirmerie indigène d'Aïn-Sfa. — (N° 5, mai.) RUOTTE : Du drainage périnéal des abcès de la cavité de Retzius. — TRICOT : Contribution à l'étude et au traitement des luxations antérieures du semi-lunaire. — DESSE : La hernie traumatique du poumon. — DOCHE : Les intoxications par les huîtres. — BONNETTE : Nouveau procédé de ventilation nocturne des chambres. — MOUTTET et GRENIER : Organisation et fonctionnement du dépôt de convalescence du lazaret de Carthage.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 avril 1909.) THEUVENY : De l'emploi de l'argent colloïdal dans l'infection puerpérale. — (8 mai.) Ch. JULLIARD : Des conditions favorables à la réussite des greffes de Tiersch. — (15 mai.) HARCKMANN : Vues nouvelles sur la physique biologique d'après les théories ioniques. — (23 mai.) HARCKMANN : Vues nouvelles sur la physique biologique d'après les théories ioniques (*fin*).

Clinique. — (N° 27, 2 juillet 1909.) E. LESNÉ et L. DREYFUS : De l'anaphylaxie. — G. LUYS : Perforation de la vessie par un abcès de la fosse iliaque droite. — DE GIOVANNI : Sur l'artério-sclérose. — (N° 28, 9 juillet.) MONTEUUIS : Les calories sont la fausse monnaie de l'économie nutritive. — PAUCHET : Phlegmons de l'aisselle, leur traitement. — SÉGARD : Aortites, athérome et anévrisme aortiques d'origine syphilitique. — RUDAUX : Dystocie par excès de volume de l'abdomen fœtal. — C. RŒDERER : Les exercices physiologiques de respiration dans le traitement de la pleurésie séro-fibrineuse. — A. ROBIN : Traitement de l'intoxication saturnine.

Écho médical du Nord. — (N° 17, 25 avril 1909.) Jean MINET et F. LAVOIX : La mort suite de ponction lombaire. — (N° 18, 2 mai.) DELÉARDE et A. PAQUET : La sérothérapie de la chlorose et de certaines anémies symptomatiques. — (N° 19, 9 mai.) GUI et PAUCOT : Fonctionnement d'une consultation obstétricale du bureau de bienfaisance de Lille. — VANVERTS : A propos des abcès artificiels (abcès de fixation) dans l'infection puerpérale. — LOOTEN et Ch. FONTAN : Un nouveau cas de luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant. — (N° 20, 16 mai.) VERDUN et BRUYANT : Note sur un cas assez curieux de parasitisme accidentel chez l'homme. — GUGELOT : Méningite tuberculeuse à forme cérébro-spinale et à évolution prolongée. — MAUPATÉ et M. DESRUELLES : Un cas de paralysie générale précoce. — (N° 21, 23 mai.) J. VANVERTS : Hématome anévrismal diffus, consécutif à une rupture spontanée de l'artère radiale chez un homme atteint d'hémophilie et d'insuffisance aortique. — BETTREMIEUX : Traitement du strabisme, suivant la tactique consistant à opérer l'œil qui ne louche pas. — (N° 22, 30 mai.) G. RAVIART et R. CANNAC : 28 cas nouveaux d'idiotie avec autopsie.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 17, 25 avril 1909.) SÉRÉGÉ : Sur l'existence de constantes anatomo-pathologiques et cliniques affirmant l'indépendance anatomique et fonctionnelle des lobes du foie (*suite*). — (N° 18, 2 mai.) SÉRÉGÉ : Sur l'existence de constantes anatomo-pathologiques et cliniques affirmant l'indépendance anatomique et fonctionnelle des lobes du foie (*suite*). — SABRAZÈS et DUPÉRIÉ : Thiomine picriquée après imprégnation argentique des spirochètes. — DUVERGEY : Appendicite chronique à forme obstructive par vice de position iléo-cæcale. — Paul LEMAIRE : Indications sur diverses prescriptions médicales à propos du nouveau Codex. — (N° 19, 9 mai.) H. SÉRÉGÉ : Sur l'existence de constantes anatomo-pathologiques et cliniques affirmant l'indépendance anatomique et fonctionnelle des lobes du foie (*suite*). — SABRAZÈS : Procédé de coloration hématologique cytologique et bactériologique par les solutions de bleu de méthylène de concentration variable sur préparations sèches non fixées. Application à la mise en évidence des grains polaires du bacille diphtérique (5e note). — SABRAZÈS, K. E. ECKENSTEIN et L. MURATET : Septico-pyohémie tuberculeuse. Présence du bacille dans le sang circulant. — Paul LEMAIRE : Indications sur diverses prescriptions médicales à propos du nouveau Codex (*suite*). — (N° 20, 16 mai.) SÉRÉGÉ : Sur l'existence de constantes anatomo-pathologiques et cliniques affirmant l'indépendance anatomique et fonctionnelle des lobes du foie (*fin*). — P. LEMAIRE : Indications sur diverses prescriptions médicales à propos du nouveau Codex (*suite*). — (N° 21, 23 mai.) H.-Louis ROCHER : Considérations sur la tuberculose inflammatoire. Mal de Pott lombaire. Rhumatisme tuberculeux. Genu valgum. — P. LEMAIRE : Indications sur diverses prescriptions médicales à propos du nouveau Codex (*suite*). — FAIVRE : Note sur un cas de tricophobie. — (N° 22, 30 mai). H.-L. ROCHER : Considérations sur la tuberculose inflammatoire. Mal de Pott lombaire. Rhumatisme tuberculeux. Genu valgum (*fin*). — P. LEMAIRE : Indications sur diverses prescriptions médicales à propos du nouveau Codex (*fin*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 17, 25 avril 1909.) P. BÉGOUIN : Le sphacèle des fibromes interstitiels non exposés; sa nature aseptique, son origine vasculaire. — LAFAGE : Sur une forme atypique de la paralysie générale. — (N° 18, 2 mai.) MATIGNON : De l'utilité de l'examen fonctionnel de l'intestin dans les entéropathies par les régimes d'épreuve. — CHAVANNAZ et NADAL : Cancer du sein. — (N° 19, 9 mai.) P. LEMAIRE : Les solutés officinaux de caféine et leur danger. — (N° 20, 16 mai.) Ch. MONGOUR : Traitement rationnel de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. Nouvelle conception sur la physiologie pathologique de l'épanchement. — C. CABANNES : Contribution à l'étude de la trépanation dans les tumeurs cérébrales, avec stase papillaire ou névrite optique. — (N° 21, 23 mai.) L. BARTHE : La santé publique menacée par la diffusion des toxiques. — P. VERGELY : Phénomène de la chair de poule localisé à la région hépatique enflammée. — (N° 22, 30 mai.) A. FRAIKIN et GRENIER DE CARDENAL : Les principes du traitement de la scoliose. — NADAL : Epithélioma primitif du tiers inférieur de l'urètre chez une femme.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 16, 22 avril 1909.) GRUNDSCHEID, G. DANIEL et A. VAN WEYENBERG : Gymnastique dans les classes. Gymnastique eurythmique. — (N° 17, 29 avril.) H. COPPEZ : A propos d'un procès récent. — ROUFFART : Le cancer des organes génitaux de la femme. — (N° 18, 6 mai.) G. BOUCHÉ : La responsabilité des épileptiques. — (N° 19, 13 mai.) LE CLERC-DANDOY : Dilatation électrolytique des rétrécissements filiformes de l'urètre. — (N° 20, 20 mai.) CONSTANT : Un cas d'insuffisance mitrale passagère due à l'uricémie. — (N° 21, 27 mai.) CANTINEAU : L'ionisation et ses applications. — Marcel BREUER : Diagnostic et symptomatologie du cancer de l'estomac.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 17, 24 avril 1909.) PIET : De l'amputation immédiate dans les écrasements des membres.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 5, 15 mars 1909.) Pol GOSSET : Les sages-femmes du pays rémois aux XVIIe et XVIIIe siècles. — (N° 6, 30 mars.) Pol GOSSET : Les sages-femmes du pays rémois aux XVIIe et XVIIIe siècles (*fin*). — (N° 7, 15 avril.) CONSTANT : L'accès de goutte. A quel moment faut-il donner la colchique? — (N° 8, 30 avril.) H. MENU : Bibliographie médicale. — (N° 9, 15 mai.) O. GUELLIOT : Circulus vitiosus, occlusion duodénale et dilatation aiguë de l'estomac.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819 52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — La médaille d'or du concours de l'internat a été attribuée à M. Loubat.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Fockenberghe est nommé médecin de première classe.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Mook (de Paris) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'argent a été décernée à M. le docteur Thévenet (de Voreppe) et la médaille de bronze à M. le docteur Bourgain (de Boulogne-sur-Mer).

LA RÉFORME DES ÉTUDES PHARMACEUTIQUES. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique s'est occupé de la réforme des études en vue du diplôme de pharmacien.

Les études durent cinq années, une année de stage dans une officine et quatre de scolarité.

Pour être élu stagiaire il faudra avoir seize ans et être bachelier de l'enseignement secondaire. Aucune dispense de stage ne sera accordée.

Les stagiaires qui justifieront d'une année complète de stage subiront un examen probatoire.

Pendant les quatre années de scolarité, les candidats prendront seize inscriptions trimestrielles. Ils subiront trois examens de fin d'année et trois examens probatoires.

Le nouveau régime entrera en vigueur le 1er novembre 1910. Les stagiaires ayant accompli plus d'une année de stage le 1er novembre 1911 pourront opter pour le nouveau régime qui demeurera seul en vigueur le 1er novembre 1917.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — La XIIIe session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 7 au 9 octobre 1909, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : *Des calculs de l'uretère.* — Rapporteur : M. Jeanbrau (de Montpellier).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue La Boëtie, Paris (VIIIe).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — Hôpital Necker (docteur Emile Sergent). — Tous les matins à 10 heures, du 10 août au 10 septembre : exercices de médecine pratique : examen des malades du service. Discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques.

Les élèves seront interrogés individuellement et exercés dans l'art de formuler et de rédiger une ordonnance.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Henri Dandieu (de Paris) et Michalowicz (de Parçay).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Compagnie parisienne des couleurs d'aniline, créatrice de l'antipyrine, du pyramidon et de tant d'autres produits qui ont enrichi, ces dernières années, l'arsenal pharmaceutique, a eu l'ingénieuse idée de réunir dans un élégant petit livre la liste de ses produits les plus intéressants. Ce petit ouvrage est en quelque sorte le « Codex » de ses médicaments.

Ce petit livre sera consulté avec le plus grand fruit par les praticiens et les pharmaciens qui n'auront qu'à en faire la demande à la Compagnie de couleurs d'aniline, à Creil.

Etudes anatomo-cliniques (cœur, vaisseaux, poumons), par le docteur Raymond Tripier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. In-8 raisin de XVI-604 p. avec 32 fig. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Steinheil.

Les Fugues et le Vagabondage, par le professeur Joffroy et le docteur R. Dupouy, avec une préface de M. le docteur G. Deny, médecin de la Salpêtrière. In-8. — Prix : 7 francs. — Paris, F. Alcan.

FRACTURE DU CINQUIÈME MÉTATARSIEN

(CONSIDÉRATIONS SUR SON MÉCANISME)

Par M. SALVA MERCADÉ,
Ancien interne, médaille d'or des hôpitaux.

Au temps de Malgaigne, la fracture des métatarsiens était considérée comme très rare. Cet auteur n'en avait observé que trois ou quatre cas sur un total de 2.328 fractures. En réalité, ces fractures sont bien plus fréquentes qu'on ne le pensait autrefois. La radiographie est venue de nos jours faire table rase de toutes les affections décrites jadis comme entorse métatarsienne (Breithaupt), inflammation des tendons du pied, ostéopériostite rhumatismale des métatarsiens (Poulet), périostite de fatigue (Laub), inflammation périosto-arthritique du pied (Martin), tumeur du pied (Schulte), pied forcé (Nimier), etc. L'histoire contemporaine des fractures des métatarsiens doit s'augmenter de tous ces cas bizarres qui n'étaient en réalité que des erreurs de diagnostic. Chaque fois qu'on sera tenté aujourd'hui de penser à une de ces multiples affections, il sera prudent de recourir d'emblée à la radiographie qui, le plus souvent, permettra de reconnaître une fracture du métatarse.

Le cas que nous désirons rapporter en est un des meilleurs exemples; il avait été diagnostiqué entorse métatarsienne, déplacement de tendon. Après avoir écouté le récit du malade et examiné attentivement le pied, nous n'eûmes pas de peine à reconnaître une fracture de la base du cinquième métatarsien. La radiographie faite très obligeamment par notre ami, le docteur Gastou, confirma notre diagnostic.

S. A., dix-huit ans, robuste et bien portant, ne présentant aucun antécédent pathologique, courait dans un hall, le 9 décembre 1908, chaussé de souliers découverts, quand il ressentit, tout à coup, une douleur très violente sur la face externe du pied droit. A l'examen direct on ne constata rien d'anormal et le malade put faire une heure de bicyclette. En rentrant, son pied très douloureux était considérablement tuméfié, surtout au niveau du bord externe et de la face dorsale. La douleur était assez vive; elle siégeait entre le quatrième et le cinquième métatarsien. Sur la face externe du pied, à égale distance de l'orteil et du talon, on constata une petite tache rouge. On posa le diagnostic de déplacement d'un tendon ou peut-être d'entorse et on le traita par des compresses humides chaudes.

La première nuit fut très pénible. La douleur prit des caractères très aigus. Le lendemain, le pied était tuméfié, noirâtre dans sa moitié externe. Le malade garda le lit pendant quarante-huit heures. La douleur spontanée cessa rapidement. Pendant une semaine on le traita par l'application de compresses chaudes et le repos relatif, puisqu'on l'autorisa à se lever et à circuler à l'aide de deux cannes. L'œdème et les ecchymoses ayant disparu le 16, on ordonna au malade de marcher, tout étant fini, lui dit-on. Les essais de marche furent pénibles; la douleur avait disparu, mais le malade boitait et se fatiguait très vite.

C'est dans cet état qu'il vint nous consulter le 22 décembre, c'est-à-dire treize jours après l'accident. Le pied ne présentait aucune saillie anormale, aucune déformation. Les mouvements de flexion et d'extension s'exécutaient facilement; le jeu des tendons n'était entravé en rien. A la palpation on ne constatait aucune irrégularité osseuse, aucune tuméfaction, mais on trouvait de la mobilité anormale à la base du cinquième métatarsien, en immobilisant entre le pouce et l'index l'extrémité postérieure de l'os et en imprimant des mouvements au fragment antérieur. Cette manœuvre déterminait une légère douleur, mais ne produisait aucune crépitation.



FIG. 1. — *Radiographie due à l'obligeance de M. Gastou.*

Nous faisons le diagnostic de fracture de la base du cinquième métatarsien et en demandons la confirmation à notre ami le docteur Gastou qui, très aimablement, nous a adressé la radiographie ci-dessus (fig. 1).

Voilà donc une fracture du cinquième métatarsien survenue chez un adolescent sans cause prédisposante quelconque.

La fracture siège à la base du métatarsien; elle est isolée.

Elle est de cause indirecte incontestable, aucun choc, aucune action directe n'étant intervenus.

C'est donc une fracture classique, quoique très rare, de la base du cinquième métatarsien, dans laquelle l'os se brise à l'union de la base et du corps. Il n'y avait pas de déplacement des fragments; la fracture était donc dans les meilleures conditions pour être traitée par le repos et le massage, ce qui fut fait; comme le montre la deuxième radiographie (fig. 2), en huit jours, la solution de continuité avait disparu sur la partie interne de la base du métatarsien. On n'aperçoit plus qu'une encoche insignifiante sur le bord externe du métatarsien. Cliniquement la fracture semble consolidée.

A l'occasion des fêtes du jour de l'an, le repos absolu n'est plus observé et, le 4 janvier, nous constatons de nouveau de la mobilité anormale. Nous immobilisons alors le membre pendant 10 jours dans un appareil plâtré sans résultat. A la levée de l'appareil il existe encore de la mobilité anormale et du craquement. Nous reprenons le massage et exigeons le repos absolu dans un bandage ouaté entre cha-

que séance. En dix jours la consolidation était obtenue.

Nous voulons revenir, à l'occasion de cette observation, sur le mécanisme des fractures indirectes du cinquième métatarsien.

Il est admis actuellement que ces fractures se produisent par une brusque contraction musculaire du court péronier latéral. M. Massacré (1), dans une thèse récente très complète sur les fractures des métatarsiens, décrit en ces termes le mécanisme de la fracture indirecte du cinquième métatarsien.

« C'est par une contraction musculaire véritablement active que se produit la fracture indirecte des métatarsiens extrêmes (surtout du cinquième). Le sujet glissant en avant, par exemple, le pied se trouve placé en extension forcée; il en résulte une violente traction exercée par le court péronier latéral (pour le cinquième métatarsien). En même temps, voulant rétablir l'équilibre détruit de son corps, le sujet contracte vigoureusement tous ses muscles, surtout du côté où le pied a glissé. Le court péronier latéral tire brusquement sur l'apophyse du cinquième métatarsien, qu'il tend à porter en arrière, puis en haut et en dedans. Mais le métatarsien est fixé; son extrémité postérieure ne peut reculer parce qu'elle est fortement appuyée contre le cuboïde. En outre, il est fixé contre le sol à son extrémité phalangienne et il se trouve immobilisé par les muscles qui viennent s'insérer sur lui. De plus, comme le tendon, trop solide, ne peut ni se rompre, ni s'arracher, c'est l'os qui est obligé de céder en son point le plus faible, c'est-à-dire à la base de l'apophyse. »



Fig. 2. — *Radiographie due à l'obligeance de M. Gastou.*

Que certaines fractures du cinquième métatarsien résultent de ce mécanisme, le fait est incontestable. Mais ce sont alors des arrachements tubérositaires et non la fracture classique de la base du cinquième métatarsien. Nous savons, en effet, que l'extrémité tarsienne du cinquième métatarsien se termine en dehors par un tubercule saillant sur lequel s'insère le tendon du muscle court péronier latéral. Ce tubercule, dont l'indépendance a été notée par certains auteurs, a été décrit par Pfitzner comme un osselet primitivement distinct du cinquième métatarsien (os Vesalianun). Il est donc tout naturel d'admettre que ce tubercule puisse être facilement arraché par une contraction violente du muscle court péronier latéral. Mais c'est oublier la situation de la base du cinquième métatarsien et la puissance des ligaments qui l'unissent au cuboïde et même aux métatarsiens voisins que d'admettre qu'une simple contraction musculaire puisse détacher la base de l'apophyse.

En outre, si nous analysons toutes les observations de la thèse de M. Massacré, dans lesquelles il est question de fracture du cinquième métatarsien, nous ne trouvons dans aucune le mécanisme décrit par l'auteur.

Au contraire, il s'agit toujours d'un sujet posant le pied à faux sur le sol, faisant supporter tout le poids du corps par le bord externe de la plante du pied.

Le mécanisme de ces fractures du cinquième métatarsien nous paraît donc beaucoup plus simple qu'on n'a voulu le dire jusqu'ici.

Dans certains cas, il est certain que le tubercule du cinquième métatarsien, mais le tubercule seul, peut être arraché par une contraction violente du court péronier latéral, le pied étant dévié en dedans.

Mais le plus souvent la fracture se produit par flexion. Lorsque dans un faux pas le pied n'appuie sur le sol que son bord externe, les muscles fléchisseurs du cinquième orteil se contractent énergiquement pour abaisser et appuyer l'orteil contre le sol. Tout l'arrière-pied est soulevé par la contraction du triceps sural, des fléchisseurs et des péroniers. La base du cinquième métatarsien, très solidement fixée par de forts ligaments au cuboïde et aux métatarsiens voisins est entraînée par le soulèvement du pied en haut. Tout le poids du corps repose alors sur le talon antérieur externe, c'est-à-dire sur la tête du cinquième métatarsien. L'os trop fragile se brise au niveau de son point le plus faible, c'est-à-dire à sa base.

Le cinquième métatarsien est en somme un levier, qui se brise entre son point d'appui représenté par la tête de l'os et la puissance représentée par la contraction du triceps transmise, par les ligaments qui fixent la base du cinquième métatarsien au squelette du tarse et par celui du court péronier latéral.

(1) R. Massacré. *Contribution à l'étude des fractures des métatarsiens.* Th. de Paris, 1908.

DE
L'ÉDUCATION PHYSIQUE (1)

Par le général Fr. CANONGE,
Docteur en médecine.

III

Etudions maintenant le mouvement dont un vaillant lutteur, le docteur Tissié, de Pau, a été l'instigateur en France : sérieusement battue en brèche, la méthode amorosienne a été, grâce à lui, frappée à mort. Plus récemment, joignant ses efforts aux siens, le lieutenant-colonel breveté Coste a joué à son tour, dans l'armée, un rôle tout personnel.

Au titre de l'Education physique, trois écoles existent actuellement en France : l'école amorosienne, l'école suédoise, l'école française ou éclectique.

1° Ecole amorosienne. — Cette école, que l'on dénomme aussi *empirique*, a été fondée par le colonel Amoros venu d'Espagne en France, vers la fin de l'année 1813, avec le roi Joseph qui avait fait de lui un ministre de l'Intérieur. Aimablement accueilli chez nous, soutenu par le maréchal Soult, il en profita pour introduire en France, vers 1819, les exercices gymnastiques qu'il avait déjà expérimentés en Espagne : ses études remontaient à 1792, alors qu'il luttait contre nous; plus tard, il avait fondé à Madrid un gymnase sur le modèle de celui de Pestalozzi. En réalité, après avoir largement utilisé les travaux du Suisse Clias, il démarqua la gymnastique *allemande* avec agrès de Jahn, et, faisant preuve tout au moins d'habileté, il la décora du nom de « gymnastique française ».

Il fonda, en 1819, à Grenelle, la première école normale de gymnastique à la fois civile et militaire; elle fonctionna jusqu'en 1837.

Il a publié un grand nombre d'écrits relatifs à la gymnastique, parmi lesquels, en 1830, un *Manuel d'éducation physique, gymnastique et morale* qui, réserve expresse faite sur la méthode elle-même, n'est certes pas l'œuvre du premier venu. On lira encore avec intérêt les pages consacrées à des souvenirs historiques bien choisis dispersés dans les chapitres VI, VII, VIII, X, XIV, XX, XXVIII et XXXI; le « Sommaire du cours de physiologie gymnastique », professé par le docteur Camille Broussais, mérite aussi d'être rappelé, tout au moins à titre de curiosité.

Amoros était mort depuis cinq ans (2) lorsque fut créée l'Ecole normale de gymnastique et d'escrime de Joinville-le-Pont, où sa méthode continua à être appliquée.

En somme, Amoros a ouvert la voie à l'*acrobatie* par les exercices de suspension au trapèze, aux anneaux, à la barre fixe, c'est-à-dire à un *sport aérien à poids lourd* ne pouvant convenir qu'à une élite de jeunes gens.

« De suspension et d'effort sur les bras avec soulèvement du corps », cette méthode contribue, ainsi que l'a dit le docteur Ph. Tissié, qui l'a maintes fois victorieusement réfutée, à resserrer la cage thoracique et à violenter le diaphragme « en immobilisant les côtes pour le point d'appui fixe à prendre sur les bras ».

En désaccord complet avec les bases scientifiques posées au début de ce travail, cette méthode est donc à écarter. L'auteur de ces lignes n'hésite pas à se prononcer nettement contre elle après l'avoir suivie, par ordre, de 1855 à 1899 et, plus particulièrement, à partir de 1885 comme chef de corps et commandant de brigade; il est, on peut le croire, désintéressé et ne s'est rendu que dans ces dernières années à l'évidence, après avoir posément et minutieusement étudié les travaux de ses partisans et ceux du docteur Ph. Tissié.

2° Ecole suédoise. — Ling se proposa, nous l'avons indiqué, de demander à la gymnastique, judicieusement comprise, le moyen de combattre l'affaiblissement progressif de la race suédoise sous la double influence de la tuberculose et de l'alcoolisme.

Le secret de l'adoption relativement rapide et de la diffusion grandissante de sa méthode est simplement que, à l'encontre de la précédente, elle remplit pleinement les conditions scientifiques fondamentales exigées.

Ling eut, avant de mourir, la joie de constater que, malgré le peu de temps écoulé depuis l'application de sa méthode — vingt-six ans à peine — ses efforts généreux et persévérants commençaient à porter leurs fruits. Aujourd'hui, malgré certaines dénégations à l'appui desquelles on n'a pas donné des preuves suffisantes, la démonstration est complète. Voici ce que dit à ce sujet le docteur Ph. Tissié (1) :

La durée de la vie en Suède a augmenté de neuf ans au cours du XIXe siècle. Elle était de 41 ans de 1816 à 1848 et de 50 ans de 1881 à 1891.

La mortalité est tombée, de la période de 1816-1840 à celle de 1891-1892, de 22,26 à 16,27 p. 1.000 dans les campages et de 34,44 à 18,05 dans les villes.

Les chiffres suivants prouvent que la gymnastique respiratoire est un des meilleurs agents hygiéniques utilisés en Suède dans la lutte contre la tuberculose pulmonaire. Les décès par cette cause étaient, en 1751, de 24 p. 100; en 1774, de 17 p. 100; en 1829, de 32 p. 100; en 1830, de 28 p. 100. Pour la période de dix ans, de 1761 à 1770, ils étaient de 20 p. 100; de 1821 à 1830, de 27 p. 100. A partir de 1830 et surtout dans la seconde moitié du XIXe siècle, la gymnastique de Ling est méthodiquement appliquée dans les écoles : de 1891 à 1900, les décès par tuberculose ont été, par an, de 2,99 à 2,50 p. 100 dans

(1) Suite. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 79, p. 1003.

(2) Sur son tombeau, au cimetière du Montparnasse, on lit : AMOROS, FONDATEUR DE LA GYMNASTIQUE EN FRANCE MORT EN REGRETTANT DE N'AVOIR PU FAIRE PLUS POUR ELLE A CAUSE DES OBSTACLES QU'ON LUI A SUSCITÉS.

(1) *Hygiène sociale. Le témoignage des faits en matière d'éducation physique.* Pau, 1906. — *Pour la France! Pour la race!... La France militaire* du 14 juin 1909.

les villes de plus de 50.000 habitants et de 2,49 à 2 p.100 dans celles d'un chiffre inférieur.

La taille n'a pas augmenté de moins de 0m,031 en cinquante-quatre ans, de 1841 à 1895; elle était, en 1841, de 1m,670 et en 1895, de 1m,701.

Le nombre des conscrits impropres au service a naturellement diminué. Dans les six périodes décennales de 1831-1840 à 1881-1890, ainsi que pour les années 1891-1895, la série des chiffres est de 35,7; 36,4; 35,7; 27,8; 23,6; 20,2 et 21,7 p. 100.

Vainement on s'est efforcé de contester ces chiffres qui attestent clairement la rénovation de la race suédoise. Une simple réflexion surgit à l'esprit : quel intérêt les Suédois pourraient-ils bien avoir à se tromper eux-mêmes en jetant de la poudre aux yeux des autres nations?

Examinons maintenant — sans citer leurs auteurs qui se reconnaîtront bien — les principales objections formulées contre la méthode suédoise dont on n'a pas hésité, en prenant un désir pour la réalité, à proclamer la faillite.

Bonne pour un pays du Nord, elle ne saurait convenir à un pays tempéré ou chaud : il suffit, pour être fixé sur la valeur de cette objection, de se reporter à la liste des pays qui ont adopté la méthode; en second lieu, on n'a, pour être convaincu du contraire, qu'à consulter les observations recueillies en France sous différentes latitudes, à Joinville, à Pau, à Sarlat, à Angoulême, etc. Partout, en prenant les précautions nécessaires, les bienfaits de la méthode sont réalisables.

Ainsi que l'a dit le docteur Ph. Tissié, « la race ne fait rien à l'affaire, car, au-dessus de la race, il y a les lois de la Nature, C'est pourquoi la valeur de l'enseignement de la gymnastique en Suède tient plus à la valeur des maîtres qu'à celle de la méthode, qui est excellente ».

Elle diffère, a-t-on dit, suivant qu'elle doit être enseignée à un adulte ou à un enfant. Tout se borne, ainsi que l'a démontré le lieutenant-colonel Coste, « à une question de mesure, de tact, de dosage, de précautions particulières à prendre »; il a ajouté « qu'à l'exclusion de *certaines applications*, spéciales à l'enseignement militaire, les exercices physiques bons pour l'enfant étaient — dans leur forme et leur principe d'exécution — identiques à ceux de l'adulte et du soldat. »

On a dit que la méthode n'est point amusante, qu'elle est même « rasante ». Il en est ainsi, en effet — comme pour tant d'autres exercices — toutes les fois que l'instructeur qui donne la leçon est un indifférent, manquant d'entrain, de feu sacré, un sceptique, un ignorant, ou un néophyte qui n'a pu se débarrasser des errements antérieurs (1).

On lui a reproché de ne pouvoir être employée que par un seul élève qui accapare un maître. Cette objection est en désaccord manifeste avec l'enseignement suédois, puisque, contrairement à la gymnastique amorosienne, la méthode de Ling a, au contraire, *substitué l'enseignement collectif à l'enseignement individuel*.

Nous ne nous arrêterons pas à l'objection prétendue patriotique de l'origine étrangère. La Vérité n'a point de patrie et bien naïf serait celui qui refuserait de se servir de tel procédé parce que son pays ne l'a point découvert. C'est en employant des procédés perdus par nous, mais dégagés par eux des campagnes et des écrits de Napoléon Ier, que les Allemands nous ont battus en 1870-1871. Qu'on se rappelle, d'ailleurs, la permanence de l'engouement français pour la méthode allemande de Jahn-Amoros. Le chauvinisme n'a que faire dans une pareille question.

Les « Témoignages vécus », composant l'annexe du dernier ouvrage, l'*Œuvre de Joinville* (1), du lieutenant-colonel Coste, forment un faisceau remarquable de preuves dont l'importance ne saurait être niée. Les chiffres relatifs au tour de poitrine (capacité respiratoire), à l'augmentation de certains muscles (bras, mollet), à la diminution de la ceinture abdominale ont été fournis par des officiers, dont quelques-uns très appréciés de moi (2), des médecins et des instituteurs dont les témoignages loyaux concordent.

D'autre part, le lieutenant-colonel Coste insiste sur les avantages que cette méthode présente pour la formation du soldat. Voici ce dont il fut témoin en Suède, lors de sa visite à l'Ecole d'élèves officiers de Carlsberg :

« Nous vîmes là tous les élèves de l'Ecole, au nombre de 140 environ, exécuter, pendant une heure, au commandement de leur capitaine-instructeur, *la leçon de gymnastique à la fois la plus pratique* — au point de vue militaire — *et la plus complète, physiquement parlant*, que l'on puisse imaginer : exercices susceptibles de régulariser l'attitude, de développer en force et en beauté; marches, courses et sauts d'obstacles les plus divers, escalades avec armes, toutes les manifestations d'énergie, d'endurance, d'adresse et d'audace, que le soldat peut avoir à produire en campagne; tout cela se déroula sans interruption, sous nos yeux, dans le kaléidoscope vivant constitué par ces jeunes gens, sveltes, souples, adroits, entraînés, vraiment vigoureux et sains de corps et d'esprit (3). »

La gymnastique de Ling a pour défenseurs principaux en France, le docteur Ph. Tissié et le lieutenant-colonel Coste qui, tous deux, ont rendu des services signalés au pays pour le triomphe de la bonne cause.

Né le 18 octobre 1852, fils d'un instituteur de village, le docteur Philippe Tissié s'est fait lui-même, au prix d'un rude labeur et, grâce à une volonté

(1) On lit dans le *Manuel d'exercices physiques et de jeux scolaires*, publié cette année même, sous le couvert du ministère de l'Instruction publique : « ...Le bénéfice que les élèves retirent de la leçon dépend beaucoup plus de la valeur pédagogique du maître que de la multiplicité et de la complexité des agrès... » (Considérations générales, p. 11.)

(1) Coste (lieutenant-colonel). *L'Œuvre de Joinville*, 1909, p. 141 à 191.

(2) Un d'eux surtout, le capitaine Santini, du 111e régiment d'infanterie, que j'ai pu apprécier pendant plus de cinq ans.

(3) *L'Education physique en France*, p. 86. *Idem* : *L'Œuvre de Joinville*, p. 107.

inflexible, à une ténacité peu commune, est parvenu à triompher dans la lutte pour la vie.

Orphelin de père et de mère à l'âge de quatorze ans, dénué de ressources, il ne put commencer le latin qu'à l'âge de vingt-cinq ans; huit ans plus tard, il était reçu docteur en médecine avec une thèse couronnée.

Savant médecin, doublé d'un pédagogue judicieux et d'un sociologue ardent, M. Ph. Tissié est un apôtre véritable qui, depuis vingt et un ans, lutte par la plume et par la parole — avec un désintéressement bien rare qui devrait rendre plus modérés à son endroit certains de ses détracteurs — pour le triomphe de ce qu'il croit fermement être la vérité.

Indépendant, loyal, il n'a jamais spéculé sur l'ignorance de la foule; à des attaques injustes, parfois violentes, il n'a répondu qu'en multipliant à satiété ses démonstrations et en opposant des faits : *Pour l'armée, pour la race ; — Pour la race par l'armée ; — Pour la race par la raison ; — Pour la France ! Pour la race !*

Depuis de longues années, la base de son argumentation est celle-ci : « Nous réprouvons la gymnastique d'Amoros, parce qu'elle rétrécit la superficie du champ pulmonaire; nous adoptons la gymnastique de Ling, parce qu'elle l'élargit et parce que la vie est une oxydation. Cet élargissement la favorise physiologiquement (1).

Sur tous les tons, il a répété : « Savoir aérer les poumons, c'est savoir augmenter son capital de vie. »

Elle est de lui cette proposition formulée d'une façon à la fois succincte et précise : « *On marche avec ses muscles, on court avec ses poumons, on galope avec son estomac, on arrive avec son cerveau.* »

Le docteur Ph. Tissié a beaucoup écrit (2); quelques-unes de ses œuvres sont absolument remarquables pour cette bonne raison qu'elles ont d'abord été vécues, par un homme au sens éminemment pratique, à la fois médecin, professeur, directeur et inspecteur.

En 1888, au lendemain des vœux *théoriques* émis, le 9 août 1887, par l'Académie de médecine, il fondait la *Ligue girondine de l'éducation physique*, depuis subventionnée par l'Etat et par le département de la Gironde. Elle lui a fourni les moyens de lutter pratiquement contre l'empirisme, contre l'erreur, et de préconiser une meilleure hygiène prophylactique, d'après une méthode comprenant : 1° la gymnastique rationnelle qui sert de base à tout entraînement physique, normal, scolaire et militaire; 2° les jeux et les sports, d'après les principes de la méthode anglaise; 3° la psycho-dynamie d'après les principes de neuro-physiologie et de neuro-psychologie découlant des travaux les plus récents et les plus importants.

Cette Ligue a permis d'assurer l'éducation physique de toute la jeunesse primaire et secondaire de l'Académie de Bordeaux.

Le 23 mai dernier, elle est devenue la *Ligue française de l'éducation physique* avec cette devise : « *Pour la patrie, par le foyer, par l'école, par la caserne.* »

Depuis dix-neuf ans, le docteur Ph. Tissié a transformé en tribune sa *Revue des jeux scolaires et d'hygiène sociale* : il suit avec soin le mouvement concernant l'éducation physique et, lorsqu'il le croit nécessaire, il remet les choses au point avec modération, mais d'une façon ferme et même, au besoin, avec l'énergie qu'inspire une conviction mûrie.

De 1889 à 1903, les *Lendits* girondins régionaux, dont il prit l'initiative, lui ont procuré un actif et puissant moyen de propagande; fondés dans l'Académie de Bordeaux, avec l'autorisation et avec le concours de l'Université qui ne se démentit pas pendant quatorze ans, ils ont été supprimés tout à coup sans qu'on ait donné des raisons sérieuses; on ne saurait admettre, en effet, que cette suppression ait été prononcée parce que les Lendits n'existaient que dans la région girondine : la raison vraie, que l'on s'est naturellement bien gardé de donner, est que les maîtres se voyaient avec regret retenus tous les ans, pendant les vacances de la Pentecôte, alors que, partout ailleurs, ils eussent été libres.

La contre-partie de cette opposition intéressée est que la suppression provoqua les protestations des anciens lendistes, officiers, négociants, docteurs en médecine et d'un grand nombre de pères de famille; il est regrettable que ces réclamations n'aient pas abouti jusqu'à ce jour.

Si nous insistons autant sur les Lendits, c'est qu'ils servaient à l'expansion des idées justes en éducation physique, c'est qu'ils stimulaient le zèle des maîtres contraints ainsi à s'intéresser davantage qu'ils ne le font à la santé physique de leurs élèves, c'est qu'ils agissaient sur l'opinion publique et, tout particulièrement, sur la mentalité des familles favorablement disposées à accepter des dépenses dont elles comprenaient l'utilité.

Par les caravanes scolaires qui entraient dans le programme, les Lendits faisaient naître des leçons de choses géographiques. Enfin, grâce au groupement annuel des maîtres, des élèves, des familles et des amis de l'Ecole, ils procuraient une joie scolaire très appréciable dans ce temps où on vante à tout propos la solidarité. Les Lendits sont donc à rétablir dans l'Académie de Bordeaux et à étendre aux autres académies universitaires, lorsque l'unité de méthode d'éducation physique régnera au même degré dans le territoire de leur circonscription.

Le docteur Tissié ne pouvait, après avoir poursuivi ses études en Suède, en Norvège, en Belgique, se désintéresser de la femme. Dès 1898, en effet, au cours de son premier voyage en Suède, il avait été à même de constater que « des associations de femmes, ouvrières, commises, petites bourgeoises de tout âge [j'en ai vu, dit-il, aux cheveux grisonnants] viennent fortifier leur corps et en entretenir la souplesse, à l'Institut central de gymnastique de Stockholm, d'après la méthode rationnelle d'entraînement physique de Ling ».

En 1902, un Comité de dames fut donc fondé, à son instigation, dans le but de favoriser le dévelop-

(1) *Hygiène sociale. Le témoignage des faits en matière d'éducation physique*, p. 14.

(2) Ses brochures ou mémoires sont au nombre de 32.

pement physique de l'enfant [fille] par la gymnastique, le jeu en plein air : à la fois morale et patriotique, cette Société lutte contre l'anémie et la tuberculose.

Depuis six ans, le docteur Ph. Tissié professe, deux fois par semaine, à titre gracieux, un cours d'éducation physique devant les élèves de l'Ecole normale des institutrices des Basses-Pyrénées de Pau : les résultats obtenus ont frappé tous les visiteurs.

Ses élèves essaiment l'idée physique suédoise. Plusieurs d'entre elles sont aujourd'hui professeurs de gymnastique dans les lycées, collèges, cours secondaires et écoles normales de jeunes filles à Clermont-Ferrand, à Saint-Etienne, à Pamiers, à Carcassonne, à Angoulême, à Nancy, à Béziers, à Lodève, à Perpignan, à Bordeaux, à Paris, etc.

Des examens très sérieux sont imposés à ces jeunes filles sur les questions de la gymnastique féminine. Une des questions posées aux examens du mois de juin dernier est, par exemple, celle-ci : « Rôle du psoas iliaque dans la fonction périodique féminine. Indiquer et exécuter les mouvements à faire en vue de rendre meilleure cette fonction périodique. »

Pour la dix-neuvième fois cette année, le docteur Ph. Tissié inspectera, sous le rapport de l'éducation physique, les lycées et collèges de l'Académie de Bordeaux ; il continuera à exercer une action directrice salutaire sur les écoles primaires des *deux sexes* du département des Basses-Pyrénées et de la ville de Bordeaux.

Des efforts aussi patriotiques et persévérants méritaient d'être récompensés par le succès. Lors de l'enquête extra-parlementaire sur l'enseignement, et d'après les statistiques sportives, le Sud-Ouest de la France a été classé en tête de liste de l'éducation physique. Le département des Basses-Pyrénées est, en effet, le premier et le seul des départements français qui possède un enseignement physique rationnel s'adressant aux élèves de l'enseignement primaire des deux sexes.

Il était naturel que le docteur Ph. Tissié protestât, avant l'année 1905, contre la direction erronée donnée à l'enseignement de Joinville ; il ne s'en est pas fait faute et a rompu force lances, jusqu'à ce que la nomination du lieutenant-colonel Coste à la tête de cette école lui ait donné pleine satisfaction.

Se plaçant au même point de vue, il a adjuré l'*Union des sociétés de gymnastique de France* de se rallier à la méthode suédoise, de façon à réaliser, dans l'intérêt général, l'unité de doctrine.

Citons pour mémoire les nombreuses conférences que le docteur Tissié a faites à l'étranger où il a été invité à exposer ses idées : en Suisse, en Belgique, à Anvers, à Bruxelles et à Mons. En 1905, il a été appelé en Espagne par la municipalité de Bilbao pour y fonder les cours scolaires d'éducation physique des deux sexes.

On a le droit de ne point partager les idées du docteur Ph. Tissié ; on n'a pas celui d'organiser la conspiration du silence — comme l'ont fait certains auteurs — sur les travaux à caractère éminemment scientifique d'un praticien auquel toute une région de la France doit une rénovation complète au sujet de l'enseignement de l'éducation physique.

Né le 2 février 1862, le lieutenant-colonel Coste a dirigé, en qualité de chef de bataillon, pendant deux ans, de mars 1905 à avril 1907, l'Ecole normale militaire de gymnastique et d'escrime de Joinville-le-Pont.

Précédemment, il s'était fait un nom comme escrimeur et avait publié, en dehors de deux *Historiques* de régiments, en 1900, *Fleurets rompus* ; en 1903, *L'Officier dans la nation.*

Antérieurement à son arrivée, l'Ecole de Joinville avait certes compté plusieurs directeurs distingués, mais on n'y avait suivi que la méthode amorosienne. Elle avait formé un grand nombre de gymnastes plus ou moins habiles ; toutefois, dépourvus du savoir scientifique nécessaire, ils n'étaient pas à même de faire à leur tour de bons *instructeurs.*

Le commandant Coste arrivait à l'Ecole avec des idées saines sur ce que doit être l'éducation physique. Cette conviction, il avait été la puiser et la confirmer à Pau, chez le docteur Ph. Tissié, à Bruxelles, auprès du commandant Lefebure, cet interprète tenace et éclairé de la méthode suédoise suivie au Danemark et en Suède [Lünd et Stockholm].

Armé solidement pour la lutte contre l'erreur puissante et dominatrice, persuadé que la méthode de Ling répond pleinement aux besoins de la science, aux besoins de l'individu comme à ceux de la race, à notre tempérament, à nos goûts actuels de Français, convaincu de la nécessité de donner une orientation pédagogique entièrement nouvelle à nos maîtres et moniteurs, dans les écoles, dans l'armée, dans le pays, certain d'ailleurs d'être soutenu par le ministre de la guerre, il se mit résolument à l'œuvre.

Son entrée en matière ne prêta point à l'ambiguïté : « ... Il ne s'agit plus seulement de faire du mouvement, de l'exercice, voire même de la *virtuosité* (1), mais *de l'éducation.* Rien ne doit plus être enseigné chez nous *qui ne soit motivé par une raison physiologique,* qui ne procède rigoureusement de la *méthode scientifique.* N'exagérons rien cependant. Ceci n'a pas besoin de tuer cela... »

En un mot, il dota l'Ecole d'un enseignement rationnel d'après les principes de la méthode suédoise. La méthode une fois imposée, il s'agissait de trouver le moyen de former des maîtres capables de la répandre et de l'enseigner dans toutes les écoles de France.

Dès 1829, en vertu d'un ordre de cabinet, nul ne pouvait obtenir au Danemark un diplôme d'instituteur ou de maître d'école, s'il ne prouvait qu'il s'était livré personnellement à l'étude de l'art gymnique.

Le commandant Coste, qui ne s'est nullement prétendu l'inventeur de ce procédé (2) déjà employé en Suède, entra dans la même voie par la publication, en 1906, de son ouvrage, *L'Instituteur et l'Officier*

(1) Les éclectiques rédacteurs du *Manuel* mentionné ci dessus se sont appropriés cette recommandation en disant : « Tout enseignement visant à faire des *virtuoses* avec les jeunes gens les mieux doués doit être proscrit, car il ne saurait être donné qu'au détriment des faibles qui ont le plus besoin de se développer. » [Considérations générales, p. 12.]

(2) Voir *L'Instituteur et l'Officier*, p. 35.

dans la nation armée. Il put alors obtenir du ministre de la guerre (1), qu'il sut convertir à ses idées, une mesure importante et décisive : à l'avenir, on profiterait du passage des instituteurs sous les drapeaux pour les envoyer faire un stage d'instruction gymnastique à Joinville. Cette importante décision assurait pour l'avenir une organisation régulière inappréciable.

Le 7 juillet 1907, la fête annuelle de l'Ecole normale démontra brillamment qu'un fait nouveau venait de se passer dans la vie physique de la nation : le peloton des instituteurs, qui ne comptait que sept semaines d'entraînement, manœuvra, en effet, ainsi que l'ex-directeur en a porté lui-même témoignage, « avec une précision, une énergie, une discipline admirables », qui soulevèrent d'enthousiastes applaudissements. Le double procès fut ainsi gagné devant une dizaine de mille de personnes.

Quelques mois après son départ de Joinville, le lieutenant-colonel Coste publiait, en qualité de chef de la section technique de l'infanterie au ministère de la Guerre, un ouvrage excellent, comme fond et comme forme, sous le titre : *L'Education physique en France. Ce qu'elle est. Ce qu'elle devrait être.*

Inspiré par une conviction ardente, par une foi profonde, écrit avec une justesse de vues, une vigueur d'argumentation et une autorité indiscutables, très modéré de ton d'ailleurs quand les personnes sont en jeu, cet ouvrage constitue vraiment un programme complet, pratique, dont la lecture s'impose à tous les Français éclairés que préoccupe l'avenir de la race française.

Relatons seulement quelques affirmations qui ont été déjà formulées :

Supériorité de la méthode suédoise si propre à assurer l'éducation physique de l'enfant, de la femme, de l'homme, du soldat ;

La plupart des exercices de cette méthode ont pour principe d'exécution *la loi du plus grand effort utile* ;

Sa *leçon* s'appuie sur des principes rigoureux d'anatomie et de physiologie : 1° exercices préparatoires ; 2° exercices fondamentaux ; 3° exercices dérivatifs ; 4° exercices respiratoires ;

Il ne suffit pas d'avoir une bonne méthode, il est indispensable de posséder des maîtres pour l'enseigner.

Consacrée à la *Doctrine*, la deuxième partie de l'ouvrage répond victorieusement aux adversaires de Ling en traitant de la gymnastique de développement et d'application. Elle trace un programme aux sociétés de gymnastique et étudie la gymnastique dans la Grèce antique.

Enfin on trouvera, dans la troisième et dernière partie, des *Conclusions* à méditer relatives aux jeux, aux sports, au Règlement du 22 octobre 1902, au recrutement des maîtres, à l'extension de l'enseignement et au rôle de l'officier.

Cet exposé démontre que, quand on s'occupe de l'Education physique et de la préparation militaire, on n'a pas plus le droit de passer sous silence les travaux théoriques et pratiques du lieutenant-colonel Coste que ceux du docteur Ph. Tissié. (*A suivre.*)

(1) Le discours prononcé, le 19 mai 1907, par le général Picquart, au banquet de l'*Union des sociétés de gymnastique de France*, ne laisse aucun doute à ce sujet : nécessité d'une seule méthode d'enseignement dont les caractères sont ceux de la méthode suédoise.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1909)

Pneumococcie pharyngée ulcéreuse chez un enfant de treize mois. — MM. P. Ménétrier et R. Mallet. Cet enfant fut envoyé à la crèche de médecine de Tenon avec le diagnostic de diphtérie probable. Il présentait un jetage abondant, de l'engorgement ganglionnaire, une gêne de la respiration avec tirage sus-sternal, tous symptômes qui s'étaient développés en trois jours, s'accompagnant d'une forte élévation de température. L'examen de la gorge a montré que la paroi postérieure du pharynx était recouverte d'un enduit purulent, blanc crémeux, sous lequel la muqueuse apparaissait exulcérée et saignante, sans fausses membranes. Les amygdales, les piliers et le voile du palais étaient simplement congestionnés. L'examen bactériologique de l'exsudat pharyngé a montré l'absence de bacilles de Löffler et la nature purement pneumococcique de l'infection. L'évolution fut rapide, hâtée par l'apparition de complications pulmonaires. L'examen anatomique a permis de confirmer la localisation des lésions au niveau du pharynx, surtout dans sa portion nasale, et la nature ulcéreuse de ces lésions. Histologiquement celles-ci sont remarquables par l'intensité et la profondeur du processus nécrosant qui leur a donné naissance et qui a détruit non seulement la muqueuse, mais même atteint et envahi la couche musculaire. Les auteurs insistent sur cette modalité anormale de l'infection pneumococcique et sur la difficulté du diagnostic chez un aussi jeune enfant.

Otite chronique suppurée sans mastoïdite. Réaction méningée sans méningite (vomique rachidienne, abcès du cervelet). Pyohémie. — MM. Caussade et Cotoni. Cette observation offre de l'intérêt au triple point de vue clinique, anatomo-pathologique et pathogénique.

Cliniquement on a pu observer et séparer avec une grande netteté trois phases chez un ouvrier de vingt-deux ans, porteur d'une otite droite suppurant depuis huit années et entré à l'hôpital pour une céphalée remontant à deux mois.

Première phase très longue, à la fin de laquelle le malade entre à l'hôpital. Symptômes nets de *méningite* : céphalée, vomissements, constipation, Kernig, raideur de la nuque, douleur à la pression des globes oculaires. Liquide céphalo-rachidien purulent, d'une extrême polynucléose (polynucléaires picnotiques).

Deuxième phase de récipiscence de deux jours. Disparition de tous les signes précédents. Liquide céphalo-rachidien clair, presque dépourvu d'éléments. L'examen de l'oreille montre l'oreille moyenne en partie détruite et la mastoïde absolument saine, signe de Weber positif.

Troisième phase plus prolongée de *pyohémie*. Fièvre à grandes oscillations. Raideur de la nuque. Kernig inconstant. Douleur cervicale à droite par la pression. Délire, puis coma et mort quatorze jours après l'entrée à l'hôpital. Pendant toute cette évolution, *aucun signe à la mastoïde.* Au point de vue anatomique : double épanchement pleural purulent et très nombreux abcès pyohémiques des poumons. Aucune trace de tuberculose. Volumineux abcès de l'hémisphère droit du cervelet. Thrombo-phlébite de la partie inférieure du sinus latéral s'étendant vers la jugulaire.

La mastoïde est absolument saine. Les méninges sont intactes.

Cette observation soulève la question des « états méningés », selon l'expression de M. Widal qui les a signalés le premier, et dans lesquels on a le tableau clinique d'une méningite sans que les méninges soient lésées. C'est le cas chez notre malade, comme dans une observation de M. Hayem,

comme chez le malade de MM. Ménétrier et Mallet (1). Il semble qu'à côté d'états méningés à réaction de polynucléaires intacts et à pronostic généralement bénin, il existe des réactions méningées purulentes susceptibles de guérison.

Fistule broncho-biliaire au cours d'une syphilis scléro-gommeuse du foie et du poumon. — MM. I. Bruhl et Lyon-Caen ont eu l'occasion d'observer un cas d'expectoration biliaire chez une jeune femme de trente-trois ans, syphilitique depuis quatorze ans, ayant suivi un traitement insuffisant, qui, dans son histoire, a présenté un épisode d'ictère par rétention, une poussée subictérique sans rétention et une hépatomégalie considérable.

En outre elle a une histoire pulmonaire, dont l'évolution rappelle celle de la tuberculose : toux, expectoration muco-purulente, hémoptysie et signes rationnels de bacillose.

Cette malade rentre à l'hôpital pour une véritable vomique biliaire, à laquelle a fait suite une phase assez longue pendant laquelle la malade a eu une expectoration muco-purulente, imprégnée et teintée de bile tantôt jaune ocre, tantôt verdâtre.

Le foie de cette malade était très augmenté de volume et on sentait vers le lobe gauche du foie une tuméfaction arrondie et très dure. Il y avait de l'ascite et une circulation collatérale. L'examen du thorax révélait l'existence d'une lésion surtout développée au niveau de la base du poumon droit avec matité, râles humides de divers calibres, sans signe cavitaire à proprement parler. Le sommet du poumon droit paraissait induré. Ils ont successivement envisagé les causes de l'expectoration biliaire : lithiase et hydatide. L'examen radioscopique sans donner une solution absolue permettait de croire plutôt à un kyste hydatique, malgré la réaction négative de Weinberg. La laparotomie exploratrice, tentée dans l'hypothèse du kyste, n'a pu les éclairer, et la malade succomba cachectique quelques jours après cette intervention.

Or, à l'autopsie, les auteurs ont trouvé comme seule lésion hépatique une syphilis scléro-gommeuse des plus étendues du foie, avec plusieurs gommes dont l'une, la plus volumineuse, située au niveau de la face supérieure du foie, contiguë au diaphragme, formait le plancher d'une cavité sous-phrénique imprégnée de bile, et qui paraissait communiquer à travers le diaphragme aminci et perforé, avec le poumon. La partie inférieure de cette gomme était limitée par une fente remplie de sable biliaire. Le poumon droit était très atrophié, à surface irrégulière, sclérosé, ficelé et réduit à un moignon; sur la coupe on trouvait un tissu pulmonaire induré, grisâtre.

En somme, il s'agit d'un cas réellement rare de syphilis du foie, où une gomme de par sa topographie, ayant ulcéré un canal biliaire, a provoqué une cholerragie péri-gommeuse, une ulcération avec perforation du diaphragme et créé une fistule broncho-biliaire, à travers le parenchyme pulmonaire présentant également des lésions de sclérose, probablement syphilitique.

Sur le processus histologique de la régression des cancers épithéliaux sous l'influence du rayonnement ultra-pénétrant du radium. — MM. Dominici et H. Rubens-Duval exposent quelques-unes des modifications subies par les tumeurs malignes sous l'influence du rayonnement ultra-pénétrant, obtenu suivant la technique de Dominici.

Les épithéliomes et les carcinomes qui sont justiciables de la radiumthérapie subissent deux modifications essentielles, qui sont : la destruction d'une partie des cellules épithéliomateuses; l'arrêt de l'évolution cancéreuse du reste des éléments néoplasiques; la destruction est directe ou indirecte.

La destruction directe consiste dans la nécrobiose des cellules cancéreuses, sans modification morphologique préalable de ces éléments.

La destruction indirecte est précédée d'une transformation des cellules épithéliomateuses, dont les principaux caractères sont : 1° l'hypertrophie du corps et du noyau; 2° le bourgeonnement du noyau; 3° l'augmentation du nombre et du volume des corps dits pseudo-parasitaires.

Telles sont les modifications qui caractérisent la métamorphose prédégénérative des cellules de certains épithéliomes du sein, par exemple, en régression sous l'influence du rayonnement ultra-pénétrant.

Les cellules des épithéliomes d'origine malpighienne adjoignent fréquemment, aux modifications précédentes, la transformation cornée de leur protoplasma. Elles subissent donc une sorte de maturation qui, bien qu'anormale, démontre que le rayonnement du radium exerce une action évolutive sur ces éléments figurés.

En résumé, si le rayonnement paraît agir, à certains points de vue, à la façon d'un caustique extraordinairement subtil, produisant des escarres cellulaires (Gaucher), il détermine, d'autre part, un changement de l'évolution des cellules cancéreuses, ayant pour conséquence la mort de ces éléments figurés.

L'action du rayonnement est alors évolutive, puis destructrice. Elle peut cependant se montrer exclusivement évolutive à l'égard de certaines cellules épithéliomateuses, ainsi qu'il ressort des recherches de Dominici et Barcat.

Elle se manifeste : 1° en arrêtant la transformation cancéreuse des cellules; 2° en restituant, à une partie de ces éléments figurés, la tendance à une évolution régulière.

Ictère par rétention. Présence de pigments biliaires dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. Mosny et Javal rapportent l'observation d'un malade atteint de sarcomatose diffuse et d'ictère par rétention. A l'autopsie, la vésicule biliaire a été trouvée complètement infiltrée. Il y avait également une propagation dure-mérienne.

Ce qui avait frappé, c'était la coloration jaune particulièrement intense du liquide céphalo-rachidien ponctionné deux fois pendant la vie. La réaction de Gmelin et la réaction de Grimbert se sont montrées positives, témoignant d'une façon certaine de la présence des pigments biliaires dans ce liquide.

Les observations d'ictériques avec constatation des pigments biliaires dans le liquide céphalo-rachidien sont très rares. Dans le cas présent, la perméabilité des méninges pour les pigments biliaires a été sans aucun doute particulièrement augmentée au niveau de la plaque dure-mérienne, qui, à l'autopsie, présentait une coloration jaune intense, témoignant d'une grande accumulation de pigments biliaires à ce niveau.

Lorsque, chez un ictérique, on ponctionne un liquide céphalo-rachidien jaune, il est utile de bien définir sa teinte. Nous proposons une méthode colorimétrique à l'aide d'une gamme étalon de chromate de potasse et de safran.

En opérant sur des dilutions de bile de plus en plus étendues, on arrive à trouver la dilution limite à partir de laquelle les pigments biliaires ne sont plus décelables, même par les méthodes les plus sensibles : cependant cette dilution limite est encore teintée en jaune d'une façon très appréciable à l'œil.

Nous pensons que tous les liquides céphalo-rachidiens jaunes des ictériques doivent leur coloration à la présence de pigments biliaires vrais. Si les réactions connues sont presque toujours négatives, c'est parce qu'elles ne sont pas assez sensibles pour déceler des pigments contenus en général en trop minime quantité.

A propos d'un cas de phlegmon de l'orbite au cours de la scarlatine. — MM. P. Teissier et M. Duvoir rapportent une observation de phlegmon de l'orbite à streptocoque qui survint pendant la période d'infection secondaire de la scarlatine et guérit après une simple incision.

C'est là une complication exceptionnelle dont il n'est pas fait mention dans les traités classiques, aussi les auteurs analysent-ils les quelques observations qu'ils ont pu réunir dans la littérature médicale. Cette affection peut relever soit d'un état septicémique à localisations multiples contemporaines ou successives, soit d'une infection de voisinage, plus particulièrement d'une lésion des sinus de la face. La trépanation rapide du sinus intéressé ne semble pas toujours nécessaire en raison de la virulence fréquemment atténuée du streptocoque de la scarlatine.

Cholécystite scarlatineuse. — M. Gouget lit, en son nom et au nom du docteur Dujarrier, un mémoire sur ce sujet.

(1) Soc. méd. des hôpit., 15 janv. 1909, et *Gaz. des hôpit.*, n° 7, p. 78.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H., ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819 52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Izard (de Vincennes) et Thyssen (de Hollande).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Gilis (de Montpellier), Richer (de Dozulé), Guelpa et d'Hotman de Villiers (de Paris).

M. le médecin-major de première classe Foutrein.

M. le médecin-major de deuxième classe Louët.

GUERRE. — CONCOURS POUR L'ADMISSION A DES EMPLOIS DE MÉDECIN AIDE-MAJOR DES TROUPES COLONIALES EN 1909. — Un concours s'ouvrira le 1er décembre prochain, à neuf heures du matin, à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission de quatre docteurs en médecine à des emplois de médecins aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Être nés ou naturalisés Français;

2° Avoir moins de trente-deux ans au 1er janvier de l'année du concours;

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi de recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies. Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de deuxième classe au moins (1);

4° Souscrire l'engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale;

3° Épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter;

4° Interrogation sur l'hygiène.

L'appréciation de chacune des épreuves écrites ou orales est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20.

Une majoration de 100 points est accordée :

1° Aux anciens internes reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant une faculté de médecine ou sièges d'une école de plein exercice de médecine ou de pharmacie;

2° Aux licenciés ès sciences dont le diplôme mentionne l'obtention de certificats d'études supérieures de sciences physiques, chimiques ou naturelles.

Et une majoration de 50 points aux lauréats des facultés de médecine, c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un premier prix au concours établi annuellement pour chacune des années d'études dans ces établissements.

Les majorations ne peuvent être cumulées.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 15 novembre 1909. — Ces pièces sont :

I. AVANT LE CONCOURS. — 1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi;

2° Diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce devra être produite au plus tard le jour de l'ouverture des épreuves);

3° S'il y a lieu, certificat dûment légalisé permettant de constater les titres qui donnent droit à des majorations de points;

4° Certificat du commandant de recrutement établi l'année du concours constatant dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire l'aptitude réelle au service militaire;

5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recru-

(1) Instruction du 22 octobre 1905, sur l'aptitude physique au service militaire.

tement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou l'état signalétique et des services;

6° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

II. Après l'admission. — Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de la nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les docteurs en médecine admis à la suite du concours sont nommés aides-majors de deuxième classe pour compter du 1er février de l'année suivante et vont suivre, à Marseille, pendant neuf mois, les cours de l'École d'application du service de santé des troupes coloniales. Ils portent l'uniforme des aides-majors de deuxième classe du service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 217 fr. 50; il leur est en outre alloué une première mise d'équipement de 575 francs reversible au Trésor dans le cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service à partir de leur nomination, à moins qu'ils n'aient été réformés pour infirmités.

Ils concourent à la fin de l'année d'études avec les aides-majors de leur promotion provenant des écoles militaires du service de santé et prennent rang avec eux, sur la liste d'ancienneté dans le grade de médecin aide-major dans l'ordre du classement de sortie.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Lyon médical. — (N° 17, 25 avril 1909.) H. Rondet : De l'importance du lavage des mains contre la propagation des maladies épidémiques d'origine intestinale. — L. Duvernay : De la néphrite impétigineuse. — (N° 18, 2 mai.) Mouisset et Bouchut : Péricardite tuberculeuse chez le vieillard. — (N° 19, 9 mai.) H. Bordier : Du rôle des filtres en radiothérapie et de leur utilité pratique. — (N° 20, 16 mai.) Delore et Alamartine : Pancréatite hémorragique avec stéatonécrose péritonéale diffuse. — Ancel : Corps jaunes; menstruation; rut et gestation. — (N° 21, 23 mai.) F. Mouisset et J. Chalier : Complications rénales de la pneumonie. — Guiliani : Abcès du poumon. — (N° 22, 30 mai.) Carle : Quelques notions sur l'emploi des corps gras en dermatologie.

Nord médical. — (N° 350, 1er mai 1909.) G. Lemoine : Traitement des cancers. — Cochet et Vanverts : Fluxion considérable des glandes salivaires dues à l'ingestion d'iodure de sodium. — (N° 351, 15 mai.) E. Doumer et G. Lemoine : La congestion passive du foie et l'hypertension artérielle. — G. Lemoine et Gaehlinger et Tilmant : Diagnostic de la méningite cérébro-spinale à méningocoques par la précipito-réaction. — (N° 352, 1er juin.) Gérard et Lemoine : Atténuation de la tuberculine par l'extrait éthéré de bile (paratoxine). — Gérard et Lemoine : De l'auto-protection de l'organisme par les lipoïdes. — Dauthuile : Goutte et traumatisme en chirurgie oculaire. — E. Bailly : Considérations sur quelques cas de tuberculose traités par la paratoxine.

Presse médicale. — (N° 33, 24 avril 1909.) G. Weiss : Le galvanomètre à corde et l'électro-cardiographie. — F. Jayle : De l'hématocèle par rupture du petit kyste hématique de l'ovaire. — Amédée Baumgartner : Sur les sutures artérielles. — G. Mahé : La gastrite septique d'origine buccale. — (N° 34, 28 avril.) A. Gouget : Rougeole et lumière rouge. — (N° 35, 1er mai.) M. Arthus : Sur la séro-anaphylaxie. — (N° 36, 5 mai.) P. Ravaut et B. Bord : L'anite chancrelleuse. Etude sur les chancres mous de l'anus et du canal anal. — (N° 37, 8 mai.) A. Lambotte : Technique et indications de la prothèse perdue dans le traitement des fractures. — Mariano R. Castex : Recherches cliniques sur la présence d'anticorps spécifiques dans les sérums des malades atteints de streptococcies diverses. — P. Desfosses : La scoliose par malformation vertébrale. — (N° 38, 12 mai.) Kirmisson : De l'ostéomyélite vertébrale. — L. M. Bonnet : Livedo annulant. — (N° 39, 15 mai.) A. Vigouroux : Ecoulement du liquide céphalo-rachidien par les fosses nasales. — (N° 40, 19 mai.) Dieulafoy : Deux cas de septicémie gonococcique terminés par la guérison et aussitôt suivis de fièvre typhoïde. Essai de traitement de la septicémie gonococcique par le vaccin gonococcique. — A. Martinet : Résultats malheureux du sérum antidiphtérique avec étude spéciale de ses relations avec l'asthme. — Albarran et Heitz-Boyer : Procédé simple pour la recherche du sang dans les urines. — (N° 41, 22 mai.) Jacques : L'extirpation simplifiée de l'épithélioma de l'isthme pharyngien. — H. Chaput : A propos de la prothèse perdue dans le traitement des fractures. — M. Champeaux : La doctrine moderne du traitement des blessures abdominales en chirurgie de guerre. — (N° 42, 26 mai.) Roque et J. Chalier : De l'oblitération des artères iliaques primitive et externe sans gangrène du membre inférieur correspondant. — Guibé : L'antisepsie de la peau par la teinture d'iode.

LES SÉQUELLES DE LA SCARLATINE

Par M. A. GOUGET,
Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

On connaît bien la plupart des complications pouvant survenir dans le cours ou la convalescence de la scarlatine, et leur influence sur le pronostic immédiat; on connaît peut-être un peu moins bien le pronostic éloigné de certaines d'entre elles, surtout dans le milieu hospitalier, parce qu'on ne suit généralement pas les malades après leur sortie de l'hôpital. Un scarlatineux a eu une néphrite; il n'a plus d'albumine à sa sortie : on le considère comme guéri. Un autre a encore, au moment de son départ, une oreille qui coule un peu; on n'y attache pas grande importance et on le regarde, lui aussi, comme pleinement guéri. Pourtant, si l'on était à même de les suivre, on pourrait voir, chez le premier, l'albuminurie reparaître, avec tous les signes d'une néphrite chronique aboutissant à l'urémie au bout d'un certain nombre d'années, et, chez le second, plusieurs années aussi après sa scarlatine, l'otorrhée se compliquer d'accidents méningo-encéphaliques mortels. Ce sont là les deux complications tardives les plus redoutables, mais il en est d'autres qui, pour être moins connues, n'en ont pas moins leur importance. Une esquisse de ces diverses séquelles possibles de la scarlatine nous a paru intéressante à tracer, car nous ne l'avons trouvée faite nulle part. Quelles infirmités ou quels dangers pour l'avenir peut laisser la scarlatine? Tel est le sujet que nous nous proposons d'étudier.

* * *

On sait que l'angine de la scarlatine est volontiers ulcéreuse par elle-même, en dehors de tout processus gangréneux surajouté, et que ces ulcérations peuvent être assez profondes pour dénuder le palais osseux ou perforer le voile. On a rapporté, surtout dans ces derniers temps, un assez grand nombre de cas de ce genre, et nous en avons nous-même observé plusieurs l'an dernier dans notre service d'enfants scarlatineux à l'hôpital Claude Bernard. Ces cas sont presque toujours graves et souvent mortels; mais lorsqu'ils guérissent, la réparation de ces pertes de substance est généralement rapide, et ne laisse pas de cicatrice bien appréciable. Il n'en est cependant pas toujours ainsi; quelquefois persiste une cicatrice blanchâtre, un peu déprimée, et plus ou moins étendue. Ce reliquat est intéressant à connaître parce qu'il pourrait en imposer pour une cicatrice syphilitique, comme dans les cas de Schmidt et de Kronenberg. Quant à la persistance de la perforation, nous n'en connaissons aucun exemple.

Le processus ulcéreux n'est pas toujours localisé à l'isthme du gosier. Il peut frapper les gencives et amener la nécrose et l'élimination d'une partie du maxillaire. Brown, Weickert ont rapporté des faits de ce genre, dont nous avons vu également un exemple. Dans le cas de Weickert, la nécrose avait atteint les deux maxillaires et déterminé leur adhérence entre eux ainsi qu'avec la joue correspondante.

Dans les parties plus profondes du tube digestif, ce processus nécrosant est infiniment plus rare et moins connu. Il n'est cependant pas absolument exceptionnel. Henoch, E. Frænkel, Knöpfelmacher, Jochmann (chacun dans deux cas), Litten, ont observé à l'autopsie des nécroses œsophagiennes intéressant quelquefois presque toute la surface interne du conduit et pouvant s'étendre jusqu'aux parties profondes de la tunique musculaire. Dans un cas que nous avons observé avec M[lle] Dechaux, l'amincissement de la paroi était tel au niveau d'une ulcération de ce genre qu'elle se rompit pendant l'ablation de l'organe. Dans un autre cas de Klose, il s'agissait d'un processus véritablement gangréneux.

Fait curieux : ces lésions étendues et profondes ne donnent généralement aucun symptôme spécial pendant la vie. Chez ces malades, l'infection est trop accusée pour permettre la survie; mais, dans certains cas moins accentués, celle-ci est possible, et la réparation des lésions précédentes entraîne des rétrécissements cicatriciels très serrés. Von Eiselsberg, Khesin, Ehrlich, Jungnickel, Boas, Tsuberbiller, Viannay et Bourret, en ont relaté des observations. Il s'agit d'enfants qui, guéris d'une scarlatine grave, sont pris de dysphagie au début de la convalescence, dès la première ou la seconde semaine qui suit la reprise de l'alimentation, et en quelques mois se trouve constitué un rétrécissement infranchissable. Sur ces sept observations, il est deux cas dont nous ne connaissons pas la terminaison; les cinq autres ont guéri, soit par la simple dilatation, soit par l'œsophagotomie externe ou la gastrostomie suivie du cathétérisme rétrograde.

Le processus ulcéreux peut enfin atteindre l'estomac et l'intestin; von Gunz a même signalé la perforation de l'estomac, et Lubashewski la dysenterie chronique consécutive à la scarlatine. Mais nous ne connaissons aucun cas de sténose cicatricielle du pylore ou de l'intestin, à la suite de cette fièvre éruptive.

Très exceptionnellement, les voies aériennes peuvent être le siège de nécroses. On a cité quelques cas de nécrose des cartilages ou des os du nez, consécutifs sans doute au coryza purulent, ainsi qu'un cas de sténose laryngée post-scarlatineuse.

* * *

Le passage possible de la néphrite scarlatineuse à l'état chronique est un fait aujourd'hui indiscuté. Cet état chronique ne succède pas seulement aux néphrites aiguës fortement caractérisées, avec grands œdèmes, hématurie, manifestations urémiques; il peut s'observer à la suite de ces néphrites insidieuses qui ne se traduisent par aucun autre symptôme appréciable qu'une légère albuminurie. Le passage à la chronicité se fait suivant différents modes. Tantôt l'albuminurie tombe ou se maintient à un faible taux (0g25 à 0g50) où elle se montre irréductible, tantôt elle persiste sous la forme d'une albuminurie orthostatique (Roger, Aubertin, Hirtz et Salomon, Méry, Teissier, Guiblain). Sur 15 cas d'albuminurie orthostatique, Pelnar relève 7 fois la

scarlatine dans les antécédents), tantôt enfin, et le plus souvent peut-être, elle disparaît, la néphrite paraissant guérie; mais, plusieurs mois ou plusieurs années plus tard, soit sans cause appréciable, soit sous l'influence d'une cause banale (refroidissement, surmenage) ou d'une infection légère, d'une intoxication, de la grossesse (Siredey), l'albuminurie réapparaît, seule ou accompagnée d'autres signes de néphrite. Plusieurs poussées successives, aiguës ou subaiguës, peuvent ainsi se produire. Puis, à un moment donné, parfois au bout de quelques mois seulement, le plus souvent au bout d'un certain nombre d'années, l'albuminurie s'établit à l'état permanent, ou bien l'on constate des signes cliniques de néphrite interstitielle (polyurie claire avec hypertension artérielle et hypertrophie du cœur). Lécorché et Talamon, Möllmann, Faitout, en ont rapporté des observations caractéristiques. D'ailleurs l'atrophie granuleuse du rein, le plus souvent avec les caractères du petit rein blanc, a été constatée par Aufrecht, Hanford, Dixon Mann, Brault, Pavlinow, Castaigne, Poulain, à l'autopsie d'anciens scarlatineux morts d'urémie.

On ne saurait donc dire, avec Bartels, que la néphrite scarlatineuse tue ou guérit, ni admettre l'argument de Leichtenstern qui, pour contester la chronicité de la néphrite scarlatineuse, prétend que, même en cas d'albuminurie persistante, les lésions restent les mêmes que dans la phase aiguë, argument qui, d'ailleurs, fût-il même exact, n'aurait guère de valeur.

Quant à l'intervalle parfois très long (dix, quinze, vingt ans et plus) qui sépare de la scarlatine la néphrite confirmée et à l'absence possible de troubles fonctionnels sérieux pendant ce laps de temps, ils ne prouvent rien contre l'influence étiologique de la scarlatine : n'est-ce pas ainsi que se comporte souvent l'endocardite chronique consécutive au rhumatisme? Assurément des causes surajoutées peuvent intervenir et superposer leur influence à celle de la scarlatine, mais celle-ci n'en reste pas moins la cause originelle, fondamentale, de la néphrite. C'est elle qui a frappé le rein d'une tare indélébile.

Avec quelle fréquence s'observe ce passage de la néphrite scarlatineuse à l'état chronique? Aucune statistique ne l'indique, et cela se comprend, car il faudrait pouvoir non seulement observer un grand nombre de scarlatines compliquées de néphrite, mais suivre chacun de ces malades pendant de longues années. Ce qu'on peut affirmer, c'est que la néphrite chronique scarlatineuse est loin d'être rare, et que la scarlatine est, de toutes les maladies infectieuses aiguës, celle qui se trouve le plus souvent à l'origine des néphrites chroniques.

*
* *

Bien moins connues que celles du rein, les lésions du foie dans la scarlatine seraient cependant fréquentes et importantes, d'après les examens histologiques de Roger et Garnier. L'infiltration leucocytaire des espaces portes, notamment, serait pour ainsi dire constante, et les foyers de nécrose ne sont pas rares. Dans un travail récent, Bingel décrit de nouveau ces lésions, et pense qu'elles peuvent devenir l'origine d'une cirrhose. Les auteurs classiques signalent, en effet, les fièvres éruptives comme cause possible de certaines cirrhoses de l'enfance, mais nous n'avons pu trouver aucune observation démonstrative de cirrhose scarlatineuse.

*
* *

Comme la néphrite, le rhumatisme de la scarlatine peut passer à l'état chronique. Au lieu de se terminer par résolution rapide, comme c'est la règle, il peut se prolonger, aboutir aux craquements, aux empâtements pseudo-fongueux simulant la tumeur blanche (v. Szontagh, Teissier), aux raideurs articulaires et même à l'ankylose plus ou moins complète, avec rétractions tendineuses et amyotrophie. Ricketts, Richardière et Péron ont rapporté des exemples démonstratifs de cette forme osseuse ou ankylosante du rhumatisme scarlatin, analogue à la forme de même nom du rhumatisme blennorragique. Nous en avons nous-même observé un exemple.

Les ankyloses peuvent frapper un grand nombre d'articulations chez le même malade, comme dans les cas publiés par Variot et par Elbe. Dans le premier de ces cas, il s'agit d'un enfant qui fut atteint successivement, au cours d'une scarlatine, d'ankylose du coude gauche et de plusieurs articulations des doigts, de déformations articulaires multiples, et d'une double ankylose temporo-maxillaire. Ce sujet, revu neuf ans plus tard par Hallé, avait à peu près complètement recouvré les mouvements du coude, où l'on ne retrouvait plus que de l'empâtement, des craquements, et une exostose du cubitus; mais l'ankylose temporo-maxillaire persistait; le malade ne pouvait se nourrir que de bouillies et de viande hachée. Cette ankylose avait entraîné un arrêt de développement du maxillaire inférieur.

Le cas d'Elbe concerne un enfant de dix ans qui, à la suite d'une scarlatine survenue dans sa troisième année, fut pris d'ankylose progressive de toutes les articulations, sauf celles des vertèbres, des maxillaires et quelques articulations des doigts et des orteils.

Dans ces deux cas, l'atteinte successive d'un grand nombre de jointures rappelle bien les allures du rhumatisme chronique progressif. Mais, dans d'autres cas, comme dans deux cas rapportés par Dauban (dont un dû à Péron), l'évolution par poussées subaiguës successives et l'hypertrophie des extrémités osseuses complètent la similitude avec le rhumatisme noueux. Dans l'un de ces cas, les articulations des doigts, puis le poignet droit, les genoux, les coudes furent successivement atteints; dans l'autre, les grandes articulations furent seules frappées.

Ces observations doivent être distinguées de celles (cas de Möllmann et quelques autres) où l'ankylose est consécutive à une arthrite suppurée. Ces derniers cas sont d'ailleurs tout à fait exceptionnels, et ne concernent que des arthrites secondairement suppurées, les autres étant une manifestation de la pyohémie et, comme telles, toujours mortelles.

Enfin l'arthrite scarlatineuse peut évoluer vers la tumeur blanche. Hofmokl, Adam, Bokai, Klose, ont rapporté des exemples de cette « forme scrofuleuse » du rhumatisme scarlatin, signalée par Ashby. Dans

le même ordre d'idées, on a signalé des cas de tuberculose ganglionnaire, et même quelques cas de tuberculose généralisée, avec méningite ultime, à la suite de la scarlatine. Celle-ci peut donc, quoique beaucoup plus rarement que la rougeole et la coqueluche, donner un coup de fouet à une tuberculose latente ou arrêtée dans son évolution.

*
* *

L'endocardite scarlatineuse, beaucoup moins fréquente, assurément, qu'on ne l'admettait naguère encore, peut quelquefois passer à l'état chronique. Trousseau, Gerhardt, Schütz, Thomas, signalent cette éventualité. D'après Henoch, dans la scarlatine comme dans le rhumatisme, il est rare que l'oreille du médecin puisse suivre le développement de l'endocardite chronique, mais il y a bien des enfants dont l'affection valvulaire ne peut être rapportée qu'à une scarlatine antérieure. Le plus souvent, il s'agit d'insuffisance mitrale (cas de Cassas, Hiller, Henoch, Heubner, etc.); plus rarement, c'est un rétrécissement mitral que l'on constate. Smith en a rapporté un exemple typique. Sur 4 endocardites scarlatineuses, Klose a observé 2 insuffisances mitrales et 2 doubles lésions mitrales. Tiktin-Hausmann, sur 1370 cas de scarlatine, a noté à la sortie 4 insuffisances mitrales et 1 double lésion mitrale.

Il est probable que la scarlatine peut être également l'origine de certaines symphyses cardiaques, mais nous n'en connaissons aucune observation démonstrative. Nous en dirons autant pour la myocardite chronique. Roger rattache à une scarlatine antérieure certaines hypertrophies cardiaques dites de croissance.

Potain, puis Wiesel, ont appelé l'attention sur la scarlatine comme cause possible d'artério-sclérose. « L'artério-sclérose, dit Potain, peut succéder en particulier à la scarlatine, et se rattache alors si manifestement à cette maladie, que ses premiers symptômes se manifestent dans la convalescence même de l'affection éruptive. »

Mais la scarlatine ne produit pas seulement l'artério-sclérose, elle peut déterminer également l'oblitération artérielle, par thrombose ou par embolie, et amener ainsi la perte d'un membre, par gangrène suivie d'amputation spontanée ou opératoire. Des cas de gangrène d'un ou des deux membres inférieurs dans la scarlatine ont été publiés par Lister, Mayr, Hudson, Blanpain, Küster, Hochenegg, Osler, Holmes, Pearson et Littlewood, Chapin, Roger, Buchan, Seubert, Eichhorst. Signalons également quelques cas de gangrène cutanée.

*
* *

Dans la convalescence de la scarlatine peuvent s'observer les complications nerveuses les plus variées : névralgie faciale ou sciatique, chorée, tétanie, ataxie, paralysie faciale, paralysie de l'accommodation, névrite optique, névrites périphériques de types divers. Toutes ces complications sont passagères.

Mais deux autres complications sont volontiers persistantes : l'hémiplégie, et l'affaiblissement intellectuel pouvant aller jusqu'à l'imbécillité ou la démence.

L'hémiplégie, sans être fréquente, est la moins rare des paralysies post-scarlatineuses. Comme nous l'avons montré avec M. A. Pélissier dans une communication récente à la Société médicale des hôpitaux, elle est le plus souvent définitive (34 fois sur 61 cas), avec les caractères de l'hémiplégie spasmodique infantile (dont la scarlatine est la cause infectieuse la plus fréquente), assez souvent compliquée d'hémichorée, d'hémiathétose, d'épilepsie, d'affaiblissement intellectuel. Ces hémiplégies sont dues soit à une hémorragie, soit à une thrombose ou une embolie.

La paraplégie persistante est exceptionnelle : Althaus en a rapporté une observation (paraplégie spasmodique douloureuse). Pepper, Ross, Smith, ont observé la paralysie infantile; Katz, la maladie de Friedreich; Mme Landis, la sclérose en plaques.

Eulenburg mentionne quelques cas d'hémiatrophie faciale. Wildermuth, Landmann, Iürgensen ont vu l'épilepsie chronique succéder à la scarlatine. Celle-ci est considérée par Clouston comme la cause la plus commune de la folie consécutive aux infections fébriles. Moureyre signale la fréquence des psychoses scarlatineuses, et Martin Barr rapporte à la scarlatine 2,75 p. 100 des cas d'imbécillité. Turner, Illoway, Spitzka ont relaté divers cas de démence chronique ou d'imbécillité consécutive à la scarlatine. Dans d'autres observations, on a noté un changement marqué du caractère, la persistance ou le retour d'un état d'esprit infantile.

En ce qui concerne les organes des sens, les complications oculaires sont relativement rares. On a observé cependant des opacités cornéennes consécutives à des ulcérations de la cornée, et même quelques cas de suppuration et de perte de l'œil. Mais c'est du côté de l'oreille que s'observent les accidents de beaucoup les plus fréquents.

On sait que l'otite moyenne est une des complications les plus communes de la scarlatine; on ne sait pas assez (en dehors des otologistes) avec quelle fréquence elle entraîne des suites fâcheuses et même graves. Elle survient dans 4,77 à 33,3 p. 100 des scarlatines, est bilatérale dans un peu plus de la moitié des cas, et passe très souvent à la chronicité (dans la majorité des cas, d'après Yearsley).

Sur 100 otites moyennes purulentes chroniques, 10,3 à 14,3 sont d'origine scarlatineuse.

Sur 852 enfants scarlatineux, nous avons observé 43 otites moyennes, soit 5,04 p. 100. Nous avons pu obtenir des nouvelles de 29 de ces cas, sept mois à un an après leur sortie de l'hôpital; 15 d'entre eux n'avaient plus rien; 10 avaient encore un écoulement continu ou intermittent, et 6 de ceux-là avaient l'ouïe très diminuée; 4 n'avaient plus d'écoulement, mais entendaient un peu moins bien, ou éprouvaient de temps à autre quelques douleurs d'oreille.

Trop souvent cette otorrhée se prolonge indéfiniment. Sur 121 otites moyennes scarlatineuses, Bezold note 39 fois une suppuration de plus de huit ans de durée. Dans un cas observé par lui, l'écoulement datait de soixante-deux ans. Non seulement l'otite

persiste, mais elle offre une tendance particulière soit à déterminer des granulations, des polypes, des adhérences, soit surtout à détruire le tympan, à nécroser les osselets, qui s'éliminent avec le pus.

D'après Hennebert, la plupart des otites purulentes chroniques invétérées, avec destruction large du tympan et des osselets, et diminution considérable de l'ouïe, sont d'origine scarlatineuse. Sur 185 otites scarlatineuses, Bezold a observé 30 fois la destruction complète du tympan et la perte d'un ou plusieurs osselets. Aussi l'otite scarlatineuse entraîne-t-elle souvent la surdité, bien plus souvent que les otites de la rougeole, de la variole ou de la fièvre typhoïde, par exemple. Sur 85 otites scarlatineuses, Burckhardt-Merian a noté 18 fois la perte uni ou bilatérale de l'ouïe. La proportion des surdités d'origine scarlatineuse est de 14,9 à 24,4 p. 100, d'après Weil. Dans les écoles américaines de sourds, elle varie de 16,4 à 21 p. 100. La plupart de ces surdités sont dues à l'otite moyenne; quelques-unes cependant sont d'origine labyrinthique pure.

Chez les sujets très jeunes, ce n'est pas seulement la surdité qu'amène la scarlatine, c'est la surdi-mutité. La scarlatine est peut-être la principale cause de surdi-mutité acquise. La fréquence avec laquelle elle intervient, comme cause de surdi-mutité, varie, suivant les auteurs, de 10 à 42,6 p. 100 des cas (1).

L'otite scarlatineuse ne borne d'ailleurs pas là ses méfaits. Elle peut gagner l'oreille externe, détruire complètement le labyrinthe (obs. de Katz, de Mygind), dénuder le facial, infecter les sinus veineux, les méninges, le cerveau. Ces complications peuvent s'observer soit à un stade précoce, pendant la convalescence même de la scarlatine (ces cas ne rentrent pas dans notre étude), soit à un stade tardif, des mois ou des années après la fièvre éruptive. Macleod Yearsley a opéré une jeune fille de vingt-deux ans atteinte de nécrose du labyrinthe due à une suppuration de l'oreille qui remontait à une scarlatine de l'enfance.

Dans un cas de Walter Pye, un enfant de quatre ans, dix-huit mois après une scarlatine suivie d'otorrhée, est pris de suppuration mastoïdienne, avec surdité gauche, paralysie du facial gauche et des muscles de la langue de ce côté. Il guérit après ablation d'un séquestre. Dans un autre cas du même auteur, un enfant de sept ans, atteint deux ans et demi auparavant d'une scarlatine suivie d'otorrhée double, est pris de paralysie faciale gauche, avec surdité. Malgré l'élimination d'un séquestre comprenant une partie du rocher, avec les fenêtres ronde et ovale, la paralysie faciale persista.

Mais ce ne sont pas seulement l'ouïe et la parole, la motilité de la face, qui se trouvent menacées du fait de la persistance de l'otite scarlatineuse, c'est la vie elle-même. Plus ou moins tardivement peuvent éclater des accidents cérébro-méningés mortels, comme dans les cas suivants :

Toynbee : garçon atteint de scarlatine à dix ans. Otorrhée persistante. A douze ans, symptômes méningitiques et mort. Triple abcès : derrière l'oreille, entre le crâne et la dure-mère, et dans le cerveau.

Moos : scarlatine suivie d'otorrhée et de surdité complète. Trois ans après, mort de méningite suppurée.

Bezold : scarlatine suivie d'otite moyenne purulente chronique. Cholestéatome de la caisse et de l'antre. Méningite et mort, dix ans après la scarlatine.

Ogle : scarlatine dans l'enfance, suivie d'otorrhée. A vingt-trois ans, phénomènes méningitiques et mort. Ostéite suppurée du temporal, suppuration extra-dure-mérienne, thrombose du sinus latéral, abcès du cerveau.

Schöndorff et Hanson Fraser ont rapporté des cas analogues. Cependant la malade de Fraser a guéri.

* * *

On voit combien variées peuvent être les séquelles de la scarlatine, et quelle est la gravité de certaines d'entre elles. Elles doivent entrer sérieusement en ligne de compte, après les formes malignes et les complications de la période d'état ou de la convalescence, dans l'établissement du pronostic général d'une maladie qui se montre, suivant les cas, la plus bénigne ou la plus redoutable des fièvres éruptives.

(1) Pourcentage des surdi-mutités *acquises* par scarlatine : 10 p. 100 (Dobson), 16,9 p. 100 (Blau), 36,73 p. 100 (Toynbee).
Pourcentage des surdi-mutités par scarlatine : 1,5 p. 100 (Italie), 10,8 p. 100 (Autriche), 9,9 à 42,6 p. 100 (Allemagne), 20,8 p. 100 (Danemark), 27,5 p. 100 (Norvège), 7 à 16,8 p. 100 (Irlande), 7,2 à 26,4 p. 100 (Etats-Unis).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1909)

Sur la détermination de l'origine bovine ou humaine des bacilles de Koch isolés des lésions tuberculeuses de l'homme. — MM. A. Calmette et C. Guérin ont récemment attiré l'attention sur la propriété que possèdent les bacilles tuberculeux d'origine bovine de cultiver en présence de bile de bœuf glycérinée à 5 p. 100; les bacilles d'origine humaine ou aviaire ne cultivant pas sur un tel milieu. Or, récemment, un échantillon de bacille humain, isolé à l'hôpital Pasteur, par M. Salimbeni, de la rate d'un enfant de cinq mois, mort de tuberculose miliaire aiguë, a parfaitement cultivé sur bile de bœuf. D'autre part, ce même microbe, inoculé par voie intra-mammaire à une chèvre, s'est montré très virulent. Pour cette double raison, MM. Calmette et Guérin pensent pouvoir affirmer que la tuberculose de cet enfant était une infection primitivement intestinale et résultant de l'ingestion de lait tuberculeux.

Sur une base nouvelle retirée du seigle ergoté, l'ergothionéine. — M. C. Tanret.

Du travail musculaire électriquement provoqué dans la cure des maladies par ralentissement de la nutrition et en particulier dans la cure de l'obésité. — M. J. Bergonié.

Propriétés antirabiques de la substance cérébrale. — M. A. Marie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 JUILLET 1909)

Méningococcémie sans méningite cérébro-spinale. — M. NETTER a eu l'occasion d'observer et de guérir un cas d'infection méningococcique non accompagnée de méningite. Il s'agissait d'une fillette de six ans dont la sœur âgée de neuf ans était entrée deux jours auparavant dans son service pour une méningite cérébro-spinale suppurée grave. La plus jeune malade n'offrait aucun signe de méningite et le liquide cérébro-spinal retiré deux jours consécutifs était normal. Les symptômes consistèrent en fièvre, en douleurs articulaires avec adynamie, érythème en cocarde et purpura accompagné de poussées répétées de purpura, d'hémorragies buccales et intestinales.

Deux injections intra-rachidiennes successives de 30 centimètres cubes de sérum anti-méningococcique amenèrent un abaissement très rapide et définitif de la température bientôt suivi d'une guérison complète.

La nature méningococcique de l'infection n'est pas établie seulement par les données étiologiques et la prompte efficacité de la médication spécifique. Elle est encore affirmée par la réaction positive de l'agglutination du méningocoque que le sérum de la malade agglutinait dans la proportion très forte de 1 p. 400.

M. Netter signale 4 observations analogues antérieures dues à Salomon 1902, Andrews 1906, Liebermeister 1908, Bovaird 1909.

L'existence d'une méningococcémie sans méningite ne doit pas surprendre puisqu'on sait que le méningocoque a été trouvé dans le sang et même dans les articulations, les séreuses, etc.

Certains auteurs admettent d'ailleurs que le méningocoque arrive aux méninges par la voie sanguine. La méningococcémie peut exister sans méningite.

Elle peut aussi dans ce cas s'accompagner tardivement de méningite, comme dans les cas de Liebermeister, de Martini, de Rist et Parès.

Avant la connaissance du méningocoque, l'observation clinique établissait l'existence de certaines formes dans lesquelles les symptômes et les lésions méningées peuvent manquer.

Il y a donc une méningococcémie sans méningite, comme une peste sans bubons, un charbon sans pustule maligne. Le diagnostic peut être précisé par l'examen bactériologique du sang. Ce diagnostic devra être porté le plus tôt possible, de façon à augmenter encore les chances d'action de la médication spécifique.

M. Netter profite de cette occasion pour résumer encore l'histoire de 21 nouveaux cas de méningite traités par lui au moyen du sérum. Sa statistique personnelle porte actuellement sur 68 cas avec 16 décès dont 8 se rapportent à des moribonds ou à des sujets dont la mort est due à une autre affection que la méningite, soit une mortalité globale de 23,5, une mortalité nette de 12,5 p. 100.

Chez les enfants de moins de deux ans la mortalité globale a été de 43,5, la mortalité nette de 31,5. Au-dessus de cet âge la mortalité globale a été de 13,3, la mortalité nette de 4,9. Elle a été nulle chez les 6 adultes. Avant le sérum chez 33 sujets atteints de méningite sporadique, la mortalité globale a été de 48,5, la mortalité après déductions, de 39 p. 100.

Chez les enfants de moins de deux ans, la mortalité globale a été de 75 p. 100, la mortalité nette de 66 p. 100. Chez les sujets de plus de deux ans, la mortalité brute a été de 23,5 et après défalcation de 19 p. 100.

Il s'agit de malades soignés par M. Netter et par conséquent très comparables qu'il a traités par le sérum, avec cette particularité que, dans cette période, la maladie était plutôt sporadique et que le pronostic des formes sporadiques est toujours réputé plus favorable que celui des formes épidémiques. Koplick, avec le même traitement dans le même service, perdait 51,3 p. 100 de ces malades en période épidémique et seulement 38 p. 100 en dehors des épidémies.

Sur 68 malades, il a été possible d'indiquer la date du début du traitement :

30 de ces cas traités dans les trois premiers jours ont donné 4 décès, soit 13,3 p. 100. Ce chiffre tombe à 2 p. 28 si l'on défalque 2 moribonds, soit 7,14 p. 100. Les 2 cas terminés par décès restant sont des malades sortis guéris et ramenés tardivement après rechutes.

Sur 20 cas traités du quatrième au septième jour, il y a eu 4 décès, soit 20 p. 100 et 11,1 p. 100 après déduction.

Les 18 cas traités après plus d'une semaine, ont eu 7 décès, soit 38,9 p. 100 et après déduction 26,6 p. 100.

La guérison a été complète chez 48 malades, 3 ont conservé de la surdité par lésion de l'oreille interne ; 1 de la cécité par iridocyclite, soit 7,5 séquelles sur 100. Avant le sérum ces séquelles se sont rencontrées 24 fois sur 100. Les formes prolongées après traitement ont été infiniment moins nombreuses, 13 p. 100 au lieu de 50.

On voit que l'efficacité du sérum ne se manifeste pas seulement par la léthalité moindre mais aussi par une diminution marquée de la durée, par une réduction sensible des infirmités consécutives.

Pour obtenir ces bons résultats, il ne suffit pas de donner le sérum, il faut l'administrer largement et, en certains cas, arriver à des doses plus élevées dépassant 300 centimètres cubes.

Le cas le plus rebelle a demandé 22 injections et plus de 880 centimètres cubes.

M. Netter a eu connaissance de plus de 10 observations recueillies à Paris et dans les points les plus divers de France, où la terminaison fatale aurait, sans doute, été évitée si l'on avait pu, ou osé, montrer la même ténacité.

Sténose pylorique déterminée par un lobule pancréatique aberrant. — M. REYNIER communique l'intéressante observation d'un homme qui a toujours eu un mauvais estomac et qui présenta des vomissements périodiques avec crises douloureuses. On mit en avant successivement les diagnostics d'hyperchlorhydrie, de dilatation stomacale, de sténose spasmodique du pylore, etc. L'analyse des liquides gastriques montra qu'il y avait, non pas hyperchlorhydrie, mais bien hypochlorhydrie. Le malade se nourrissait de moins en moins, vomissait de plus en plus et dépérissait. M. Reynier pratiqua la laparotomie et trouva une petite tumeur du pylore qu'il prit pour un épithélioma. Il fit une pylorectomie. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait non pas d'un épithélioma, mais d'un lobule pancréatique aberrant.

Élection. — L'Académie procède à l'élection de deux membres associés étrangers.

La liste de présentation portait :

En première ligne, MM. Hansen (de Bergen) et Morisani (de Naples);

En deuxième ligne, *ex æquo :* MM. d'Espine (de Genève), Horsley (de Londres), Lœffler (de Greifswald) et Retzius (de Stockolm).

MM. Hansen et Morisani on été élus, l'un par 40 suffrages et l'autre par 31 suffrages.

L'Académie tiendra sa première séance le premier mardi d'octobre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 JUILLET 1909)

Réactions électriques du tétanos. — M. BABONNEIX. Dans le tétanos, tant humain (Bonniot) qu'expérimental, on n'observe pas l'hyperexcitabilité aux courants galvaniques laquelle caractérise, comme on sait, la tétanie. Il y a là un élément de diagnostic différentiel important dans les cas, relativement nombreux en pathologie infantile, où l'on hésite entre ces deux affections.

Action vaso-constrictive de la choline. — MM. BUSQUET et PACHON. L'action vaso-constrictive de la choline est très facile à mettre en évidence par l'inscription simultanée des variations de volume du rein et de la pression artérielle, soit chez le chien normal chloralosé, qui a reçu, dans la saphène, une injection de 3 à 4 milligrammes par kilogramme de chlorhydrate de choline très pur et dilué dans un faible volume (5 centimètres cubes) d'eau salée physiologique, soit, plus nettement encore, par les mêmes doses chez le chien atropinisé ou qui a subi la double section du pneumogastrique. En même temps que l'élévation de la tension artérielle, tout à fait importante, on observe une vaso-constriction du rein profonde. Chez l'animal atropinisé, il est même possible de mettre en évidence un effet additif de l'action hypertensive du chlorhydrate de choline à un effet hypertenseur inframaximal du chlorhydrate d'adrénaline.

Addition d'effets hypertenseurs de choline et d'adrénaline chez le chien atropinisé. — MM. H. BUSQUET et V. PACHON ont récemment mis en évidence l'action vaso-constrictive de la choline. De ce fait, il était permis de supposer que, dans des conditions expérimentales déterminées, cette substance pût exercer sur la pression artérielle une action hypertensive s'ajoutant à celle propre de l'adrénaline. Cette prévision se vérifie pleinement chez le chien atropinisé. L'injection de 1/30 de milligramme de chlorhydrate d'adrénaline Clin produit une hausse nette de la pression artérielle. L'injection de la même dose d'adrénaline additionnée de 5 centigrammes de chlorhydrate de choline produit une élévation de pression considérablement plus marquée que celle de l'adrénaline seule. Donc, chez le chien atropinisé, l'adrénaline et la choline, injectées simultanément à dose convenable, peuvent additionner leurs effets hypertenseurs.

Possibilité de l'expulsion trans-hépatique à contre-courant d'une injection poussée dans les veines sus-hépatiques. — MM. A. GILBERT et M. VILLARET signalent la production fréquente, à la suite d'injections gélatineuses dans le système sus-hépatique, de l'expulsion de la masse dans les branches de la veine porte et de l'artère hépatique. La progression du sang intra-hépatique ne serait donc peut-être pas impossible, à certains moments et sous certaines influences, en sens inverse du courant normal. L'expérience suivante tend à le faire penser. En sectionnant le tronc porte d'un chien vivant, au niveau de la bifurcation intra-hépatique, après avoir lié préalablement toutes les voies d'accès de ce vaisseau au foie, on voit nettement un reflux sanguin se produire, au moment de l'inspiration, hors des branches coupées de la veine porte, du hile du foie vers la cavité abdominale. Cette progression de la masse à contre-courant paraît aidée d'une façon active par la contraction des veines du foie et la rétraction du parenchyme lobulaire. Elle paraît pouvoir expliquer certains phénomènes pathologiques.

Sur le sort du chloroforme dans l'organisme. — M. NICLOUX s'est proposé de résoudre la question de savoir si le chloroforme fixé par l'organisme au moment de l'anesthésie est par la suite éliminé en totalité ou s'il subit une décomposition plus ou moins grande.

De ses expériences entreprises sur le lapin, il résulte que le chloroforme subit une décomposition d'environ 10 à 15 p. 100 vraisemblablement en se transformant en oxyde de carbone, comme l'a montré antérieurement l'auteur en collaboration avec M. Desgrez.

Action du courant continu sur les ferments. La catalase. — M. H. ISCOVESCO. Le courant continu transporte la catalase vers le pôle négatif et la détruit.

Un cas de méningite abortive avec liquide céphalo-rachidien normal. Agglutination très sensible du méningocoque par le sérum. — MM. NETTER et R. DEBRÉ, chez un enfant entré dans leur service avec un herpès confluent de la lèvre supérieure et ayant présenté, quatre jours auparavant, de la fièvre avec douleur dans la nuque, ont recherché le pouvoir agglutinant du sang vis-à-vis du méningocoque. Ils ont trouvé que ce sang, placé à l'étuve à 37°, agglutinait très nettement au bout de dix heures, à 1 p. 100 et p. 200, deux souches de méningocoques. L'une de ces souches était nettement agglutinée à 1 p. 250 à la température de 55°.

Le liquide retiré au même moment (cinquième jour) par la ponction lombaire était clair comme de l'eau de roche. Il ne renfermait pas plus d'éléments cellulaires que le liquide normal et ne présentait pas de microbes. Il donnait une précipitation moins discrète à 1 p. 50 et 1 p. 100, nulle à 1 p. 150.

Ainsi est établie l'origine méningococcique de formes abortives dans lesquelles la ponction ramène un liquide normal. Cette origine avait été admise par l'un des auteurs en 1898 et on pouvait invoquer en sa faveur la constatation des formes atténuées à liquide normal au cours de certaines épidémies militaires notamment à Kehl (Jœger, Rautenberg et Reinhard, 1904) et Rennes (Salebert et Monziols, 1907).

Hémorragies pancréatiques et stéato-nécrose expérimentales. Rôle de l'hypertension porte. — MM. GILBERT et E. CHABROL, poursuivant leurs recherches expérimentales sur la pathogénie des pancréatites, ont modifié la tension sanguine du système porte en pratiquant l'injection intra-hépatique de divers agents mécaniques, toxiques ou infectieux. Ils ont obtenu tous les intermédiaires, depuis la congestion capillaire et l'hémorragie des îlots de Langerhans jusqu'à l'infarctus glandulaire proprement dit. De même, ils ont observé la stéato-nécrose et ils discutent à ce sujet le rôle de l'hypertension portale. Les troubles circulatoires, qui entraînent la dystrophie du parenchyme, semblent favoriser l'action élective des substances toxiques sur les lobules dont la vitalité est diminuée ; ils modifient en outre la sécrétion normale du suc pancréatique.

Cette hypothèse est justifiée par les expériences de contrôle que les auteurs ont entreprises : la simple ligature de la veine porte ne leur a point permis d'obtenir la stéato-nécrose et inversement l'inoculation sous-cutanée de diverses substances toxiques n'a pu la déterminer à elle seule.

Le venin muqueux des batraciens. — Mme PHISALIX, en collaboration avec M. DEHAUT, a étudié le mucus de deux batraciens, le discoglosse peint et le pélobate cultripède, chez lesquels on n'en avait pas encore signalé l'action. Il ressort de ces études que ce mucus a sensiblement les mêmes propriétés physiques et la même action stupéfiante paralysante et diastolique chez tous les batraciens dont il constitue ainsi une caractéristique physiologique. On montrera prochainement que ce mucus a, chez beaucoup de batraciens aussi, des propriétés immunisantes contre le venin de vipère.

Lésions rénales provoquées chez le lapin par injections gastriques et rectales d'ovalbumine. — MM. NOBÉCOURT et PAISSEAU. L'examen histologique des reins des animaux sacrifiés au cours des expériences, déjà rapportées à la société par M. Nobécourt, confirme les résultats obtenus par M. Chiray ;

la lésion produite sur le parenchyme rénal par les hétéro-albumines est la cytolyse protoplasmique de Castaigne et Rathery, se traduisant par un aspect clair et transparent des cellules du tube contaminé.

Cette lésion, fugace et facilement réparable, semble en rapport avec le passage de l'albumine dans les urines.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1909)

Tachycardie paroxystique. — M. Deleuze en rapporte une observation suivie d'autopsie. La crise a débuté brusquement, sans cause apparente; et s'est manifestée par de violentes douleurs au creux épigastrique, de la dyspnée et une légère voussure précordiale sans augmentation de la matité cardiaque. Le cœur battait à 246 pulsations à la minute; ces battements étaient bien frappés, réguliers, sans altérations du rythme ni bruits surajoutés.

Au bout de quinze jours la mort survint par asystolie. A aucun moment le nombre des pulsations n'est descendu au-dessous de 220, malgré les divers agents thérapeutiques employés : digitale, chloral, bromure, morphine, etc.

L'autopsie n'a révélé aucune lésion du cœur, ni du péricarde; le foie était légèrement atrophié et cirrhotique; les reins et les poumons présentaient les lésions congestives de l'asystolie.

Il s'agit donc vraisemblablement d'une tachycardie paroxystique essentielle, véritable névrose.

Incontinence nocturne essentielle d'urine. — M. Chavigny présente un incontinent qu'il a guéri radicalement avec l'appareil rééducateur de Genouville. Cet appareil, comme on le sait, consiste en deux plaques métalliques séparées par une mince couche d'ouate hydrophile qu'on place sous le bassin du malade. Ces plaques sont reliées à une pile et à une sonnerie que le courant met en action, dès que l'urine, ayant mouillé l'ouate, établit un contact entre les deux plaques. M. Chavigny a remplacé la sonnerie par deux contacts appliqués au niveau du pubis, qui donnent au malade une décharge faradique qui le réveille dès qu'il commence à uriner.

Etiologie de la fièvre typhoïde. — M. Millet relate deux épidémies, l'une d'origine fécale, l'autre d'origine hydrique.

La première a frappé deux régiments de dragons, à Reims, et a déterminé 135 atteintes avec 23 décès. Ces régiments avaient évolué dans un terrain traité par l'épandage extrêmement desséché. L'infection semble s'être faite par ingestion des poussières fécales.

L'épidémie d'origine hydrique est celle qui sévit à deux reprises sur la garnison de Rouen en 1903. La première détermina 83 cas et 14 décès. La seconde occasionna 152 cas avec 18 décès.

L'une et l'autre de ces deux épidémies étaient dues à la pollution des eaux de boisson par des fosses non étanches de villages où régnait la fièvre typhoïde. L'épreuve à la fluorescaïne fut positive dans les deux circonstances.

La population civile ne fut pas plus épargnée que l'élément militaire, puisqu'au cours de cette épidémie, il y eut 321 cas déclarés avec 43 décès; c'est une nouvelle preuve de l'étiologie hydrique de la fièvre typhoïde.

A la suite de ces événements, on installa des stérilisateurs dans toutes les casernes de Rouen; or, depuis cette époque, c'est-à-dire de 1904 à 1908, il n'y eut plus dans la garnison que 32 atteintes de dothiénenterie avec 1 décès, tandis que la statistique civile enregistrait, pour la même période, 609 déclarations avec 114 décès.

M. Fischer attire l'attention sur la possibilité de contamination de la nappe souterraine par les cadavres des hommes morts de la fièvre typhoïde et, par conséquent, porteurs de germes nombreux et virulents.

Il est nécessaire d'y remédier, en temps de paix par l'obligation d'enfermer les corps des typhiques dans des cercueils imperméables, en temps de guerre par la crémation systématique.

M. Dupard insiste sur la nécessité qu'il y a, lorsqu'on installe des appareils stérilisateurs dans un casernement, à mettre ceux-ci à proximité des hommes et à assurer une distribution suffisante d'eau. Faute de quoi, la prophylaxie est illusoire, car ainsi que le fait s'est encore récemment produit à Cherbourg, les hommes ont tendance à prendre plus près d'eux de l'eau contaminée.

Typhus exanthémathique. — M. Lafforgue apporte le résultat des observations qu'il a faites en Tunisie. Il insiste sur la fréquence relative du typhus et sur la difficulté de le distinguer d'avec le typhus récurrent. Dans bien des cas, la symptomatologie des deux affections présente de grandes ressemblances et l'examen du sang permet, seul, de trancher le diagnostic; encore y a-t-il lieu parfois de se demander si le typhus exanthématique et le typhus récurrent ne peuvent atteindre simultanément le même individu.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de dermatologie (1), par J. Darier, médecin de l'hôpital Broca.

Ce nouvel ouvrage est le fruit d'une expérience déjà longue; il y a plus de vingt ans que M. Darier pratique et enseigne la dermatologie, et c'est à l'hôpital qu'il a conçu le plan et souvent rédigé le texte de ce précis.

Son livre s'adresse aux étudiants nouveau-venus dans un service de dermatologie et aux praticiens dont les souvenirs d'hôpital sont un peu effacés; tout en faisant une revision complète de la pathologie cutanée, il est aussi court et aussi pratique que possible. Pour le faire court, M. Darier a sacrifié bibliographie, historique et discussions doctrinales, et ne s'est attaché qu'à ce qui est essentiel en vue du diagnostic et du traitement: pour le rendre pratique, il en a disposé la matière suivant un plan nouveau.

M. Darier ne tente pas une classification qui, pour être logique et scientifique, devrait être fondée sur l'étiologie, et c'est là une tâche irréalisable en l'état actuel de la science dermatologique. « En dermatologie, le médecin se trouve placé dans des conditions toutes spéciales. Il n'y a pas à rechercher les symptômes morbides à l'aide d'artifices plus ou moins compliqués; ces symptômes s'imposent à lui directement; il reconnaît d'emblée leurs caractères et leur localisation et assiste à leur évolution », et très rationnellement, c'est par l'*étude morphologique des dermatoses* que M. Darier commence son ouvrage. Il étudie les éléments éruptifs et les altérations cutanées non éruptives, en indiquant les lésions anatomiques spéciales dont elles résultent; à chacune de ces *formes dermatologiques élémentaires* il rattache les syndromes dans lesquelles elle se présente. Ce groupement d'affections cutanées morphologiquement analogues a l'avantage de bien faire saisir ce qui constitue leur individualité et ce qui permet de les diagnostiquer.

La seconde partie — *monographie des dermatoses* — est consacrée aux entités morbides à étiologie définie, dermatoses artificielles, dermatoses parasitaires, dermatoses infectieuses. M. Darier y rattache un groupe de dermatoses que réunit

(1) Un volume de XVI-700 pages, avec 122 figures. Prix : 12 francs. — Paris, 1909. Masson et Cie.

sinon une cause première commune, au moins un même phénomène d'ordre général, le prurit essentiel, dépendant d'un trouble nerveux, ce sont les neuro-dermatoses. Enfin, l'étude des tumeurs de la peau vient clore cette étude nosographique.

A la fin de l'ouvrage, M. Darier a réuni, en un bref *memento thérapeutique*, les notions essentielles nécessaires au traitement dermatologique et les formules qu'il est indispensable de connaître.

Le *Précis de dermatologie*, illustré de nombreuses et très démonstratives reproductions de types cliniques et histologiques, sera certainement un guide excellent pour les étudiants et les praticiens désireux de pouvoir déterminer rapidement et traiter convenablement les cas dermatologiques qui se présentent à eux. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES DES TUMEURS CÉRÉBRALES [1]

§ IV. **Autres régions de l'encéphale.** — A. CENTRE OVALE ET NOYAUX OPTO-STRIÉS. — Leurs lésions : *a.* ou atteignent la voie motrice, et alors, elles donnent lieu à des paralysies limitées, avec contracture ; *b.* ou elles ne l'atteignent pas, et leur symptomatologie reste extrêmement obscure.

B. Les tumeurs du CORPS CALLEUX : *a.* ou sont muettes ; *b.* ou se caractérisent par l'ensemble des symptômes suivants (Bristowe, Ghive, Bruns, Devic et Paviot) : aggravation progressive de tous les symptômes; absence de symptômes généraux ; troubles profonds de l'intelligence, évoluant lentement; hémiparésies ; pas de symptômes basilaires.

C. Les tumeurs des TUBERCULES QUADRIJUMEAUX donnent lieu à une *démarche titubante* et à une *ophtalmologie bilatérale* inégale des deux côtés (*syndrome de Nothnagel*). A ce syndrome, critiqué par Bruns, Weinland ajoute les *troubles de l'audition.*

D. Les tumeurs du CORPS PITUITAIRE se caractérisent (Leclerc) surtout par une *hémaniopsie bitemporale* presque pathognomonique, à laquelle succède une atrophie optique double (par compression du chiasma); accessoirement par une discordance entre les signes subjectifs, très accusés, et l'examen physique du fond de l'œil (*signe de Berhardt*); une ophtalmoplégie double, avec abolition du réflexe pupillaire; des troubles paralytiques et sensitifs. A ces signes, depuis longtemps signalés, il faut ajouter : 1° le *gigantisme* et l'*acromégalie*, véritables « syndromes pituitaires » (v. Roy. Th. de Paris, 1903), le gigantisme étant l'acromégalie de l'enfant, l'acromégalie étant le gigantisme de l'adulte ; 2° l'obésité (Bregman et Steinhaus, Marburg); 3° quelquefois, la polyurie simple (Haushalter et Lucien).

E. Les tumeurs des PÉDONCULES CÉRÉBRAUX donnent lieu au *syndrome de Weber* : paralysie *périphérique* de la troisième paire d'un côté, paralysie *centrale* des membres du côté opposé; on y observe parfois le signe d'Argyll-Robertson (Guillain).

F. Les tumeurs de la PROTUBÉRANCE donnent lieu au syndrome de *Millard-Gubler* : paralysie *périphérique* des sixième et septième paires d'un côté, paralysie *centrale* des membres du côté opposé ; à de la dysarthrie, à de la tendance au sommeil et quelquefois à de l'ataxie.

G. Les tumeurs du BULBE se compliquent de paralysie des muscles des lèvres, de la langue, du larynx ; de polyurie et de glycosurie ; elles se terminent fréquemment par la mort subite.

III. **SYMPTOMES EN RAPPORT AVEC LA NATURE DE LA TUMEUR.** — On peut, à ce sujet (Hutinel et Babonneix) distinguer quatre grandes variétés : tuberculose cérébrale ; tumeurs proprement dites; tumeurs parasitaires ; collections liquides.

Tuberculose cérébrale. — Surtout fréquente chez l'enfant, elle peut affecter *trois formes* (Rilliet et Barthez).

Une FORME CHRONIQUE, habituellement secondaire, et essentiellement caractérisée par des *convulsions*, accessoirement par des paralysies et des contractures, de la céphalalgie, des vomissements, des modifications du caractère, de l'hydrocéphalie, des troubles oculaires; quelquefois même l'ophtalmoscope permet de déceler l'existence de tubercules choroïdiens (*cérébroscopie* de Bouchut). La maladie évolue habituellement en quelques mois et se termine par une poussée de méningite tuberculeuse qui emporte le malade en quelques jours.

Une FORME AIGUË, également secondaire, qui débute par des convulsions généralisées, provoque de violentes réactions méningées et, très rapidement, aboutit au coma.

Une FORME LATENTE (2/3 des cas, Zappert), où tout se borne à quelques modifications de caractère, et qui est presque toujours confondue, à ses dernières phases, avec une méningite tuberculeuse (Zappert).

Tumeurs proprement dites. — En dehors des cas où il est secondaire, la nature du *cancer cérébral* ne peut être que soupçonnée. Le *gliome* a pour lui son apparition fréquente à la suite d'un traumatisme, son évolution rapide, sa tendance aux ictus, le caractère éphémère des paralysies qu'il détermine. Les *gommes syphilitiques* seront reconnues aux antécédents, aux caractères de la céphalée, aux résultats du traitement.

Tumeurs parasitaires. — Il n'y a pas, chez l'homme, de signes certains de *cysticerques du cerveau* (Bouchut). Les *kystes hydatiques* du cerveau se développent souvent chez des sujets porteurs d'autres kystes hydatiques (foie, intestin); leur développement est très lent. Ils pourraient (Davaine) traduire leur existence par des paralysies directes : ils se compliquent fréquemment de troubles intellectuels et, usant les parois du crâne, finissent par former à l'extérieur une saillie molle, fluctuante, pulsatile, rendant à la percussion un son tympanique.

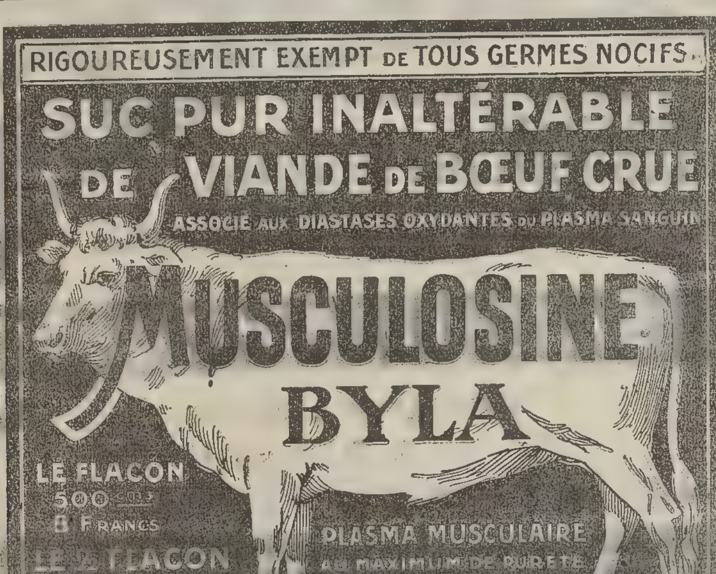
Collections liquides. — Les *kystes séreux* ne sont habituellement pas diagnostiqués pendant la vie. Les *anévrismes* apparaissent brusquement au cours d'une affection mitrale et se caractérisent par une céphalalgie martelante, des sensations de bouillonnement perçues par les malades, et quelquefois, par un souffle systolique perceptible au niveau du crâne ; ils évoluent avec rapidité et se terminent presque toujours par apoplexie méningée.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n°s 74, p. 950; 77, p. 985; 82, p. 1045.

Les Opsonines. Etude physico-chimique et biologique; les opsonines dans la fièvre typhoïde : sérothérapie antityphique et opsonines, par le docteur J. MILHIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, préparateur à la Faculté de médecine. In-8, 208 pages, avec 16 fig. — Prix : 5 francs, — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



RIGOUREUSEMENT EXEMPT DE TOUS GERMES NOCIFS.
SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN
MUSCULOSINE
BYLA
LE FLACON 500 cm³ 8 FRANCS
LE ½ FLACON 250 cm³ 4 F 50
PLASMA MUSCULAIRE AU MAXIMUM DE PURETÉ & D'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE CONTROLÉES
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE
GENTILLY (SEINE)
AUTORISÉS PAR LE GOUVERNEMENT POUR LA PRÉPARATION DES PRODUITS ORGANIQUES

N° 86. — SAMEDI 31 JUILLET 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 31 JUILLET 1909. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH 819 52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

COMITÉ DE VIGILANCE DU CONGRÈS DES PRATICIENS. — Le Comité de vigilance des médecins praticiens :

1° Saisi des abus signalés par l'Association corporative des étudiants en médecine dans les admissions et les inscriptions des écoles, réclame l'application stricte des règlements par le ministère qui les a formulés et la suppression de toute dispense. Mais, convaincu que le seul remède se trouve dans l'autonomie des écoles, réclame l'indépendance des écoles de médecine vis-à-vis de l'Etat et donne son approbation pleine et entière à la campagne poursuivie par les étudiants de Paris et de province ;

2° Ouï le rapport à lui présenté dans ses séances du 24 avril et du 10 juin 1909, au sujet des modifications à apporter à l'article 5 de la loi sanitaire de 1902, propose :

A. Que l'obligation de la déclaration des maladies contagieuses soit reportée sur le seul chef de famille ou celui qui en tient lieu ;

B. Que le médecin traitant soit tenu de délivrer, aussitôt son diagnostic établi, au seul chef de famille le certificat de maladie contagieuse dont celui-ci aura à faire lui-même l'envoi à l'autorité municipale, certificat qui portera mention de la responsabilité du chef de famille ou de celui qui en tient lieu, des pénalités auxquelles l'exposerait son abstention, de l'obligation *seconde* imposée au médecin traitant ;

C. Que secondairement, et quarante-huit heures après la remise de son certificat, le médecin traitant soit tenu, *faute d'avis de récépissé de cet envoi et pour cette seule cause*, de signaler à l'autorité municipale, par une simple et suffisante indication d'adresse, les habitations contaminées ;

D. Que la *rémunération* des certificats de maladies contagieuses, reconnue comme un droit ressortissant à un acte professionnel de la pratique courante, soit faite *directement* chez les particuliers aisés et solvables, et *par les services d'assistance*, chez les indigents secourus.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-neuvième semaine, 807 décès, au lieu de 764 pendant la semaine précédente et de 843, moyenne ordinaire de la saison.

On remarque la fréquence de la rougeole dans différents quartiers de la périphérie : au contraire, la scarlatine présente des chiffres plus voisins de la moyenne.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès (chiffre identique à la moyenne et à celui de la semaine précédente).

La rougeole a causé 23 décès, au lieu de 16 pendant la semaine précédente (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 408, au lieu de 402 précédemment (moyenne 233).

La scarlatine a causé 3 décès. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 179 ; il s'élevait à 147 pendant la semaine précédente (moyenne 177).

La diphtérie a causé 6 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 3).

La diarrhée infantile n'a causé que 29 décès de 0 à 1 an, au lieu de 13 pendant la semaine précédente (moyenne 60).

En outre, 27 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 106 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 92).

La phtisie pulmonaire a causé 150 décès (moyenne 182).

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DE LA VEUVE DU DOCTEUR H..., MÉDECIN INSPECTEUR DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS. — Un de nos meilleurs et de nos plus dévoués collègues vient de succomber, à la suite d'une longue et douloureuse maladie. Bien que partisan des œuvres de solidarité (il était un de ceux qui, avec Smester, avaient tenté de faire aboutir la loterie médicale destinée à soulager toutes les infortunes médicales), H... n'avait pas pu, ou avait pu trop tard pour en bénéficier, faire partie de nos grandes associations de prévoyance et il laisse sans aucune ressource sa veuve et deux tous jeunes enfants dont l'aînée a cinq ans, la plus jeune un an à peine.

Des amis, des confrères, espèrent obtenir pour Mme H... une situation qui lui permettra d'élever les pauvres orphelines, mais il faut attendre et c'est pour assurer l'existence de cette malheureuse famille pendant cette période d'attente que le bureau de la Société des médecins inspecteurs des écoles de la Seine adresse un chaleureux appel aux collègues de H... et au corps médical tout entier.

Prière d'adresser les souscriptions à M. le docteur Butte, secrétaire général de la Société des médecins inspecteurs, 40, rue Saint-Placide, Paris.

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'AUTOMATISME AMBULATOIRE

Par MM. R. BENON,
Interne de la clinique des maladies mentales, médecin-adjoint,
et P. FROISSART,
Ancien interne de la Préfecture de police de la Seine, médecin-adjoint.

L'automatisme ambulatoire consitue, en pathologie mentale, une variété de fugues fréquente et intéressante, tant au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal.

Tout ce qu'on a appelé ou décrit comme « automatisme ambulatoire » ne rentre pas dans les fugues. Pour qu'il y ait véritablement *fugue*, il importe que *deux conditions* soient réalisées : d'abord le sujet, qui a quitté son domicile, ne rentre pas ; l'état psychique particulier, dans lequel il se trouve, le rend incapable de regagner sa demeure, ou bien le conduit loin de son habitation. D'autre part l'entourage du malade, sans nouvelles, est incertain sur son sort et le considère comme disparu, comme absent. Chaque fois que ces deux conditions n'existent pas, il n'y a pas fugue, et notamment fugue en « état second », c'est-à-dire fugue par automatisme ambulatoire. Au point de vue pratique et diagnostique surtout, cette limitation de l'état de fugue a, selon nous, une importance fondamentale.

Comme toutes les fugues, l'automatisme ambulatoire proprement dit est un état psycho-morbide de l'activité, survenant brusquement, transitoire et accidentel, se présentant sous forme de voyages, marches, courses, fuites, etc. Souvent, avant son départ, avant sa disparition, le sujet n'a donné aucun signe d'altération des facultés mentales. Pendant sa fugue, il est dans un état psychique particulier, qui n'est pas l'inconscience. Quand il revient à lui, la fugue terminée, il offre une amnésie généralement profonde ou totale. Le malade passe brusquement de l'état dit normal, dans l'état intellectuel spécial qu'il présente durant sa fugue. Ce trouble de l'activité est transitoire; il peut durer un ou plusieurs jours, une ou plusieurs semaines, un ou même plusieurs mois. Cette manière d'être du sujet est encore un fait accidentel et non habituel, de son activité pathologique. Enfin, au cours de cet état psycho-morbide, le malade accomplit de véritables voyages, à pied, en voiture, en chemin de fer, etc.

I

Historique. — C'est Charcot qui, en 1888, créa le mot *automatisme ambulatoire*. Le maître fit sa première leçon clinique sur l'automatisme ambulatoire comitial le 31 janvier 1888 ; il en fit une seconde, le 21 février 1889; toutes les deux avaient trait au même malade. L'observation de son sujet, très détaillée, présentée avec le vocable nouveau et séduisant d'automatisme ambulatoire, a donné lieu, de par l'influence considérable de son auteur, à des travaux nombreux, tant en France qu'à l'étranger, en Allemagne, en Italie, en Angleterre, en Amérique, en Russie, etc.

a. Avant lui, cependant, quelques auteurs avaient observé et publié des cas analogues.

Moreau (de Tours), en 1861, raconte l'histoire d'une dame qui s'endormait au cours de ses promenades et continuait sa route, pour se réveiller quelques instants après. Trousseau, en 1865, rapporte le cas fameux de ce président du tribunal, qui quitte la séance à laquelle il assiste pour sortir sur le quai voisin. Il avait évité tous les obstacles rencontrés, traversé la chaussée, et il ne se souvenait de rien. Mais ces deux malades, s'ils sont bien des automates ambulateurs, sont-ils bien en revanche de véritables fugueurs?

Tardieu, en 1872, dans son étude médico-légale sur la Folie, relate brièvement l'histoire d'un menuisier qui abandonne son établi, dépose ses outils et disparaît pendant huit jours ; « il était allé à 60 lieues de son domicile et en était revenu, sans savoir pourquoi ».

En 1877, Legrand du Saulle publie, comme « un cas sans précédent dans la science », l'observation célèbre de ce malade qui, parti de Paris, se réveille, en bateau, devant la ville de Bombay.

En 1878, Echeverbia (M. G.), de New-York, communique au Congrès international de médecine mentale de Paris, à propos de l'épilepsie, deux cas de fugues en « état second ».

Luys, en 1881, relate une observation, très intéressante, « d'obnubilation de la conscience » d'une durée de plusieurs jours, chez un individu qui continuait à vivre de la vie commune.

Motet, en 1886, communique à la Société médico-psychologique un cas de fugue de quatre et dix jours, chez un ancien traumatisé. Il cherche à expliquer ces faits par un état psychopathologique particulier, « l'automatisme de la mémoire ».

Tissié, en 1887, dans sa thèse sur les « aliénés voyageurs », rapporte tout au long l'observation d'un fugueur déséquilibré, obsédé et amnésique, qu'il range dans une catégorie spéciale, les captivés, à côté des délirants, des hallucinés, des déments et des impulsifs. D'ailleurs, ce malade, au point de vue clinique, se rapproche plus des vagabonds que des fugueurs véritables.

b. Après Charcot, les auteurs, qui ont étudié l'automatisme ambulatoire, sont très nombreux.

Dès juillet 1888, c'est-à-dire quelques mois après la leçon magistrale de Charcot, Duponchel publie un travail sur les impulsions à la déambulation chez les militaires. Il rapporte une observation personnelle d'automatisme ambulatoire, qu'il attribue à l'hystéro-épilepsie : en fait, le malade était un alcoolique avéré, et il semble que sa fugue en « état second » relève de son intoxication. Duponchel distingue la fugue automatique de la fugue des déséquilibrés, obsédés, car chez ces derniers, les motifs ou mobiles du début de la fugue constituent un véritable « déterminisme ambulatoire ».

Desnos, Alcindor et Maurat, en 1889, publient un cas d'hystérie avec automatisme ambulatoire.

Voisin (J.), également la même année, communiquait des observations d'automatisme ambulatoire chez des hystériques ; toutes ne sont pas des cas de fugues. Il distingue l'automatisme ambulatoire hystérique de l'automatisme ambulatoire comitial.

A partir de cette époque, les auteurs vont se séparer et rattacher l'automatisme ambulatoire, suivant les faits ou plutôt suivant leurs tendances, à l'hystérie ou à l'épilepsie.

Proust, en 1890, relate à l'Académie des sciences morales et politiques, l'histoire d'un hystérique automate ambulateur, qui accomplissait des fugues

amnésiques typiques et qui dans le sommeil provoqué racontait tout ce qu'il avait fait au cours de ses déplacements et voyages.

A la Société médicale des hôpitaux, et la même année, Chantemesse et Widal communiquent un cas d'épilepsie avec grandes et petites attaques d'automatisme ambulatoire.

M. Colin, en 1890 aussi, publie deux observations d'automatisme ambulatoire, l'une chez un alcoolique, l'autre chez une hystérique. La malade de cette dernière observation, consciente de son état morbide, se sentait « poussée par une force inconnue ». Pour le premier malade, il est intéressant de constater que l'auteur rattache son automatisme ambulatoire à l'éthylisme.

Le Dantec, en 1890, rapporte deux observations d'automatisme ambulatoire, l'une, dit-il, chez un épileptique, l'autre chez un hystérique. Le premier malade apparaît surtout comme un alcoolique; quant au second, il semble avoir présenté une bouffée délirante et l'auteur ne dit pas ce qu'il est devenu dans la suite.

Trois thèses enfin, en 1890, traitent de l'automatisme ambulatoire : les auteurs Sous Saint-Aubin, Frenkel, le rattachent à l'épilepsie, à l'hystérie, ou à l'une et l'autre névrose. La thèse de Sous, contient la suite de l'observation du malade de Charcot.

En 1891, Grandjean publie un cas d'automatisme ambulatoire comitial.

La même année, M. Pitres, dans ses leçons notamment, présente plusieurs automates ambulateurs; l'un d'eux Albert Dadas, dont il fait un hystérique, avait déjà été particulièrement étudié par son élève Tissié dans sa thèse de 1887. On peut se demander si ce malade, dit hystérique, ne doit pas plutôt être rangé parmi les psychasténiques ou obsédés.

En 1892, M. Souques publie, chez un dipsomane, un cas d'automatisme ambulatoire qui relève des fugues des psychasthéniques obsédés, et non des fugues en « état second ». Géhin, Boeteau également rapportent des cas d'automatisme ambulatoire comitial, hystérique, etc.

A la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, M. Régis, en 1893, présente une malade qui fait une fugue amnésique; il considère cet état comme étant de nature hystérique. Le sujet put raconter son voyage dans l'hypnose. Il est à noter que la fugue fut motivée par des préoccupations familiales de couleur mélancolique. A cette époque, M. Régis propose, dans ses leçons, de dénommer *dromomanie* la fugue des obsédés ou psychasthéniques. Son élève Dubourdieu traite ce sujet dans sa thèse.

En 1893, Denomini, s'inspirant de Duponchel, choisit comme sujet de thèse : les impulsions morbides à la déambulation, au point de vue médico-légal.

En 1894, Semelaigne exécute une revue, bien documentée, sur l'automatisme ambulatoire.

M. Raymond, en 1895, fit deux leçons, recueillies par M. Janet, sur les fugues ou délires ambulatoires. Voici, d'après lui, les caractères fondamentaux de la fugue hystérique :

1° La fugue comprend une impulsion irrésistible à accomplir un acte;

2° Cet acte est accompli d'une manière intelligente;

3° A la fin de l'action impulsive, il y a oubli complet.

MM. Raymond et Janet distinguent la fugue hystérique des fugues épileptiques et psychasthéniques.

En 1895, Cabadé publie une longue et intéressante observation d'automatisme ambulatoire qu'il dit de nature épileptique, mais cela n'est pas démontré; le malade était triste depuis quelque temps, avant son départ.

En 1895 toujours, A. Fournier, J. Köhne et G. de la Tourette, chargés d'un rapport médico-légal sur un militaire obsédé, en font un automate ambulateur avec impulsion à la déambulation (?); Gigard cite un fait bref d'automatisme ambulatoire dû à l'alcoolisme.

En 1897, MM. Sabrazès et de Batz, en 1898, M. Raviart présentent les premiers un cas d'automatisme ambulatoire épileptique, symptomatique d'une cysticercose de l'encéphale, le second un cas d'automatisme ambulatoire hystérique au cours d'un goitre exophtalmique.

M. Dubois (de Fourmies), en 1898, rapporte une observation d'automatisme ambulatoire chez un épileptique avéré, mais alcoolique, qui se suicide dans une fugue.

En 1899, M. Babinski fait une leçon sur l'automatisme ambulatoire et le somnambulisme hystérique; il présente une malade qu'il dit épileptique.

En 1902, MM. Pitres et Régis, dans leur livre sur les Impulsions et Obsessions, proposent d'élargir le cadre de la dromomanie et d'y faire rentrer l'automatisme ambulatoire.

En 1903, MM. Faivre, Taubmann publient des observations d'automatisme ambulatoire hystérique, l'une notamment dans la maladie de Basedow.

Joffroy, en 1904, présente dans une leçon clinique un malade qui a fait une fugue d'Anvers à Paris, et qu'il considère comme un automate ambulateur hystérique.

MM. Février et Parisot, M. Coulonjou, en 1905, rapportent des cas de fugues hystériques chez des militaires.

En 1906, M. Pagnier, dans sa thèse sur le vagabondage et les vagabonds, groupe un certain nombre d'observations d'automatisme ambulatoire.

Citons encore des faits analogues de MM. Roussel et Lesnés, Cottu, Courbon, Claude et Rose, Claude et Baudoin, Escande de Messières, Joffroy et Dupouy, etc.

c. A l'étranger, et cela surtout depuis le travail de Charcot, on a beaucoup étudié l'automatisme ambulatoire.

En Allemagne, Bregmann, Schultze, en 1899, publient des cas divers d'automatisme ambulatoire. En 1900, Burgl, Donath créent le mot *poriomanie* (impulsion à voyager), pour les automates ambulateurs épileptiques.

Mais il faut citer surtout M. Heilbronner qui, en 1903, exécute un gros travail sur la question des fugues ou états analogues, basé sur 57 observations, dans lequel il étudie seulement l'épilepsie et l'hystérie. Ses conclusions sont à citer en partie :

1° *Parmi les individus atteints de fugues, même si on en soustrait ceux dont les pérégrinations s'expliquent directement par les troubles psychiques permanents, on n'en trouve guère qu'un cinquième qui présente des troubles épileptiques certains.*

2° *Les fugues des épileptiques ne se distinguent en aucune façon des fugues des malades non épileptiques* (hystériques), *ni par la manière dont se comporte la mémoire, ni par aucune autre condition spéciale.*

3° Le nombre des individus offrant avec leurs fugues des symptômes d'hystérie est beaucoup plus considérable que celui des épileptiques.

4° On n'est pas autorisé à faire le diagnostic d'épilepsie, d'après une fugue ou un état analogue, et on ne doit pas considérer ces états, revenant par accès, comme des équivalents épileptiques.

5° Les états de fugues doivent être considérés le plus souvent comme la réaction maladive d'individus dégénérés, contre des sentiments « dysphoriques ».

6° La tendance à la fugue peut devenir habituelle...

7° Les états de fugues, surtout lorsqu'ils ont une longue durée, offrent des difficultés insolubles, même lorsque les antécédents épileptiques sont hors de doute.

8° L'appréciation médico-légale des états de fugues doit se baser sur l'état habituel de l'individu plutôt que sur les fugues elles-mêmes.

En 1906, O. Woltar se préoccupe de l'état de la conscience pendant les fugues; Raecke communique un travail sur la désertion et les fugues; il apporte les observations de 18 cas observés chez des marins: 6 sont atteints, d'après lui, d'épilepsie; 9, d'hystérie; 3, d'imbécillité. Citons encore deux observations d'automatisme ambulatoire, l'une de Hallager, en 1903, l'autre de Frenkel, en 1904, etc.

En Italie, comme en Allemagne, la question des fugues et de l'automatisme ambulatoire a relativement beaucoup intéressé le monde scientifique.

Dès 1889, Filippi fait paraître un travail sur les fugues. La même année, Gilli et Simplici publient une observation d'automatisme ambulatoire.

Verga, en 1891, à propos de l'observation d'un enfant fugueur, insiste sur le *déterminisme ambulatoire* de ces états.

Du reste, en 1892, F. Aveta, dans une revue critique sur l'automatisme ambulatoire, fait ressortir que, devant la diversité des faits, il importe de décrire un *automatisme* ambulatoire *conscient* et un *automatisme* ambulatoire *inconscient*; en outre ces deux automatismes sont avec ou sans déterminisme. Cette terminologie est inacceptable.

Enfin, des observations de déterminisme ou d'automatisme ambulatoire sont publiées par Borri (1892), Paolo Funaioli, Zéri, Bonnivente (1903), etc.

En Angleterre, en Amérique, citons Stevens et C. Hughes, qui, en 1880, publient un cas d'automatisme de nature épileptique, paraissant accompagné de conscience et suivi d'aphasie (?) : le malade sortait la nuit, ne se rendait pas bien compte de ce qu'il faisait, mais n'avait néanmoins aucun trouble de la mémoire; Althaus (1886), qui relate une observation de fugue épileptique; Berkley (1897), une observation de *manie ambulatoire* avec dédoublement de la conscience que l'auteur dit d'origine alcoolique; enfin Mac Carthy (1900), une observation d'automatisme ambulatoire épileptique; Angell, Courtney (1906), Patrick (1907), etc.

En Russie, Liass publie, en 1897, un cas d'automatisme ambulatoire, probablement d'origine épileptique; Bielaïeff, en 1907, deux cas de fugues, l'une chez un épileptique, l'autre chez un dément précoce probable; Pieloff, en 1907 également, quatre observations d'automatisme ambulatoire : une épileptique et trois hystériques.

En terminant, nommons encore C. Simerka (1897), Léon (1901), Lass (1903) qui communiquent ou rapportent des cas d'automatisme ambulatoire « conscient ou inconscient » (?).

II

Etude clinique. — Limitation du sujet. — Nous n'envisageons ici que les cas d'automatisme ambulatoire dans lesquels les conditions nécessaires pour constituer l'état de fugue, se trouvent réalisées. Nous éliminerons plus loin, au diagnostic, les autres variétés d'automatisme ambulatoire.

Les fugues par automatisme ambulatoire proprement dit ou fugues en « état second », sont les fugues des épileptiques, des hystériques et de certains alcooliques. Les fugues des psychasthéniques, obsédés, déséquilibrés, dromomanes doivent en être distraites, notamment parce que conscientes, irrésistibles et non amnésiques.

Description. — Si les fugues par automatisme ambulatoire des épileptiques, des hystériques et de certains alcooliques doivent donner lieu à une description commune, c'est que les caractères cliniques des observations publiées jusqu'à ce jour ne permettent pas, à notre avis, de différencier nettement et sûrement ces états, jusqu'ici séparés. C'est du reste la conclusion à laquelle est également arrivé Heilbronner.

Quels sont les caractères cliniques fondamentaux et particuliers de ces fugues par automatisme ambulatoire, ou fugues en « état second »?

Avant la fugue, le sujet n'a présenté à proprement parler aucun trouble psychique; rien ne faisait prévoir à l'entourage l'état nouveau prochain. Sans doute on a noté parfois des troubles de l'émotivité, des crises convulsives plus ou moins nettes, des excès de boissons, etc. Mais, fait important, la veille du départ ou le jour même, quelques heures ou quelques minutes auparavant, l'état mental était « normal », ou tellement voisin de l'état normal que personne n'a soupçonné ce qui allait se passer. Autrement dit, pas de motifs, pas de mobiles connus chez le sujet, et aucun indice pour l'entourage.

Le sujet est parti; il est passé brusquement ou progressivement, mais en peu de temps, dans un état de conscience particulier. Une vie, assez spéciale, se déroule pour lui, sans extravagances, sans scandales, sans réactions bien dangereuses, sauf, assez souvent cependant, à la fin de la fugue. Cet état dure quelques heures, jours, semaines, ou même quelques mois.

Puis le malade revient à lui étonné, ignorant ce qu'il a fait, ce qu'il a entrepris, ce qu'il a dit, vu, entendu, etc. Il a de l'amnésie : celle-ci est une *amnésie de conservation*, *localisée* exactement *à la période de l'état second*; elle porte sur tous les événements qui se sont déroulés durant cette période; elle est *complète* pour tout ce qui se rattache à la vie psychique particulière vécue par le sujet.

Ce ne sont là que les caractères généraux de cette amnésie. Car d'une part elle n'est pas toujours complète : le sujet parfois a gardé quelques souvenirs, vagues il est vrai, de ses voyages, de ses marches. D'autre part, l'amnésie n'est pas toujours une amnésie de conservation définitive, c'est une amnésie de reproduction transitoire; au bout de quelques jours ou semaines, le sujet retrouve en partie ou totalement les faits de sa fugue. En outre, il arrive que l'amnésie n'est pas seulement localisée à la période d'absence, mais elle s'étend en arrière, au delà du début de la fugue : elle est alors rétrograde de reproduction ou de conservation suivant que le sujet retrouve ou ne

retrouve pas ses souvenirs. Enfin, les amnésies de conservation et de reproduction se combinent parfois de sorte que certains faits sont rappelés, cependant que d'autres restent à jamais dans l'oubli : il semble se produire chez ces malades des alternatives « conscientielles ».

Dans ces fugues en « état second », il n'y a pas impulsion irrésistible à proprement parler ; il n'y a pas d'état obsédant à l'origine de la fugue. S'il y a irrésistibilité, celle-ci est purement motrice, objective, et non subjective et consciente ; elle n'est du reste pas bien démontrée par les observations.

Il n'y a pas automatisme ou inconscience durant la fugue. Le sujet est conscient d'une *certaine* manière ; ses actes coordonnés, combinés, intelligents, en sont la preuve.

Enfin, dans ces fugues, il n'y a pas réellement dédoublement de la personnalité. Si nous disons « états seconds ambulatoires », c'est pour indiquer non pas que le sujet est une autre personnalité, mais qu'il se trouve dans un état de conscience particulier. Il est différent de son état habituel, mais il n'est pas dédoublé ; il n'est pas une seconde personnalité qui s'oppose à sa personnalité habituelle.

Un certain nombre de malades retrouvent les événements de leur fugue dans le sommeil provoqué. Ces faits sont relativement assez rares et assez peu précis et développés dans les observations. Au reste quelques malades, ayant accompli des fugues en état second, n'ont pu être endormis.

On observe parfois, au cours de ces fugues, des idées délirantes avec troubles psycho-sensoriels.

Le plus grand nombre de ces états de fugues sont attribués à l'hystérie.

Les petites fugues de courte durée se rapprochent de l'épilepsie procursive.

Diagnostic. — La question diagnostique des fugues par automatisme ambulatoire comporte la précision des points suivants : 1° Est-ce une fugue ? 2° Si c'est une fugue, est-ce une fugue par automatisme ambulatoire ? 3° Si c'est une fugue en état « second », avec quelles autres fugues peut-elle être confondue ? 4° Enfin, si c'est une fugue par automatisme ambulatoire, peut-on distinguer des fugues hystériques, des fugues épileptiques, des fugues alcooliques, etc. ?

1° *Est-ce une fugue ?* Le diagnostic positif de fugue se fera lorsque l'acte observé, voyage, marche, etc., présentera les caractères cliniques fondamentaux de la fugue : état psycho-morbide de l'activité, survenant presque toujours brusquement, transitoire et accidentel. Ainsi le malade est parti avec plus ou moins de soudaineté, avec ou sans motif précis, avec ou sans but. Il n'est pas coutumier de ce fait ; ce n'est pas un vagabsnd, dans le sens clinique du mot, c'est-à-dire un malade *habituellement* et chroniquement en état de marche, voyages, etc. S'il a déjà commis des fugues, il y a, entre elles, un plus ou moins long espace de temps. Enfin le malade ne rentre pas ; l'entourage est incertain sur son sort ; l'état de disparition, d'absence est constitué.

2° *C'est une fugue. Est-ce une fugue qui relève de l'automatisme ambulatoire ?* Il faut bien distinguer l'automatisme ambulatoire de la fugue, de certains états cliniques d'automatisme qu'on peut observer, sans que la fugue se trouve nécessairement réalisée. Dans ces derniers cas il n'y a pas de fuite, pas de disparition du sujet. C'est un accès, comme la fugue, mais c'est un accès qui se passe sous les yeux de la famille, de l'entourage ou d'un observateur. Il en est ainsi par exemple de l'épilepsie procursive, de l'automatisme somnambulique ou alcoolique, etc. Si l'on peut rapprocher ces diverses sortes d'automatisme ambulatoire, notamment dans leur psychopathologie, ils doivent être séparés de la fugue par automatisme ambulatoire, à cause des conditions particulières de leur développement. Ainsi voici une malade de Moreau (de Tours) qui, durant ses promenades, dans la rue, présente des sortes d' « état second » ; néanmoins, elle continue son chemin, se « réveille (?) », si un passant la heurte, puis retombe dans son état conscientiel particulier et enfin revient à son état normal : malgré cela elle ne s'égare jamais et rentre chez elle. Voici un autre malade « automate » (Dobrotworsky), qui fait son service d'infirmier habituel ; il a l'air de jouir de l'intégrité de sa décision ; s'il commet des actes inconscients, ceux-ci ne se distinguent pas des actions irréfléchies communes. Quand il revient à lui, il ignore ce qu'il a fait. Tel autre (Gauché) se lève, s'habille, descend au jardin, accomplissant des actes extrêmement complexes. Un autre (H. Jackson) commande son dîner, ignore l'avoir mangé, payé, et être revenu à son bureau. Il se retrouve à son pupitre, les idées un peu confuses. Il retourne au restaurant pour demander s'il a été indisposé et s'il a dîné. On lui répond qu'il a mangé, payé et qu'il n'a pas été indisposé. Un autre encore (Beard), alcoolique chronique, employé de commerce, arrive à New-York et se grise. Pendant plusieurs jours, il parcourt la ville et s'acquitte consciencieusement de ses commissions. L'influence de l'alcool dissipé, il ne se rappelle rien, et lorsqu'il recommence ses courses, il reste stupéfait de ce qui s'est passé, etc.

Tous ces états d'automatisme ambulatoire ne peuvent être considérés comme des fugues par automatisme ambulatoire. Ils ne s'accompagnent pas en effet de disparition, d'absence, avec incertitude de l'entourage. Il ne suffit pas qu'un déplacement anormal du sujet se produise, même en dehors de son domicile, pour que la fugue existe.

3° *C'est une fugue par automatisme ambulatoire, avec quelles autres fugues pourrait-elle être confondue ?*

Il sera très facile de la distinguer des fugues maniaques, délirantes, hallucinatoires, illusionnelles. Certaines fugues d'origine démentielle ou confusionnelle ressemblent parfois à la fugue en « état second » ; elles sont en effet amnésiques comme cette dernière ; mais alors, l'affaiblissement des facultés mentales, les troubles de la reconnaissance mettront sur la voie. Une réserve est à faire pour les états confusionnels, car il semble que certains automates ambulateurs ont de la confusion mentale, surtout à la fin de leur fugue.

Restent les fugues des obsédés, des psychasthéniques ; on les a souvent rangées dans l'automatisme ambulatoire ; elles en diffèrent profondément. Elles sont caractérisées comme toutes les obsessions par le retour incessant de l'idée morbide de partir ; l'angoisse, l'anxiété augmentent progressivement, malgré la lutte du sujet ; l'irrésistibilité grandit et enfin la capitulation est proche. Une fois parti, le malade est tranquille, soulagé, heureux quelquefois. Après sa fugue, souvent il regrette son acte. Enfin il n'a pas d'amnésie.

4° *Si c'est une fugue, et si cette fugue rentre dans*

l'automatisme ambulatoire, peut-on décrire séparément la fugue hystérique et la fugue épileptique ?

Dans les livres, on trouve des signes différentiels entre l'automatisme ambulatoire comitial et l'automatisme ambulatoire hystérique. L'étude analytique et le classement des observations publiées jusqu'à ce jour, ne sont pas favorables à cette manière de voir : on n'arrive pas à trouver et grouper des caractères distinctifs vraiment pathognomoniques, même dans leur ensemble. Cette constatation d'ailleurs a été faite également par Heilbronner qui conclut dans son travail : « Les fugues des épileptiques ne se distinguent en aucune façon des fugues des malades non épileptiques (hystériques), ni par la manière dont se comporte la mémoire, ni par aucune autre condition spéciale. » C'est en vain en effet qu'on chercherait dans les cas observés et publiés jusqu'à ce jour, des signes différentiels entre la fugue épileptique et la fugue hystérique. Ajoutons que les diagnostics d'épilepsie ou d'hystérie portés par les auteurs, sont souvent loin d'être fermes et inattaquables.

On dit que ces deux variétés de fugues sont irrésistibles. Or, si dans l'automatisme ambulatoire il y a irrésistibilité, c'est une irrésistibilité inconsciente, purement physique et objective ; le sujet l'ignore complètement ; elle diffère donc beaucoup, si elle existe, de l'irrésistibilité des états obsédants. De plus l'épileptique partirait tout d'un coup à l'aveugle. Mais cela ne ressort pas davantage des observations. Même dans les fugues de courte durée, le sujet est peu différent de l'individu normal. Il semble que, en notant ce caractère clinique, on ait eu plutôt en vue l'épilepsie procursive qui ne s'accompagne pas — on l'a vu — de disparition du sujet.

On ajoute que la fugue épileptique, plus « inconsciente », est absurde, violente, sans coordination des actes, que le sujet marche au hasard, ne sachant ni ce qu'il veut, ni ce qu'il fait, se livrant à des extravagances, à des actes nuisibles : violences, homicide, incendie, etc. Au contraire, l'hystérique va droit au but, accomplit des actes intelligents, etc. Une telle différenciation est impossible à l'aide des observations. Des épileptiques exécutent des fugues complexes, ont un but, et ne se livrent à aucune violence, ni extravagance. D'autre part chez les malades qui se livrent à des scandales ou violences, on note maintes fois de l'alcoolisme chronique.

L'hypnose aurait pu permettre le diagnostic différentiel entre la fugue épileptique et la fugue hystérique, mais de nombreux malades n'ont pu être endormis.

On a dit encore que l'amnésie était plus profonde chez l'épileptique que chez l'hystérique. Mais cela n'est pas davantage démontré ; des auteurs font le diagnostic d'épilepsie chez leur malade quand l'amnésie n'est pas complète ; d'autres le font même quand la mémoire est conservée.

Il est à noter que quelques auteurs attribuent les fugues par automatisme ambulatoire à l'alcoolisme. Mais celui-ci, répond-on, ne fait que réveiller la névrose, épilepsie ou hystérie.

Ce sont toutes ces contradictions, et surtout l'impossibilité d'appuyer sur des observations typiques les caractères dits fondamentaux de ces deux variétés de fugues, qui nous ont conduits à une description unique de l'automatisme ambulatoire. Du reste, nous aboutissons à la même conclusion qu'Heilbronner.

III

Résumé. — Il n'y a fugues par automatisme ambulatoire ou fugues en « état second », que lorsqu'il y a disparition ou absence du sujet.

Dans l'automatisme ambulatoire proprement dit, il n'y a pas d'état obsédant à l'origine de la fugue. S'il y a irrésistibilité, celle-ci est en tout cas inconnue du malade ; elle est bien différente de l'irrésistibilité des psychasthéniques, dromomanes, etc., qui, celle-là, est consciente et conservée dans la mémoire du sujet.

Dans l'automatisme ambulatoire, à vrai dire, il n'y a ni automatisme ni inconscience, pendant la fugue. Le sujet est « conscient d'une certaine manière »; ses actes le prouvent. C'est pourquoi nous avons souvent employé l'expression de fugue en « état second », au lieu d'automatisme ambulatoire.

Qui dit « état second » ne dit pas non plus dédoublement de la personnalité. Cet état second est un état intellectuel particulier, différent de l'état normal ; mais il n'implique pas que le sujet ait une autre personnalité durant sa fugue. Si parfois la personnalité paraît altérée, elle ne l'est que partiellement. Ces faits, du reste, ont été encore insuffisamment observés et précisés.

Le début de la fugue en « état second » est brusque, mais non pas tant par rapport au sujet que par rapport au temps. Les motifs ou mobiles en sont inconnus. Le sujet, qui semble ordinairement avoir un but, accomplit des actes coordonnés, intelligents. Après sa fugue, il est amnésique. L'amnésie est localisée à toute la période de la fugue ; quelquefois, elle est légèrement rétrograde; elle n'est pas toujours complète. C'est tantôt une amnésie de conservation, définitive alors, tantôt une amnésie de reproduction, simplement transitoire : l'une et l'autre s'associent parfois, comme s'il y avait durant la fugue, des alternatives « d'état second et d'état prime ».

Quelques malades retrouvent les détails de leur fugue dans l'hypnose : ces faits sont encore rares.

Ces fugues sont attribuées le plus souvent à l'hystérie, maintes fois à l'épilepsie, plus rarement à l'alcoolisme.

IV

Bibliographie. — Althaus. Epilepsie et automatisme, *The Brit. med. Journ.*, 27 fév. 1886, p. 294. — Angell. Un cas de double conscience, type amnésique, *Amer. neur. Assoc.*, Boston, juin 1906. — Aveta (F.). Automatisme ambulatoire chez l'aliéné, *Bull. du manicome Fleurent*, 1892.

Babinski. Automatisme ambulatoire et somnambulisme hypnotique, *Revue de l'hypnotisme*, sept. 1899, p. 81. — Ballet (G.). Un cas de fugue, cité par Raymond. Délires ambulatoires, *Gaz. des hôpit.*, 1895, n° 76, p. 760. — Beard. Alcoolisme et automatisme, cité par Semelaigne, *Ann. méd.-psy.*, 1894, p. 73. — Bechterew. L'automatisme considéré comme une manifestation de la syphilis cérébrale, *Revue neurol.*, 1897, p. 1. — Benon (R.) et Froissart (P.). Fugue et vagabondage; définition et étude cliniques, *Ann. méd.-psy.*, 1908, t. II, p. 305 ; — Fugues dtverses chez un obsédé alcoolisé. Conditions de la fugue, *Journ. de psy. norm. et pathol.*, 1909, n° 3 ; — Les fugues en pathologie mentale, *Journ. de psy. norm. et pathol.*, 1909, n° 4. — Berkley. Manie errante. Dédoublement de la conscience d'origine alcoolique, *Amer. Journ. of Insanity*, avril 1897. — Bertrand. *De l'épilepsie procursive et des fugues épileptiques*, Th. de Paris, 1908-1909. — Bieliaeff (K. A.). Contribution à l'étude des fugues pathologiques (8-16, 67-71). *Psych. contemp.*, 1907. — Boeteau. Automatisme somnambulique avec

dédoublement de la personnalité, *Ann. méd.-psy.*, 1892, 7e série, t. XV, p. 63. — BONNIVENTE. Epilepsie cardiaque. Automatisme ambulatoire, *Il morgagni*, nov. 1903. — BOROWIKOW. Epilepsie procursive, *Obzrénié psychiatrii*, 1899, t. IV. — BORRI. Un cas de déterminisme ambulatoire, *Lo Sperimentale*, 1892, t. LXVI. — BOURNEVILLE et BRICOU. De l'épilepsie procursive, *Arch. de neurol.*, 1887, t. I, p. 321; t. II, pp. 55, 235; 1888, t. I, pp. 75, 227; t. II, pp. 234, 420. — BREGMANN. Un cas d'automatisme ambulatoire. Fugues. Dromomanie. Séance neuro-pathologique de l'hôpital de Varsovie, *Neurol. Centralbl.*, 1899, p. 776. — BURGL (de Nuremberg). Un voyage en Suisse dans un état d'obnubilation épileptique. Les troubles transitoires de la conscience devant la justice. Poriomanie épileptique, suggestions post-épileptiques, *Münch. med. Woch.*, 1900, p. 1270.

CABADÉ. Un cas d'automatisme ambulatoire, *Arch. clin. de Bordeaux*, avril 1895. — M. CARTHY. Automatisme ambulatoire épileptique, *The Journ. of nerv. a. ment. dis.*, 1900, t. XXVII, p. 143. — CHALLAN DE BELVAL. L'épilepsie dans l'armée, *Cong. des al. et des neur. de Bordeaux*, 1895. — L.-CHAMPIONNIÈRE. — Sur l'automatisme ambulatoire, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 août 1895. — CHANTEMESSE et WIDAL. Petit mal comitial. Grandes et petites attaques d'automatisme ambulatoire, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, séance du 27 juin 1890, p. 584. — CHARCOT. Cas d'automatisme ambulatoire comitial, *Policlinique du mardi*, 31 janv. 1888, p. 155, et 21 fév. 1889, p. 303. — CHAVIGNY. *Un cas d'automatisme ambulatoire*, in PAGNIER, *Du vagabondage et des vagabonds*, Th. de Lyon, 1906. — CLAUDE et BAUDOUIN. Sur une forme de délire ambulatoire automatique conscient chez les épileptiques, *Encéphale*, 1907, n° 2. — CLAUDE et ROSE. Crises convulsives probablement hystériques. Somnambulisme ancien et fugues, *Revue neurol.*, 1907, p. 181. — COLIN. Deux cas d'automatisme ambulatoire, alcoolique et hystérique, *Gaz. des hôpit.*, 1890, pp. 794 et 852; — *Etat mental des hystériques*, Th. de Paris, 1890. — COTTU. *Contribution à l'étude des fugues*, Th. de Paris, 1907. — COULONJOU. Un cas d'automatisme ambulatoire au cours du service militaire, *Ann. méd.-chir. du centre*, 1905, p. 125. — COURBON. Automatisme ambulatoire, *Ann. méd.-psy.*, 1907. — COURTELLEMONT et TOUCHARD. Epilepsie procursive à forme anormale, *Bull. méd.*, 30 mars 1904. — COURTNEY. Différenciation clinique des différentes formes cliniques de l'automatisme ambulatoire, *Amer. neur. Assoc.*, Boston, juin 1906.

DENOMINI. *Des impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal*, Th. de Lyon, 1893. — DENY et ROY. *La démence précoce*, 1903, p. 68 (Baillière). — DESNOS, ALCINDOR et MAUBAT. Un cas d'hystérie avec automatisme ambulatoire et tremblement, *Gaz. des hôpit.*, mars 1889, p. 253. — DIELOFF. Automatisme ambulatoire, *C. r. de la Soc. méd. du Caucase*, 1907, n° 69. — DOBROTWORSKY (S.). Cas d'automatisme ambulatoire extrêmement prolongé, *Obzrénié psychiatrii*, 1899, t. IV. — DONATH (de Buda-Pesth). L'impulsion à voyager des épileptiques. Poriomanie, *Arch. f. Psy.*, t. XXXII, p. 2. — DUBOIS (de Fourmies). Automatisme ambulatoire, *Le Nord méd.*, 15 janv. 1898. — DUBOURDIEU. *Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire. De la dromomanie des dégénérés*, Th. de Bordeaux, 1894. — DUPONCHEL. Impulsions à la déambulation chez les militaires, *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, juillet 1888. — DUPRAT. Amnésie sénile et fugues hystériques, *Revue de psy.*, 1903, p. 242.

ECHEVERBIA (de New-York). Considérations cliniques sur la folie épileptique, *Cong. intern. de méd. ment.*, 1878, p. 247. — ESCANDE DE MESSIÈRES. Cas d'automatisme ambulatoire chez un jeune soldat, *La Province méd.*, 1907, p. 491.

FAIVRE. Automatisme ambulatoire, *Gaz. des sc. méd. de Poitiers*, 3 juillet 1903, in *Poitou méd.*, 1er nov. 1903. — FALRET. *Etude clinique sur les maladies mentales et nerveuses. Etat mental des épileptiques*, obs., pp. 374, 377, et *Arch. gén. de méd.*, 1860-1861. — FÉRÉ (Ch.). *Les épilepsies et les épileptiques. Epilepsie procursive, fuites, fugues*, 1890, p. 332. — FÉVRIER et PARISOT. De l'automatisme ambulatoire. Son importance au point de vue médico-légal, *Revue méd. de l'Est*, 1er juin 1905. — FILIPPI. Les fugues, *Lo Sperimentale*, 1899, t. LXII, p. 433. — A. FOURNIER, KÖHNE (J.), G. DE LA TOURETTE. Sur un militaire déserteur atteint d'automatisme ambulatoire, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1895, n° 6. — FOVILLE (A.). Des aliénés voyageurs ou migrateurs, *Ann. méd.-psy.*, 1875, t. II, p. 5. — FRENKEL. *Etude psycho-pathologique sur l'automatisme dans l'épilepsie et dans les autres maladies nerveuses*, Th. de Lyon, 1890; — Un cas d'automatisme ambulatoire, *Voïenne med. Journ.*, oct. 1904. — FUNAIOLI (P.). Un cas de déterminisme ambulatoire. Considérations cliniques et médico-légales, *Riforma med.*, 1893, nos 15 et 16.

GARNIER (P.). L'automatisme somnambulique devant les tribunaux, *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, avril 1887. — GAUCHÉ. Hystérie avec somnambulisme, *Encéphale*, 1880, p. 120. — GAUPP. Une observation d'automatisme ambulatoire (épilepsie et dégénérescence), *Die Pipsomanie*, Iéna 1901. — GEHIN. *Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire*, Th. de Bordeaux, 1892. — GILLI et SIMPLICI. Un cas d'automatisme ambulatoire, *Lo Sperimentale*, 1889, t. LXIV, p. 243. — GRANDJEAN. Un cas d'automatisme ambulatoire comitial, *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 juin 1891.

HALLAGER. Automatisme ambulatoire, *Hospitalstidende*, Copenhague, 1903, p. 445-459. — HAMELIN (F.-C.). *Contribution à l'étude des fugues*, Th. de Lille, 1907-1908. — HECKER. Vorhandene Geistesstörung trotz Geständnisses der simulation (1 obs. de fugue). *Viert. Schr. f. gerich. Med.*, 1874, t. XX, S. 15. — HEILBRONNER. Des fugues et états analogues, *Jahrb. f. Psych. u. Neurol.*, 1903, t. XXIII, p. 107. — HELLER. Periodische Geistesstörung-epileptische zustände (1 obs. de fugue), *Viert. Schr. gerichtl. Med.*, 1876, t. XXIV, S. 273.

JACKSON (H.). Troubles intellectuels momentanés qui suivent les abcès épileptiques, in *West. Riding Asylum Reports*, trad. in *Revue scient.*, 1876, t. I, p. 169. — JOFFROY. Sur un cas d'amnésie hystérique avec fugue, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, déc. 1904. — JOFFROY et DUPOUY. Trois cas de fugues chez des aliénés, *Cong. des al. et neur. de Dijon*, 1908.

LANDOUZY. *Une fugue d'origine pellagreuse*, IVe leçon clinique, août 1883. — LASS. Automatisme ambulatoire, *Obzrénié psychiatrii*, t. V, 1900. — LASÈGUE. Alcoolisme subaigu, fugue, *Leçons*, t. II, p. 159; — *Arch. gén. de méd.*, 1868-1869. — LAURENT (L.). *Des états seconds*, Th. de Bordeaux, 1892. — LE DANTEC. Deux cas d'automatisme ambulatoire, *Arch. de méd. nav.*, déc. 1890. — LEGRAND DU SAULLE. *Etudes médico-légales sur les épileptiques*, 1877, pp. 18, 102, 110. — LÉON. Automatisme conscient dans un cas d'hystérie mâle sénile, *Riv. Ibero-amer. d. ciencias med.*, mars 1901. — LIASS. Automatisme ambulatoire d'origine probablement épileptique, *Revue russe de psy.*, 1897, n° 1. — LUYS. Obnubilation passagère de la conscience des choses du monde extérieur, ayant duré plusieurs jours, chez un homme adulte continuant à vivre de la vie commune, *Encéphale*, 1881, p. 251.

MÖRCHEN. *Sur les états crépusculaires* (2 obs. de fugues). In Diss. Marburg, 1901. — MARINESCO, MINEA, MAKELANE. Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire de nature hystérique, *Revue neurol.*, 1905, p. 731. — MOREAU (de Tours). Un cas d'automatisme ambulatoire, *Union méd.*, 1861, t. IX, p. 91-92. — MOTET. Fugues de quatre et dix jours consécutives à une chute grave, *Ann. méd.-psy.*, 1886, p. 128.

NEYROZ. Impulsions migratoires chez un imbécile, *Riv. sper. di fren. e med. leg. delle alien. ment.*, 1904; in *Ann. méd.-psychol.*, 1907, t. I, p. 331.

PARENT. Séméiologie des impulsions irrésistibles des épileptiques, *Arch. clin. de Bordeaux*, mai 1895. — PARIS. Epilepsie somnambulique avec accidents cataleptiformes, *Arch. de neurol.*, 1889, t. I, p. 244. — PATRICK. Automatisme ambulatoire, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, juin 1907. — PAULY. Psychose alcoolique avec dromomanie, *Lyon méd.*, 1905, p. 1074. — PICK. De la conscience dans les états connus sous le nom d'inconscience, *Arch. f. Psych.*, t. XV, I; — *Arch. de neurol.*, 1885, t. I, p. 261. — PITRES. *Leçons cliniques sur l'hystérie*, 1891, t. II, p. 268; — L'automatisme ambulatoire ou vagabondage impulsif, *Revue des revues*, 1894; — L'automatisme ambulatoire dans ses rapports avec l'hystérie, *Cong. des al. et neur. de Bordeaux*, 1895. — PITRES et RÉGIS. *Obsessions et impulsions. Dromomanie*, p. 333, 385, 392, 401. — PROUST. Un cas d'automatisme ambulatoire, *Acad. des sc. mor. et pol.*, 1890, et *Bull. méd.*, 1890, p. 107.

RAECKE. Désertion et fugues, *Cong. des psy. et des neurol. de l'Allemagne du Nord*, 1906; — *Allg. Zeits. f. Psych.*, t. LXIII, 1906, p. 6. — RAVIART. Sur un cas de goitre exoph-

talmique et hystérie, avec accès d'automatisme ambulatoire, *Bull. de la Soc. cent. de méd. du Nord*, 1898, t. II, p. 129. — RAYMOND. Les délires ambulatoires ou les fugues, *Gaz. des hôpit.*, 1895, n°s 78 et 79, et *Clin. de la Salpêtrière*, t. I, 1894-1895, p. 592; — Fugue hystérique, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, mai 1907. — RAYMOND et JANET. *Névroses et idées fixes*, 1898, t. II, p. 256, 272, 274, 275. — REGIS. Sur un cas d'automatisme ambulatoire, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1893; — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1893, p. 297. — ROUSSEL et LESNÈS. Deux observations d'hystérie chez des soldats (hystéro-traumatisme). Vagabondage impulsif, *Caducée*, 1906.

SABRAZÈS et DE BATZ. Automatisme ambulatoire symptomatique d'une cysticercose de l'encéphale; le tournis chez l'homme, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 juin 1897. — SAINT-AUBIN. *Automatisme ambulatoire*, Th. de Paris, 1890. — SCHULTZE (de Bonn). Contribution à l'étude des troubles pathologiques de la conscience (automatisme ambulatoire), *Allg. Zeits. f. Psych.*, t. LV, 1899; — Sur les équivalents épileptiques, *Münch. med. Wochens.*, 1900, p. 416. — SCHUSTER et K. MENDEL. Contribution à l'étude de l'épilepsie procursive, *Münch. med. Wochens.*, 1899, p. 918. — SÉGLAS Hystérie avec automatisme dans la période d'aura des attaques; variations spontanées de la sensibilité et surtout du champ visuel, correspondant aux phénomènes d'automatisme, *Cong. des méd. al. et neur. de France*, 1892. — SEMELAIGNE. Automatisme ambulatoire, *Ann. méd.-psy.*, 1894, p. 72. — SIMERKA (C.). L'automatisme ambulatoire, *Casopis ceskych le Karu*, 1897, p. 32-33; — *Revue neurol.*, 1898, p. 80. — SOUQUES. Automatisme ambulatoire chez un dipsomane, *Arch. de neurol.*, 1892, p. 63. — SOUS. *De l'automatisme comitial ambulatoire*, Th. de Paris, 1890. — STEVENS et HUGHES (de Saint-Louis). Automatisme de nature épileptique paraissant accompagné de conscience et suivi d'aphasie, *The alienist and neurol.*, avril 1880. — STIER (E.). Désertion et fugues. Etude psychologique psychiatrique et de droit militaire, *Verlag von Carl Marhold*, Halle 1905.

TARDIEU. *Etude médico-légale sur la folie*, 1880, 2e édit., p. 141. — TISSIÉ. *Les aliénés voyageurs. Etude médico-psychologique*, Th. de Bordeaux, 1887. — TROUSSEAU. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1865, t. II, p. 107-108, 3e édit.

VERGA. Considérations sur un cas de déterminisme ambulatoire, *Gazz. med. lombarda*, 1891, n° 48. — VIAL. Grande hystérie datant de vingt-cinq ans, avec crises paroxystiques, fugues ambulatoires, hémianesthésie, traitée par la resensibilisation progressive, *Arch. de neurol.*, 1902, t. I, p. 202. — VOISIN (J.). Automatisme ambulatoire chez une hystérique, *Soc. méd. psy.*, 29 juillet 1889; — Fugues inconscientes chez les hystériques, *Cong. des al. et des neurol. de 1889*, p. 146.

WOLTAR (O.). De l'état de la conscience pendant les fugues, *Jahrb. f. Psych.*, t. XXVII, 1906, p. 125.

ZÉRI. Un cas d'hystérie mâle. Automatisme ambulatoire. Ballisme, *Riv. quindicimale di psicolog., psichiat., neuropatol.*, 1893, t. I, p. 353. — ZIEHEN. Nouveaux travaux sur l'irresponsabilité pathologique. La folie impulsive (1 obs. de fugue), *Monats. f. Psy. u. Neur.*, t. XI, p. 55.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1909)

Anévrismes poplités. — M. DELBET analyse deux observations adressées par M. Ferron (de Laval) dans lesquelles il s'agit, comme dans le cas qu'il a présenté, d'anévrismes poplités traités avec succès par l'extirpation. Dans le premier cas, il s'agissait d'un anévrisme du type supérieur. Bien que la ligature inférieure ait porté sur le tronc tibio-péronier, il n'y a pas eu de gangrène et n'y avait pas de battements dans la poche anévrismale. Alors, dira-t-on, l'opération était peut-être inutile. M. Delbet répond à cette objection en insistant sur les troubles, les dangers et même le danger de mort que présentent ces anévrismes.

Dans le second cas de M. Ferron, une paralysie du sciatique a disparu après l'extirpation de l'anévrisme. Notons aussi que dans ces deux cas l'artère tibiale postérieure ne battait pas, signe favorable au point de vue du pronostic opératoire.

M. MORESTIN communique une observation de M. Venot (de Bordeaux) également relative à un cas d'anévrisme fusiforme de la poplitée traité avec succès par l'extirpation. On avait fait des injections de gélatine. Au cours de l'opération, la veine poplitée, très adhérente, fut déchirée. M. Venot répara cette déchirure à l'aide d'un lambeau d'artère pris dans le sac.

M. QUÉNU pense qu'il eût suffi de lier cette veine.

M. DELBET est opposé aux injections de gélatine qu'il considère comme dangereuses, non seulement au point de vue du tétanos, mais aussi au point de vue de leur action nocive directe sur l'anévrisme.

M. REYNIER a traité un grand nombre d'anévrismes par les injections de gélatine et il n'a jamais constaté le moindre accident. Il n'en a obtenu que de bons résultats.

M. TUFFIER considère ces injections coagulantes, celles de gélatine ainsi que celles de chlorure de calcium actuellement préconisées, comme un moyen aveugle qui peut avoir des dangers.

Spina bifida. — M. POTHERAT, à propos de la présentation faite récemment par M. Walther, communique l'observation d'une fillette de huit ans qu'il a opérée, il y a six ans, d'une méningocèle ou spina bifida lombaire. C'est actuellement une superbe fille sans le moindre trouble nerveux. Elle n'avait pas eu de signes d'hydrocéphalie comme le malade de M. Walther.

Luxations acromio-claviculaires. — M. DELBET, en son nom et au nom de M. Mocquot, fait une communication sur ce sujet. Il distingue les luxations vraies de l'extrémité externe de la clavicule, dans lesquelles les ligaments sont déchirés, des subluxations dans lesquelles les ligaments sont conservés.

Pour ces dernières il n'est pas nécessaire d'intervenir. Il n'en est pas de même pour les premières qui laissent une infirmité qu'il faut traiter. La suture acromio-claviculaire et l'enchevillement coraco-claviculaire n'ont pas donné de bons résultats. M. Delbet a eu l'idée de remplacer les ligaments rompus par des ligaments artificiels formés de fils d'argent ou de la grosse soie. Ce procédé lui a donné, dans un cas, de très bons résultats.

M. PICQUÉ se propose de recourir à ce procédé chez un malade de son service.

M. REYNIER a obtenu d'assez bons résultats de la suture de l'extrémité de la clavicule à l'acromion.

M. TUFFIER préfère aux sutures métalliques le simple rapprochement des os par de grosses soies.

Goitre exophtalmique, thyroïdectomie partielle. — M. DOYEN présente une femme de cinquante ans qui était atteinte de goitre exophtalmique et qui a été très améliorée après la thyroïdectomie partielle.

(SÉANCE DU 28 JUILLET 1909)

Calcul de l'uretère. — MM. ESTOR et JEANBRAU (de Montpellier) adressent une observation de calcul de l'uretère pelvien droit chez un enfant : incision extra-péritonéale de l'uretère, suture, sonde à demeure, guérison.

Cure radicale de l'anus contre nature. — M. REYNIER fait un rapport sur deux observations de M. Savariaud dans lesquelles il a traité, avec succès, des anus contre nature par un nouveau procédé qu'il avait cru avoir imaginé. Or ce procédé a été déjà employé par Biondi qui s'en croyait l'inven-

teur, puis, avant Biondi, par Jeannel (de Toulouse), puis avant Jeannel par Nélaton qui l'a décrit pour la première fois en 1849. Il s'agit donc d'un vieux procédé, mais qui a été trop oublié et trop abandonné. Ce procédé consiste à circonscrire l'anus par une incision circulaire à 1 centimètre, dans la peau saine, à disséquer deux lambeaux de peau, puis l'anse intestinale sans ouvrir le péritoine, enfin à refouler cette anse intestinale, à refermer les muscles au catgut et la peau au crin de Florence; dans les deux observations de M. Savariaud, ce procédé a donné d'excellents résultats.

M. Tuffier pense qu'il vaut mieux aller directement dans l'abdomen, détacher les adhérences, enlever le trajet fistuleux et faire la suture en tissus sains et fermer en trois plans.

MM. Picqué, Broca et Potherat ne procèdent pas autrement que M. Tuffier.

M. Reynier fait cependant observer que si on peut arriver facilement à fermer un anus contre nature sans ouvrir le ventre, cela vaut la peine d'être pris en considération.

Appareils de marche. — M. Routier présente un malade atteint de fracture de cuisse qui a été guéri en vingt-sept jours par un appareil de marche, avec conservation parfaite des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne.

Occlusion intestinale par bride. — M. Potherat rapporte l'observation d'un malade ayant été opéré d'appendicite, puis ensuite de phénomènes d'obstruction intestinale; seconde laparotomie exploratrice, après laquelle les choses semblent s'arranger; nouveaux symptômes d'occlusion, troisième laparotomie conduisant une des anses intestinales adhérentes, sur une poche d'où sortent des flots de sérosité sanguinolente; au fond de ce foyer on trouve une anse intestinale dilatée et noire, puis une bride d'adhérences enserrant à la fois l'anse intestinale et son mésentère. M. Potherat a sectionné cette bride; il a drainé et refermé.

Exostose épiphysaire. — M. Lucas-Championnière présente une énorme exostose épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus qu'il a enlevée chez une femme de vingt-sept ans qui portait cette exostose depuis l'âge de sept ans.

Kyste dermoïde du cordon. — M. Broca présente un kyste dermoïde du cordon spermatique.

— La prochaine séance aura lieu le 13 octobre.

FORMULAIRE

PRURIT VULVAIRE

Rechercher les causes (cancer, herpès, végétations, etc.). Calmer les douleurs avec la pommade :

Thigénol................	6 grammes.
Pommade à l'oxyde de zinc benzoïné..............	20 —

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Maternité de Paris. — Port-Royal de Paris. — Port-Libre. — L'hospice de la Maternité. — L'Ecole des sages-femmes et ses origines. — 1625-1907. — Notes et documents, par le docteur Paul Delaunay, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris, membre de la Société française d'histoire de la médecine, préface de M. le docteur Porak, membre de l'Académie de médecine, accoucheur honoraire de la Maternité. In-8 raisin, de XVI-462 p., 8 planches hors texte, 4 fig. et culs-de-lampe dans le texte. — Prix : 20 francs. — Paris, J. Rousset.

Clinique de la Charité sur la chirurgie journalière, par P. Reclus, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité. In-8 de 11-613 pages, avec fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Lyon chirurgical. — (N° 7, 1er mai 1909.) L. Bérard et H. Alamartine : Les glandules parathyroïdes et leurs tumeurs. — Vallas et E. Perrin : Cure radicale de la hernie crurale par la voie inguinale, sans fermeture de l'anneau crural (2 fig.). — Paul Savy : La ponction lombaire dans les traumatismes craniens. — H. Muller : Hernie ombilicale embryonnaire (2 fig.). — Louis Dor : Ptosis opérée par la méthode de Motais (2 fig.).

Pédiâtrie pratique. — (N° 9, 5 mai 1909.) Sersiron : Cure marine ou cure hydro-minérale pour le traitement des enfants dystrophiques. — Marois : Les consultations de nourrissons dans l'Yonne en 1908 (*suite*). — Peyroux : La lutte contre la mortalité infantile à New-York en 1908. — (N° 10, 15 mai.) Macé de Lépinay : Valeur comparative de la cuti et de l'intradermo-réaction à la tuberculine chez l'enfant. — Marois : Les consultations de nourrissons dans l'Yonne en 1908 (*fin*). — Paquet : Note sur la deuxième année de fonctionnement de la consultation de nourrissons de Lambres (Nord). — Bourret : Sur un cas de tuberculose herniaire chez l'enfant. — Grognot : Sur la nature de la tarsalgie dite des adolescents. — (N° 11, 25 mai.) Benoit : Le climat de Royan. Son influence sur les tuberculoses. — J. Aguilar : Note sur sept cas de chloro-anémie infantile. — Nobécourt et Aptekmant : Végétations adénoïdes. Adénopathies trachéo-bronchiques et tuberculose.

Province médicale. — (N° 17, 24 avril 1909.) G. Nové-Josserand : Abcès latéro-pharyngien. — J. Parisot : Des secousses rythmiques de la tête (signe de Musset), au cours de différentes affections. — (N° 18, 1er mai.) J. Brault : Kératodermies palmaires et plantaires. — M. Perrin : Ce que doit faire le personnel des hôpitaux à l'entrée d'un morphinomane fébricitant. — (N° 19, 8 mai.) Ch. Audry : Sur les accidents au foot-ball. — Lafforgue : Lymphocytose rachidienne au cours d'une paralysie palustre transitoire. — (N° 20, 15 mai.) Romieu : Quelques enseignements de la guerre russo-japonaise. — (N° 21, 22 mai.) Jaboulay : La même sarcosporidie dans deux cancers différents l'un de la peau, l'autre de la mamelle. — M. Perrin : Pneumothorax chez une enfant de trente-quatre mois. — (N° 22, 29 mai.) L. Van Bogaert : La sérothérapie rénale dans les néphrites. — J. Teissier : La sérothérapie des néphrites. — Roger et Rives : Traitement du tétanos par les injections sous-arachnoïdiennes de sulfate de magnésie. — (N° 23, 5 juin.) Spillmann : Un cas de cancer épithélial du rein avec métastases ganglionnaires cervicales en ayant imposé pour un lymphosarcome. — Rimbaud et Anglada : Cancer de l'ampoule de Vater.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 87. — MARDI 3 AOUT 1909. 82e ANNÉE. MARDI 3 AOUT 1909. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Bordeaux. — M. le docteur Dubreuilh, agrégé libre, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté.

M. le docteur Pousson, agrégé libre, est nommé professeur de clinique des maladies des voies urinaires à ladite Faculté.

Écoles de médecine. — Angers. — Un concours s'ouvrira, le 25 octobre 1909, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie.

— Marseille. — M. le docteur Villeneuve, professeur de pathologie externe, est nommé professeur honoraire.

— Nantes. — M. le docteur Brelet, ancien interne des hôpitaux de Paris et de Nantes, a été institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Tours. — M. le docteur Thomas, professeur de pathologie externe, est nommé professeur honoraire.

Le concours qui devait s'ouvrir le 8 novembre 1909, pour l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire, est reporté au 15 novembre 1909.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Angelvin (de Paris), Aviérinos (de Marseille), Azoulay et Barlerin (de Paris), Bauzon (de Chalon-sur-Saône), Bourdier (d'Arcachon), Broussin (de Versailles), Calton, Desmons et Faure-Miller (de Paris), Filloux (de Contres), Friteau (de Paris), Graverry (de Meaux), Le Grix (de Paris), Guillaume (de Chaumont), Guillemonat (de Paris), Halsey (de Toulouse), Hirigoyen (de Bordeaux), Labiche (de Méréville), Leclercq (de Paris), Legrand (de Beaufort-en-Vallée), Lorain (de Paris), Perrin (de Saint-Claude), Poisson (de Nantes), Remy (de Dombasle), Roblot (de Paris), Rouxeau (de Nantes), Sérinelly (de Septonces), Taféra et Tournemelle (de Paris), Veper (des Lilas), Vignard (de Nantes) et Woimant (de Soissons).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Adam (de Nancy), Amat (de Layrac), Aubry (de Nantes), Aurientis (d'Aix), Bilhaut (de Paris), Bonnemaison (de Saint-Germain-en-Laye), Bozo (de Paris), Bufnoir (de Saint-Quentin), Bureau (de Nantes), Capgrand (de Cazaubon), Casse (d'Aix), Charuet (de Châlons-sur-Marne), Chazet (de Bagnolet), Decorde (du Havre), Deleuneville (de Wavrin), Felhoen (de Roubaix), Fraleu (de Rennes), Glatard (d'Oran), Hébert (de Paris), Juery (d'Albi), Julia (de Boulogne-sur-Seine), Julia (de Caujac), Lacombe (de Caties), Lasaïgues (de Toulouse), Le Filliâtre (de Sens), Malécot (d'Ingrandes), Marchant (de Boismont), Molinié (de Gagnac), Petibon (de Saint-Aignan), Pillard (de Pont-de-Vaux), Proutière (de Châteauneuf-sur-Sarthe), Rabant (de Paris), Roy (du Mans), Ruotte, Schlissinger et Solirène (de Paris), Théron (de Toulon) et Voillemin (de Langres).

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur Lesné, à partir du 9 août, pendant les mois d'août et de septembre : *Thérapeutique infantile*, les mardi et jeudi à la salle de consultation; examen des entrants et conférences cliniques au lit des malades les mercredi et vendredi.

Erratum. — N° 84, p. 1067, 1re col., 33e ligne, au lieu de : « On galope avec son estomac », lire : « On galope avec son *cœur, on résiste avec son estomac...* »

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — *Fête de l'Assomption.* — A l'occasion de l'Assomption, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 11 août, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 23 août 1909, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

RENSEIGNEMENTS

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE

DE

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

PUISSAMMENT ATTÉNUANTE & PEUT-ÊTRE ABORTIVE

Par M. H. HALLOPEAU,
Membre de l'Académie de médecine.

Nos syphiligraphes les plus autorisés sont d'accord pour déclarer qu'il est impossible de juguler la syphilis après l'apparition de son accident primitif, nous nous permettons de considérer cette proposition comme entachée de pessimisme et nous poursuivons depuis plus de deux ans, dans l'hypothèse contraire, des recherches nouvelles; des tentatives dans le même but ont été faites, avec des résultats généralement incomplets, par Salmon, Carle et Lenglet. Dans notre nouvelle méthode, nous combinons le traitement intensif local avec un traitement général également intensif; ce sont les premiers résultats de ces essais qui font l'objet de cette communication. Ils sont encore peu nombreux, mais l'intérêt pratique inhérent à la question est tel que nous croyons utile de les faire connaître dès à présent.

Je ne ferai que rappeler que l'ablation du chancre a parfois empêché le développement de la maladie; d'autre part, depuis que l'ultra-microscope permet des cures précoces, un traitement mercuriel énergique paraît avoir parfois enrayé la marche de l'infection; il en a été ainsi chez un malade de M. Fouquet (communication orale); nous-même avons vu, après une cure par l'atoxyl à hautes doses, toute manifestation secondaire faire défaut après plus d'une année d'observation. On nous objectera, comme l'a fait M. A. Fournier, que la syphilis peut rester latente pendant de longues périodes et le Maître nous renvoie à 20 ans pour avoir la certitude que nos malades sont bien réellement exempts de syphilis; il en est certainement ainsi pour les cas dans lesquels on a pu constater la dissémination par voie sanguine de l'agent infectieux, mais rien ne prouve qu'il en soit de même pour les syphilis attaquées vigoureusement dès les premiers jours de l'apparition du chancre; en tout cas, *nous pouvons affirmer que cette intervention est susceptible d'en retarder les manifestations secondaires et de les réduire à un minimum d'intensité et de durée.*

Les premiers succès que nous avons obtenus ont été consécutifs à l'injection de hautes doses d'atoxyl; nous avons dû y renoncer du jour où nous avons reconnu, avec Dufour (de Lausanne), qu'en prenant toutes les précautions nécessaires et en faisant usage du produit atténué qui a été préparé par Erlich sous le nom d'arsacétine, deux doses de 60 centigrammes ont provoqué des troubles graves de la vision. Il est vrai qu'il s'agissait d'une vieille personne atteinte des troubles oculaires qui accompagnent la myopie intense; mais l'on peut craindre que de jeunes sujets ne réagissent de même en raison d'une idio-syncrasie, bien que Neisser et Milian aient renouvelé bien souvent ces injections sans provoquer jamais d'accidents graves.

D'ailleurs, le traitement général ne suffit pas, dans la très grande majorité des cas, à enrayer le développement de la maladie et nous avons préconisé, l'an passé, dans notre communication à l'Académie, un traitement local au voisinage immédiat du chancre. Il va de soi que *le médicament introduit quotidiennement à petite dose dans cette région s'y trouve en quantité beaucoup plus grande que si on le fait pénétrer en quantité cinq ou six fois plus grande dans la circulation générale et doit, par conséquent, y agir avec plus de puissance sur les parasites. Aujourd'hui, estimant qu'il faut faire flèche de tout bois, nous mettons en œuvre simultanément un traitement local et un traitement général, l'un et l'autre intensifs.*

Comme *traitement local*, nous pratiquons, dès l'apparition du chancre, à son voisinage immédiat ou sur le trajet des voies lymphatiques qui transportent les parasites aux ganglions satellites, des injections quotidiennes, soit d'atoxyl, soit de son nouveau dérivé, l'*hectine* de Mouneyrat, que M. Balzer a trouvée jusqu'ici tout à fait inoffensive. La dose de chacun de ces médicaments est de 10 centigrammes; nous l'employons dissoute dans 2 centimètres cubes d'eau bouillie. L'atoxyl ainsi dilué ne donne lieu à aucune douleur; les injections réitérées peuvent seulement amener à de légères indurations qu'il ne faut pas confondre avec celles des chancres; nous les avons vues persister pendant plusieurs semaines. L'hectine provoque une légère douleur et, parfois, une réaction locale un peu plus accentuée, mais très tolérable.

Nous avons jusqu'ici pratiqué ces injections exclusivement sous le fourreau, le plus près possible de l'induration chancreuse, en changeant de place jusqu'au moment où les phénomènes de réaction locale ont suffisamment rétrocédé. Nous avons eu recours, exclusivement pour les quinze premières injections, et principalement pour les suivantes, à l'atoxyl dont nous avons reconnu la puissance d'action ; un avenir prochain nous apprendra si l'hectine est toujours inoffensive et aussi efficace, auquel cas nous lui donnerions la préférence en raison de la possibilité, même à ces doses minimes, d'accidents atoxyliques chez des sujets ultra-sensibles à son action. Nous n'en connaissons jusqu'ici qu'un seul cas : c'est celui de M. Coppex ; il a trait à un homme de 54 ans, qui avait eu l'année précédente une embolie dans l'artère centrale d'une des rétines; il a été atteint d'amaurose au bout de dix jours d'injections de 5 centigrammes d'atoxyl; dès la cinquième dose, il a accusé des troubles de la vision. Il y a eu là une réunion de circonstances défavorables : maturité de l'âge, altération de l'un des yeux qui a pu retentir sur la nutrition de son congénère, et continuation de la cure malgré la production de troubles visuels; elles réduisent l'importance du fait. Suivant nous, il ne doit pas faire renoncer à la médication, pas plus que les 26 cas avoués de mort par les injections d'huile grise n'empêchent la grande majorité des praticiens

d'y avoir recours; il faut seulement s'abstenir complètement de l'atoxyl chez les sujets qui ont atteint la cinquantaine et chez ceux qui ont présenté antérieurement des troubles oculaires; on doit en outre, chaque fois que l'on en fait usage, demander au malade s'il éprouve des troubles visuels, si légers qu'ils soient, et, dans l'affirmative, renoncer immédiatement à cette médication.

Nous renouvelons quotidiennement ces injections pendant toute la période classique d'incubation secondaire, c'est-à-dire pendant quarante-deux jours.

Nous nous proposons, par ce traitement local, d'*agir directement sur les tréponèmes inclus dans le chancre, sur ceux qui émigrent dans le tissu ambiant, sur ceux qui s'infiltrent dans les parois des lymphatiques et sur ceux qui sont transportés par ces mêmes voies dans les ganglions inguinaux; tous y conservent, d'abord, nous l'avons démontré, la suractivité de leur virulence initiale*. On répond à ces indications multiples, si l'on intervient peu de temps après l'apparition du chancre; on constate, en effet, qu'il ne *se produit pas d'adénopathies satellites* et, si celles-ci ont eu le temps de se développer, elles subissent rapidement une évolution rétrograde; *le chancre se cicatrise en peu de jours* et son induration rétrocède; il ne *survient pas de manifestations secondaires précoces et intensives dans son voisinage, non plus que sur le trajet, ni dans les parois, des lymphatiques qui en émanent*; bien plus, la *roséole, que nous avons démontrée être fonction de l'adénopathie primitive, fait complètement défaut ainsi que l'éruption papuleuse généralisée qui d'ordinaire lui fait suite; nous parvenons ainsi à éviter le développement de nombreux foyers de prolifération du parasite*.

Mais on n'est pas à l'abri de toute généralisation: il est reconnu, en effet, que le *tréponème pâle peut pénétrer directement, sans l'intermédiaire des ganglions, dès les premiers jours de l'infection et même avant l'apparition du chancre* (*Eric Hoffmann*), *dans la circulation générale où il subit également une longue incubation*. Sans doute, ce passage ne se produit pas nécessairement et, chez les sujets qui y demeurent réfractaires, le traitement local périchancreux et chancreux doit suffire à enrayer la maladie. Il y a, de ce fait, des chances de guérison radicale par le traitement purement local dont nous venons d'exposer les données essentielles; mais, on ne peut déterminer *a priori* s'il en est ainsi; *il y a donc lieu d'instituer un traitement général pour poursuivre dans la circulation générale et dans tous les tissus les tréponèmes pâles qui ont pu y parvenir*.

Nous avons d'abord pratiqué, dans ce but, des injections intra-fessières de 25 centigrammes d'arsacétine renouvelées tous les trois jours. Associées aux 10 centigrammes d'atoxyl injectés quotidiennement près du chancre, elles atteignent approximativement le chiffre de 60 centigrammes bi-hebdomadaires adopté précédemment par Neisser; mais nous avons vu qu'il fallait renoncer à cette médication en raison des dangers oculaires qu'elle entraîne. Nous lui avons substitué un traitement par le benzoate de mercure, conformément à la méthode de M. Gaucher; c'est avec ce traitement que M. Fouquet paraît avoir guéri *ab ovo* un cas de syphilis. Il est tout indiqué de l'associer à notre médication locale. Nous avons donc pratiqué, comme l'a fait M. Fouquet, deux séries d'injections de 2 centigrammes de benzoate de mercure de quinze jours de durée, séparées par un repos également de quinze jours. Ces injections d'un sel soluble ont le grand avantage sur les frictions mercurielles, que nous avions précédemment prescrites, de pénétrer pour ainsi dire instantanément dans la circulation générale et de pouvoir de la sorte agir très rapidement sur les tréponèmes émigrés. Il est possible que l'on puisse employer concurremment l'hectine à doses suffisantes pour agir sur tout l'organisme et sans dangers; un avenir prochain nous l'apprendra. Enfin, pour ne négliger aucun mode possible d'action, *nous faisons ingérer en outre quotidiennement, d'abord 1, puis bientôt, 2 grammes d'iodure de potassium* : nous n'ignorons point que nous allons ainsi à l'encontre de l'opinion courante qui refuse à ce médicament toute action destructive sur le parasite; c'est que nous la considérons comme erronée. En effet, nous lisons, dans l'excellent livre de MM. Emery et Chatin, que ce médicament, administré au début de la maladie, a pour effet de faire disparaître l'induration chancreuse; nous savons, d'autre part, que c'est le médicament le plus actif contre les céphalées secondaires : n'est-on pas en droit de rapporter ces résultats à une action directe sur les tréponèmes pâles? En tous cas, cette médication est inoffensive.

Le malade se brosse les dents, trois fois par jour, avec le savon au laurénol.

Sur les trois malades que nous avons soumis simultanément à ces cures, locales par l'atoxyl ou son dérivé l'hectine, et générales par le mercure et l'iodure, il en est un qui, huit mois après l'apparition du chancre, n'a présenté aucun accident; la recherche de la réaction de Wassermann, pratiquée chez lui à deux reprises par M. Levaditi à l'Institut Pasteur, a donné des résultats négatifs; il n'y a pas trace d'adénopathie; les tréponèmes, cherchés plusieurs fois par M. Fouquet au niveau de la lésion initiale, n'ont pu y être décelés : nous pouvons donc espérer chez ce jeune homme une guérison complète. La surface ovalaire de son chancre est restée appréciable par sa légère saillie, son plissement et sa coloration brunâtre pendant plusieurs mois.

Notre second malade, sept jours après le début d'un chancre induré, a reçu dans le fourreau 42 injections consécutives d'atoxyl cristallisé à 10 centigrammes; il a fait, pendant le même laps de temps, des frictions quotidiennes avec 6 grammes d'onguent napolitain. Comme il est de règle en pareil cas, il ne s'est pas produit d'adénopathies inguinales et la roséole a complètement fait défaut; mais, le soixante-neuvième jour après l'apparition du chancre, une plaque muqueuse lenticulaire s'est manifestée sur l'amygdale droite; M. Fouquet y a constaté la présence de tréponèmes pâles : cette lésion était absolument isolée. Nous avons institué, dès le premier jour, un traitement intensif par des injections quotidiennes de 1 centimètre cube d'hectagyre de Mouneyrat contenant 20 centigrammes d'hectine et

1 centigramme de mercure ; concurremment, le malade fait fondre chaque jour dans sa bouche, pour compléter le traitement général et en même temps agir directement sur la lésion amygdalienne, 10 pastilles contenant chacune 1 milligramme de sublimé ; de plus, il se badigeonne toutes les deux heures l'amygdale malade avec un tampon d'ouate hydrophile imprégnée de la solution au 5 millième de sublimé, dont nous avons établi l'innocuité et l'activité thérapeutique; il ingère enfin quotidiennement 2 grammes d'iodure de potassium. Au bout de neuf jours de ce traitement mixte, la plaque muqueuse a entièrement disparu, mais, à cette même date, la recherche de la réaction de Wassermann a donné des résultats positifs; le traitement intensif est donc continué intégralement. Nous ne désespérons pas de voir l'infection secondaire restée limitée à l'unique manifestation que nous venons de signaler; nous avons publié des faits analogues après des cures par l'atoxyl à hautes doses; nous rappellerons particulièrement le cas du haut fonctionnaire qui n'a eu, depuis plus de deux ans, d'autre accident qu'un érythème fugace du tronc; il semble bien que, sous l'influence du médicament, le tréponème pâle puisse devenir, d'une manière permanente, moins actif et susceptible d'être modifié plus facilement et complètement par le mercure et l'iodure : s'il en est ainsi, on peut dire qu'*il s'agit d'un avortement secondaire* de la maladie.

Notre troisième malade, atteint d'un chancre induré du sillon avec constatation, par M. Fouquet, de tréponèmes pâles à l'aide de l'ultra-microscope le jour même de son apparition, a été traité dès lors localement par l'atoxyl, d'abord quotidiennement, puis au bout d'une semaine, alternativement, par ce même produit et l'hectine de Mouneyrat, tous deux à la dose de 10 centigrammes. Nous avons prescrit en outre une pommade atoxylienne à 30 p. 100 en applications réitérées sur le chancre, pratiqué des injections intra-fessières quotidiennes, pendant quinze jours, de 2 centigrammes de benzoate d'HG et fait ingérer l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

Le chancre s'est cicatrisé en une semaine; il n'est pas survenu d'adénopathies. Une seconde série d'injections de benzoate d'HG a été faite après quinze jours de repos.

La seule chose pénible, dans cette médication complexe, était l'injection de benzoate de mercure, elle provoquait une douleur intense et donnait lieu à la formation des nodules indurés dont la présence interdit une prolongation de la médication sans interruption, car elle peut faire craindre une résorption massive; nous venons de constater que l'on peut obvier à ces inconvénients en faisant usage de la nouvelle préparation dans laquelle M. Lafay ajoute à l'excipient un dixième de saccharose et en l'étendant de quatre fois son volume d'eau bouillie. Elle nous permettra dorénavant de continuer, sans intermittence, ces injections, pendant au moins quarante jours.

De même, nous conseillons de faire dissoudre les 10 centigrammes d'atoxyl ou d'hectine dans 2 centimètres cubes d'eau bouillie : on évite ainsi complètement la douleur avec la première de ces préparations; on l'atténue beaucoup avec la seconde, et l'induration consécutive est le plus souvent de courte durée.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Du moment où l'existence d'un chancre induré a été constatée, de préférence par l'examen avec l'ultra-microscope, il y a lieu d'instituer d'urgence une puissante médication locale et générale dans le but de faire avorter la maladie, ou, tout au moins, d'en atténuer l'intensité dans une mesure considérable ;*

2° Localement, on applique en permanence une couche d'une pommade à la diadermine contenant 30 p. 100 d'atoxyl cristallisé, sans empiéter sur les parties voisines pour éviter une résorption trop abondante;

3° Concurremment, dans le but de détruire les tréponèmes pâles qui cheminent, *soit par les interstices du tissu ambiant, soit par la circulation lymphatique, soit par infiltrations dans les parois des tissus de même nom* et vont subir *dans les ganglions satellites* une seconde incubation pendant laquelle ils conservent d'abord leur suractivité initiale, on *pratique quotidiennement des injections de petites doses* d'atoxyl (généralement 10 centigrammes), *au niveau et dans le voisinage du chancre et en suspendant immédiatement cette médication au moindre trouble visuel;* ces faibles doses introduites localement dans cette région représentent une quantité de médicament bien supérieure à celle qui y est amenée par la circulation générale à la suite d'injections intra-fessières d'une proportion six fois plus élevée de ce même produit;

4° D'après les faits observés par Balzer dans les syphilides tertiaires et secondaires, l'*hectine* de Mouneyrat peut avec avantage, en raison de son innocuité et de son activité, être substituée à l'atoxyl ou employée alternativement avec lui; il faut recourir exclusivement à l'hectine s'il s'agit d'un sujet ayant atteint la cinquantaine; ces préparations sont préférables, à cet égard, aux sels de mercure dont l'action paraît moins puissante et qui sont mal tolérés en injections sous-cutanées ;

5° Les injections d'atoxyl ou d'hectine doivent être renouvelées, d'abord quotidiennement, jusqu'à la fin de la période d'incubation secondaire, c'est-à-dire pendant quarante-deux jours ;

6° *Cette médication locale mixte suffit à empêcher les adénopathies satellites de se manifester ; il en est nécessairement de même de la roséole, car nous avons établi, par des recherches antérieures, que cette éruption est fonction de ces adénopathies; de nombreux foyers de prolifération tréponémique se trouvent ainsi dès lors stérilisés ;*

7° Concurremment, *dans le but d'atteindre les tréponèmes pâles qui ont pu pénétrer directement par les capillaires sanguins dans la circulation générale* et, par son intermédiaire, dans les tissus, *nous pratiquons un traitement général intensif par le mercure et l'iodure de potassium ;*

8° Les frictions n'agissant qu'au bout de quelques jours (Jullien), on doit leur préférer des injections

intra-fessières de sels solubles; nous employons ainsi à la dose quotidienne de 2 centigrammes, suivant la formule de Gaucher, le benzoate de mercure; nous renouvelons ces injections pendant quarante jours consécutifs; cette médication paraît, à elle seule, avoir fait avorter la syphilis chez un malade de M. Fouquet, et l'avoir considérablement atténuée chez un autre;

9° On annihile l'action irritante de ce sel mercuriel en ajoutant à son excipient 10 p. 100 de glycose ou de saccharose (Lafay) et en le diluant dans 4 grammes d'eau bouillie; on peut également, sauf risques de thromboses, recourir aux injections intra-veineuses de cyanure de mercure qui ont donné à Lenglet de bons résultats;

10° Nous adjoignons à cette cure déjà complexe un traitement par l'iodure de potassium à la dose quotidienne de 1 ou 2 grammes (c'est à tort, en effet, que l'on a refusé à ce médicament toute action sur le parasite);

11° Les diverses médications que nous venons d'énumérer peuvent, sans aucun inconvénient, être associées; leurs actions réciproques ne se contrarient en aucune mesure et leurs effets curatifs contre le tréponème pâle s'accumulent;

12° Plusieurs des malades traités, soit par l'atoxyl à hautes doses, soit par les injections de benzoate d'HG (Fouquet), soit par notre médication complexe, n'ont pas eu d'accidents secondaires de sept à treize mois après le début du chancre; la recherche des tréponèmes pâles et de la réaction de Wassermann (Levaditi) n'a donné lieu chez eux qu'à des résultats négatifs; on est en droit d'espérer que leur syphilis est avortée;

13° S'il se produit des accidents indiquant la pénétration des parasites dans la circulation générale et dans les tissus, ils sont d'une remarquable bénignité et fugaces; un de nos malades n'a eu, en tout et pour tout, qu'une plaque muqueuse lenticulaire amygdalienne qui est survenue tardivement et a disparu après neuf jours d'un traitement local et général; peut-être l'infection secondaire sera-t-elle réduite à cette unique manifestation, comme nous l'avons signalé chez plusieurs malades à la suite des cures initiales par l'atoxyl à hautes doses; il y aurait alors *avortement secondaire de la syphilis*;

14° Il y aura lieu de rechercher chez des chimpanzés si le traitement formulé ci-dessus d'un chancre inoculé rend ultérieurement l'animal passible d'une nouvelle infection;

15° La possibilité d'une action abortive sur l'infection syphilitique, et sa très grande atténuation dans les cas où elle se produit, compensent largement ce qu'il peut y avoir de pénible dans cette médication, d'ailleurs très bien supportée;

16° *Ce traitement a d'autant plus de chances de réussir qu'il est institué plus près du début de l'ulcération primitive; il est donc d'une importance capitale de prévenir par une publicité aussi large que possible les intéressés, qu'ils doivent se faire examiner d'urgence par leur médecin du moment où ils présentent la moindre érosion, consécutivement à un rapport suspect;*

17° *Dès à présent, ces faits nouveaux permettent d'espérer, quand ils seront vulgarisés, une diminution considérable dans l'intensité et, sans doute aussi, dans la fréquence de l'infection syphilitique généralisée et, avec elle, dans celle du tabes, de la paralysie générale, des encéphalopathies, des anévrismes, et de la mortalité infantile*, pour ne parler que de ses conséquences les plus graves;

18° On doit faire connaître par des affiches et des instructions verbales aux ouvriers, employés, étudiants, soldats, sociétaires, etc., les chances de salut que leur offre le traitement précoce formulé ci-dessus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 JUILLET 1909)

Recherche de l'albumine dans les crachats. — M. Fernand Bezançon, à l'occasion d'une communication récente de MM. Roger et Valensi, montre qu'à plusieurs reprises, avec son élève de Jong, il a mis en relief toute l'importance de la constatation d'un exsudat albumineux dans les crachats pour le diagnostic de l'expectoration albumineuse de l'œdème aigu avec les catarrhes filants purement muqueux des emphysémateux pour le diagnostic des bronchites albuminuriques avec les bronchites banales qui ne contiennent jamais cet exsudat. Dans la tuberculose il n'a jamais trouvé cet exsudat que dans les formes pneumoniques ou à marche rapide.

Au point de vue technique, MM. Bezançon et de Jong, qui ont vérifié maintes fois la méthode chimique de la recherche de l'albumine dans les crachats, préfèrent la technique histo-chimique de la coloration par le bleu polychrome de Unna qui permet en deux ou trois minutes de déceler l'exsudat albumineux et en même temps de faire l'étude cytologique.

Amaurose subite au cours d'une fièvre typhoïde. Œdème de la papille. Hypertension du liquide céphalo-rachidien. Guérison rapide après la ponction lombaire. — MM. F. Widal, E. Joltrain et A. Weill, viennent d'observer au cours d'une fièvre typhoïde un cas d'amaurose, dont le début brusque, la disparition rapide auraient pu faire songer à un accident hystérique.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, sans aucun passé oculaire, qui, au neuvième jour d'une fièvre typhoïde, se réveilla un matin complètement aveugle. Le lendemain il entre à l'hôpital, où on constate, outre tous les symptômes d'une fièvre typhoïde classique sans signes d'irritation méningée, une amaurose complète et bilatérale avec abolition du réflexe photo-moteur. L'examen du fond de l'œil montre de l'œdème de la papille bilatéral, avec dilatation veineuse marquée. Une ponction lombaire donne issue à un liquide clair extrêmement hypertendu, ne contenant ni albumine, ni éléments cellulaires. L'amélioration du trouble visuel commença deux heures après la ponction. Elle était très notable au bout de deux jours. A ce moment l'œdème de la papille a presque entièrement disparu mais il subsiste de la dilatation veineuse. Une nouvelle ponction lombaire montre encore de l'hypertension mais beaucoup moins marquée. Le surlendemain l'acuité visuelle est normale et les jours suivants, le fond de l'œil est absolument normal. Les constatations fournies par l'ophtalmoscope, la régression des accidents après la ponction lombaire font tout d'abord éliminer l'hypothèse d'un accident névropathique, auquel l'allure clinique de ce cas d'amaurose aurait pu faire songer. Elles ont permis de plus de saisir, dans l'hypertension considérable du

liquide cérébro-spinal, la cause de l'œdème papillaire et de l'amaurose. Enfin l'étude de la pression artérielle, qui s'est constamment maintenue un peu au-dessous de la normale, permet de séparer ces cas des amauroses transitoires étudiées par M. Vaquez, dans certaines intoxications, notamment au cours du saturnisme et qui sont fonction de l'hypertension artérielle. Il est intéressant de noter qu'en dehors des amauroses hystériques et saturnines, il existe des amauroses subites et transitoires sans hypertension artérielle, pouvant survenir au cours d'une infection comme la fièvre typhoïde et due à un œdème papillaire, constatée à l'ophtalmoscope, avec hypertension du liquide céphalo-rachidien. Chez de pareils malades la ponction lombaire, en même temps qu'elle aide à éclairer la pathogénie de l'accident, constitue un moyen thérapeutique dont l'effet est immédiat.

Ictère hémolytique congénital, Autopsie. — M. Brulé communique, en son nom et en celui de M. Gandy, les résultats de l'autopsie d'une malade atteinte d'ictère hémolytique congénital et dont l'observation a été antérieurement publiée (Legendre et Brulé, *Soc. méd.*, 22 janv. 1909). La malade contracta la fièvre typhoïde et y succomba ; le début de l'affection avait été anormal : fièvre élevée, vomissements répétés, augmentation rapide de la splénomégalie, de l'ictère et des symptômes anémiques, le chiffre des globules rouges s'abaissant de 4,700,000 à 1,400,000. L'infection éberthienne, prouvée par l'ensemencement du sang, détermina donc chez la malade une brusque poussée hémolytique avec ses conséquences habituelles.

L'autopsie, outre l'ulcération typhique des plaques de Peyer, montra des lésions analogues à celles qui ont été signalées par MM. Vaquez et Giroux, et par M. Œttinger, dans deux cas d'ictère hémolytique : intégrité des voies biliaires, face congestionnée mais sans cirrhose, ni angiocholite, congestion pulpaire intense de la rate avec figures de macrophagie, enfin réaction intense de la moelle osseuse. La surcharge pigmentaire des organes, ordinairement très accentuée dans les ictères hémolytiques, restait minime dans notre cas.

Anémie grave et métastases cancéreuses de la moelle des os. — MM. Parmentier et Chabrol. Cette anémie symptomatique d'un cancer de l'estomac représentait dans la réaction hématopoiétique un type intermédiaire entre l'anémie splénique et la maladie de Bienner. L'examen du sang révélait une aglobulie extrême, avec leucopémie et myélémie interne. On constatait également une hypermégalie splénique. Mais l'intérêt de cette observation réside dans l'examen histologique de la moelle osseuse qui renfermait des éléments cancéreux rappelant les caractères de la tumeur épithéliale primitive. A ce sujet, les auteurs entreprennent l'étude des anémies par métastases cancéreuses dans la moelle osseuse. C'est une notion nouvelle dont il faut tenir compte dans l'étiologie du syndrome anémie pernicieuse.

Action des rayons X sur les épithéliomas malpighiens. — MM. J. Clunet et G. Raulos-Lapointe ont examiné histologiquement 20 tumeurs malpighiennes traitées par les rayons X, dans le service et le laboratoire de M. le professeur P. Marie, à Bicêtre.

Ils ont employé deux méthodes :

1° Celle des biopsies en série dans le temps : avant chaque séance de radiothérapie, une biopsie faite en un point comparable de la tumeur;

2° Celle des coupes en série dans l'espace, après autopsie : étude de toutes les parties de la tumeur, depuis les plans superficiels irradiés au maximum, jusqu'aux plans profonds, les moins irradiés.

Ces recherches montrent que les épithéliomas malpighiens ainsi traités passent par 5 phases successives :

1° Phase latente, durée variable, pas de modifications cytologiques appréciables ;

2° Phase de maturation monstrueuse :

a) Hypertrophie de toutes les parties constituantes de la cellule;

b) Augmentation du nombre de mitoses atypbiques;

c) Apparition de noyaux bourgeonnants très chromophiles;

d) Formations archoplasmiques d'aspect pseudo-parasitaire dans le corps de la cellule ;

3° Phase de kératinisation : disséminée, totale et atypique;

4° La dislocation et la phagocytose, dues principalement à l'action des polynucléaires neutrophiles et des fibroblastes du stroma;

5° L'organisation de la cicatrice conjonctive.

Les résultats sont en tous points comparables à ceux obtenus par l'action des rayons X sur la peau saine et qui peuvent se résumer ainsi :

1° Evolution vers le type spino-cellulaire (quelle que soit alors la forme particulière de la cellule malpighienne, sébacée, pileuse, basale);

2° Hyperplasie plus ou moins monstrueuse;

3° Kératinisation.

Ainsi, d'une manière générale, les rayons X agissent électivement sur la cellule malpighienne, exaltent et accélèrent son évolution normale. Si la dose des rayons X est insuffisante (dose trop faible, rayons trop mous), elle stimule le développement d'une tumeur; si elle est suffisante, elle peut la détruire.

Les auteurs conseillent donc : 1° de donner des doses suffisantes pour atteindre la phase de destruction cellulaire, sans s'arrêter à la phase d'irritation;

2° Prolonger le traitement longtemps après la guérison pour éviter les récidives.

Névrite périphérique localisée au membre supérieur par intoxication sulfo-carbonée professionnelle. — MM. L. Lortat-Jacob et G. Sabareanu. Il s'agit d'une jeune fille, employée depuis cinq mois dans une usine de ballons, qui présente des troubles nerveux localisés à un membre que les auteurs attribuent à l'absorption locale cutanée du toxique.

Ils rapportent en détail la topographie des troubles sensitifs qui ont diminué et disparu d'une façon graduelle et spéciale sous l'influence du traitement.

Etude d'un cas de diabète grave. Rapports avec le traumatisme. — MM. Labbé et Vitry.

Quelques remarques sur la ponction rachidienne et la ponction céphalique comparées entre elles. — M. Babinski.

Sur la nature tuberculeuse des chéloïdes. — M. Queyrat.

— La prochaine séance aura lieu le deuxième vendredi d'octobre.

DOCUMENTS OFFICIELS

ARRÊTÉ MODIFIANT TRANSITOIREMENT CERTAINES DISPOSITIONS DU STATUT DU 16 NOVEMBRE 1874, RELATIVES A L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

RAPPORT AU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS.

L'organisation de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, telle qu'elle a été déterminée par le statut du 16 novembre 1874, modifié par l'arrêté du 30 juillet 1887, a provoqué à diverses reprises de vives critiques et préoccupe depuis plusieurs années tous ceux qui s'intéressent au progrès des études médicales et au recrutement du personnel qui enseigne dans nos facultés. On

désirait notamment que des candidats qui, après le doctorat, se sont déjà orientés vers une région spéciale des études médicales, pussent, au cours des épreuves, faire constater d'une façon plus précise ces aptitudes et ces connaissances spéciales. On désirait aussi que la composition des jurys, la notation des épreuves fussent modifiées de façon à assurer par des garanties nouvelles les intérêts de tous les candidats.

C'est pour donner satisfaction à ces vœux et aux idées qui s'étaient manifestées de divers côtés que furent publiés, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique, les décrets et arrêtés du 25 juillet 1906, qui instituaient le certificat d'études supérieures médicales, assuraient certains avantages à ceux qui l'avaient obtenu et modifiaient les épreuves définitives du concours.

Toutefois, les dispositions de ces décrets et arrêtés provoquèrent des objections dont deux surtout fixèrent l'attention. On émit la crainte que le certificat d'études médicales supérieures obtenu à la suite d'un examen, séparé des épreuves définitives du concours d'agrégation, ouvrant l'accession à des emplois dans les facultés et écoles de médecine, ne fût considéré comme un titre tout à fait indépendant, comme une sorte de doctorat en médecine supérieur qui nuirait au doctorat en médecine lui-même et léserait les intérêts de ceux qui l'ont acquis. D'autre part, les professeurs de médecine, de chirurgie, appréhendaient que les candidats, pendant le temps consacré à la préparation du certificat, ne fussent entièrement distraits de la fréquentation de l'hôpital, des études cliniques qu'ils doivent y poursuivre sans interruption et que, par suite, leur éducation professionnelle n'en souffrît.

Ces objections parurent fondées. Un décret du 20 février 1907, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique, supprima le certificat d'études médicales supérieures en tant que titre indépendant. Par un arrêté en date du même jour, les épreuves exigées à l'examen du certificat devaient constituer les épreuves d'admissibilité du concours d'agrégation. La commission de réforme des études médicales, instituée par arrêté du 20 février 1907, et dont les travaux se prolongèrent jusqu'au 21 mars 1908, estima cependant qu'il conviendrait d'aller plus loin. Sur sa demande, un arrêté du 25 juillet 1908 établit trois sections distinctes pour les épreuves d'admissibilité et introduisit dans chacune de ces sections une épreuve clinique.

Cependant, l'opposition qui s'était reproduite contre le certificat d'études médicales supérieures se manifesta, après sa suppression, contre le nouveau régime qui y était substitué. Il apparaissait donc que, malgré le soin éclairé et la conscience que les facultés, la commission des études médicales, la section de médecine du comité consultatif et enfin le conseil supérieur de l'Instruction publique avaient, au cours de plusieurs années, apporté à cette étude, la question était infiniment complexe et d'une solution difficile. Les opinions et les intérêts en présence étaient nombreux, souvent contradictoires. Dans ces conditions, il a paru nécessaire d'ouvrir une enquête nouvelle, aussi étendue et aussi approfondie que possible, au cours de laquelle seront recueillis les avis non seulement des membres du personnel enseignant, mais de tous ceux que désignent leur compétence spéciale, leur science, leur expérience professionnelle.

Mais en attendant les résultats de cette enquête qui peut être de longue durée, il était utile et opportun de modifier le statut de 1874 sur certains points où l'accord est à peu près complet et d'en faire en quelque sorte une mise au point. C'est ainsi que l'on propose d'augmenter le nombre des sections, augmentation qui est urgente et que tout le monde désire, d'instituer le tirage au sort du jury, la publicité des notes, la liste unique pour les sections qui ne comportent pas de services cliniques.

Dans cette revision partielle et provisoire une question a été laissée de côté qui cependant préoccupe vivement le ministre de l'Instruction publique comme tous ceux qui connaissent les facultés de médecine : c'est celle de la pérennité des fonctions d'agrégé et du caractère même de ces fonctions. Tout a été dit sur les défauts de cette organisation qui élimine périodiquement de nos facultés des hommes qui désiraient y poursuivre leur carrière, qui y avaient fait œuvre d'enseignement et de science, qui y avaient rendu des services dont il devrait leur être tenu meilleur compte. La situation des agrégés doit perdre ce caractère incertain et précaire ; elle doit être garantie contre les hasards des circonstances qui leur ouvrent ou leur ferment l'accession à des fonctions permanentes dans les facultés. D'autre part, les fonctions mêmes des agrégés doivent être déterminées avec plus de précision. Toutefois, cette question se lie étroitement à l'étude des mesures qui seront prises pour assurer l'application du décret du 11 janvier 1909 sur les études médicales. Sans doute sera-t-il nécessaire de demander au Parlement la création de nouveaux emplois. On sera dès lors amené à examiner comment la pérennité des fonctions d'agrégé pourra se concilier avec la nécessité de ne point laisser s'écouler de trop longs délais sans ouvrir des concours et de ne point décourager les jeunes gens qui, au prix de sacrifices souvent onéreux et de longues études, se dirigent vers l'enseignement médical.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
Vu le statut du 16 novembre 1874 sur l'agrégation des facultés ;
Vu l'arrêté du 28 juillet 1908 ;
Le conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Les articles ci-après du statut du 16 novembre 1874 sur l'agrégation des facultés sont modifiés ainsi qu'il suit en ce qui concerne l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie :

Art. 6. — Les juges des concours d'agrégation sont tirés au sort parmi les professeurs titulaires des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie suivant les dispositions qui seront déterminées par un arrêté ministériel.

Aucune faculté ne peut être représentée dans un jury par plus de deux membres lorsque le jury comprend cinq juges ; par plus de trois lorsqu'il en comprend neuf.

Art. 7. — Le nombre des juges pour chaque concours est de cinq ou de neuf conformément au tableau annexé au présent arrêté.

En cas de récusation ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs juges, le jury se complète lors de sa première séance, au moyen d'un tirage au sort fait parmi les juges suppléants, lesquels sont en même nombre que les juges titulaires.

Les juges suppléants sont tirés au sort parmi les agrégés en exercice conformément à l'article 6 ci-dessus.

En cas de récusation ou d'empêchement, si le tirage au sort prévu au paragraphe précédent, parmi les juges suppléants, a pour résultat d'attribuer dans le jury à une faculté un nombre de juges supérieur au maximum fixé par l'article 6, il est procédé à un nouveau tirage au sort parmi les suppléants, et ce, s'il y a lieu, jusqu'à épuisement de la liste.

Art. 10. — Les jugements des jurys peuvent être valablement rendus par trois membres quand ils sont composés de cinq juges; par sept quand ils sont composés de neuf.

Art. 11. — Le président du jury est nommé par le ministre parmi les juges titulaires désignés par le sort.

La direction et la police du concours lui appartiennent. Il désigne, de concert avec les membres du jury, les sujets de composition, de leçons et d'épreuves pratiques destinés à être tirés au sort entre les candidats.

Art. 18. — Il est ouvert un concours spécial pour chacune des sections entre lesquelles se subdivise l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 20. — Chacune des épreuves préparatoires et des épreuves définitives est cotée par le jury, après délibération consignée au procès-verbal sous peine de nullité, de 0 à 20.

A la fin de chaque séance, les notes attribuées aux candidats qui ont subi des épreuves dans cette séance sont publiées par voie d'affiche.

Art. 21. — L'admission des candidats aux épreuves définitives a lieu d'après le résultat des épreuves préparatoires. Pour chaque place mise au concours deux candidats au plus peuvent être admis à subir les épreuves définitives.

La liste de ces candidats est publiée dans l'ordre alphabétique.

Art. 22. — L'admission est prononcée par le jury d'après les résultats des épreuves préparatoires et des épreuves définitives.

Art. 23. — La liste arrêtée par le jury est soumise à la ratification du ministre. Elle est dressée par ordre de mérite.

Elle ne peut comprendre plus de noms qu'il n'y a de places mises au concours, mais elle peut en comprendre moins si le résultat des épreuves est jugé insuffisant par le jury.

Il est dressé une liste unique pour toutes les facultés, dans les sections d'anatomie et embryologie, d'histologie, de physiologie, de physique biologique et médicale, de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine, de matière médicale et pharmacodynamie, de bactériologie et de pharmacie.

Les agrégés portés sur cette liste unique choisissent, suivant leur rang d'admission, la faculté à laquelle ils seront attachés parmi celles où des places de leur section ont été mises au concours.

Art. 38. — L'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie se subdivise en 19 sections, savoir :

1. Anatomie et embryologie; 2. histologie; 3. physiologie; 4. parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine; 5. bactériologie; 6. physique biologique et médicale; 7. chimie biologique et médicale; 8. matière médicale et pharmacodynamie; 9. médecine générale, correspondant aux enseignements suivants : pathologie générale, pathologie interne, thérapeutique, hygiène, médecine légale, médecine expérimentale et comparée, clinique médicale, maladies du système nerveux, maladies cutanées et syphilitiques, médecine infantile; 10. maladies mentales; 11. chirurgie générale correspondant aux enseignements suivants : pathologie externe, clinique chirurgicale, gynécologie, maladies des voies urinaires, chirurgie infantile et orthopédie; 12. anatomie pathologique; 13. obstétrique; 14. ophtalmologie; 15. oto-rhino-laryngologie; 16. pharmacie.

Le ministre arrête, sur la proposition des facultés et après avis du comité consultatif de l'enseignement public (1re section), la répartition entre ces sections des places d'agrégés vacantes et à mettre au concours.

Art. 39. — Les épreuves préparatoires consistent :

1° Dans une leçon orale de trois quarts d'heure faite, après trois heures de préparation dans une salle fermée, sur une question empruntée à l'ordre de l'enseignement pour lequel le candidat est inscrit.

La surveillance sera organisée par le jury.

Le candidat pourra s'aider des ouvrages désignés par le jury.

2° Dans un exposé public fait par le candidat lui-même de ses travaux personnels. Une demi-heure est accordée pour cette épreuve qui est affectée du coefficient 2.

3° Les candidats aux sections de physique biologique et médicale, de chimie biologique et médicale, de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine et de matière médicale et pharmacodynamie, font en outre une composition sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Cinq heures sont accordées pour cette composition qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

Art. 40. — Les épreuves définitives sont :

1° Une leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre ;

3° Une épreuve technique ou clinique, selon les sections, accompagnée de manipulations et de démonstrations détaillées dont chaque jury fixera la matière, les conditions et la durée.

Toutefois, en ce qui concerne les sections 9 et 11, médecine générale, chirurgie générale, la deuxième épreuve définitive est maintenue telle qu'elle était fixée par le statut du 16 novembre 1874, modifié par l'arrêté du 30 juillet 1887 (1).

Art. 2. — Sont et demeurent rapportés : l'arrêté du 28 juillet 1908 relatif à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie : l'arrêté du 20 février 1907 déterminant les fonctions pour lesquelles, dans les facultés de médecine, est exigée l'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine; l'arrêté du 20 février 1907 relatif aux fonctions de suppléant et de chef des travaux dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Fait à Paris, le 21 juillet 1909.

GASTON DOUMERGUE.

ANNEXE A L'ARRÊTÉ DU 21 JUILLET 1909.

Tableau fixant la constitution des jurys des diverses sections de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Section d'anatomie et embriologie. — Cinq juges : quatre professeurs d'anatomie; un professeur d'histologie.

Section d'histologie. — Cinq juges : quatre professeurs d'histologie; un professeur d'anatomie.

Section de physiologie. — Cinq juges : trois professeurs de physiologie; un professeur de physique; un professeur de chimie.

Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées a la médecine. — Cinq juges : trois professeurs de sciences naturelles; un professeur de clinique médicale; un professeur de pathologie interne.

Section de bactériologie. — Cinq juges : deux professeurs de bactériologie ou microbiologie; un professeur de médecine expérimentale ou de médecine expérimentale et comparée; un professeur de parasitologie ou d'histoire naturelle et parasitologie; un professeur d'hygiène.

Section de physique biologique et médicale. — Cinq juges : trois professeurs de physique; un professeur de chimie; un professeur de physiologie.

Section de chimie biologique et médicale. — Cinq juges: trois professeurs de chimie; un professeur de physique; un professeur de pharmacologie.

Section de matière médicale et pharmacodynamie. — Cinq juges : trois professeurs de pharmacologie; un professeur de chimie; un professeur de thérapeutique ou de pathologie et thérapeutique générales.

---

(1) *a*) Pour la médecine : une leçon clinique sur un ou deux malades choisis par le jury, examinés avec toutes les ressources du laboratoire; des exercices d'anatomie pathologique.

b) Pour la chirurgie : mêmes épreuves pratiques que pour la médecine, et, en outre, une opération sur le cadavre.

(Arrêté du 30 juillet 1887; article 40.)

SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — Neuf juges : deux professeurs de cliniques générales; deux professeurs de cliniques spéciales; un professeur de pathologie générale ou de thérapeutique; un professeur de pathologie interne; un professeur d'anatomie pathologique; un professeur de médecine légale; un professeur d'hygiène.

SECTION DES MALADIES MENTALES. — Cinq juges : deux professeurs de pathologie mentale; un professeur de médecine légale; un professeur de clinique médicale générale; un professeur de pathologie interne.

SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — Neuf juges : trois professeurs de cliniques générales; trois professeurs de cliniques spéciales; un professeur de médecine opératoire; un professeur de pathologie externe; un professeur d'anatomie pathologique.

SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Cinq juges : trois professeurs d'anatomie pathologique; un professeur de clinique médicale générale; un professeur de clinique chirurgicale générale.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE. — Cinq juges : trois professeurs d'obstétrique; un professeur de clinique médicale; un professeur de clinique chirurgicale.

SECTION D'OPHTALMOLOGIE. — Cinq juges : trois professeurs de clinique ophtalmologique; un professeur de clinique chirurgicale; un professeur de physique.

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Cinq juges : deux professeurs de clinique chirurgicale générale; deux professeurs de clinique médicale générale; un professeur de pathologie externe ou de pathologie générale.

SECTION DE PHARMACIE. — Cinq juges : deux professeurs de pharmacie; un professeur de chimie; un professeur de botanique; un professeur de matière médicale.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Marseille médical. — (N° 9, 1er mai 1909.) PLUYETTE et SAUVAN : Quatre fractures intéressantes. — (N° 10, 15 mai.) BATUT : Contusion et déchirure du rein. — M. WEILL : Un cas de vessie trilobée. — ROUSLACROIX : Fonctionnement du laboratoire des cliniques. — L. IMBERT : Sur la nouvelle organisation des études médicales.

Montpellier médical. — (N° 16, 18 avril 1909.) DELANOE : Du mécanisme de l'anaphylaxie typhique. — (N° 17, 25 avril.) GERBAUD et GAUJOUX : Quelques considérations sur la mortalité infantile à Montpellier (1899-1908). — (N° 18, 2 mai.) GERBAUD et E. GAUJOUX : Quelques considérations sur la mortalité infantile à Montpellier (1899-1908) [*fin*].

Revue de chirurgie. — (N° 5, 10 mai 1909.) G. LION et Ch. MOREAU : La fistule jéjuno-colique par ulcère peptique du jéjunum à la suite de la gastro-entérostomie (1 fig.). — A. VALENCE : Abcès du foie et expectoration biliaire. — P. MOCQUOT : La réanimation du cœur (*suite*). — M. PATEL et A. CHALIER : Les tumeurs du cordon spermatique (*suite*). — G. PIQUAND : Les abcès sous-phréniques (*suite*).

Revue de la tuberculose. — (N° 2, avril 1909.) L. MORQUIO : La cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants. — F. BENOIT : Contribution à l'étude de la tuberculose en Algérie.

Revue de médecine. — (N° 5, 10 mai 1909.) LANDOUZY et LORTAT-JACOB : Histoire d'un atrophique myopathique (du type facio-scapulo-huméral) suivi pendant trente ans (14 fig.). — R. BENARD : Les méninges dans la scarlatine (infection méningée, réaction méningée et méningites scarlatineuses). — E. GUDER et R. DUFOUR : De la pathogénie et de l'importance séméiologique de la paralysie récurrentielle à propos de 79 observations personnelles (2e mémoire). — M. LAIGNEL-LAVASTINE : Plan général de la pathologie du système nerveux sympathique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 17, 24 avril 1909.) BRINDEL : Epreuve positive à l'adrénaline; réaction de Meltzer et Lœvi dans un cas de section accidentelle simultanée du sympathique et du pneumogastrique. — (N° 18, 1er mai.) R. MAUPETIT et C. COLAT : La thiosinamine dans le traitement de la surdité. — (N° 19, 8 mai.) KAUFMANN : Sur 164 interventions mastoïdiennes; de la nécessité de faire la cure radicale dans les otites chroniques suppurées. — (N° 20, 15 mai.) E. MOURE et P. CAUZARD : Examen fonctionnel du labyrinthe. — (N° 21, 22 mai.) H. BOURGEOIS et L. EGGER : Les œdèmes du larynx.

Revue médicale de l'Est. — (N° 8, 15 avril 1909.) DEZWARTE : Sérothérapie et lymphothérapie. — J. PARISOT : Contribution à l'étude de la glycosurie nerveuse. — (N° 9, 1er mai.) G. ETIENNE et M. PERRIN : Sur un cas d'anémie pernicieuse essentielle. — M. LUCIEN et J. PARISOT : La persistance du thymus dans la maladie de Basedow. Son rôle dans la pathogénie de cette affection. — DEZWARTE : Sérothérapie et lymphothérapie (*fin*). — (N° 10, 15 mai.) H. ZILGIEN : Quelques remarques au sujet de la séméiologie et de la diététique du clapotement stomacal dans l'atonie. — LUCIEN et J. PARISOT : La persistance du thymus dans la maladie de Basedow, son rôle dans la pathogénie de cette affection (*fin*).

Revue neurologique. — (N° 7, 15 avril 1909.) André THOMAS : Lésions cylindraxiles du nerf optique dans un cas d'atrophie d'origine tabétique. Examen par la méthode de l'argent réduit [de Ramon y Cajal (1 fig.)]. — Pierre MERLE : Sur la neurotisation du ramollissement cérébral (5 fig.). — (N° 8, 30 avril.) F. RAYMOND et H. FRANÇAIS : Syndrome protubérantiel avec hyperexcitabilité du nerf facial et troubles du goût. — G. GUILLANI, ROCHON-DUVIGNEAUD et J. TROISIER : Le signe d'Argyll-Robertson dans les lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral. — (N° 9, 15 mai.) Ettore LEVI : Persistance du canal craniopharyngien dans deux crânes d'acromégaliques, importance de ce nouveau fait au point de vue de la pathogénie de l'acromégalie et des syndromes analogues (5 fig.). — Alexandre STCHERBAK : Des symptômes dystrophiques et de la diminution temporaire pathologique de l'excitabilité galvanique des muscles dans la paralysie myasthénique.

Semaine gynécologique. — (N° 17, 27 avril 1909.) R. PICHEVIN : De l'indication de la laparotomie tirée de l'étude de la température. — (N° 18, 4 mai.) R. PICHEVIN : A propos de la conservation des annexes dans les lésions inflammatoires ovaro-salpingiennes. — (N° 19, 11 mai.) R. PICHEVIN : Des méfaits de la cautérisation intra-utérine. — (N° 20, 18 mai.) P. SEGOND : De la cure radicale de la hernie inguinale chez la petite fille en particulier. — PICHEVIN : Pratique de la chirurgie antiseptique. — (N° 21, 25 mai.) PICHEVIN : A propos de l'avortement tubaire. — (N° 22, 1er juin.) R. PICHEVIN : Nouvelles applications de la méthode de Nomburg ou constriction élastique de la taille.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819 52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLE DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — A la suite des trois derniers concours pour les places vacantes de chefs de cliniques, ont été nommés : chef de clinique médicale, M. le docteur Murel; chef de clinique chirurgicale, M. le docteur Fiolle; chef de clinique médicale infantile, M. le docteur Gallerand fils.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'Ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Paloque et Sedan.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Bousquet, Pascal, Quéré.

MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Bazot, Carlier, Gasser, Légerot, Rocher.

M. le médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale Godard.

— Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées à :

1° Pour services rendus à la mutualité :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Pozzi, membre de l'Académie de médecine, et Subert (de Nevers).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Héry (de Paris), Meunier (de Pau) et Villard (de Verdun).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Froger et Poupon (de Paris), Hochtetter (de Lille), Joly (de Mende), Toujan (de Toulouse).

Mention honorable. — M. le docteur Bloc (de Paris).

2° Pour services rendus à l'Assistance publique :

Médaille d'argent. — M. Hœlling (de Montrouge).

Médailles de bronze. — MM. Gautier, Phélippot (de Bordeaux), Murray (de Saint-Servan).

XXXVIIIe SESSION DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Le XXXVIIIe Congrès de l'Association s'est ouvert le 2 août à Lille. M. le professeur Landouzy, président, a prononcé un brillant discours sur l'évolution qu'a subie l'art médical depuis une trentaine d'années.

LE DIPLOME DE PHARMACIEN. — Le *Journal officiel* vient de publier (1909, n° 203), un décret portant organisation des études en vue du diplôme de pharmacien.

Cette organisation avait été soumise, ainsi que nous l'avons dit, à l'examen du conseil supérieur de l'Instruction publique et approuvée par lui, au cours de sa récente session.

Le nouveau décret entrera en vigueur à partir du 1er novembre 1910.

La réforme des études de pharmacie a été motivée par deux raisons : « D'une part, dit le ministre de l'Instruction publique dans son rapport au président de la République, la loi du 19 avril 1898, en unifiant le diplôme de pharmacien, avait créé une situation nouvelle aux écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, dont les attributions ont été limitées jusqu'ici à la délivrance du diplôme de pharmacien de deuxième classe; d'autre part, les besoins auxquels doit répondre aujourd'hui la profession pharmaceutique nécessitaient une réforme générale des programmes relatifs à la scolarité et aux examens des aspirants au diplôme de pharmacien ». Aussi, dès le mois de décembre 1906, le ministre invitait-il les écoles supérieures et les facultés mixtes à délibérer sur les modifications qui paraîtront devoir être apportées au régime actuel.

A la suite de cette enquête, une commission spéciale fut nommée, que présida M. Peytral, sénateur. Ce sont les résultats de ses délibérations qui constituent les fondements du nouveau régime. Le rapport les résume ainsi :

« En effet, le développement considérable de l'industrie chimique dans ces derniers temps, la fabrication toujours croissante des médicaments spécialisés et des produits synthétiques, l'abandon des préparations complexes de l'ancienne polypharmacie ont amené une transformation profonde dans la profession du pharmacien. S'il prépare encore aujourd'hui un certain nombre de médicaments galéniques, les préparations des produits chimiques sont devenues l'exception dans les officines. Mais en demandant ceux-ci à l'industrie, le pharmacien a le devoir d'en contrôler avec soin la nature et la pureté. Or, il ne pourra le faire que s'il est familiarisé

avec les méthodes souvent les plus délicates de l'analyse chimique.

D'autre part, des sciences nouvelles sont venues s'ajouter aux anciennes, telles que la chimie biologique, la bactériologie, l'hygiène, qui n'ont pas, jusqu'ici, figuré officiellement dans les programmes.

La loi sur la santé publique a rendu obligatoire la présence d'un pharmacien dans toutes les commissions sanitaires d'arrondissement : d'où la nécessité pour le pharmacien de posséder les connaissances qui lui permettront de remplir sa mission.

En outre, l'application de la nouvelle loi sur la répression des fraudes en matière médicamenteuse et alimentaire amènera nécessairement la désignation fréquente du pharmacien comme expert.

Il y a donc toute une série de connaissances générales, en même temps qu'une multitude de procédés spéciaux de recherches, que le pharmacien ne peut plus ignorer aujourd'hui et qui exigeront forcément des études plus longues.

On ne saurait pourtant augmenter outre mesure la durée des études, surtout en présence des exigences de la loi militaire qui ne permet plus aux étudiants d'obtenir de sursis au delà de leur vingt-cinquième année. »

RENSEIGNEMENTS

A CÉDER IMMÉDIATEMENT CLIENTÈLE MÉDICALE, à une heure de Reims. Chemin de fer. Seul médecin, le titulaire se retire après trente et un ans d'exercice. Rapport annuel : 9.000 francs touchés. — S'adresser aux bureaux du journal.



CLINIQUE DES MALADIES DES PAYS CHAUDS

LES BUBONS DITS CLIMATÉRIQUES

Par le docteur J. BRAULT,

Professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées à l'École de médecine d'Alger.

Messieurs,

Je vous ai quelquefois entretenu, au cours des visites, de ces adénites auxquelles les auteurs appliquent le qualificatif de bubons climatériques. Bien que j'aie déjà traité ce sujet, je tiens à y revenir, pour vous donner pleinement mon sentiment, au sujet de cette question, qui intéresse tout particulièrement la pathologie de la contrée, où vous serez appelés à exercer.

La terminologie des maladies des pays chauds, comporte de nombreuses dénominations vicieuses; je vous ai d'ailleurs fait remarquer, que nous trouvons les mêmes défauts, dans le langage de la dermatologie.

En fait de pathologie exotique, une partie des abus de la terminologie, vient de ce qu'on tend à rapporter au climat, des choses qui ne lui reviennent pas en propre. Là où ce dernier, n'agit que comme cause prédisposante, accessoire, on en fait volontiers la cause primordiale de certaines affections.

C'est ce qui arrive notamment pour le *phadégénisme dit tropical*, et pour la question qui nous intéresse en ce moment. En l'espèce cependant, il s'agit purement et simplement d'infections qui sont fonction de microorganismes pathogènes, et le climat ne saurait en aucune manière, à lui tout seul, les déterminer.

Il n'y a pas, à proprement parler, de « phagédénisme tropical », pas plus que de « bubons climatériques ».

Le phagédénisme est de tous les lieux et de tous les climats, il aime la misère des guerres et des expéditions, il est simplement beaucoup plus fréquent et beaucoup plus sévère dans les pays chauds et sous les tropiques, où il se présente avec sa complication habituelle, la pourriture d'hôpital (1).

Il n'y a pas davantage de bubons climatériques; dans le sens propre du mot, il y a, ainsi que je le répète et le fais répéter depuis longtemps d'ailleurs, et cela sans grand succès, des adénites subaiguës, dues à des infections banales lentes et atténuées, adénites subaiguës qui, à mon humble avis, n'ont pas encore assez acquis leur place dans le cadre de la nosologie générale et qui ont été trop facilement confondues un peu partout avec la tuberculose ganglionnaire devenue un peu trop absorbante, et qui les a en quelque sorte éclipsées.

Ces adénites subaiguës, qu'on peut rencontrer, de temps à autre, aux contrées tempérées et même froides, sont infiniment plus fréquentes aux pays chauds et tropicaux; *voilà, en somme, tout le secret de ces bubons climatériques, dont on a voulu faire une espèce à part* (1).

Ceci n'est pas une simple hypothèse, une vue de l'esprit; j'ai observé en France et en Algérie, et c'est à la suite d'une déjà longue expérience, basée sur la clinique et le laboratoire, que je me permets de parler ainsi devant vous.

Ce qui a faussé l'opinion, jusqu'à présent, vis-à-vis de ces *adénites climatériques,* ce sont les erreurs de diagnostic.

En effet, surtout dans les pays tropicaux, le diagnostic des adénites devient plus compliqué; à la tuberculose ganglionnaire et aux autres adénites rencontrées aux pays tempérés, il faut encore ajouter les adénites filariennes et les atteintes très atténuées de la peste bubonique, à forme ambulatoire, qui sont venues jeter un certain trouble dans l'esprit des observateurs (2).

En somme, toutes les adénites à forme subaiguë existent dans les contrées exotiques; mais si on examine de près la question des bubons climatériques, on finit par acquérir la conviction que c'est l'*adénite subaiguë banale, d'origine pyogène banale*, qui en forme incontestablement le fond: l'observation dans le pays que nous habitons, est très instructive à cet égard.

Ce sont ces adénites, en effet, que j'ai retrouvées chez nos troupes, ici, dès ma venue en Algérie, en 1892, et qui m'ont frappé par leur fréquence, comme elles ont frappé, plus tard, plusieurs de mes successeurs dans diverses garnisons du Tell.

Ici, pour nos cas, il ne saurait être question d'adénites tuberculeuses, la clinique et le laboratoire ont répondu à cet égard; à ce point de vue, ce que j'écrivais en 1895 dans le *Lyon médical*, dans la *Semaine médicale* en 1896, dans les *Archives générales de médecine* en 1899, sur l'étiologie de l'affection, à quelques détails près, a été pleinement corroboré par les recherches ultérieures, en particulier celles de Pigeon et de Tanton (3).

Il ne peut davantage être question d'adénites filariennes ou de peste atténuée, dans un pays comme celui-ci, où la peste vient seulement s'éteindre dans les ports, en déterminant quelques cas sporadiques (4).

J'ai d'ailleurs examiné un certain nombre de matelots européens (anglais surtout), revenant des ports de l'Inde anglaise, des Indes néerlandaises, ou encore d'autres points d'Extrême-Orient; j'ai aussi observé des chauffeurs indiens venus ici sur les bateaux, avec ces adénites dites climatériques, je n'ai jamais trouvé dans mes recherches de laboratoire, le coccobacille de Yersin.

---

(1) Qui peut d'ailleurs survenir d'emblée sur une plaie et qui existe également et existait surtout autrefois, sous les altitudes froides.

(1) J. Brault. *Soc. de chir.*, 29 mai 1907.

(2) La tuberculose ganglionnaire et la peste bubonique atténuée ont été considérées par divers auteurs, comme conditionnant la plupart des bubons climatériques.

(3) Pigeon et Tanton. *Arch. gén. de méd.*, fév. 1908.

(4) Nous avons bien aussi les adénopathies lépreuses que je vous montre fréquemment, mais ces dernières n'ont pas du tout l'allure des adénites que nous avons en vue et ne sauraient en rien être confondues avec elles.

Mais si les adénites dénommées bubons climatériques ne sont autre chose que des adénites subaiguës, dues à des infections banales, quelles sont ces infections?

Dans cette question des adénites subaiguës, il y a des divergences ; à mon avis, il y en aura toujours, car dans tout cela, il ne s'agit plus que de questions d'espèces, variables dans le temps et dans l'espace. D'ailleurs, il ne s'agit pas là de divergences capitales, mais de points de détail, comme nous allons l'expliquer.

Quoi qu'il en soit, il s'agit, comme nous l'avons déjà dit, d'infections atténuées dues à des microbes banaux et variés ; parfois même, les abcès intra-ganglionnaires sont absolument stériles, comme j'ai pu le constater, dans un certain nombre de cas. Dans les examens que j'ai faits autrefois, il y avait surtout du staphylocoque blanc, rarement du staphylocoque doré ou du streptocoque très atténués ; dans quelques cas on observait en quelque sorte le passage entre l'abcès encore virulent et le pus stérile, on décelait encore quelques microcoques dans les préparations, mais les cultures étaient négatives. Dans ses investigations plus récentes, Tanton a surtout relevé l'influence du bacillus putridus ou liquefaciens ; ce sont là des microbes qui ne sont pas rares, dans la flore de nos plaies, et je vous les fais constater souvent, dans ce pus blanc, épais, qu'on fait sourdre, sous forme de vermisseaux, des diverses lésions framboesiformes, syphilitiques ou autres, que nous constatons avec une certaine fréquence à la clinique. Ce sont ces microbes, qui communiquent à ces plaies cette odeur si désagréable, qu'on peut comparer, avec juste raison, à celle des choux en putréfaction.

Nous avons vu qu'il y avait des divergences au point de vue de l'étiologie et des germes incriminés ; il en existe également quelques-unes au point de vue des descriptions, et ces divergences, elles aussi, n'ont pas peu contribué à embrouiller la question des adénites à forme subaiguë.

En m'appuyant sur mes trente premières observations, il y a treize ans, dans la *Semaine médicale*, je décrivais la physionomie des diverses modalités de l'adénite subaiguë qui peut prendre plusieurs aspects, et je lui reconnaissais trois formes, un peu analogues à celles de l'ostéomyélite : 1° une forme subaiguë d'emblée ; 2° une forme prolongée ; 3° une forme retardée ; je citais d'ailleurs des observations à l'appui de chacun de ces types que j'ai eu l'occasion depuis de vous montrer à la clinique, soit chez des Européens, soit chez des indigènes, toutefois avec moins de fréquence que dans le milieu militaire.

Voici la symptomatologie résumée de ces trois formes :

1° Forme subaigue d'emblée. — Cette forme a été décrite pour la première fois par Nélaton en 1890, puis par son élève l'Hardy en 1895 ; la même année (1), nous reprenions la question dans le *Lyon médical*, et l'année suivante dans la *Semaine médicale*, tout en étudiant les autres formes (1).

(1) J. Brault. *Lyon méd.*, 26 mai 1895 ; *Semaine méd.*, 30 septembre 1896.

Dans cette variété subaiguë d'emblée, les choses se passent de la façon suivante : l'infection partie des territoires desservis par les lymphatiques de l'aine, au lieu de déterminer un adéno-phlegmon aigu, marche à petites journées, plus lentement, plus sourdement.

Au début, l'adénopathie est indolente, ou plutôt, il faut un effort, un mouvement brusque, pour appeler l'attention du malade. Au bout d'une quinzaine, d'un mois parfois, les douleurs s'accentuent ; à la surface de la tuméfaction irrégulière et diffuse, la peau commence à s'œdématier et à rougir par places. L'adénite subaiguë simple est désormais constituée ; elle va dès lors évoluer et envahir progressivement tout le groupe ganglionnaire, en semant sa route, de fistules, témoins de suppurations partielles.

Voilà le premier type, mais ce n'est pas tout, comme je viens de le dire ; il en est d'autres qui m'ont frappé dès l'abord, dès les années 1893 et 1894, au début de mon séjour en Algérie et qui sont plus atténuées encore.

2° Forme prolongée. — En effet, comme dans l'ostéomyélite à laquelle je faisais allusion, il y a un instant, il existe ce qu'on pourrait appeler la « forme prolongée » de l'adénite subaiguë. A la suite d'une adénite franche, d'un adéno-phlegmon, d'un bubon aigu, on voit, petit à petit, l'orage se calmer, mais la pléiade ganglionnaire ne rétrocède qu'en partie, pour subir, par intervalles, des poussées plus ou moins sourdes. Ces fluctuations, à peine notées par le sujet, durent six mois, un an, dix-huit mois, quelquefois plus, lorsqu'un beau jour, fréquemment, sans cause bien appréciable, un ou deux ganglions tendent à s'abcéder, un peu de douleur survient, la peau s'empâte et rougit faiblement ; le doigt explorateur s'enfonce et sent le puits caractéristique. L'adénite presque chronique qui a succédé à l'inflammation franche s'est réchauffée, elle est passée à l'état subaigu ; c'est alors que le patient, qui avait vu d'un œil assez placide, les oscillations de volume de son paquet ganglionnaire, se trouve tout à coup inquiet et vient consulter. A partir de cet instant, l'affection peut revenir, à la marche de la forme précédente, ou bien, tout en n'abdiquant pas, échelonner un peu plus ses retours à l'état subaigu, interrompus par des rémissions presque complètes.

3° Forme retardée. — A bien réfléchir, cette forme ne diffère de la précédente qu'à l'origine ; la période aiguë manque et voilà tout. Ce n'est cependant pas la forme subaiguë d'emblée, car le passage à la phase subaiguë se fait plus tardivement et la marche est également plus entrecoupée, quoique progressive.

D'ailleurs à côté de ces variétés qui évoluent d'une façon différente, il faut enregistrer aussi des formes abortives, comme cela a été constaté pour les bubons

(1) Quelques mois plus tard, Dubard, dans la *Bourgogne médicale*, relatait trois cas d'adénites un peu du même ordre, dont le pus contenait du staphylocoque.

dits climatériques, dans les divers pays, où ils ont été enregistrés (1).

Chose assez curieuse, dans nos pays, l'affection revient *plutôt, et en quelque sorte à l'état épidémique*, durant les fortes chaleurs de l'été, alors que la température constamment élevée et l'atmosphère chargée d'humidité rapprochent un peu, momentanément du moins, notre climat de celui des tropiques.

Quant à la porte d'entrée du virus qui déterminera l'adénite subaiguë, elle est éminemment variable : excoriations diverses, herpès, furoncles, exulcérations, ou ulcérations vénériennes ; il s'agit en effet d'infection banale lente et atténuée, simple, ou plus ou moins associée aux manifestations de la trilogie vénérienne [blennorragie, chancre mou, syphilis (2)].

Quelle que soit la forme clinique de l'adénite subaiguë, à moins d'avorter, elle aboutit plus ou moins vite à un substratum anatomo-pathologique toujours le même. Ces lésions correspondent assez bien au type que Chassaignac et Velpeau avaient décrit sous le nom d'« adénite intra-ganglionnaire » ; au point de vue anatomique, leur description est déjà très exacte.

A la suite des nombreuses extirpations que j'ai pratiquées, je n'ai jamais manqué de faire l'examen des pièces et voici ce que j'ai constamment trouvé.

Les ganglions atteints sont d'un rouge foncé, gros, friables, englobés dans une gangue celluleuse souvent épaissie; les lymphatiques qui s'y rendent sont durs et très fortement dilatés, parfois presque du volume d'une plume d'oie, on dirait des artères. A la coupe des ganglions, on tombe tantôt sur des points scléreux et calcifiés qui résistent au scalpel, tantôt sur des foyers hémorragiques, mais beaucoup plus souvent, sur des points ramollis, suppurés et plus ou moins conglomérés. Quelques ganglions sont entièrement suppurés ; d'autres sont simplement farcis de petits abcès, suintant le pus, ce sont les plus nombreux. Le pus est crémeux, bien lié, épais ; les poches qui le contiennent tendent à se réunir et varient de la grosseur d'une tête d'épingle, ou d'un pois, à celle d'une noisette. On y rencontre simplement les espèces pyogènes que nous avons indiquées. L'examen histologique montre de vulgaires lésions inflammatoires : épaississement de la capsule, périvascularite de ses artères et veines, infiltration des follicules par une quantité énorme de cellules migratices, infiltration embryonnaire des trabécules de la substance médullaire. Nulle part, on ne trouve de globes caséifiés, ou de corpuscules tuberculeux, on chercherait en vain la moindre cellule géante. Si les recherches de Tanton varient un peu avec les miennes, au point de vue bactériologique, il reconnaît que nous sommes absolument d'accord au point de vue histologique.

D'ailleurs les inoculations que j'ai faites, de même que celles qui ont été pratiquées plus tard ont absolument corroboré l'examen microscopique, et sont restées toujours parfaitement négatives, au point de vue de la tuberculose,

Si on envisage maintenant les choses, au point de vue de la topographie, tous les ganglions de la région peuvent être pris, mais c'est le groupe interne qui correspond à la sphère génitale, qui est le plus souvent atteint, et c'est de ce côté qu'il faut surtout pousser l'évidement, lors de l'intervention. Dans les adénites subaiguës d'emblée, quand on arrive de bonne heure, on peut ne trouver qu'une adénite limitée. Dans les formes qui durent depuis longtemps déjà, la presque totalité des chaînes verticale et transverse, se trouve envahie, à divers degrés. Les adénites doubles que je croyais très rares au début, par la suite, sont tombées un peu plus souvent sous mon observation.

D'une part, une distinction est nécessaire au point de vue clinique, entre les processus que nous venons de décrire et les véritables adénites chroniques qui aboutissent plutôt à la lipomatose, à la sclérose ou à la calcification et ne viennent à suppurer que d'une façon tout à fait exceptionnelle. Elles n'ont pas d'ailleurs cette marche cyclique, sur laquelle je tiens à insister, marche progressive qui tend à faire le tour du groupe lymphatique, tout en marquant ses étapes successives par des retours subaigus assez brusques, accompagnés de suppurations partielles, jusqu'à ce que toute la masse ganglionnaire ait fondu et se soit éliminée par petits paquets.

Il ne faut pas confondre non plus l'adénite subaiguë avec le bubon tardif, ou encore avec la forme aiguë tardive de Jouet (1). Dans les descriptions de cet auteur, on assiste en effet à un réveil brusque, tapageur, à un véritable adéno-phlegmon retardé qui s'accompagne de frissons, de fièvre intense, de douleurs vives ; en un mot de tous les symptômes d'une inflammation aiguë. La terminaison elle-même, de l'une et l'autre sorte d'adénite, marque bien la différence. Presque toutes les observations de Jouet accusent une terminaison rapide, une fois l'incision faite, ce qui n'est pas le cas pour les adénites que nous avons en vue et ne saurait d'ailleurs se comprendre avec leur marche et leur anatomie pathologique.

Aux colonies, on peut aussi être arrêté par les adénites pesteuses, ou filariennes, c'est l'examen histologique et bactériologique qui peut seul, dans les cas difficiles, amener une différenciation exacte.

Mais le véritable diagnostic différentiel délicat vise surtout la tuberculose ganglionnaire. A toutes ses phases et sous toutes ses formes, c'est avec la tuberculose que l'adénite subaiguë peut être confondue d'une façon habituelle. C'est là que réside le problème de tous les jours. En effet, c'est surtout à l'aine, que la bacillose revêt un caractère protéi-

(1) Je laisse de côté les adénites d'origine banale, à type franchement chronique (Verneuil, Ricord, 1889) ; j'en ai d'ailleurs parlé dans un article qui date de dix ans : Les infections lentes et atténuées, *Arch. gén. de méd.*, fév.-mars 1899.

(2) On sait que la tuberculose, elle aussi, peut s'associer plus ou moins aux affections vénériennes ou banales dans les adénites du pli de l'aine ; nous nous sommes expliqués sur les bubons vénériens dans le *Lyon médical*, 1894.

(1) G. Jouet. *Des lymphangites et des adénites tardives*, Th. de Paris, 1886.

forme. Sous l'influence d'infections mixtes, commandées par des associations microbiennes variées, d'une production facile, surtout dans la sphère génitale, elle devient parfois plus active, et prend le type aigu ou subaigu. Dans cette dernière forme, en quelque sorte anormale, de la tuberculose ganglionnaire, les signes locaux sont bien trompeurs, la marche est quasi identique. Il en est de même, lorsqu'il s'agit du type chronique, qui peut en imposer pour les variétés prolongée, ou retardée, soit lorsque le paquet ganglionnaire n'a pas encore éliminé son contenu, soit lorsqu'il existe des fistules. Que l'on « égrène » *grosso modo*, l'un ou l'autre « chapelet ganglionnaire », à côté des ganglions encore mobiles, ou immobilisés par la péri-adénite, on rencontre des masses ganglionnaires en voie de suppuration, ou déjà suppurées et fistuleuses.

Sans vouloir trop descendre à des subtilités de diagnostic clinique, voici en quelques mots les signes de probabilité pour l'adénite subaiguë simple ; constitution, état général normaux; absence de signature à distance de la tuberculose dans les organes les plus fréquemment atteints (plèvres, poumons, épididymes); envahissement surtout limité aux ganglions superficiels, intégrité des ganglions iliaques, en particulier du ganglion « repère » de Lejars, presque toujours pris dans la tuberculose. Ajoutons que dans la majorité des cas, la marche progressive avec ses poussées aiguës successives, doit plutôt vous faire pencher vers l'adénite simple (1).

En somme, en clinique, nous n'avons que des signes de probabilité, pas de signes de certitude, rien de pathognomonique; l'expérience qu'on acquiert à mesure ici, comme partout ailleurs, vous mène cependant à juger presque à coup sûr, dans pas mal des cas, en vous basant sur l'ensemble des signes bien pesés et bien interprétés.

Cependant, il faut l'avouer, il y a d'autres circonstances où, pour éclairer notre religion, d'une façon rigoureusement scientifique, nous devons recourir à l'étude anatomo-pathologique, à l'examen histologique, aux cultures, aux inoculations, qui peuvent seules, nous donner la certitude, que nous avons toujours recherchée, lorsque nous avons essayé d'étayer ce type clinique (2).

Ce qui assombrit un peu le pronostic de ces sortes d'adénites subaiguës, ce sont justement les hésitations, c'est le manque de diagnostic ferme, dans beaucoup de cas; ici en effet, tout en tenant compte de rétrocessions possibles, il ne faut pas trop attendre, si on ne veut pas être amené à couper la voie lymphatique, ou à la voir se fermer, du fait même du processus.

Tout d'abord, un mot de prophylaxie, avant d'aborder la thérapeutique de l'affection; à ce point de vue spécial, il ne faudra pas trop chercher la résolution des adénites, ou des bubons aigus, parce que cette façon de faire, peut mener à une guérison incomplète, qui se traduira par une des formes que nous venons de décrire, mieux vaut l'incision précoce, dès qu'il y a un « puits ».

(1) Il y a aussi les caractères du pus.

(2) Que nous maintenons, malgré tout ce que nous avons lu sur la tuberculose à marche anormale, dans les travaux suivants : thèses de Pizzini, de Briault sur la *Tuberculose occulte*; thèses de Péchaud et de Petit sur les *Adénites tuberculeuses cervicales*; mémoire de Marion et Gaudy sur les *Adénites tuberculeuses subaiguës de l'aine*; travaux, qui ne sauraient infirmer ce que nous avons observé ici.

Une fois l'affection constituée, il ne saurait subsister aucun doute : en face de ces foyers multiples et disséminés, c'est à l'extirpation qu'il faut donner la préférence. C'est à elle, que je m'adresse toujours, en pareil cas, en me servant beaucoup des doigts. Il m'est ainsi arrivé dans les cas anciens et graves, de disséquer tout le triangle de Scarpa, mais même dans ces cas, à part la saphène, on n'a pas à craindre de lésion vasculaire importante, et l'hémostase est des plus faciles.

Dans les cas simples, on obtient, le plus souvent sans drainage, une réunion immédiate totale, en huit ou dix jours pour les ablations de moyenne importance, portant seulement sur une des chaînes verticale ou transverse, ou surtout quand il s'agit du processus au début, encore limité à son point d'élection, le groupe interne de l'aine.

Lorsqu'il s'agit d'adénites volumineuses, occupant la totalité de la région inguinale, il est préférable de recourir au drainage, en raison de la lymphorragie, qui peut, à la moindre pression, faire éclater les sutures (1).

Les suites ont toujours été fort simples; les cicatrices linéaires souples ne se sont nullement montrées gênantes.

Dans mes nombreuses extirpations, souvent très larges, je n'ai jamais observé, qu'une seule fois, un pseudo-éléphantiasis limité à la verge (2); il fut d'ailleurs de la plus grande bénignité, puisqu'il ne tarda pas à disparaître; c'est dire que j'ai eu le bonheur de ne jamais observer les œdèmes éléphantiasiques signalés par Riedel.

Il ne faut d'ailleurs pas perdre de vue qu'on a signalé des œdèmes éléphantiasiques des membres inférieurs et des organes génitaux, chez des individus porteurs d'adénites plus ou moins subaiguës volumineuses et d'origine diverse (Prigler, Wirchow, Renaut, Bellamy, etc.). Il est nécessaire en outre de considérer que, par leur volume même, les masses ganglionnaires peuvent devenir compressives et gêner la circulation en retour.

De tout cela, il semble bien résulter qu'on doit opérer de bonne heure, car une fois que le mal est fait, qu'on laisse, ou qu'on extirpe, les chances d'éléphantiasis se balancent à peu près.

Telle est la conduite que je préconisais dès 1895, et dont je reste encore aujourd'hui le partisan convaincu.

J'ai terminé avec cette question des « bubons dits climatériques » qui rapproche, en quelque sorte, la pathologie des pays chauds, de la vénéréologie, par certains côtés. Elle intéresse plus particulièrement les praticiens, dans un pays comme l'Algérie, où ils sont appelés à rencontrer ces adénites subaiguës

(1) J'en ai cité autrefois un exemple typique.

(2) Soc. de dermat., 11 fév. 1897.

banales, dans lesquelles les microbes du pus chaud peuvent « marcher froidement », et vous devez retenir surtout les points suivants :

1° Il y a des « adénites subaiguës d'origine infectieuse banale de divers types » qui n'ont rien à voir avec la « tuberculose ganglionnaire » (1).

2° Les adénites comprises sous le terme générique de « bubons climatériques » ne sont, pas autre chose, que ces adénites subaiguës, beaucoup plus fréquentes dans les pays chauds, et les pays tropicaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1909)

Étude des toxicités des strophantines selon les voies d'administration. — M. Pédebidou conclut que la méthode intraveineuse qui a provoqué la mort subite à dose infime chez le lapin comme chez l'homme ne doit être, contrairement à l'opinion de quelques médecins allemands, qu'un moyen thérapeutique de rare exception. Elle peut être avantageusement remplacée par l'injection intramusculaire et surtout par la voie stomacale sous forme de granules d'extrait titré de strophantus qu'on peut, en cas urgent, en cas de diurèse rebelle, prescrire, comme le faisait Potain, à la dose massive de 12 à 18 en un jour.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 31 JUILLET 1909)

Pouvoir leuco-conservateur des humeurs. — MM. Ch. Achard et Henri Bénard ont recherché le pouvoir leuco-conservateur du sérum pathologique en comparant la résistance des leucocytes normaux, d'une part après un séjour préalable dans ce sérum, de l'autre directement sans avoir passé par ce sérum. Le rapport de ces deux valeurs de résistance, dont la dernière est prise pour unité, donne l'indice du pouvoir leuco-conservateur du sérum examiné.

Cet indice se relève au déclin des maladies aiguës. Ses variations ne sont pas toujours parallèles à celles de la résistance leucocytaire. Il en est de même dans les sérosités pathologiques.

Dans un cas d'urémie sèche, la résistance s'est élevée graduellement, sans doute parce que la concentration exagérée du plasma sanguin augmentait la concentration du suc cellulaire des leucocytes et les rendait moins fragiles à l'épreuve de la résistance en liquide hypotonique. Quant au pouvoir leuco-conservateur, il s'abaissa d'abord, probablement à cause des produits toxiques renfermés dans le sérum; puis il se releva les deux derniers jours, sans doute à cause de l'excessive concentration du sérum ($\Delta = -0°82$) qui rendait aussi plus résistants les leucocytes normaux employés pour l'épreuve.

Les variations de la chaux intestinale dans quelques maladies de l'intestin. — MM. M. Lœper et G. Béchamp ont étudié l'élimination calcique dans un certain nombre d'entérites humaines et expérimentales. Chez l'animal, ils ont constaté que la chaux des matières augmente de 4 à 9 p. 1000 à la suite d'intoxication par le sublimé et l'acide oxalique, substances qui provoquent outre des lésions muqueuses, des glaires et des muco-membranes et se comportent comme de véritables décalcifiants intestinaux. Chez l'homme, l'élimination calcique qui se maintient à l'état normal autour de 0,90 à 1 gramme, s'élève à 1,20 et 1,50 dans les irritations discrètes produites par les purgatifs, à 1,70 et 1,82 dans l'entérite aiguë et l'entérite tuberculeuse, à 2,80 et 3,9 dans l'entérocolite muco-membraneuse, à 2,80 et 3,40 dans la lithiase intestinale. Il s'agit là de spoliations calcaires véritables qui jouent certainement un rôle dans la production de quelques troubles généraux observés au cours de ces différents états.

Intra-dermo-réaction à la tuberculine chez trois cents enfants non malades. — MM. Ch. Mantoux et J. Lemaire ont pratiqué l'intra-dermo-réaction à la tuberculine chez 300 enfants non malades d'un à quinze ans en dépôt à l'hospice des Enfants-Assistés. Le nombre des réactions positives croît avec l'âge : il s'élève d'un à deux ans à 16/100, de deux à quatre ans à 51/100, de quatre à sept à 66/100, de sept à quinze à 84/100. La tuberculose latente, assez peu commune dans la première enfance, semble donc presque de règle aux approches de la puberté.

Mais les sujets observés sortaient d'un milieu misérable et très tuberculisé.

Dans un service de chirurgie, chez des enfants non cliniquement tuberculeux, la proportion des réactions positives s'est montrée moins forte : d'un à deux ans, 11/100; de deux à quatre, 12/100; de quatre à sept, 45/100; de sept à quinze, 66/100.

Ces derniers chiffres paraissent plus applicables à la clientèle habituelle des hôpitaux parisiens.

Sur un cas de méningite cérébro-spinale épidémique. — MM. V. Baur et J. Baur (de Bourges) rapportent un cas de méningite cérébro-spinale épidémique. Le précipito-diagnostic fut positif dès le début de l'affection. On ne constata de méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien que le dix-septième jour de la maladie. Sérothérapie ; guérison.

Etude anatomique du trajet des fibres de la racine sympathique du ganglion ciliaire dans un cas de paralysie radiculaire. — M. André Thomas. La terminaison de ces fibres se fait dans le ganglion lui-même, dans la partie qui avoisine le pôle postérieur et le point d'arrivée de la racine motrice.

Etude expérimentale de la cure de Vichy. — M. A. Therre (de Vichy) étudie comparativement l'effet des différentes sources sur l'état du sang et la tension artérielle de la chèvre en état de lactation physiologique. Non seulement la cure habituelle de Vichy ne peut être accusée d'entraîner l'anémie, mais la source Mesdames produit une hyperglobulie importante. Dans presque tous les cas on constate une légère leucocytose qui persiste encore deux mois après le début du traitement.

La cure de l'Hôpital (voie digestive et hypodermique) ne détermine aucune modification sensible de la tension artérielle. La cure de Mesdames occasionne une hypertension notable, mais transitoire; la cure de la Grande-Grille, une hypertension beaucoup plus importante, persistant encore quarante-deux jours après la cessation du traitement hydrominéral.

— Communication faite à la Réunion biologique de Bordeaux :

Kystes à sarcosporidies adjacents à une tumeur fibro-sarcomateuse. — MM. J. Sabrazès et L. Muratet décrivent un cas de fibro-sarcome des muscles et des aponévroses de la poitrine, avec localisation aux membres, sous forme engai-

(1) Les ganglions du pli de l'aine, et notamment le groupe interne, constituent de beaucoup le siège de prédilection de l'affection, mais elle peut et nous l'avons vue se produire, sur d'autres groupes ganglionnaires, *Arch. gén. de méd.*, mars 1899.

nante pour le squelette, chez un cheval âgé de quatre ans. Ils donnent un aperçu des lésions qui seront plus longuement décrites dans un travail fait en commun avec M. le vétérinaire-major Marchal et insistent sur les saillies périostiques en stalactites des os engainés. Ils montrent, au voisinage immédiat de la tumeur, dans ses localisations musculaires, des kystes à sarcosporidies et rapprochent ce fait des tumeurs développées au contact d'autres parasites (helminthes, acariens) dont M. Borrel a publié de nombreuses observations. Ces parasites agiraient au même titre que les autres irritants chroniques susceptibles d'imprimer aux cellules une incitation néoplasique.

— La prochaine séance aura lieu le 23 octobre.

ANALYSES

MÉDECINE

Anorexie nerveuse. (Comby. *Arch. de méd. des enf.*, t. XI, n° 8, août 1908, p. 562.) — L'anorexie nerveuse a été bien décrite par Lasègue, mais sous le nom d'anorexie hystérique qui ne correspond pas à la plupart des faits cliniques. Les termes d'anorexie nerveuse ou d'anorexie mentale, ce dernier proposé par Jolliet (Congrès de Bordeaux 1893) et adopté par Ballet (*Médecine mod.*, 1907) doivent être préférés. Cette singulière névrose gastrique n'est pas exceptionnelle; en 1906, Nobécourt et Merklen en relataient une intéressante observation à la Société de pédiatrie. M. Comby en rappelle les symptômes, à propos de quatre cas examinés par lui récemment.

Les malades sont toujours des fillettes vers l'époque de la puberté. L'anorexie survient à l'occasion de dyspepsie ou d'entérite, parfois à la suite d'une secousse nerveuse; souvent c'est le désir de ne pas engraisser ou de maigrir qui conduit les jeunes filles à l'anorexie. Le sentiment de la faim disparaît peu à peu, et cependant l'ingestion des quelques aliments que prennent ces malades ne cause ni souffrance ni même réel dégoût; il n'existe pas de douleur spontanée ni provoquée au creux épigastrique. L'amaigrissement devient excessif et la malade ne s'en inquiète pas; la peau est sèche, les extrémités refroidies et parfois un peu cyanosées. L'aménorrhée est presque constante. A ces symptômes cardinaux, perte d'appétit et amaigrissement, s'ajoutent des symptômes moins constants et plus variables : insomnie, changement de caractère, agitation, torpeur intellectuelle. On ne constate presque jamais de symptômes neurasthéniques ou hystériques; cependant il peut y avoir association d'anorexie et d'hystérie; dans ce cas, on observe en général de l'hyperesthésie stomacale et des vomissements. Il faut noter toutefois que cette anorexie ne survient que chez des malades ayant quelque tare névropathique.

M. Comby admet avec M. Ballet que cette perversion psychique de l'appétit provient d'un trouble de l'anesthésie, de cette faculté que nous possédons de percevoir l'état de nos organes internes et nos besoins, tels que la faim et la soif. Les anorexiques nerveuses ont un trouble de ce sens, c'est une anorexie dyscénesthésique.

Le pronostic de l'anorexie nerveuse est assez rare, car la cachexie progressive peut se compliquer de tuberculose. Mais avec un traitement bien conduit, la guérison doit être rapide. La base de ce traitement est l'isolement; la malade isolée, mise au repos au lit et persuadée par le médecin, recommence peu à peu à s'alimenter. L. BABONNEIX.

La sialorrhée dans la paralysie agitante. (Gramegna. *Riwista di patol. nerv. e mentale*, 1908, p. 160-164.) — Dans cette maladie, peut exister une véritable diathèse hypersécrétoire, dont l'hyperhydrose est le signe le plus commun, mais qui peut être accompagnée de sialorrhée, épiphora, polyurie, hypersécrétion gastro-intestinale et nasale, et on peut y entrevoir un accroissement de sécrétion des glandes à sécrétion interne. Cette diathèse est l'expression d'une hyperactivité glandulaire par excitation des centres nerveux respectifs. Etant donnée l'incertitude actuelle sur la pathogénie de la maladie, l'auteur n'ose se prononcer sur le point de savoir s'il s'agit, comme le veut Oppenheim, d'une lésion anatomique des centres bulbaires ou d'une simple perturbation fonctionnelle. L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Calcul biliaire pesant 80 grammes extrait du canal cholédoque. (Willard Bartlett. *Ann. of Surg.*, vol. XLVIII, 1908, n° 5, p. 676-677.) — Ce n'est pas seulement le poids, un record, ni les dimensions (10 centimètres de long sur 4 de large) du calcul qui rendent le cas intéressant; c'est encore, le fait très rare, que le calcul pouvait être palpé, *in situ*, à travers la paroi abdominale; c'est aussi le fait que la loi de Courvoisier se trouvait en défaut, la vésicule biliaire, dilatée, étant pleine de bile infecte et contenant des milliers de petits calculs avec du sable biliaire en abondance.

Le canal cholédoque se présenta à l'opération tellement dilaté et épaissi qu'on le prit d'abord pour quelque autre organe. Quand le calcul en eut été extrait, il y resta une cavité assez grande pour y admettre le poing, et développée asymétriquement, à la façon d'un diverticule, sur le côté droit du canal. On capitonna la cavité et on draina le cholédoque. Suppuration abondante de la plaie abdominale, mais guérison complète avec énorme augmentation de poids. Le calcul était formé en majeure partie de cholestérine, et contenait aussi beaucoup de bilirubine. F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude clinique du salicylarsinate de mercure (énésol). (M. Gilles Trégoat. Th. de Paris, 1909.) — Excellente étude clinique où nous trouvons des indications précieuses sur l'emploi de ce composé arsenical de mercure. L'auteur signale tout d'abord les ressources que l'on peut en tirer chez les malades longtemps traités au mercure et qui, habitués au médicament, n'en éprouvent plus aucun effet. Dans ce cas, la substitution de l'énésol aux préparations simplement mercurielles a permis d'obtenir une régression des lésions que le mercure ne donnait plus.

Comme autres indications, l'auteur signale la syphilis chez les débilités, les tuberculeux, les nerveux (avec quelques auteurs M. Trégoat attribue à l'énésol une action élective sur les syphilis du système nerveux); dans les localisations cutanées, l'arsenic entrant dans la composition de l'énésol ajoute son activité propre à celle du mercure; enfin, chez les syphilitiques en état de misère physiologique et chez les vieillards, l'énésol a sur les autres sels mercuriels des avantages indéniables.

L'auteur signale encore les indications spéciales que tire ce produit du fait de l'indolence des injections, ce qui le rend plus recommandable chez les malades timorés; et du fait de son absence de toxicité ce qui en fait le meilleur sel mercuriel chez les enfants.

Comme contre-indications, l'auteur n'en remarque aucune autre que celles de la médication mercurielle. Il se demande simplement si, en présence d'une syphilis maligne et qui nécessite une intervention immédiatement efficace, il n'y aurait pas intérêt à s'adresser provisoirement et malgré leurs inconvénients au calomel ou à d'autres sels dont l'action serait plus rapide. Il est à remarquer cependant que l'auteur n'a pas employé l'énésol à des doses supérieures à 6 centigrammes et s'est privé certainement à ce point de vue d'une des qualités de l'énésol qui permet, par sa faible toxicité, d'administrer de hautes doses de mercure (aux doses de 12 centigrammes) dans les cas d'urgence.

Le travail de M. Trégoat se termine par l'exposé des observations personnelles qui l'ont conduit aux opinions ci-dessus résumées.

L. GAYARD.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 11, 13 mars 1909.) AUBERTIN et LHERMITTE : Paralysie alcoolique expérimentale par poliomyélite antérieure. — (N° 12, 20 mars.) SCHLECHT et WIENS : Sur les rapports entre la fonction pancréatique et la teneur en antitrypsine du sérum sanguin. — (N° 13, 27 mars.) TAUNENBAUM : Un anti-diarrhéique certain.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 13, 30 mars 1909.) JOACHIMSTHAL : Sur la formation de la coxa vara après la guérison de la luxation congénitale de la hanche. — LEWIN : Sur l'intoxication par le bismuth et sur un succédané non toxique du bismuth pour la pratique radiologique. — PAROWAZEKET et BAUREPAIRE ARAGAD : Nouvelles recherches sur les chlamidozoaires. — HEINECKE : Sur les douleurs du genou dans les affections de la hanche. — WEYERT : Traumatisme cranien et blessure du cerveau. — TOLLEUS : Sur la recherche de l'acide glycuronique par la réaction de Tolleus avec la naphto-résorcine et l'acide chlorhydrique. — VERSÉ : Sur la dilatation chronique du gros intestin à un âge avancé. — TIEFENTHAL : Sur l'anesthésie du tympan et de la caisse du tympan. — ASSMANN : Sur une nouvelle coloration de contraste pour la mise en lumière de bacilles tuberculeux intra-cellulaires dans l'expectoration. — KRAUS : Sur la technique du traitement par la lumière solaire dans la tuberculose du larynx. — PISCHINGER : La représentation graphique de l'examen du poumon. — KŒHLER : Contribution à l'onychogryphose symétrique congénitale et héréditaire. — FOCKE : Comment les feuilles de digitale peuvent-elles être introduites dans le Codex avec une valeur restant toujours la même ? — AXHAUSEN : Un instrument pour la pose rapide de ligatures de sûreté en masse. — (N° 14, 6 avril.) DORN : Sur l'irradiation profonde avec les rayons Röntgen. — PÜREKHAUSER : Comment agit le traitement spécifique sur la réaction de Wassermann-Brücke-Neisser. — GRÄFENBERG : Sur la teneur en antitrypsine du sérum maternel pendant la grossesse. — SCHRUMPF et ZABEL : Sur la mesure auscultatoire de la pression sanguine. — DREESMANN : Diagnostic et traitement de la pancréatite. — HILDEBRANDT : Sur l'origine et la signification de l'urobiline. — PICK : Comment peut-on présenter une lumière scientifiquement fixe et comment peut-on l'utiliser dans un but médical ? — HOLZMANN : Scarlatine et réaction de Wassermann. — LICHTENBERG : Contribution casuistique à l'étiologie des complications pulmonaires post-opératoires. — RUETE : Un cas d'affection des nerfs optiques après des injections d'arsacéline. — VÖRNER : Lésions syphilitiques couvertes. — (N° 15, 13 avril.) ROLLY : Sur les actions nuisibles et utiles de la température fébrile dans les maladies infectieuses. — LIEBERMEISTER : La fréquence de la méningite dans la pneumonie. — SCHMIDT : Drainage avec aspiration pour le traitement des empyèmes pleuraux tuberculeux. — AIZNER : Sur le traitement de la myosite ossifiante traumatique par la fibrolysine. — TAEGE : Le fer comme succédané du bismuth pour la radiologie. — CRAMER : Ovaire et ostéomalacie. — RIMANN : Sur les blessures du cœur par coup de feu. — FRANCK : Mort par apoplexie tardive reconnue comme consécutive à un accident et entraînant une indemnité. — FRIEDMANN : Traitement combiné par l'arsenic et la tuberculine. — WITTEK : Instruments nouveaux pour l'anesthésie lombaire. — HILDEBRANDT : Sur l'origine et la signification de l'urobiline. — (N° 16, 20 avril.) ZANGEMEISTER et GANS : L'influence de l'infection streptococcique sur la formule leucocytaire chez le singe avec remarques sur la méthode de recherches. — HARTMANN : Sur la question du temps de la coagulation du sang. — ISELIN : Les succès du traitement par l'air chaud des inflammations aiguës suppurées de la main. — MILLER : Sur la présence de douleurs au moment des changements de temps. — AENSTOOTS : L'opération radicale de l'empyème chronique du sinus maxillaire. — PORT : Aphasie motrice corticale après la pneumonie. — GRASMANN : Sur la suture des troncs vasculaires dans les plaies par piqûre des extrémités. — REINHARDT : Sur le plus vieux squelette humain récemment découvert. — ARNOLD : Un porte-nitrate aseptique.

Semaine médicale. — (N° 18, 5 mai 1909.) LHERMITTE et GUCCIONE : Nouvelle méthode de coloration pour l'étude de la névroglie (cellules et fibrilles). — (N° 19, 12 mai.) VAQUEZ et BORDET : De la valeur comparée de l'orthodiagraphie et de la percussion du cœur dans le rétrécissement mitral pur. — (N° 20, 19 mai.) ROCH et DE SÉNARCLENS : De l'iléus névropathique avec vomissements de matières fécales. — (N° 21, 26 mai) SARGNON et R. BARLATIER : De la laryngostomie et des divers modes de dilatation externe du larynx. — LEJARS : L'épreuve de l'hyperémie comparée pour servir à la détermination du lien d'amputation dans les gangrènes spontanées du pied. — (N° 22, 2 juin.) L. BARD : Les insuffisances aortiques sans souffle.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 14, 8 avril 1909.) LATZKO : La césarienne extrapéritonéale. — STRAUER : Le traitement physico-diététique de l'artério-sclérose. — MACIESZA : Quelle importance peut être donnée au tractus intestinal dans la pathogénie de l'anthracose des organes thoraciques et abdominaux. — HERZ : Sur la leucémie aiguë. — (N° 15, 15 avril.) ESCHERISCH : Voies d'infection de la tuberculose en particulier chez le nourrisson. — FUA et KOCH : Sur la question de la réaction de Wassermann dans la scarlatine. — HECHT, LATEINER et WILENKO : Sur la réaction de fixation du complément dans la scarlatine. — HOFSTÄTTER : Sur un cas de hernie ombilicale compliquée de grossesse tubaire. — BOUDI : Sur la présence du bacille paratyphique A dans un cas d'entérite chronique. — STRASSER : Le traitement physico-diététique de l'artério-sclérose.

NOTES POUR L'INTERNAT

ASCITE

I. SYMPTOMES. — 1° **Mode de début**. — L'ascite, épanchement liquide intra-péritonéal, a ordinairement un début *progressif*, mais il peut être *brusque* ou *rapide*.

2° **Période d'état**. — *a*. SIGNES PHYSIQUES. — L'ascite constituée montre, à l'*inspection*, les signes suivants : la déformation de l'abdomen, qui est étalé sur les côtés si le malade est couché sur le dos (*ventre de batracien*); l'aspect de la peau, plus ou moins lisse et tendue, parfois œdémateuse; l'existence d'une circulation collatérale, formée de petites veinosités très nombreuses développées surtout à la partie supérieure (*tête de Méduse*) et de gros troncs veineux allant vers la base du thorax; le déplissement de la cicatrice ombilicale ; l'hydrocèle réductible, par persistance du canal vagino-péritonéal.

A la *palpation* et à la *percussion* on trouve : la rénitence, le signe de la fluctuation, provoqué par un choc sur un côté de l'abdomen et perçu de l'autre par la main appliquée à plat; la matité des parties déclives : partie inférieure de l'abdomen et flancs, matité qui se déplace si l'on fait coucher alternativement le malade à droite ou à gauche, tandis que les parties supérieures restent sonores. Bien entendu, il s'agit là des ascites *libres, mobiles*; dans les ascites *cloisonnées* ou *fixes*, ces caractères typiques font défaut. Le *toucher vaginal* peut déceler la présence de liquide dans les culs-de-sac péritonéaux.

b. Signes fonctionnels. — En dehors des symptômes relevant de la maladie causale, ceux qui sont dus à l'ascite sont des signes de compression : *vomissements, dyspnée, dysurie, œdème* des membres inférieurs.

3° **Evolution.** — Certaines ascites se produisent lentement, mais se reproduisent invariablement après la ponction; d'autres sont susceptibles de guérison. Les symptômes généraux (fièvre, amaigrissement, etc.) dépendent de la cause de l'ascite.

II. Diagnostic différentiel. — 1° Avec le tympanisme, la percussion permet de le reconnaître immédiatement.

2° Avec les collections liquides, la vessie distendue s'accompagne de douleurs spéciales, l'évacuation par la sonde ramène une sonorité normale; les *kystes de l'ovaire*, lorsqu'ils sont peu volumineux, offrent les signes des tumeurs abdominales; très volumineux, ils présentent une matité fixe, une tension beaucoup plus grande, l'abdomen est beaucoup plus saillant en avant.

3° Avec les tumeurs solides ou kystiques, kystes hydatiques du foie, de l'épiploon, donnent une matité limitée, correspondant à la perception d'une masse arrondie à la palpation.

4° La péritonite tuberculeuse à forme caséeuse ou fibro-caséeuse; la palpation permet de percevoir les gâteaux péritonéaux, et la percussion décèle une distribution irrégulière des zones mates et sonores. Mais la tuberculose peut déterminer une ascite libre (ascite idiopathique, ascite curable des jeunes filles, etc.) que nous allons retrouver au diagnostic étiologique.

III. Pathogénie. — On peut ramener à *trois* mécanismes principaux les différentes causes capables de produire l'ascite :

1° Ascites par **trouble général** : ici interviennent les processus complexes, particulièrement étudiés actuellement, qui entraînent la rétention des liquides dans les tissus, dans les séreuses, au cours des néphrites chroniques, des cachexies.

2° Ascites par **trouble circulatoire**, portal ou porto-cave. Toutes les lésions qui peuvent déterminer la compression du système porte, soit en dehors du foie (tumeurs, adénopathies, kystes, pyléphlébites), soit dans le foie (cirrhoses, syphilis, etc.), rentrent dans ce groupe, ainsi que les cardiopathies, agissant par la stase dans le système cave ou porto-cave.

3° Ascites par **trouble local**, c'est-à-dire par inflammation primitive ou secondaire de la séreuse péritonéale. Ici se placeront les péritonites chroniques (alcooliques et tuberculeuses, si souvent associées), les ascites au cours des tumeurs abdominales, des périviscérites (périhépatites, périsplénites). Bien souvent d'ailleurs, la production de l'ascite est complexe et relève de plusieurs causes à la fois.

IV. Diagnostic étiologique. — Le diagnostic étiologique est fondé : 1° sur les données fournies par les antécédents, le mode de début, l'évolution de la maladie; 2° sur les symptômes associés et l'examen des divers appareils (œdème, état du cœur, du foie, de la rate, des reins...) ; 3° sur l'examen du liquide obtenu par la ponction. A cet égard on peut distinguer :

a. Les ascites **simples**, dans lesquelles le liquide est clair, alcalin, contenant de la sérine, des sels de soude, des éléments figurés (leucocytes, globules rouges, cellules endothéliales).

b. Les ascites **spéciales** : ascite *chyliforme*. Le liquide est opaque, blanc jaunâtre, formant au repos un dépôt ; de densité de 1005 à 1035. Sa nature est discutée : pour les uns, c'est un épanchement très riche en leucocytes qui ont subi la transformation graisseuse; pour d'autres, c'est une réaction inflammatoire pouvant se produire d'emblée (analogie avec les pleurésies chyliformes tuberculeuses, Letulle). Ascite *gélatineuse*, qui s'observe au cours de certaines tumeurs ovariennes; ascite *hémorragique*, dans le cancer péritonéal (primitif ou secondaire); ascite *bilieuse*, le liquide contient des pigments biliaires ; ascite *sucrée* (dans le diabète).

L'examen *cytologique* du liquide décèle la présence de leucocytes des différents types, de globules rouges, de cellules endothéliales, épithéliales (cancéreuses).

L'*inoculation* permet de mesurer sa toxicité et de rechercher sa nature tuberculeuse.

Pratiquement, on distinguera deux types principaux de liquide ascitique : un type *inflammatoire* (leucocytes abondants, fibrine), un type *exsudatif* (peu de leucocytes, mais cellules endothéliales).

Le diagnostic clinique de la cause de l'ascite se présente dans des conditions différentes suivant l'âge du sujet.

1° Chez un sujet jeune, il faut avant tout penser à la tuberculose qui peut revêtir l'allure d'une cardiopathie (cirrhose cardio-tuberculeuse) avec signes de péricardite chronique et gros foie, ou bien, plus souvent, se développe lentement, insidieusement, sans autre signe apparent que la présence du liquide. C'est l'ascite spontanée des adolescents, que l'on rapportera à la tuberculose, en l'absence de toute autre cause (traumatisme, cirrhose alcoolique, syphilis) et qui a une évolution souvent favorable.

Signalons ici l'ascite *congénitale* qui s'observe chez les nouveau-nés hérédo-syphilitiques et s'accompagne d'hypertrophie hépato-splénique.

2° Chez un sujet adulte, on sera le plus souvent en présence de l'une des causes suivantes :

a. *Cardiopathie*, qu'il s'agisse d'une affection orificielle arrivée à la phase asystolique, avec œdème du tissu cellulaire, hydrothorax accompagnant l'ascite, ou d'une cardiopathie secondaire à une affection chronique des poumons, du foie, des reins (asystolies secondaires).

b. *Cirrhose atrophique* de Laënnec, cirrhose alcoolique. Ici on retrouvera les petits signes de la précirrhose (troubles digestifs, stigmates d'éthylisme), puis le développement progressif de l'ascite qui devient considérable, l'atrophie marquée du foie, l'augmentation de la rate, la circulation complémentaire. L'ascite évacuée se reproduit rapidement. La cirrhose atrophique peut survenir au cours du diabète ou encore constituer cette forme spéciale de splénomégalie décrite sous le nom de maladie de Bauti.

c. La *tuberculose*, soit qu'il s'agisse d'une forme ascitique pure ou d'une forme avec réaction fibreuse.

d. La péritonite *cancéreuse*, caractérisée essentiellement par l'aspect hémorragique du liquide.

A chacune des causes précédentes correspond une *thérapeutique* variable, d'abstention dans la péritonite cancéreuse, d'expectation et parfois d'intervention dans la péritonite tuberculeuse, où la laparotomie compte des rémissions durables; la ponction, dans tous les cas, repose sur les indications suivantes : distension de l'abdomen, gêne circulatoire et surtout gêne respiratoire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 89. — SAMEDI 7 AOUT 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 7 AOUT 1909. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1909-1910) et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 1er mai 1910 aura lieu le lundi 20 décembre 1909, à midi précis, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du mardi 2 novembre au mardi 30 novembre inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Reims. — *Concours pour une place de médecin suppléant à l'hôpital civil.* — Une place de médecin suppléant à l'hôpital civil de Reims est mise en concours. Les épreuves commenceront le jeudi 21 octobre 1909, à huit heures et demie du matin.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices, avant le vendredi 1er octobre 1909.

Ier CONGRÈS FRANÇAIS DU FROID. — Le Ier Congrès français du froid sera tenu à Lyon du 1er au 3 octobre prochain.

Le secrétariat général du Congrès se trouve : à Paris, 10, rue Denis-Poisson (17e); à Lyon, cabinet du maire de Lyon (Hôtel de Ville).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trentième semaine, 750 décès, au lieu de 807 pendant la semaine précédente et de 843, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès.

La rougeole a causé 18 décès, au lieu de 23 pendant la semaine précédente (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 341, au lieu de 408 précédemment (moyenne 233).

La scarlatine a causé 3 décès (chiffre identique à la moyenne et à celui de la semaine précédente). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 131; il s'élevait à 179 pendant la semaine précédente (moyenne 177).

La diphtérie a causé 2 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 3).

La diarrhée infantile a causé 43 décès de 0 à 1 an, au lieu de 29 pendant la semaine précédente (moyenne 60).

En outre, 16 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 78 décès, au lieu de 106 pendant la semaine précédente (moyenne 92).

La phtisie pulmonaire a causé 162 décès (moyenne 182).

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA TUBERCULOSE DU REIN

Par MM. Léon IMBERT,
Professeur de clinique chirurgicale,
et Paul MASINI,
Chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Marseille.

I

Définition. — Avec Brongersma, nous entendons par tuberculose rénale « l'ensemble des lésions pathologiques que l'introduction et la colonisation du bacille de Koch peuvent produire dans le rein ».

Ces lésions peuvent être divisées en « néphrites bacillaires » et en « infections bacillaires transitoires », étudiées par Jousset et qui sont du domaine exclusif de la médecine interne. La granulie rénale consécutive à une lésion tuberculeuse du poumon, en poussée aiguë, appartient également à la pathologie interne. Toutes les autres tuberculoses du rein appartiennent à la chirurgie, mais le cas type du rein chirurgical, c'est-à-dire relevant de la néphrectomie précoce, c'est le cas d'un seul rein tuberculeux, primitivement, ou du moins sans lésions viscérales appréciables.

II

Historique. — Morgagni, Bayle et Baillie furent les premiers à signaler la présence dans le rein de tubercules caséifiés et ulcérés. Rayer et Cruveilhier en donnèrent une description remarquable.

La merveilleuse découverte de la cystoscopie et du cathétérisme urétéral apporta un jour tout nouveau dans l'étude de la tuberculose rénale et fit éclore un grand nombre de précieux travaux à ce sujet.

Au XIII[e] Congrès international de médecine (Paris 1900) Saxtorph, Hogge, Pousson firent des rapports intéressants sur la tuberculose rénale; mais les nombreux urologistes qui prirent part à la discussion ne purent se mettre d'accord ni sur le traitement ni sur la pathogénie de la tuberculose rénale.

En 1908, Michon préconise dans son rapport la néphrectomie primitive dans la tuberculose rénale. Pousson, Albarran, Escat, Carlier, Pasteau, Paul Delbet, Le Für, Heresco, Desnos, Cathelin apportent des cas personnels et s'en déclarent nettement partisans.

Au I[er] Congrès international d'Urologie, la question de la néphrectomie précoce dans la tuberculose est mise à l'ordre du jour; les rapports de Ceccherelli, de Heresco, de Guisy, de Brongersma, concluent à la néphrectomie précoce comme seul traitement de la tuberculose rénale unilatérale.

A l'heure actuelle, après les nombreux travaux et les statistiques concluantes qui ont été publiés sur la tuberculose rénale, c'est la formule d'Albarran qui a fini par triompher et par dominer toute la thérapeutique de la tuberculose rénale : « diagnostic précoce », « néphrectomie précoce ».

III

Pathogénie. — Par quelle voie le virus tuberculeux atteint-il le rein?

(1) Reproduction interdite.

Durand-Fardel, Baumgartner, Albarran ont démontré expérimentalement l'envahissement du rein par la *voie sanguine* ou *hématogène* ou *descendante*. Dans une explosion de granulie, les bacilles arrivent par l'artère rénale, afférente du glomérule, dans les glomérules, pour constituer la granulation grise. La voie descendante est aussi indéniable pour la forme ulcéro-caverneuse et la forme nodulaire chronique. La forme nodulaire et la forme ulcéro-caverneuse sont souvent unilatérales à l'encontre de ce qui se passe dans la granulie où les lésions sont toujours bilatérales. A quoi tient cette unilatéralité? Est-ce un rein héréditairement prédisposé à l'infection, le traumatisme est-il en cause, est-ce un rein mobile, une lithiase rénale, une difformité congénitale du rein atteint, une maladie concomitante de ce même rein? On ne trouve jusqu'à ce jour aucune explication. Toujours est-il que cette localisation est d'abord unilatérale, pour ces deux formes de tuberculose rénale, et que ce n'est que consécutivement que le rein adelphe est atteint.

Par la *voie ascendante* (Cruveilhier, Guyon) ou urétérale, les bacilles venus de la vessie ou de l'uretère, envahissent le rein dans sa substance médullaire au niveau de la pointe des pyramides. Albarran a réalisé expérimentalement cette tuberculose par la voie urétérale. Cette voie est de l'avis de la plupart des auteurs, bien moins fréquente que la première, surtout chez l'homme.

Tendeloo a prouvé expérimentalement que l'infection du rein peut se faire par la *voie lymphatique*.

C'est entre vingt-cinq et trente-cinq ans que la tuberculose rénale est la plus fréquente. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

La plupart des auteurs constatent que le rein droit est le plus souvent atteint.

IV

Anatomie pathologique. — Les lésions peuvent revêtir diverses modalités :

Néphrite tuberculeuse. — Lésions ordinaires de la néphrite chronique parenchymateuse sans tendance à former des fongosités. Les bacilles de Koch et les cellules géantes y sont aussi difficilement trouvés. On ne saurait dire la part qui revient au bacille, à ses sécrétions ou aux infections secondaires. C'est la forme médicale, par excellence, de la tuberculose rénale; la lésion est souvent double.

Forme miliaire. — C'est la forme habituellement observée au cours de la granulie, mais pouvant exister indépendamment (Albarran); elle est double. On constate dans la région corticale du rein des petites granulations jaune grisâtre. Ces granulations peuvent aussi s'observer dans l'épaisseur de la capsule. Cette forme est surtout une forme de passage : les granulations finissent par s'organiser et par former des amas tuberculeux. Cette forme, médicale aussi, intéresse rarement le chirurgien.

Forme nodulaire chronique. — Le rein est ici généralement augmenté de volume. Le nodule est constitué par l'agglomération de plusieurs granulations miliaires. La surface du rein est souvent bosselée, surtout si les nodules qui peuvent varier du volume d'un petit pois à celui d'une noix sont situés dans la zone corticale. Lorsque les nodules sont à la périphérie, on peut constater à travers la capsule une zone translucide grisâtre.

A la coupe : le nodule est constitué par un dépôt tuberculeux grisâtre et ferme, ou bien par une masse caséeuse englobée par du tissu scléreux (chair de marron d'Inde, de châtaigne cuite).

Forme ulcéro-caverneuse. — La tuberculose rénale étant une affection chronique, toutes les lésions tuberculeuses du rein, sauf la granulie, aboutissent comme pour le poumon à la formation de cavernes. Le rein est rempli de loges à contenu caséeux, purulentes, où se voient des concrétions phosphatiques (calculs secondaires ou d'organes de Guyon, par opposition aux calculs organiques, uriques, primitifs).

Ces cavernes peuvent siéger sous la capsule et donner au rein la forme polykystique. Elles peuvent s'ouvrir dans la loge celluleuse du rein et donner naissance à un phlegmon périnéphrétique. Fréquemment leur ouverture se fait dans les calices et le bassinet (vomiques rénales de Dieulafoy).

Borach et Rosenstein décrivent une quatrième forme, « l'ulcération tuberculeuse du sommet des papilles »; mais on peut la ranger dans la forme ulcéro-caverneuse, car si elle diffuse dans la papille, elle l'altère rapidement et s'étend à la muqueuse du bassinet.

Mais l'infiltration tuberculeuse du rein aboutit souvent, par la rétention du pus sécrété, à la :

Pyonéphrose. — C'est la forme la plus fréquente, dans le cas d'infection ascendante. Mais la tuberculose corticale primaire, une fois que les processus d'ulcération se font jour et que la tuberculose s'ouvre dans un calice ou le bassinet, peut aussi donner lieu à la pyonéphrose. L'envahissement de l'uretère occasionne une rétention rénale; les cavernes, les calices et le bassinet finissent par ne former qu'une vaste caverne remplie de liquide séro-purulent, où se feront jour plus tard des infections secondaires (staphylo et colibacille) avec frisson et phénomènes généraux graves.

Tuberculose massive. — C'est une forme rare. Ici l'infection tuberculeuse reste seule; l'infection secondaire n'apparaît pas. Les cavernes gardent leur individualité ou du moins, si elles communiquent ensemble, voire même avec le bassinet, l'uretère supérieur est absolument imperméable et la tuberculose rénale reste fermée. Le rein subit alors une dégénérescence caséeuse totale, entourée d'une coque fibreuse épaisse. A la coupe cette substance ressemble à du mastic de vitrier.

Hydronéphrose tuberculeuse. — Forme excessivement rare. Albarran avoue n'en avoir jamais vu. Le rein acquiert un volume énorme; dans cette poche on constate un liquide plus ou moins purulent, sans bacilles de Koch, mais l'inoculation au cobaye et le séro-diagnostic d'Arloing sont positifs. L'uretère supérieur est toujours bouché dans cette forme. Le pus est aseptique. C'est en somme une évolution semblable à celle de la forme pyonéphrose, mais sans infection secondaire.

Lésions associées. — *Calculs secondaires*, de phosphate et de carbonate de chaux.

Périnéphrite. — Scléreuse, lipomateuse ou suppurée, d'où la difficulté de la néphrectomie extra-capsulaire (opération de choix pourtant).

Périnéphrite scléreuse. — Constitue autour du rein une masse volumineuse de tissu scléreux qui se fusionne avec la capsule du rein, qui souvent adhère fortement avec la veine cave et l'aorte et qui constitue un des grands dangers de la néphrectomie extra-capsulaire.

Périnéphrite lipomateuse. — Tissu adipeux volumineux; source d'intarissable suppuration après l'opération.

Périnéphrite suppurée ou abcès périnéphrétiques. — Causée par l'ouverture des cavernes dans l'espace périrénal, ou bien par lymphangite, ou par voie sanguine. Notons en passant que si la plupart des abcès périnéphrétiques reconnaissent cette origine, un certain nombre reconnaissent le tube intestinal et surtout le côlon comme point de départ.

Lésions du bassinet. — Les calices et le bassinet sont en général dilatés, pouvant même former de véritables poches de pus ou de liquide d'hydronéphrose; leur muqueuse est ulcérée et granuleuse.

Lésions de l'uretère. — Les lésions sont ici très importantes.

En général dilaté à parois épaissies, ulcérées; lésions de péri-urétérite scléro-lipomateuse, fixant l'uretère à la gaine du psoas et au péritoine postérieur. L'uretère constitue alors un cordon dur, épais, du volume du pouce parfois. La lumière peut être complètement oblitérée ou bien élargie. En général, c'est l'uretère supérieur, mais parfois tout l'uretère qui est atteint.

Etat du rein opposé. — Nous avons vu que la tuberculose rénale est, dans la grande majorité des cas, unilatérale à son début. Mais à la longue, le rein congénère peut s'infecter et présenter soit des lésions nettement tuberculeuses, soit simplement inflammatoires. Pour Albarran et Cathelin, cette infection se ferait par la voie sanguine en suivant le canal veineux réno-capsulo-diaphragmatique; pour Bronghersma et Tendeloo, elle se ferait à travers les lymphatiques qui relient les deux reins. Ces lésions inflammatoires constituent la néphrite des tuberculeux; elles sont surtout produites par les toxines (néphrotoxines) que sécrète le rein malade et qui ont une action élective sur les épithéliums de même nature (travaux de Castaigne et Rathery, d'Albarran et Bernard, de Pousson, de J. Teissier). Cette néphrite des tuberculeux se traduit surtout par une légère albuminurie due à l'élimination des toxines tuberculeuses ; elle n'indique nullement une localisation secondaire tuberculeuse. Néanmoins, à défaut de diagnostic précoce et de néphrectomie précoce, le rein adelphe peut finir par se phymatiser; alors il n'éliminera plus ou bien il le fera incomplètement, il produira de la pyurie ; c'est alors que la néphrectomie primitive sera contre-indiquée et que les indications de la néphrotomie se présenteront d'elles-mêmes.

V

Symptômes. — La tuberculose rénale évolue habituellement d'une façon lente et insidieuse, aussi elle passe souvent inaperçue et ne se révèle qu'à un stade assez avancé. Il nous arrive à tous de soigner pour diverses affections des malades ne se plaignant nullement de troubles urinaires ni de douleurs lombaires, et de les revoir quelques mois après porteurs d'un gros rein tuberculeux.

Le *stade de début ou prodromique* comprend toute la phase de la tuberculose rénale qui s'étend depuis la pénétration du bacille de Koch et le développement du processus néoplasique inflammatoire jus-

qu'au commencement de la caséification des tubercules.

Au dernier Congrès d'Urologie, Noguès a vivement insisté sur la nécessité d'établir un diagnostic précoce de la tuberculose rénale. La recherche du bacille de Koch et l'inoculation au cobaye ne nous renseignent que d'une façon trop incertaine ou trop tardive. Il faut des injections d'urine soit dans le cœur, soit dans la veine jugulaire, soit dans la veine mésentérique du cobaye. Au bout de huit à dix jours on sacrifie l'animal et on recherche le bacille de Koch dans les organes où il colonise le mieux, c'est-à-dire les ganglions mésentériques, le foie et la rate. C'est ainsi qu'on a pu obtenir les résultats dans une moyenne de neuf jours ; mais cette méthode, de l'aveu même de l'auteur, est inconstante.

Les principaux signes du début de la tuberculose rénale sont : les *antécédents*, la *prédisposition héréditaire*, l'*état antérienr des organes génito-urinaires*, les *réflexes vésicaux* ou *réno-vésicaux* (pollakiurie, incontinence d'urine). La pollakiurie constitue l'un des premiers symptômes, lorsque la tuberculose rénale est d'origine ascendante ou vésicale, car comme l'a si bien mis en lumière Guyon, elle est le signe initial de la tuberculose vésicale. On constatera plus rarement, à ce stade de prodromes, des *sensations douloureuses* au niveau des lombes et plus particulièrement du côté du rein malade. Ces *pseudo-coliques néphrétiques* se propagent soit tout le long de l'uretère, soit vers l'hypogastre, soit vers la région inguinale, les testicules, les grandes lèvres (chez la femme), soit aussi vers le *rein opposé sain* (douleurs réflexes, sympathie nerveuse entre les deux reins). Les points ou *réflexes de Bazy* seront encore très utiles à rechercher : douleur provoquée à la pression du *point supérieur de l'uretère* (bord externe des muscles droits de l'abdomen à hauteur de l'ombilic) et du *point inférieur de l'uretère* par le vagin (chez la femme), par le rectum (chez l'homme).

Ce sont encore la *limpidité* et la *réaction acide* des urines, une *albuminurie* légère, la *polyurie* limpide autrement appelée *polyurie pré-tuberculeuse*, une *hématurie légère*. La *cystoscopie* nous montre une muqueuse vésicale saine et des méats urétéraux normaux. Si la tuberculose est primitivement vésicale, ce qui est très rare, et même exceptionnel pour la plupart des auteurs, la tuberculose rénale étant dans la grande majorité des cas primitive, nous trouverons à la cystoscopie des ulcérations vésicales ou une muqueuse rouge et tomenteuse dans le bas-fond.

Le cathétérisme urétéral et la division endo-vésicale des urines nous permettront de constater une *diminution du taux de l'urée, des chlorures et des phosphates* du côté malade, la présence des *leucocytes*, des *hématies*, des *cellules épithéliales* et des *cylindres hyalins*. Au microscope on trouvera, mais pas toujours, le *bacille de Koch*, et presque constamment, le *staphylocoque blanc*, qui acquiert pour Albarran une grande importance dans le diagnostic de la tuberculose rénale. L'urine du rein sain sera normale à ce stade de début.

A la période d'état, il y a lieu d'étudier les *symptômes fonctionnels* (douleur), les *signes physiques* (hématurie, pyurie, tumeur rénale), enfin les *symptômes généraux*.

Le second stade de la tuberculose rénale débute par la dégénérescence caséeuse des foyers tuberculeux et se termine par la fonte de ces foyers et la formation des cavernes qui finiront par s'ouvrir dans le bassinet et par produire les symptômes généraux.

La douleur est un symptôme communément variable et intermittent, simulant tantôt la colique néphrétique (migration à travers l'uretère des caillots sanguins, des concrétions caséeuses ou phosphatiques), tantôt la névralgie lombaire [travail d'adhérences péri-rénales, compressions nerveuses (deuxième nerf intercostal et premiers nerfs lombaires immédiatement accolés à la face postérieure du rein)]. Cette douleur peut empêcher de pratiquer le cathétérisme urétéral. Nous verrons qu'il existe une forme clinique spéciale de la tuberculose rénale, la forme douloureuse, qui simule en tous points la lithiase rénale.

Les mictions deviennent de plus en plus fréquentes et douloureuses. Cette pollakiurie est due aux troubles vésicaux primitifs ou secondaires de la cystite tuberculeuse.

L'hématurie est moins fréquente qu'au début de l'infection bacillaire. Elle n'est plus congestive, mais elle est due aux ulcérations des parois des vaisseaux. Les hématuries de la période d'état sont, comme celles du début, peu abondantes, capricieuses, indépendantes du mouvement et elles se distinguent en cela de celles de la lithiase rénale. Elles sont totales (expérience des trois verres de Guyon); elles se distinguent ainsi des hématuries vésicales qui sont terminales et des hématuries prostatiques qui sont initiales. Les hématuries qu'on dénommait autrefois essentielles ne sont autres que des hématuries dues à la tuberculose rénale. Il existe une forme hématurique de la tuberculose rénale.

La pyurie est un symptôme tardif mais constant. Les urines sont uniformément troubles et restent telles après l'émission. Guyon a montré depuis longtemps que cette pyurie est spontanée, constante et durable.

Dans la tuberculose rénale secondaire, d'origine vésicale, cette pyurie est au contraire précoce. Enfin on assiste souvent à de véritables débâcles de pus (pyonéphrose intermittente).

La tumeur du rein est révélée par le palper bimanuel de Guyon. On trouvera quelquefois le ballottement rénal; mais le plus souvent le rein tuberculeux, même à son stade le plus avancé, ne dépasse pas le volume du poing. On rencontre néanmoins de gros reins tuberculeux de la dimension d'une tête de fœtus. Nous en avons enlevé qui avaient un volume double de celui du poing. Les volumineuses tumeurs du rein demeurent pourtant l'apanage du cancer du rein et du rein polykystique.

Les symptômes généraux font complètement défaut tant que la tuberculose reste fermée; mais dès que les cavernes s'ouvrent dans les calices et le bassinet, les associations microbiennes se produisent rapidement; au bacille spécifique s'associent le colibacille, le streptocoque et surtout le staphylocoque blanc, et les troubles généraux (frisson, fièvre) apparaissent. L'amaigrissement et la cachexie font de rapides progrès.

VI

Formes cliniques. — La tuberculose rénale ne se présente pas toujours sous la forme symptomatique habituelle dont nous venons de parler. Un de ces symptômes peut devenir prépondérant et donner une forme particulière à la maladie.

FORME HÉMATURIQUE. — On assiste à des hémoptysies rénales brusques survenant sans la moindre cause, capricieuses. Le diagnostic est souvent très difficile; si le cathétérisme de l'uretère, pour une cause quelconque (hypersensibilité vésicale, trop forte hémorragie, etc.) ne peut être fait, cette forme prend toutes les allures des hématuries du cancer du rein. Néanmoins, en étudiant de près son malade, en mettant en œuvre les divers procédés de laboratoire (inoculation au cobaye, surtout celle pratiquée dans la mamelle de la femelle du cobaye en lactation, procédé de Nattan-Larrier, l'ophtalmo-réaction de Calmette, la cuti-réaction, la recherche du bacille après centrifugation, etc.), on peut arriver à établir d'une façon à peu près certaine le diagnostic. A l'autopsie on est étonné de trouver à la coupe de l'organe atteint un défaut presque absolu de lésion de la glande, à peine parfois quelques petites ulcérations des papilles.

FORME DOULOUREUSE. — Elle se caractérise par l'apparition d'*accès paroxystiques* douloureux du côté du rein lésé, réfractaires à tous les palliatifs habituellement employés, avec irradiations vers le périnée, le tronc, l'hypogastre et l'aine (la face postérieure du rein est en effet immédiatement accolée au douzième nerf intercostal et aux premières branches lombaires), durant plusieurs heures, revêtant la forme de coliques néphrétiques subintrantes. Cette forme correspond au type anatomique nodulaire chronique avec petit rein scléreux. Cette forme est souvent confondue avec la lithiase rénale.

FORME PYONÉPHROSE FERMÉE. — On constate une augmentation prononcée du volume du rein, et très peu de symptômes. A la longue elle peut ou bien s'ouvrir et donner lieu à de véritables vomiques rénales, ou bien s'infecter secondairement et occasionner des troubles généraux graves.

FORME URONÉPHROSE FERMÉE OU INTERMITTENTE. — C'est la forme chronique et bénigne par excellence. On assiste par intervalles irréguliers à de véritables débâcles urinaires. Albarran nie cette forme comme étant d'origine tuberculeuse, mais la plupart des auteurs l'admettent.

Ces deux dernières formes prêtent à erreur et peuvent être confondues avec une tumeur de l'intestin, ou du foie ou de la rate. Néanmoins l'étude approfondie du malade mettra toujours sur la voie du diagnostic.

VII

Diagnostic. — L'ensemble des signes que nous venons d'énumérer : *polyurie* limpide, *pyurie* spontanée, persistante, *hématuries* légères, répétées, capricieuses, *pollakiurie*, implique l'idée d'une tuberculose rénale. La *tuméfaction* de l'organe est un symptôme tardif et inconstant.

Nous étudierons : 1° le diagnostic de la tuberculose rénale; 2° celui du siège; 3° l'état du rein congénère; 4° les complications.

DIAGNOSTIC POSITIF. — Pour la rapidité de la guérison, et souvent pour la vie même du malade, il est excessivement important d'établir le diagnostic précoce de cette affection. La *prédisposition héréditaire*, les *sensations douloureuses* de la région lombaire, les *réflexes vésicaux* ou *réno-vésicaux* (pollakiurie, polyurie limpide), la *recherche des réflexes* de Bazy, l'*hématurie congestive*, la *cystoscopie*, le *cathétérisme urétéral* (analyse chimique des urines séparées, recherche du bacille de Koch ou du staphylocoque blanc, inoculations au cobaye, de préférence celles intra-veineuses de Nogués), l'*ophtalmo-réaction* de Calmette, la *séro-réaction* d'Arloing et Courmont, permettront la plupart du temps de faire le diagnostic précoce.

Le diagnostic est plus facile à porter à la période d'état. La *douleur*, l'*hématurie*, la *pyurie*, la *tumeur du rein*, enfin les *symptômes généraux* imposeront l'idée d'une tuberculose rénale.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL est à faire avec la *pyélo-néphrite calculeuse* qui présente la même pyurie, les mêmes crises douloureuses, la même augmentation du volume du rein. Mais la pyélonéphrite s'accompagne presque toujours de fièvre assez forte, avec oscillations vespérales, elle présente rarement de la pollakiurie; de plus les méthodes d'exploration rénale, la radiographie, permettront de trancher le diagnostic. Le *cancer du rein*, le *papillome du bassinet*, le *rein polykystique*, l'*hydronéphrose simple ou calculeuse* seront éliminés de la même façon.

DIAGNOSTIC DU SIÈGE. — On localisera aisément le siège de la lésion, en recherchant l'augmentation du volume du rein, la sensibilité à la pression, le ballottement rénal selon le double palper de Guyon, par l'interrogatoire du malade, et surtout par le cathétérisme urétéral avec le cystoscope de Nitze ou d'Albarran, ou par la division endo-vésicale des urines avec le diviseur de Luys ou de Cathelin.

Chez la femme, il existe une cause d'erreur assez rare, il est vrai, mais possible. C'est la *salpingo-ovarite tuberculeuse* ouverte dans la vessie ou l'uretère inférieur. L'un de nous a eu dernièrement l'occasion de la constater en opérant une malade avec Escat. Il s'agissait d'une jeune malade qui présentait de la pyurie depuis longtemps ainsi que de la pollakiurie. A la cystoscopie on voyait sourdre des gouttes de pus de l'uretère gauche; le cathétérisme urétéral ramena du pus, l'inoculation fut positive, l'élimination du bleu se fit normalement; il n'y avait pas de tumeur rénale bien appréciable, mais en palpant la région lombaire, la malade accusait de la douleur. L'incision du rein nous montra une glande parfaitement saine. La malade était en possession d'une salpingo-ovarite tuberculeuse, ouverte dans l'uretère inférieur, et la sonde du cystoscope s'était tout simplement engagée dans cette poche au lieu de remonter dans l'uretère.

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT FONCTIONNEL DU REIN CONGÉNÈRE. — Toutes les méthodes d'exploration de la sécrétion rénale visent à ce but.

a. PROCÉDÉS POUR OBTENIR L'URINE SÉPARÉE DES DEUX REINS. — α. *Avantages de la séparation endo-vésicale des urines.* — Ce sont : sa grande facilité, son innocuité, la possibilité de l'effectuer même avec des lésions hémorragiques de la vessie.

β. *Avantages du cathétérisme urétéral.* — Ils consistent dans la possibilité de faire un diagnostic précis, en recueillant directement l'urine dans le rein, avant qu'elle ait pu subir des altérations dans la vessie.

Ainsi donc la séparation endo-vésicale peut fournir des résultats erronés, s'il existe des lésions tuberculeuses de la vessie, et elle peut conduire aux pires désastres, à extirper le rein sain par exemple.

Rafin a bien jugé les deux méthodes en disant :

« La séparation endo-vésicale des urines n'est ni microscopique, ni bactériologique, tandis que, au contraire, le cathétérisme urétéral l'est au plus haut point. »

Ces deux méthodes ne sont pas toujours utilisables malheureusement. Lorsqu'on se trouve en présence d'une vessie à petite capacité, ne permettant pas la réplétion de l'organe, lorsque la vessie est elle-même ulcérée et sclérosée, il est inutile de songer à pratiquer la cystoscopie. Dans ce cas, l'état fonctionnel du rein congénère peut être approximativement apprécié par la méthode du bleu de méthylène (une bonne élimination démontrera la suffisance fonctionnelle de ce rein, mais elle nous laisse dans l'incertitude sur l'existence de lésions bacillaires de ce même rein congénère). Kümmel préfère la cryoscopie du sang et des urines. Rovsing attache une plus grande importance aux taux d'urée, des chlorures et des phosphates, de l'ensemble des urines des vingt-quatre heures.

b. Etude de l'analyse chimique des urines séparées. — L'analyse de l'urine du rein tuberculeux révèle une légère diminution de l'urée, des chlorures et des phosphates; on constate au microscope la présence de quelques leucocytes ou d'hématies, de quelques cellules épithéliales et, plus rarement quelques cylindres hyalins; le bacille de Koch n'est pas toujours visible, mais le staphylocoque blanc, à défaut du bacille spécifique, acquiert par sa présence une grande importance. L'albumine s'y trouve abondante.

L'urine du rein opposé sera normale, sauf cependant quelques légères traces d'albumine.

c. Etude de l'élimination des matières colorantes. 1. *Bleu de méthylène.* — La plupart des chirurgiens accordent une grande confiance à l'épreuve du bleu de méthylène. Dans les services très chargés d'hôpital, c'est à lui que nous avons souvent uniquement recours; et nous pouvons dire qu'il ne nous a guère trahis. Néanmoins il ne peut donner la certitude scientifique, bien loin de là. S'il s'élimine mal on peut affirmer qu'il y a au moins un rein malade, et si d'autre part nous constatons une tumeur rénale, nous pourrons ainsi être bien fixés. Mais s'il s'élimine bien on ne peut pas conclure à l'intégrité des deux reins.

2. *Epreuve de la glycosurie phloridzique et de la polyurie expérimentale.* — Elle offre les mêmes avantages et les mêmes inconvénients que le bleu de méthylène, mais la réaction est bien plus sensible.

3. *Epreuve de la chromato-cystoscopie.* — Injection intra-musculaire de 4 centimètres cubes d'indigo carmin en solution à 4 p. 100.

A l'élimination du carmin par le méat urétéral, on constate par la cystoscopie :

1° Si les deux reins fonctionnent;

2° S'il y a rétention rénale d'un côté;

3° Si l'un des reins est supérieur à l'autre, au point de vue émission de l'urine;

4° Si le rein supposé sain n'élimine pas du tout, on doit conclure qu'il est absent (cas de rein unique).

d. La cryoscopie des urines. — Le point de congélation de l'urine normale varie entre 1°,5 et 2 degrés; dans le cas de rein tuberculeux on constate une élévation de ce point de congélation.

En résumé, de tous ces procédés, on peut conclure que le cathétérisme urétéral, suivi de l'analyse chimique, bactériologique et de l'inoculation au lapin des urines des deux reins, permet de conclure d'une façon scientifique que le rein opposé est sain, et de pratiquer aussi la néphrectomie du rein malade avec toutes les garanties désirables. Les autres méthodes d'exploration n'acquièrent une véritable valeur pratique que si elles concordent entre elles; aucune d'elles n'est suffisante, mais leur ensemble leur donne une réelle valeur scientifique.

Le diagnostic de la tuberculose rénale comporte aussi un examen minutieux des autres organes et surtout des poumons, de la vessie, des vésicules, de la prostate et des épididymes.

Diagnostic des complications. — La tuberculose rénale, par les adhérences que la capsule peut contracter avec le péritoine postérieur, et par les ulcérations consécutives, peut déterminer un foyer souvent localisé, et quelquefois diffus de *péritonite tuberculeuse.* De même, à travers l'hiatus diaphragmatique, l'infection peut se propager du rein à la plèvre correspondante et déterminer une *pleurésie*, généralement un *empyème.* Les *phlegmons périnéphrétiques* sont, dans la proportion de 95 p. 100, tributaires d'une infection à point de départ rénal. La complication la plus fréquente, c'est la propagation de la tuberculose à tout l'arbre urinaire et notamment à la vessie. Mais nous savons que cette complication ne tarde pas à s'amender dès qu'on pratique la néphrectomie, c'est-à-dire dès qu'on extirpe le foyer d'origine de l'infection.

VIII

Marche. Durée. Terminaison. — Pour Albarran, la tuberculose rénale aboutit, si elle est livrée à elle-même, à la mort dans un délai de un à trois ans après le début des symptômes. Cette règle souffre évidemment des exceptions. L'un de nous a opéré dernièrement un rein tuberculeux, au dernier degré, chez un jeune homme opéré déjà l'année dernière dans notre service à l'Hôtel-Dieu pour une double hernie inguinale; à ce moment-là, il ne présentait aucun symptôme urinaire. Il nous est revenu un an après avec des hématuries et de la pyurie, et un abcès périnéphrétique. Le premier temps a consisté dans l'incision de son abcès; un mois après, néphrectomie. Le rein ne formait qu'une vaste caverne. D'autre part, de nombreux auteurs affirment dans certains cas, exceptionnels il est vrai, avoir vu la tuberculose rénale évoluer spontanément vers la guérison. Achard et Castaigne ont trouvé à l'autopsie de nombreux cas de reins tuberculeux spontanément guéris par cicatrisation fibreuse des cavernes rénales avec intégrité du reste de l'organe. Il se passerait pour le rein les mêmes phénomènes de guérison spontanée qu'on constate souvent pour le poumon. Néanmoins, Paul Delbet, dans son remarquable rapport au Congrès d'Urologie, en 1905, étudiant 247 observations de tuberculose rénale, nie absolument toute possibilité de guérison spontanée.

Parmi les processus de guérison spontanée, le plus important est certainement celui de l'exclusion du rein atteint par l'oblitération de l'uretère (Gayet, Cavaillon, Jaboulay). Hallé, sur 103 pièces d'autopsie, a constaté 26 fois cette oblitération urétérale. Albarran ne l'a constatée qu'une fois sur 118 néphrectomies. Mais cette exclusion du rein tuberculeux n'est pas suffisante pour amener la guérison et, dans

de nombreux cas, la mort est survenue quand même, ce qui établit la supériorité de la néphrectomie sur tout autre procédé de destruction du rein, tel que la ligature de l'uretère.

Comment évoluent les lésions tuberculeuses? — Si la tuberculose reste pure et fermée, elle aura tendance à évoluer lentement vers la caverne, laquelle finira par se vider dans un des calices. Cette caverne pourra se fermer par la suite et guérir. Mais le plus souvent il s'établira une infection secondaire à staphylocoques et à colibacille et la marche en sera très rapide.

Si la tuberculose reste ouverte et s'il y a infection surajoutée, ce qui est toujours le cas dans la tuberculose ascendante ou d'origine vésicale secondaire, à l'encontre de la première qui est primitive, corticale, glomérulaire, nous assisterons à des phénomènes généraux, des ulcérations, des infections secondaires se traduisant principalement par tous les symptômes de la pyélonéphrite tuberculeuse classique. Alors l'organe évoluera vers sa destruction totale, à moins que la gravité des symptômes généraux n'entraîne rapidement la mort par cachexie ou par urémie, simulant ainsi la mort des brightiques. C'est dans ces cas qu'il s'agit surtout de prendre une détermination précoce, et d'enlever par la néphrectomie le foyer tuberculeux qui causera à brève échéance la mort.

IX

Traitement. — Traitement médical. — Il n'y a pas de traitement médical de la tuberculose rénale ou plutôt ce traitement ne peut être qu'un traitement d'attente ou de pis aller; lorsqu'on a affaire à des sujets pusillanimes ou bien à des malades trop affaiblis n'étant pas en état de supporter le shok de la néphrectomie, le traitement, comme pour toutes les tuberculoses locales, consistera dans la suralimentation, le repos au bord de la mer, les toniques généraux, l'huile de foie de morue, etc.

Traitement chirurgical. — Diagnostic précoce, néphrectomie précoce, telle est la manière de voir de tous les chirurgiens dans le traitement de la tuberculose rénale.

La néphrotomie. — Cette intervention consiste à inciser le rein et à le débarrasser avec la curette du pus contenu dans les cavernes. On draine largement le rein et la capsule.

La néphrotomie n'est plus employée aujourd'hui que lorsqu'on ne peut pratiquer la néphrectomie; en d'autres termes, la néphrotomie, opération purement palliative et non curative, ne vit et ne bénéficie que des contre-indications de la néphrectomie. Parmi les] contre-indications, citons : une *infection tuberculeuse bilatérale des deux reins*; un *mauvais état général du malade*; une *volumineuse pyonéphrose* avec *épaississement et adhérences solides et étendues de la capsule au péritoine pariétal et aux vaisseaux, veine cave et artère aorte; manque de renseignements précis sur l'état du rein opposé* (impossibilité du cathétérisme ou de la séparation endo-vésicale, par suite de tuberculose vésicale). Dans ce dernier cas on pratiquera d'abord la néphrotomie, puis au bout d'un mois ou deux, lorsque les lésions vésicales se seront amendées spontanément à la suite d'un traitement approprié, on fera le cathétérisme ou la séparation des urines, et si le rein congénère est en bon état on pratiquera la néphrectomie secondaire.

La néphrectomie partielle. — Ne doit être employée que dans le cas de rein unique et, tuberculeux. Si on intervient tout à fait au début, on risque de tomber sur des lésions encore circonscrites et en les réséquant, on peut obtenir la guérison. Hoffmann a publié un merveilleux cas de guérison obtenu dans ces conditions.

La néphrectomie. — Tout *rein reconnu tuberculeux doit être extirpé par la néphrectomie précoce, sauf contre-indication.*

Les meilleurs résultats appartiennent à la néphrectomie hâtive, car nous savons que la tuberculose rénale débute d'abord dans un rein et que ce n'est que tardivement qu'elle s'attaque à l'autre rein; il s'agit d'extirper ce foyer primitif le plus tôt possible, après s'être entouré de toutes les garanties au point de vue du rein opposé. La néphrectomie précoce entraîne la guérison dans un délai de un à deux mois environ. Aussi, il serait vivement à désirer que les médecins, sans s'attarder à un traitement médical inutile et dangereux, envoient les malades aux chirurgiens dès que le diagnostic de tuberculose rénale est établi.

Ses indications. — La clinique et l'expérimentation nous démontrent d'une façon précise, qu'après l'extirpation d'un rein, le rein congénère, s'il est sain, acquiert une hypertrophie compensatrice et suffit amplement à la dépuration du sang.

Aussi Albarran, d'accord avec la presque unanimité des urologistes, préconise-t-il la néphrectomie d'emblée, aussitôt établi le diagnostic de tuberculose rénale, le rein opposé étant sain. Le rein opposé présenterait-il des symptômes de néphrite chronique avec légère albuminurie, la néphrectomie agit favorablement sur lui.

Bazy et Rochet n'interviennent que pour les pyonéphroses nettement caractérisées et pour les cas de tuberculose rénale qui occasionnent des troubles graves dans l'organisme. Pour eux, l'évolution de la tuberculose rénale, étant lente et essentiellement chronique, peut aboutir à la guérison spontanée par fermeture pathologique de l'uretère supérieur et par exclusion du foyer tuberculeux. Consécutivement à cette exclusion du rein, il se produirait un travail de sclérose et d'oblitération des cavernes. Mais Albarran affirme n'avoir jamais observé de guérison spontanée de tuberculose rénale. Paul Delbet a réuni 236 cas de tuberculose rénale et dans aucun de ces cas il n'a pu observer de guérison spontanée. Hallé a découvert à l'autopsie un cas d'exclusion du rein tuberculeux par oblitération de l'uretère supérieur. Mais si cette guérison spontanée existe, on peut affirmer qu'elle est tellement exceptionnelle qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte en pratique.

Ses contre-indications. — Elles sont toutes relatives. Ainsi la *bilatéralité des lésions* ne constitue pas une contre-indication absolue, à condition que le rein le moins lésé élimine le bleu de méthylène et que l'analyse chimique des urines qu'il sécrète ne soit pas trop défavorable. On ne peut de la sorte compter sur la guérison de la tuberculose de l'autre rein, car la tuberculose rénale n'est curable que par la néphrectomie; mais on peut espérer, après l'extirpation du rein le plus gravement atteint, une accalmie et une rémission dans l'évolution de la tuberculose du rein congénère.

La *propagation de la tuberculose rénale à la vessie*,

à la prostate, aux vésicules et à l'épididyme, au lieu de former une contre-indication, comme quelques chirurgiens l'ont soutenu jusqu'à ces dernières années, impose au contraire la néphrectomie, car en supprimant le foyer de réinfection continuelle, on peut, par un traitement approprié, en venir à bout.

La *tuberculose pulmonaire* ne constitue une contre-indication que si elle est avancée, pyrétique; dans ce cas on s'exposerait à la voir s'aggraver et se compliquer d'une attaque de granulie généralisée. Mais si elle est stationnaire, si l'état général est bon, on doit extirper le rein tuberculeux à condition que ce rein tuberculeux soit reconnu comme apportant par son infection tuberculeuse avancée et étendue la grande majorité des troubles morbides.

Dans ce cas, la suppression de ce rein, le rein opposé étant sain ou fonctionnant suffisamment bien, amènera un soulagement appréciable dans l'état général du malade, et sa tuberculose pulmonaire, livrée à elle-même, peut évoluer d'une façon plus favorable.

Enfin, *un état général mauvais*, à moins que le malade ne soit à un degré d'intoxication tel qu'on ne puisse en aucune façon en atténuer la virulence, ne constitue pas non plus une contre-indication; mais, au contraire, impose la néphrectomie hâtive ou tout au moins la néphrotomie selon le volume de la pyonéphrose et les adhérences de la capsule, quitte à faire ensuite la néphrectomie secondaire, s'il est manifestement reconnu que c'est le rein tuberculeux qui est la cause exclusive du dépérissement de l'état général.

L'*extirpation d'un rein*, a-t-on dit, n'empêcherait pas l'autre rein de se tuberculiser à son tour; d'ailleurs il serait impossible, même par la néphrectomie la plus précoce possible, d'extirper toutes les parties tuberculeuses du rein atteint, de sa capsule et des conduits inférieurs qui lui correspondent. A cela on peut répondre en montrant les nombreuses statistiques qui nous font constater de longues survies après la néphrectomie.

Les *cas de mort par urémie* consécutives à la néphrectomie sont d'abord assez rares et surtout antérieurs à la découverte du cathétérisme de l'uretère et de la séparation endo-vésicale des urines. Depuis que nous possédons ces deux nouveaux moyens d'investigation nous pouvons souvent nous renseigner sur l'état du rein opposé et éviter ainsi de grands désastres.

Ainsi donc, après avoir mis en balance les indications et les contre-indications de la néphrectomie, nous pouvons conclure que la néphrectomie précoce est le traitement idéal de la tuberculose rénale unilatérale, telle qu'elle se présente dans la très grande majorité des cas. L'état général se relève, les urines se clarifient, les forces reviennent, la plaie se ferme en moyenne au bout de un à deux mois, les malades augmentent rapidement de poids; les lésions vésicales, lorsqu'elles existent, ne tardent pas à s'amender.

La néphrectomie secondaire. — *Ses indications.* 1° *Pyonéphrose volumineuse et très mauvais état général.* Dans ce cas le premier temps consistera à pratiquer la néphrotomie, et quelques semaines après la néphrectomie secondaire.

2° L'état de *la vessie n'ayant pas permis la cystoscopie*, et n'ayant ainsi aucun renseignement sur le rein supposé sain, on se contentera de faire d'abord la néphrotomie, et dès qu'on pourra explorer le rein supposé sain, on extirpera, s'il y a lieu, le rein malade.

La néphrectomie secondaire ou par *morcellements* est d'une exécution très pénible et très laborieuse, car les différents plans anatomiques sont totalement détruits, et si on n'opère pas avec une grande prudence on pourrait s'exposer à des dégâts fâcheux (ouverture et infection du péritoine, déchirure des vaisseaux, artère aorte et veine cave inférieure). Le pédicule rénal sera très difficile à disséquer et bien souvent on sera obligé de laisser sur lui des pinces à demeure.

Choix du procédé. — *Voie transpéritonéale.* La voie transabdominale n'est jamais employée pour la tuberculose rénale. Elle est employée uniquement pour les plaies du rein par armes à feu, compliquées de lésions intestinales (1).

La néphrectomie se pratique toujours par la voie lombaire qui est la plus facile et la plus chirurgicale.

Néphrectomie sous-capsulaire. — Lorsque la capsule rénale et les tissus pararénaux sont épais et adhérents aux tissus voisins, au péritoine et aux vaisseaux iliaques, il est indiqué d'employer ce procédé, pour éviter l'ouverture du péritoine, de la plèvre, et surtout celle des vaisseaux.

Néphrectomie extra-capsulaire. — C'est le procédé idéal, car il permet d'extirper le rein comme une poche fermée, l'opération est ainsi vraiment radicale par l'ablation de toutes les parties susceptibles d'être infectées.

Conduite à tenir envers l'uretère. — Albarran, Rafin, Escat, Carlier, le lient le plus bas possible, cautérisent le moignon au thermocautère et ne s'en préoccupent pas davantage; Pousson, Israël, le dissèquent systématiquement jusqu'aux confins de son abouchement dans la vessie; d'autres, enfin, avec Rovsing, le fixent à la plaie.

Cette question de l'uretère n'a pas une grande importance, Albarran a démontré qu'il s'atrophie rapidement et qu'il est remplacé par un cordon fibreux, que les fistules d'urétérite qui peuvent apparaître après la néphrectomie ne durent guère, que seules persistent les fistules entretenues par la capsule adipeuse incomplètement enlevée.

Résultats immédiats de la néphrectomie primitive. — Grâce au perfectionnement de l'exploration rénale (cystoscopie, cathétérisme urétéral, séparation endo-vésicale des urines, recherche du bacille de Koch, inoculation au cobaye, élimination des matières colorantes, cryoscopie, analyse chimique des urines), la néphrectomie a atteint de nos jours l'apogée de sa fortune; elle compte à peine quelques rares détracteurs, qui ne tarderont pas assurément à s'y rallier. Les résultats sont probants. Ses progrès s'accusent de jour en jour avec le perfectionnement de la méthode et l'habileté de chaque chirurgien, en particulier; tel chirurgien qui avait une mortalité assez élevée à ses débuts a fini, au bout de quelques années de pratique, par obtenir un pourcentage très satisfaisant.

Brodeur a réuni dans une statistique les cas de néphrectomie pour tuberculose rénale, publiés jus-

(1) Tuffier. *Revue de chirurgie*, 1889 (38 cas de plaies du rein par armes à feu). — Masini. Les plaies du rein par armes à feu, *Annales des maladies des org. gén. urin.*, 1906.

qu'en 1894, et il accuse une mortalité de 50 p. 100. Vigneron, en 1896, ne trouve plus que 27 p. 100. Israël, en 1901, accuse 10 p. 100. La même année, Pousson se livre aussi à un travail de statistique; en comptant ses cas personnels il atteint une mortalité de 18 p. 100. Enfin, Albarran, en 1905, n'a plus que 3,49 p. 100.

En 1904, Casper, au Congrès français d'Urologie, publie une statistique très suggestive. Il démontre que le taux de la mortalité par néphrectomie, avant l'ère du cathétérisme urétéral (1897), atteint le chiffre de 28 p. 100. Au contraire, après 1897, et pour tous les cas où le cathétérisme urétéral ou la division endo-vésicale des urines avaient été pratiqués, la mortalité n'atteint plus que 10 p. 100. Les chirurgiens publient à leur tour leurs statistiques personnelles; c'est ainsi que Kummel avait une mortalité de 10 p. 100 avant le cathétérisme, 5 p. 100 après; Rafin, 37 p. 100 avant, 5 p. 100 après; Albarran, 28 p. 100 avant, 1 p. 100 après.

Malheureusement la cystoscopie et, par conséquent, le cathétérisme urétéral et la division endo-vésicale des urines ne sont pas toujours possibles. Lorsqu'il existe des lésions tuberculeuses avancées de la vessie, cette exploration est excessivement douloureuse, la muqueuse vésicale saigne en grande abondance, de sorte que, même sous anesthésie, on ne peut la pratiquer. On est alors obligé de s'en rapporter aux autres modes d'exploration qui sont moins sûrs.

Résultats éloignés de la néphrectomie primitive. — Nous nous empressons de déclarer qu'ils sont excellents; nous avons vu, à diverses reprises, nos anciens néphrectomisés et tous se portent très bien. Les malades ne tardent pas à augmenter de poids, leur état général redevient satisfaisant, les lésions vésicales, lorsqu'elles existent, ne tardent pas à disparaître, les urines deviennent claires, et les bacilles de Koch, ainsi que l'albumine, disparaissent complètement. Quant aux ulcérations vésicales, si au bout de sept à huit semaines, elles n'ont pas rétrocédé, comme cela se produit généralement, il est alors indiqué d'instituer un traitement local, purement vésical (instillations d'huile gomenolée ou gaïacolée ou iodoformée); ou bien on pratiquera la cystotomie de façon à gratter légèrement les ulcérations tuberculeuses, à les cautériser au thermocautère; on ferme ensuite la vessie.

X

Conclusions. — Diagnostic précoce, néphrectomie précoce : tout rein reconnu tuberculeux doit être enlevé sauf contre-indications. Ces dernières peuvent résulter : de la bilatéralité des lésions, de lésions tuberculeuses avancées du poumon, du très mauvais état général du malade déjà cachectisé. Mais lorsqu'un rein est tuberculeux et que l'autre est sain et fonctionne bien, il faut se hâter de pratiquer la néphrectomie. Lorsqu'un seul rein est tuberculeux et que l'autre fonctionne mal (légère albuminurie, lésions légères de néphrite chronique), la néphrectomie est encore indiquée. Enfin, même si l'état général est mauvais et si on reconnaît que c'est la présence du rein tuberculeux qui en est seul la cause, il ne faut pas hésiter à opérer. La méthode de la résection simple des lésions tuberculeuses du rein atteint est absolument condamnée. Si, avec un seul rein tuberculeux, il coexiste des lésions pulmonaires chroniques, sans tendance à évolution rapide, sans troubles généraux graves, s'il existe aussi des lésions des organes inférieurs peu accentuées (vessie, prostate, vésicules), il faut également faire la néphrectomie. Nous savons que, dans ce cas, les lésions vésicales rétrocèdent, soit d'une façon spontanée, soit après un traitement local approprié. Enfin, la néphrotomie ne sera pratiquée qu'exceptionnellement et seulement dans les cas douteux, lorsqu'on ne pourra pas faire le cathétérisme urétéral, ou bien lorsque, après avoir ouvert la loge du rein, on reconnaîtra que la couche cellulo-adipeuse périrénale est très épaisse, trop indurée et trop adhérente aux tissus voisins (péritoine, vaisseaux) et au rein lui-même, pour permettre son extirpation.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. *Traité de chirurgie* Delbet et Le Dentu, t. VIII; — *Traité de médecine opératoire des voies urinaires*, Paris 1909; — Néphrectomie pour tuberculose rénale, *Assoc. franç. d'urol.*, VIIIe Cong., Paris, oct. 1904; — Indications de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, *Revue prat. des mal. des organes génito-urin.*, Paris 1908-1909, t. V, pp. 73-97. — Albarran et Cathelin. D'un mode d'infection secondaire à l'autre rein, en particulier dans la tuberculose rénale, *VIIIe Cong. d'urol.*, Paris 1905. — Albarran et Imbert (Léon). *Les tumeurs du rein.*

Bastin-Williams. Deux cas de tuberculose rénale, néphrectomie, néphrotomie, *Policlin.*, Bruxelles 1901. — Bazy. Néphrectomie pour tuberculose rénale, *Soc. de chir. de Paris*, mars 1904. — Berard. Néphrectomie pour tuberculose rénale au début, *Lyon méd.*, 1907. — Bouglé (J.). Tuberculose rénale gauche. Cystite tuberculeuse secondaire. Néphrectomie, *Ann. des mal. des organes génito-urin.*, Paris 1901. — Brovon. Nephrectomy for tuberculosis, *Ann. Surg.*, Philadelphie 1901. — Brown-Tilden. Case of nephrectomy for renal tuberculosis, *New-York Acad. of Med.*, 1903.

Carlier. De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale, *Assoc. franç. d'urol.*, 1897. — Cathelin. Tuberculose rénale à forme abcédée, néphrectomie, guérison, *Soc. anat.*, Paris, 1906.

Delore. Néphrectomie primitive pour tuberculose rénale, *Lyon méd.*, 1903. — Delbet (Paul). A propos de la tuberculose rénale, *Ann. des mal. des organes génito-urin.*, 1901. — Desnos. La néphrectomie dans la tuberculose rénale, *Assoc. franç. d'urol.*, Cong. 1905. — Duret. A propos de la classification des différentes formes de tuberculose rénale, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1894.

Forgue. Tuberculose rénale révélée par la séparation intravésicale des urines, néphrectomie, guérison, *Montpellier méd.*, 1906. — Le Für. De la guérison spontanée de la tuberculose rénale, *Assoc. franç. d'urol.*, Paris, oct. 1903.

Grasset. *La cryoscopie et son application chez les tuberculeux*, Th. de Paris, 1901. — Guibal. Le rein des tuberculeux, *Gaz. des hôpit. de Paris*, 1902, t. LXXV, pp. 61-89.

Hallé et Motz. Relations de la tuberculose vésicale et de la tuberculose rénale, *Ann. des organes génito-urin.*, 1906. — Heresco. Zwei Nierenextirpationen wegen Pyonephrose und Tuberculose, *Revue de chir.*, n° 1, p. 14.

Israël. Endresultate meiner Nephrectetomien wegen Nierentuberkulose, *Deuts. med. Wochens.*, Berlin 1907.

Jaboulay. La néphrectomie primitive dans l'hydronéphrose tuberculeuse, *Lyon méd.*, 1906; — Deux cas de rein tuberculeux. Néphrectomie, *Lyon méd.*, 1908. — Jeanbrau. Deux cas de rein tuberculeux, *Montpellier méd.*, 1908.

Küster. *Le traitement chirurgical de la tuberculose rénale*, Berlin, avril 1904. — Kronlein. Résultat de 71 néphrectomies, *Jal. urol.*, 1908.

Legueu. Des formes communes de la tuberculose rénale et des indications de la néphrectomie, *Ann. des mal. des organes*

génito-urin., Paris 1901, t. XIX, pp. 641-654; — Sur la tuberculose rénale (discussion), *Cong. d'urol.*, 8e session, 1905. — LORENZO. *De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein*, Th. de Paris, 1902. — LOUMEAU. Tuberculose primitive du rein, *Ann. des mal. des organes génito-urin.*, Paris 1908. — LUYS. Diagnostic de la tuberculose rénale, *La Clin.*, 1908.

MARION. Indications thérapeutiques dans la tuberculose rénale, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1908. — MICHON. Indication et résultats de la néphrectomie (néoplasmes exceptés), *Assoc. franç. d'urol.*, oct. 1902.

PAGÈS. *La néphrectomie primitive dans la tuberculose rénale*, Th. de Lyon, 1909. — PAUCHET. Tuberculose du rein, *La Clin.*, Paris 1908. — POUSSON. *Précis des mal. des voies urin.*, 1904; — Résultats immédiats et éloignés des interventions dans la tuberculose rénale, *Assoc. franç. d'urol.*, VIIIe Cong., Paris 1904; — Contribution à l'étude de la tuberculose rénale, *Ann. des mal. des organes génito-urin.*, 1905; — Tuberculose rénale et mariage, *Soc. de chir. de Bordeaux*, 1907.

RAFIN. La néphrectomie dans la tuberculose rénale. Etude sur une série de vingt observations, *Lyon méd.*, 1905. — REYNAUD. *Contribution à l'étude de la tuberculose rénale et de son traitement par la néphrectomie*, Th. de Lyon, 1906. — ROCHET. *Chirurgie du rein et de l'uretère*, 1900. — ROVSING. Des indications et résultats de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, *Presse méd.*, Paris 1905.

TUFFIER. Monographie clinique, *Tuberculose rénale*, 1898.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Nu au théâtre depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, par les docteurs WITKOWSKI et L. NASS. In-8 de 420 pages, 254 illustrations. — Prix : 20 francs. — Paris, H. Daragon.

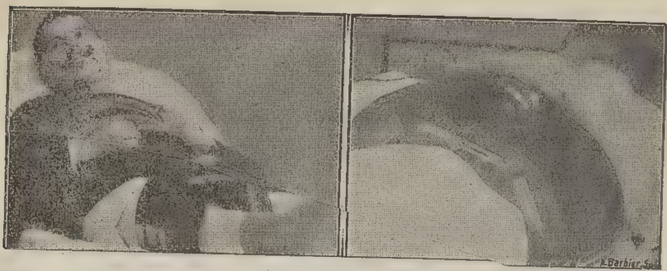
Précis de syphiligraphie. La syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur, par le professeur E. GAUCHER et les docteurs A. PARIS, L. HUDELO, Ch. FOUQUET, A. CASTEX, L. RIBADEAU-DUMAS, Emile SERGENT, P. ROSTAINE, A. LOUSTE, SABATIÉ. In-8 écu, cartonné toile, tête dorée, de 640 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Les Fonctions nerveuses. Les fonctions bulbo-médullaires, par W. BECHTEREW, professeur de psychiatrie à l'Université de Saint-Pétersbourg. (Encyclopédie scientifique. Bibliothèque de physiologie). In-18 jésus, cartonné toile, de 400 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Nouveau formulaire magistral de M. le professeur A. BOUCHARDAT, 34e édition, par le docteur G. BOUCHARDAT, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Fort in-18 de 672 pages, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATI[ON]
49, rue St-André-de[s-Arts],
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉ[DECINE]
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — [1 an :] **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — [1 an :] **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi [1]5 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Un concours public pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux, appelé à faire le service dans les établissements de l'administration des hospices civils de Lyon, sera ouvert le lundi 7 février 1910, à huit heures trente du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Le candidat nommé remplira, dès sa nomination, dans les établissements de l'administration, les fonctions de chirurgien suppléant, jusqu'à ce qu'il succède, par rang de nomination, à un chirurgien des hôpitaux.

GUERRE. — Le ministre de la guerre décerne les récompenses suivantes à l'occasion d'épidémies ayant sévi sur l'armée :

Médailles d'argent. — MM. Salebert, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Rennes; Rault, médecin-major au 93e d'infanterie.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie a décerné les prix suivants :

Médecine et chirurgie. — PRIX MONTYON. — Trois prix, de 2500 francs chacun, sont décernés à : 1º M. G. Neumann; 2º M. Charles Nicolle; 3º MM. J. Bergonié et L. Tribondeau.

Trois mentions, de 1500 francs chacune, sont accordées à : 1º MM. H. Truc et P. Chavernac; 2º MM. Ch. Porcher et Ch. Hervieux; 3º M. Moussu.

Une citation est accordée à MM. Henri Claude et Jean Camus.

PRIX BRÉANT (100000 francs). — Ce prix, destiné à récompenser celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique, n'est pas décerné.

L'Académie décerne, sur les arrérages de la fondation :

Un prix de 4000 francs à M. W.-M. Haffkine;

Une mention de 1000 francs à M. Louis Rénon.

PRIX GODARD (1000 francs). — Le prix est décerné à M. A. Pousson, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Une mention très honorable est accordée à M. J.-L. Chirié.

PRIX DU BARON LARREY (750 francs). — Le prix est décerné à M. Niclot, médecin-major de première classe à l'hôpital maritime d'Oran.

PRIX BELLION (1400 francs). — Le prix est décerné à M. Charles Nicolas, médecin résident de Lifou (Nouvelle-Calédonie.

ÉCOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT. — Un concours sera ouvert le 8 novembre 1909, pour la nomination d'un chef de travaux attaché à la chaire d'embryologie, histologie normale et anatomie pathologique.

Le programme de ce concours se distribue dans chacune des trois écoles d'Alfort, de Lyon et de Toulouse, et au ministère de l'Agriculture (bureau des écoles et services vétérinaires).

MONUMENT TILLAUX. — L'inauguration du monument élevé à la mémoire du professeur Tillaux aura lieu le jeudi 7 octobre prochain, à dix heures très précises, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dennery, médecin aide-major de première classe.

RENSEIGNEMENTS

DE LA

MÉCANOTHÉRAPIE

DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

CE QU'IL FAUT PENSER DE SA VALEUR THÉRAPEUTIQUE

(Quatre années de pratique.)

Par M. le docteur LOP (de Marseille).

I

La méthode de Zander, introduite en France comme mode de traitement, dans la médication par les agents physiques, assez timidement employée jusqu'alors, est devenue, avec la loi ouvrière de 1908, plus familière, tout au moins de nom, aux médecins.

La création en France de quelques instituts montés sur le type de ceux des pays étrangers où règne en maîtresse la mécanothérapie, semblait devoir ouvrir une ère nouvelle, féconde en résultats heureux pour les malades et en bénéfices pour les patrons et les assureurs.

La réclame quelque peu bruyante faite autour de cette méthode, ses espérances de « broyeur de rente » que ses créateurs avaient fait naître dans l'esprit des assureurs, leur avaient amené en foule, dans ces dernières années, les blessés du travail. La mécanothérapie devait faire disparaître en un clin d'œil les incapacités permanentes ou tout au moins les réduire à zéro; en redressant les bossus, rompant comme par enchantement les ankyloses, rendant normaux les cas vicieux et faisant disparaître les raccourcissements dans les fractures des grands leviers osseux!!!

Hélas! il a bien fallu en rabattre, et tel institut qui ne devait soigner que des blessés à mécanothérapiser, est devenu une clinique quelconque où l'on soigne peut-être plus de cas ordinaires que de ceux relevant de la mécanothérapie. D'autres, moins heureux, ont dû fermer leurs portes, ou encore agrandir leur domaine et l'étendre non seulement aux accidents du travail, mais encore à la thérapeutique des affections relevant jadis uniquement de l'orthopédie manuelle ou gymnastique.

Il faut reconnaître que les médecins sont un peu responsables de la baisse — légitime — que subit la mécanothérapie. Grand nombre d'entre eux sont excusables parce que: médecins de compagnies d'assurances, de patrons, ils ont dû obéir aux instructions que ceux-ci, éblouis par les économies qu'on leur avait fait entrevoir, leur avaient données, sans leur laisser le temps et le soin d'apprécier la valeur réelle de la nouvelle méthode.

En effet, nombre de compagnies d'assurances avaient même, sans consulter leur médecin habituel, conclu des arrangements pour que leurs blessés soient d'emblée confiés à la mécanothérapie.

Les médecins, il faut le reconnaître, heureux d'être en quelque sorte débarrassés des malades pour lesquels, quelle que soit la durée du traitement, ils ne reçoivent que des honoraires ridicules, n'ont pas hésité à envoyer à la mécanothérapie des blessés qui n'avaient rien à voir avec cette méthode, blessés dont le cas devait, bien souvent, céder le pas à une thérapeutique plus appropriée et moins brutale.

D'où, débordement de frais excessifs et résultats médiocres, pour ne pas dire nuls en grand nombre de cas.

De 1902 à 1906, on a assisté à une véritable débauche de mécanothérapie, qui semble s'être un peu calmée aujourd'hui. Il me souvient de l'avoir vu, dans des jugements de justice de paix, recommandée, non seulement par l'expert, mais encore par le juge lui-même!

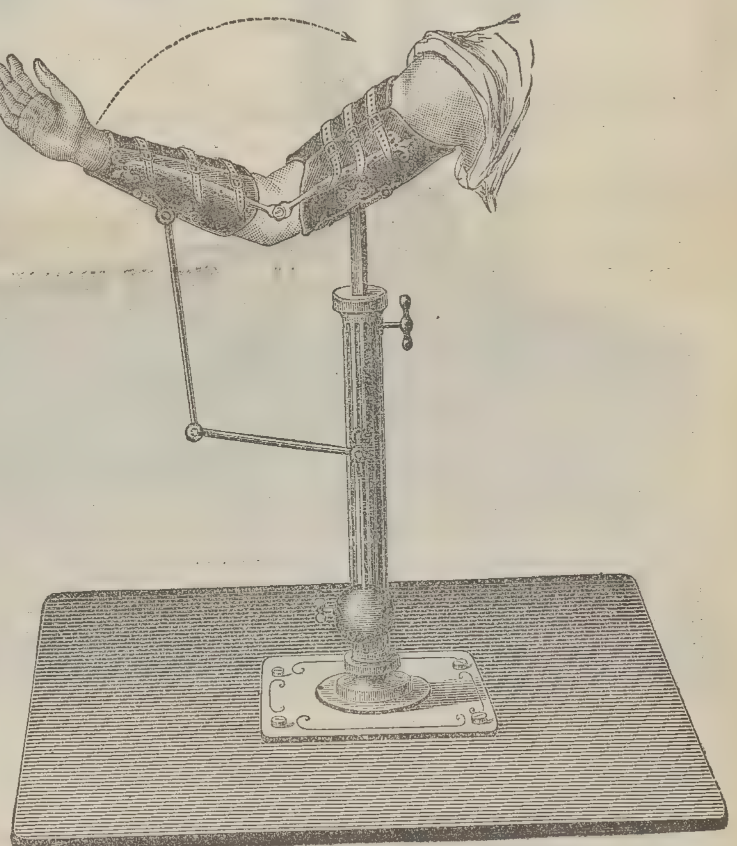


Fig. 1.

Eh bien! j'estime à l'heure actuelle que ce traitement ne méritait ni cet excès d'honneur ni cette indignité. S'il n'a pas donné les résultats qu'on était en droit d'espérer et si aujourd'hui il est battu en brèche, c'est que, comme toutes les nouveautés thérapeutiques, la mécanothérapie a été appliquée sans discernement, avant que d'avoir été étudiée.

Certains même, n'ayant aucune expérience des accidents du travail, ont voulu se l'approprier, espérant y trouver des satisfactions de toutes sortes.

La mécanothérapie, quand on sait en poser les indications, l'opportunité, donne des résultats qui sont loin d'être merveilleux mais qui, tels qu'ils sont, sont certainement satisfaisants dans nombre de cas.

C'est ce que, fort de mes quatre années d'expérience personnelle, je vais essayer de démontrer.

II

Parlons d'abord des appareils.

Ceux-ci sont nombreux, mais leur nombre ne

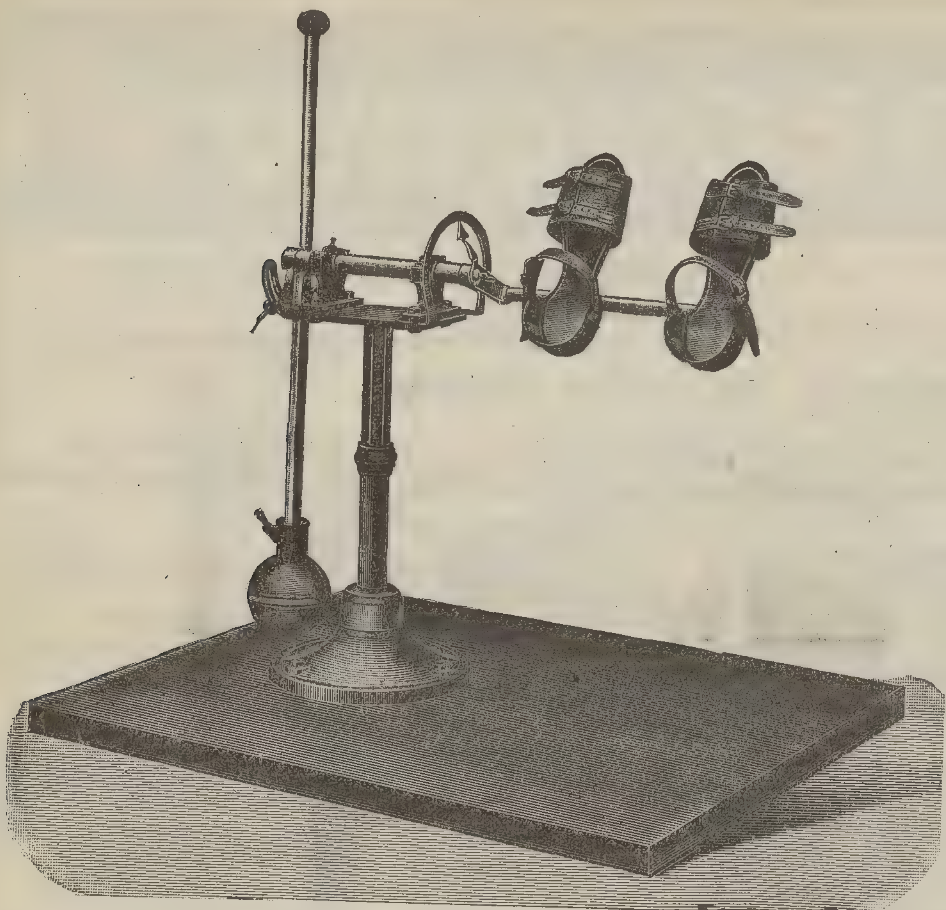


Fig. 2.

ront pour but de réduire des luxations, des fractures. Une autre condition s'impose également : c'est que tout phénomène douloureux ou inflammatoire aura disparu et que la mise en machine du membre blessé, quelle que soit sa modération, ne soit pas une source de douleurs trop vives. Bien entendu, à condition qu'une surveillance de tous les instants ait permis d'assurer qu'on n'a pas affaire à un simulateur en espérance d'incapacité permanente.

Dans ce dernier cas, il est possible de déjouer la simulation en obtenant d'un membre soi-disant impotent une besogne dix fois plus forte que celle que le blessé prétendait pouvoir accomplir, et ce sans qu'il puisse s'en rendre compte.

L'état aigu inflammatoire est une contre-indication formelle; la douleur également, quoique moins apparente puisque plus facile à exagérer, est une contre-indication. La mécanothérapie ne doit occasionner que des douleurs relatives et supportables, mais il ne faut pas, par contre, attendre que toute douleur ait disparu pour commencer le traitement physique. Chez les

signifie pas utilité et surtout efficacité. Les principaux sont, à mon avis, les suivants ; ce sont les seuls dont je me serve et dont je me permette de recommander l'emploi :

1° L'appareil pour les fractures du radius (fig. 1) et les traumatismes articulaires du poignet et de la main ;

2° L'appareil pour le pied (fig. 2) : cet appareil est réellement merveilleux, à condition d'être bien surveillé et que la manœuvre en soit réglée attentivement ;

3° Les appareils pour l'épaule et le coude (fig. 3 et 4).

4° Celui pour les genoux (fig. 5) [moins utile].

Ces machines me paraissent largement suffisantes pour répondre aux indications de la mécanothérapie, quand on ne veut pas faire de celle-ci une panacée applicable à une foule de traumatismes qui n'ont rien à voir, je le répète, avec la méthode de Zender.

Je passe, à dessein, sous silence les autres appareils qui ne me paraissent réellement pas répondre à ce qu'on peut désirer pour la catégorie de malades dont je m'occupe ici.

III

Existe-t-il des indications et des contre-indications ?

Tous les traumatismes des membres, articulaires, péri-articulaires et à distance des articulations, sont justiciables dans une certaine mesure de la mécanothérapie. Mais à une condition *sine qua non* : c'est que ce traitement marchera en quelque sorte parallèlement au traitement et aux interventions qui au-

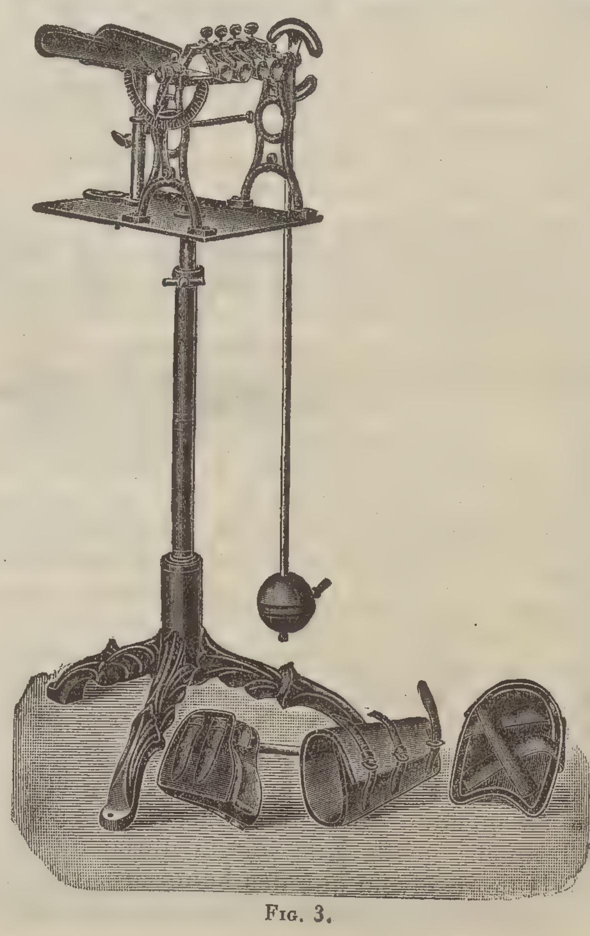


Fig. 3.

sujets pusillanimes on s'exposerait à ne commencer le traitement que trop tard.

Dans les traumatismes articulaires, chez les sujets jeunes surtout, il faut se méfier de la possibilité d'une tuberculose se greffant sur ce traumatisme (complication qui serait certainement aggravée par la mécano).

J'en ai effectivement observé deux cas au début de mes recherches ; en voici un troisième, tout à fait récent, que j'ai eu l'occasion de recueillir au cours d'une expertise ordonnée par le Tribunal civil : il s'agissait d'un homme de trente-six ans qui, dans une chute, s'était fait une entorse, avec distasis probable de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Après avoir été traité par le repos pendant deux mois, il fut dirigé sur un institut mécanothérapique. Après un mois environ de ce traitement, on s'aperçut que non seulement il n'y avait aucune amélioration, mais que l'état local s'était aggravé au point qu'il y avait lieu d'interrompre tout traitement et de renvoyer le malade, atteint d'une incapacité permanente. Rentré chez lui, son état local ne fait que s'accentuer. Lorsque je l'examinai pour la première fois en décembre 1908, je constatai chez lui tous les signes cliniques de la tuberculose sacro-iliaque : ankylose et boiterie déformatrice de la hanche, douleurs et retentissement ganglionnaire dans le pli inguinal correspondant.

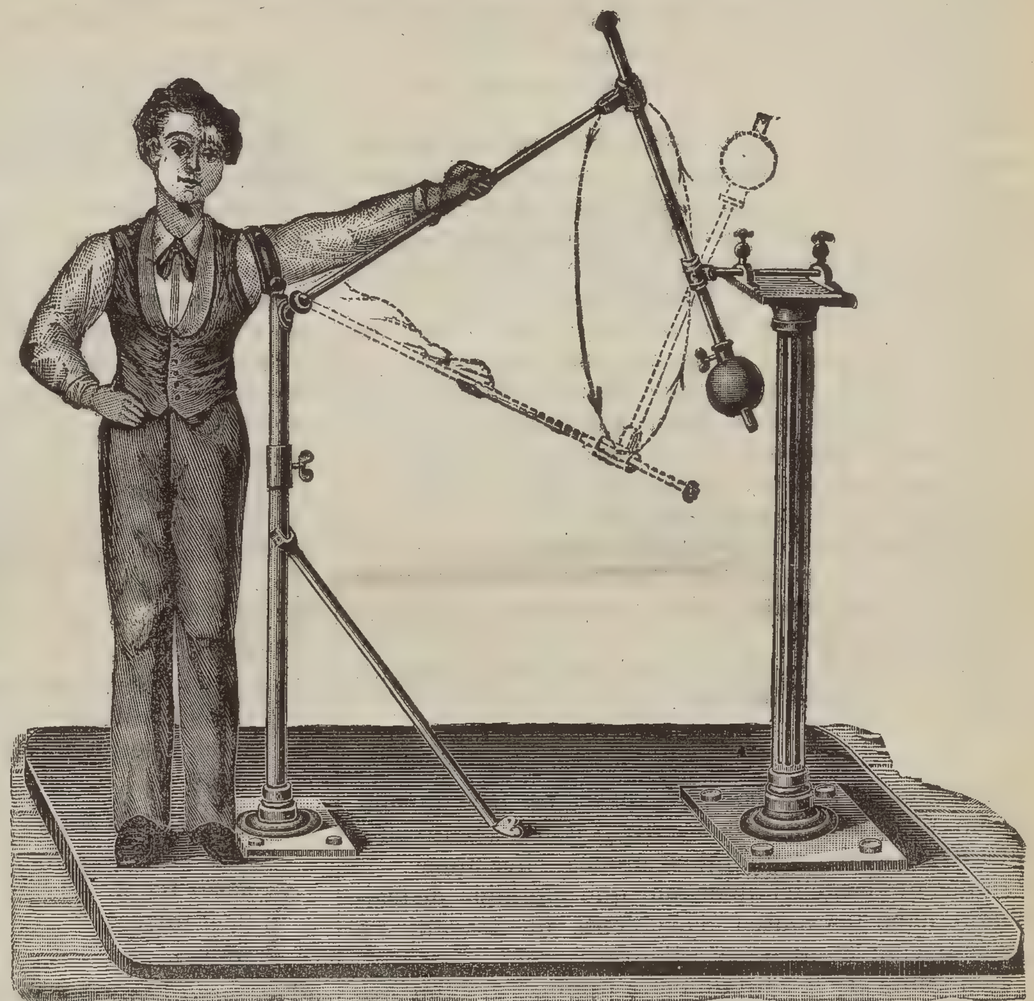


Fig. 4.

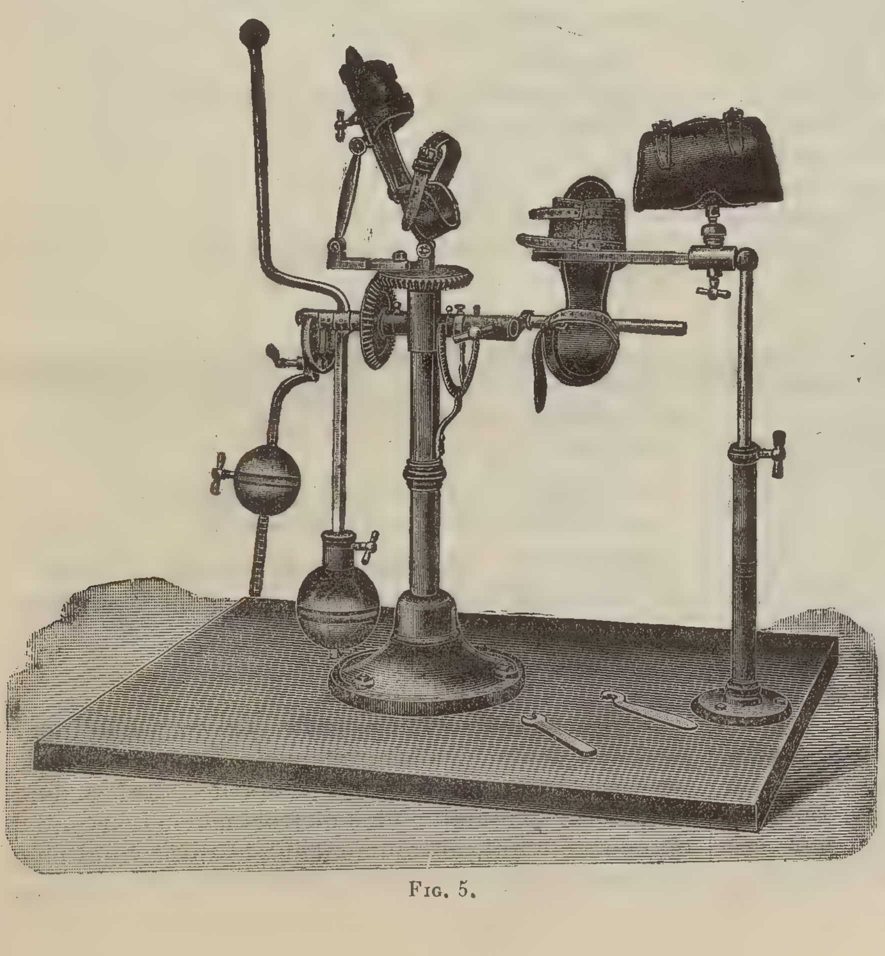


Fig. 5.

Je me suis demandé à ce moment-là si ce traitement ne devait pas être tenu responsable de cet état de choses, non pas qu'il ait pu rendre tuberculeuse une articulation qui ne l'était pas, mais bien parce qu'il avait aggravé un état latent qui aurait pu s'améliorer par le repos et un traitement local approprié.

IV

A quel moment doit-on commencer le traitement mécanothérapique?

Il est difficile de répondre d'une façon générale; celui-ci ne doit être commencé ni trop tôt ni trop tard.

Dans les fractures des grands leviers osseux, j'ai l'habitude de commencer le traitement aussitôt que l'appareil est levé et que le malade fait des mouvements spontanés.

Dans les fractures des extrémités inférieures du radius, la mécanothérapie précoce est contre indiquée. J'ajouterai même, comme l'a démontré Lucas-Championnière, que ces fractures sont plutôt aggravées qu'améliorées par la machine et que le massage manuel donne de bien meilleurs résultats.

Dans les fractures des os de la main, dans les luxations du coude, la mécanothérapie peut être prescrite dès le dixième jour. Les raideurs cicatricielles de la main et du doigt, suites de phlegmons ou de panaris profonds, sont justiciables d'un traitement précoce, mais il ne faut pas s'illusionner sur la valeur de ce traitement en pareil cas.

Une expérience personnelle, reposant sur une quinzaine de cas traités pourtant tout à fait au début, m'a donné des résultats bien peu satisfaisants, pour ne pas dire nuls.

J'ai, au contraire, obtenu de bien meilleurs résultats par la méthode de Bier.

V

En résumé, la mécanothérapie n'est pas du tout l'agent thérapeutique merveilleux qu'on a tant vanté outre-Rhin et il y a quelques années, chez nous.

Je ne l'envisage ici qu'en tant que méthode de traitement dans les suites d'accidents du travail, ne pouvant rien en dire par ailleurs.

Je ne suis pas le seul de cette opinion et bien des médecins rompus à la pratique de la chirurgie des accidents du travail partagent cette manière de voir. Si l'on veut une preuve, je répéterais ce que j'ai dit au début de cet article : c'est que la plupart des instituts qui se sont ouverts en France et qui y sont demeurés sont devenus, petit à petit, de simples cliniques pour tous les genres d'accidents et dans lesquelles la mécanothérapie entre pour une faible part.

D'aucuns diront que c'est parce que nous l'appliquons mal et que nous ne savons pas en poser les indications. C'est là un argument facile, auquel je juge inutile de répondre. La mécanothérapie est inefficace au début de bien des traumatismes des membres, là où le massage bien fait peut l'être immédiatement, et dans ce cas, il suffit largement à amener la guérison.

Dans les cas graves ou à infirmités déjà constituées, la mécanothérapie échoue lamentablement. Elle « ne broye aucune rente » ; quelquefois même elle augmente cette rente.

Elle « ne broye aucune rente », parce qu'en présence d'une ankylose, de raideur ou de rétraction tendineuse, si puissante que soit une machine, ses forces ne peuvent être appliquées que dans une certaine mesure, à moins d'aller contre l'adage : *Primum non nocere*.

D'autre part, la loi de 1898 est telle que même contre les exagérateurs et les aspirants rentiers, la mécano ne peut rien ou pas grand'chose. Seul le jugement définitif allouant la rente agit sur ces blessés, telle l'eau de Lourdes. Un blessé marchant le matin avec deux béquilles sera rencontré, le soir du jugement, courant après un tramway en marche ; un autre, au bras ankylosé et sans mouvements, sera trouvé chargeant des balles de farine, alors que la veille il prétendait ne pouvoir soulever une carafe d'eau.

Il serait injuste de ma part de laisser croire que la mécano pourrait empêcher toutes ces « plaisanteries », mais je les cite pour démontrer que les espérances que cette méthode a fait naître ne sont pas à la veille d'être réalisées.

Tous les cas observés depuis quatre ans me sont *absolument personnels* et il n'y a aucun chronique parmi eux. Tous ces blessés ont été vus par moi depuis le premier jour de l'accident. Ils ont été soumis au traitement mécanothérapique à des époques assez variées, mais assez tôt pour espérer retirer du traitement des résultats satisfaisants.

Sur un chiffre d'environ 2500 blessés, seuls 298 ont été soumis au traitement. Ils se répartissent comme suit :

15 cas de *raideur des doigts et de la main* :
- 2 bons résultats,
- 3 médiocres,
- 10 nuls.

41 *traumatismes divers du genou* :
- 3 très bons résultats,
- 21 assez bons,
- 9 passables,
- 8 nuls.

26 *traumatismes de l'épaule* :
- 5 très bons,
- 21 médiocres, pour ne pas dire nuls.

17 *traumatismes du coude* :
- 3 passables,
- 14 nuls, améliorés surtout par les massages et les bains chauds.

3 *luxations de hanches* :
- résultats médiocres.

36 *traumatismes du poignet* (fractures, entorses graves) :
- 10 très bons (entorses),
- 2 assez bons (fractures radius),
- 24 nuls. — —

39 *traumatismes de l'articulation tibio-tarsienne et du pied* :
- 17 résultats bons (entorses, contusions),
- 22 résultats médiocres (fractures).

21 *traumatismes des doigts et de la main* :
- 7 résultats excellents, qui l'auraient également été par le massage,
- 14 franchement nuls.

Depuis que ce travail a été fait, j'ai eu à m'occuper pour le compte de confrères, médecins d'une compagnie d'assurances, d'une dizaine de blessés dont l'accident remontait à plus de trois mois. Le résultat obtenu a été nul, absolument nul, et après vingt-cinq à trente séances d'un long quart d'heure chacune,

les blessés sont partis dans le même état qu'à leur arrivée.

J'avais d'ailleurs prévu ce résultat. Si j'ai accepté d'instituer et de diriger le traitement, c'est que mes confrères m'en avaient prié, afin de démontrer à leurs blessés que rien n'avait été négligé pour améliorer leur infirmité.

Il s'agissait :

1° De 3 cas d'ankylose du coude consécutives, l'une à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, immobilisée cinquante-quatre jours !! et deux luxations en arrière immobilisées six semaines.

2° D'un cas de raideur tibio-tarsienne consécutive à une fracture de l'astragale restée sans traitement, parce que méconnue.

3° De deux cas d'ankylose de l'épaule, suite de luxation immobilisée entre quatre à cinq semaines.

4° De trois cas d'ankylose du poignet, suite de fractures du radius non surveillées.

5° D'un cas d'ankylose presque totale du genou droit, suite d'un traumatisme de l'articulation sans fracture et restée sans soins pendant près de soixante-cinq jours, mais immobilisée sept semaines.

MÉDECINE PRATIQUE

LA RESSUSCITATION DANS LE CAS DE MORT APPARENTE

Dans les cas de syncope et d'asphyxie, pendant un certain temps après l'arrêt définitif des mouvements respiratoires et cardiaques, les tissus du corps conservent leur vitalité propre et, si la respiration et la circulation sont à nouveau rétablies, ils peuvent récupérer leurs fonctions et la vie de l'individu reprendre : il y a ressuscitation.

Des travaux expérimentaux et cliniques, portant surtout sur l'étude de la mort par shock chloroformique, ont paru dans ces dernières années.

Laissant de côté toute la partie historique et expérimentale, et nous en tenant au point de vue purement pratique, nous allons essayer d'exposer ce que l'on sait actuellement en prenant pour guides le travail de Lenormant (*Rev. de chirurgie*, 1906, n° 3), les publications de Crile dont la dernière (*The Amer. Journ. of the Med. Sc.*, avril 1909, n° 445) résume bien la technique, et surtout la revue très complète de Mocquot (*Rev. de chirurgie*, 1909, n°s 4, 5 et 6).

La ressuscitation n'est pas possible s'il y a une lésion matérielle incompatible avec la vie (ex. : hémorragie cérébrale pendant la période d'excitation chloroformique), ou une intoxication trop profonde du sang (ex. : cas graves d'asphyxie par l'oxyde de carbone, par intoxication lente par le chloroforme).

Elle n'est possible que pendant une période très courte après la cessation de la circulation et de la respiration. Crile a très bien montré expérimentalement que la conservation de la vitalité des tissus, leur ressuscitabilité est très variable. Alors que la peau, le myocarde, les vaisseaux la conservent plusieurs jours, les viscères, les muscles quelques heures, le système nerveux central ne la garde que quelques minutes (centre respiratoire 30 à 50 minutes, centre vaso-moteur et cardiaque 20 à 30, moelle et écorce cérébrale 8 à 10, centre psychique 6 à 7 minutes) ; en un mot, ils sont d'autant plus susceptibles qu'ils ont des fonctions plus hautes, plus spécialisées.

On comprend combien il faudra agir vite pour obtenir un succès complet, et dans le cas d'essai de ressuscitation on peut voir successivement se rétablir l'action vaso-motrice, les battements du cœur, la respiration, puis un à un tous les réflexes, puis les mouvements coordonnés, avant que la conscience se rétablisse. Celle-ci peut définitivement manquer, le malade peut, comme dans un cas de Crile, vivre pendant vingt-quatre heures d'une vie végétative, totalement décérébré et finir par mourir : on n'était intervenu qu'après neuf minutes, tous les organes avaient repris leur vitalité sauf le cerveau dont les cellules étaient dégénérées.

Donc la première condition est d'agir vite, par conséquent d'avoir près de soi tout le nécessaire en matériel prêt et personnel entraîné. Ceci posé, voyons les méthodes de rétablissement de la respiration et de la circulation.

1° Respiration artificielle. — Dans le cas de shock, de syncope, la respiration s'arrête par anémie du centre respiratoire. Elle reprend dès que la circulation se rétablit, à condition que les voies respiratoires soient libres, et si certaines méthodes de respiration artificielle ont réussi, c'est qu'elles agissent aussi par massage du cœur, comme nous le verrons.

Ces méthodes ne constituent là qu'un adjuvant ; dans le cas d'asphyxie vraie elles prennent le premier rang. Laissant de côté les tractions rythmées de la langue de Laborde, dont l'action est toujours discutée, on peut exécuter la respiration artificielle en imprimant au thorax des mouvements d'expansion et de rétraction par plusieurs méthodes.

Quelle que soit la technique choisie, quatre précautions sont à prendre, d'abord :

a. Maintenir libre l'entrée de l'air dans les voies respiratoires par un écarteur des mâchoires, la traction de la langue, la position déclive de la tête, le tubage s'il est nécessaire ;

b. Il faut toujours commencer par un mouvement d'expiration pour chasser le contenu nocif des voies respiratoires ;

c. Les mouvements ne doivent être que de 12 à 15 par minute ;

d. On doit être attentif à la reprise des mouvements spontanés afin de ne pas faire une expiration quand le malade veut inspirer et réciproquement.

La méthode la plus employée en France est la méthode de Sylvester : l'opérateur, placé à la tête du lit, empoigne les bras du malade juste au-dessus du coude. Au moyen de ces deux coudes, il comprime fortement la partie inférieure du thorax, ce mouvement d'expiration peut être accentué par un autre aide qui presse en même temps sur la base du thorax. Cette compression cessant, les bras sont relevés au-dessus de la tête du malade et maintenus ainsi aussi longtemps qu'on entend l'air entrer dans la poitrine. Puis le premier temps est à nouveau exécuté.

La méthode de Howard, beaucoup moins fatigante, s'exécute par un aide placé à genou à califourchon sur le malade au niveau de son bassin, la tête du côté de la poitrine. Les épaules du malade sont surélevées par un gros coussin pour que la tête soit réclinée en arrière. Dans le premier temps, l'aide appuie de tout son poids avec ses mains étalées sur les côtes inférieures du malade, à droite et à gauche de l'épigastre. Puis, se relevant en arrière, il cesse brusquement cette compression qu'il recommence après quelques secondes.

Dans une enquête récente, faite par le préfet de Police de Londres, auprès de la Société de médecine de Londres, sur le meilleur moyen de ranimer les noyés, la Société a conclu en faveur d'une autre méthode, celle de Schäfer, dont la description accompagnée de figures est affichée maintenant dans tous les postes de police (*British med. J.*, 13 février 1909 ; — *Medico-chir. transac.*, 1904, p. 609). Elle s'exécute absolument comme la méthode de Howard, mais le malade est placé face contre terre, un vêtement replié en tampon sous l'épigastre. Les pressions s'exécutent sur la partie postérieure et latérale des fausses côtes. Cette méthode, très simple et non fatigante, a l'avantage d'empêcher la chute de la langue et de faciliter la sortie de l'eau et des mucosités par la bouche et le nez.

Ces procédés de respiration artificielle, surtout les deux derniers, agissent non seulement sur les poumons par les mouvements d'expiration forcée imprimés au thorax, mais aussi et surtout par un véritable massage du cœur qui suffit souvent à établir une légère circulation artificielle.

Le procédé idéal de respiration artificielle, celui qu'on emploie au laboratoire pour les expériences sur les animaux, est l'emploi du soufflet avec tubage ou pose d'un tube par trachéotomie. Son emploi chez l'homme a été assez limité; l'application la plus heureuse qu'on ait faite jusqu'ici d'un procédé analogue est l'insufflation telle qu'on la pratique chez les nouveau-nés en état de mort apparente.

2° Réanimation du cœur. — C'est le point capital, car si la circulation se rétablit, les centres respiratoires seront irrigués, et si la ventilation pulmonaire est assurée, la respiration reprendra. On a tenté bien des procédés, dont un certain nombre sont sans intérêt pratique : la piqûre simple ou électrique du cœur, la ponction évacuatrice du cœur droit, l'électrisation du cœur, les injections médicamenteuses (atropine, caféine) dans le myocarde.

Nous restons en présence de deux grands moyens de réanimation du cœur qui ont déjà fait leurs preuves : le massage du cœur, les injections intra-vasculaires.

Voyons d'abord le *massage du cœur*. Mais avant de le décrire, il convient, pour éviter toute confusion, de rappeler que, pour qu'il donne un résultat, il faut que certaines conditions soient remplies.

Tout d'abord il faut que la masse du sang soit suffisant pour que la circulation ait chances de réussir. Supposons une syncope par hémorragie grave. Avant de chercher à rétablir les contractions du cœur, il convient d'injecter rapidement une forte dose de sérum chaud, par injection ou intra-veineuse ou intra-artérielle. Dans certains cas on pourrait utiliser la transfusion directe du sang, méthode encore peu pratique jusqu'ici mais qui se simplifiera certainement (voy. Carrel, *Lyon chirurgical*, 1er nov. 1908, tome I, n° 1). De même, en présence d'une large plaie du cœur qui aura saigné à flots dans la plèvre, pendant la suture on peut voir le cœur s'arrêter. On aura beau le masser, les contractions ne reprendront pas, car le cœur ne se contracte pas à vide. Ici, l'indication est de terminer très rapidement la suture et d'injecter avec une aiguille du sérum chaud directement dans le ventricule. Ensuite, le massage pourra être efficace. (Observations de Jaffé et de Duval.)

On peut comparer ces cas à ce qui se passe dans le shock chirurgical où, pour Crile, l'élément capital est une vaso-dilatation avec afflux de sang intense dans les capillaires des viscères abdominaux amenant l'anémie des centres bulbaires. D'où l'indication de placer le malade en position déclive et de lui comprimer énergiquement les membres et l'abdomen. On peut employer dans ce but le vêtement pneumatique imaginé par Crile, mais il suffit de bandes serrées roulées autour des membres et de l'abdomen, refoulant le sang vers le thorax et la tête.

Une autre condition essentielle est de ne pas laisser refroidir le malade, car le sang qui circule doit être chaud, et d'injecter le sérum chaud.

Ces conditions remplies, le massage du cœur a des chances de réussir s'il est pratiqué comme nous l'avons indiqué, dans les quelques minutes qui suivent l'arrêt des battements. Après vingt-cinq à trente minutes, dit Mocquot, le résultat est problématique. C'est surtout dans les quinze premières minutes qu'on a chance de voir le cœur se ranimer, et encore le plus souvent, la connaissance ne revient pas, la résurrection des centres nerveux n'est possible que si la circulation n'a été interrompue que quelques minutes. Donc agir vite.

On peut pratiquer le massage du cœur par les méthodes suivantes :

A. *Massage direct dans la cavité péricardique.* — Le cœur est empaumé dans la main droite, quatre doigts en arrière, le pouce en avant, en ayant soin de ne pas comprimer les coronaires; on imprime à l'organe des pressions méthodiques que l'on espace selon le temps que mettent les cavités à se vider et à se remplir. Cette technique doit être formellement réservée aux opérations transthoraciques lorsque la brèche d'accès a déjà été pratiquée; le traumatisme surajouté pour découvrir le cœur, et le temps exigé dans toute autre occurrence conduiraient à un échec assuré, les observations le prouvent.

B. *Massage transdiaphragmatique.* — On le réservera de même aux cas où la laparotomie serait déjà pratiquée. Dans ce cas, la main droite est portée sous le diaphragme qu'elle déprime, le cœur que l'on perçoit à peine, car il est mou, est couché sur la face palmaire des doigts; la main gauche est placée sur le sternum et, entre les deux mains comme une pince, on cherche à comprimer rhythmiquement le cœur en l'abaissant.

Dans les cas très rares où le diaphragme ne se laisse pas déprimer, on a été amené à le perforer pour saisir le cœur.

C. *Massage transpariétal.* — Chez l'enfant, surtout chez le nouveau-né où la paroi est très souple, on peut arriver en la déprimant fortement à saisir le cœur et à le masser comme précédemment (Butruille). Chez l'adulte, d'après les expériences de Bœhm, la compression rythmique de la base du thorax et de l'épigastre, telle qu'elle est pratiquée dans diverses méthodes de respiration artificielle, suffit à établir un massage du cœur et une légère circulation artificielle. Crile conseille aussi un vigoureux massage sur la paroi thoracique avec les mains posées à plat (méthodes de Boehm, de König-Maas, etc., et autres variantes du procédé de Howard). On ne peut qu'admirer, dit Crile, le courage et l'audace des chirurgiens qui ont tenté la ressuscitation par le massage cardiaque direct ou transdiaphragmatique. Mais, à moins que la voie d'accès ne soit déjà exécutée, on doit les bannir complètement : le shock que l'opération ajoute, le temps qu'elle demande à exécuter ne permettent de masser le cœur que quand le cerveau est déjà irrémédiablement mort.

Donc, on doit s'en tenir au massage à travers la paroi qui exécute en même temps la respiration artificielle. On y adjoindra un autre moyen très puissant d'action sur le cœur et la circulation : les *injections intra-vasculaires*.

Deux modes de faire sont en présence : les injections intraveineuses, les injections intra-artérielles.

A. *Les injections intra-veineuses* de sérum ont pour but d'augmenter la tension sanguine en augmentant la masse du sang et en aidant à l'élimination du toxique qu'il peut contenir. Mais comme dans le cas de shock, il y a un relâchement du tonus vasculaire, la quantité à injecter serait énorme, et il y aurait danger d'œdème pulmonaire. Aussi, au sérum convient-il d'ajouter un vaso-constricteur puissant. Le plus employé est l'adrénaline. Crile emploie une solution de 1/50.000 à 1/25.000 renouvelée, pour un chien de taille moyenne, à raison de 3 centimètres cubes par minute, car l'action est passagère. L'emploi des solutions de chlorure de calcium préconisées par d'Halluin n'est pas encore sorti du laboratoire.

Cette méthode, jointe au massage du cœur, est déjà fort bonne, mais cède encore le pas aux injections intra-artérielles.

B. *Injections intra-artérielles.* — Celles-ci peuvent être faites dans le sens du courant sanguin et elles agissent comme l'injection intra-veineuse, ou dans les carotides, vers le cerveau, dans le but de désintoxiquer les centres. Cette méthode n'a donné que des insuccès. Pratiquement, on doit les exécuter en sens inverse du courant sanguin, c'est-à-dire vers le cœur, selon la *méthode de Spina*.

Si l'on injecte dans une artère, vers le cœur, du sang défibriné ou un liquide isotonique en masse suffisante, et sous une pression constante, le sang arrive au cœur, ferme les

valvules semi-lunaires, et se porte dans les coronaires. Quand la tension y atteint 40 millimètres, ou plus, le cœur est prêt à battre.

Une exception capitale est à signaler : si l'injection est faite dans le territoire de la carotide ou de l'humérale gauche, le liquide reflue par les collatérales et ne parvient pas au cœur. On pratiquera donc l'injection dans une artère d'un autre territoire, de préférence dans le champ ou à portée du champ opératoire.

Les meilleurs liquides à injecter seraient les sérums de Ringer ou de Locke (sérum plus 1/100 de fructose) oxygénés et chauds. On se servira d'une aiguille assez grosse pour que l'écoulement se fasse assez rapidement.

Au total, après des modifications successives, et des expériences en collaboration avec Dolley, voici la *technique indiquée par Crile* dans son dernier article (*Am. J. of the med. sc.*, avril 1909). Dès que l'accident se produit, des aides entraînés pratiquent le tubage avec un appareil de Fell O'Dwyers, la compression du tronc par le vêtement pneumatique ou un bandage serré, une pression rapide rythmique sur la poitrine avec une main de chaque côté du sternum pour produire à la fois une respiration et une circulation artificielle; pendant ce temps, le chirurgien insère une canule dans une artère, vers le cœur. Il injecte du sérum ordinaire, ou de Ringer, ou de Locke, ou en leur absence « de l'eau stérilisée, ou, en toute extrémité même, l'eau du robinet ». L'injection se fait au moyen d'un entonnoir et un tube en caoutchouc. Dès que l'écoulement a commencé, l'opérateur pique dans le tube de caoutchouc, près de la canule, une fine aiguille montée sur une seringue à injection hypodermique remplie d'adrénaline à 1/1000 et il injecte en une fois 15 à 20 gouttes. S'il est nécessaire, l'injection est répétée au bout d'une minute. Au moment des injections d'adrénaline on porte à leur maximum les pressions sur le thorax pour diffuser le plus possible son action vaso-constrictive. Il peut en résulter une augmentation de la tension qui peut atteindre le double de la normale. Aussitôt que les battements du cœur sont rétablis, on enlèvera la canule car il n'y en a pas besoin plus longtemps et la tension ferait refluer le sang dans le tuyau et l'entonnoir. La compression abdominale doit au contraire être laissée longtemps et ne doit être supprimée que progressivement.

Les résultats obtenus chez l'homme par cette technique ont été remarquables et Crile a réussi à dresser son personnel, si bien que la technique commence deux minutes après l'arrêt des battements du cœur.

En *résumé*, si l'on veut coordonner les connaissances pratiques que nous avons actuellement sur la ressuscitation dans les cas de mort apparente, on peut dire :

Dans les cas où l'asphyxie domine (noyés, pendus, asphyxie bleue des nouveau-nés, vomissements dans la trachée au cours d'une anesthésie générale, intoxication par l'oxyde de carbone, etc.), on doit pratiquer le plus rapidement possible l'évacuation des voies respiratoires si elles sont obstruées, et pratiquer l'insufflation pulmonaire directe par le tubage en même temps que le massage transpariétal du cœur.

A défaut de tout outillage nécessaire (secours sur la voie publique) le mieux est d'employer la méthode de respiration artificielle de Schäfer.

Dans le cas de syncope après une hémorragie grave, on pratiquera une abondante injection intra-veineuse de sérum-adrénaline pendant laquelle on pratiquera le massage transpariétal du cœur. Dans le cas d'hémorragie grave par plaie du cœur, après la suture, on fera une injection intra-ventriculaire de sérum chaud suivi de massage direct.

Quant aux syncopes réflexes ou toxiques des anesthésiques généraux (chloroforme, éther, chlorure d'éthyle, etc.), du shock opératoire, aux décharges électriques violentes, aux diverses syncopes réflexes, on appliquera de préférence la méthode de Crile : tubage, compression de l'abdomen, massage du cœur et respiration artificielle par compression rhythmique du thorax, injection intra-artérielle vers le cœur, de sérum de Locke ou de sérum-adrénaline.

Le massage intra-péricardique du cœur est réservé aux opérations intra-thoraciques, lorsque le cœur est déjà découvert, de même que le massage transdiaphragmatique ne sera pratiqué que si l'abdomen est déjà ouvert au moment de la cessation des battements.

Dans tous les cas, on agira rapidement mais sans précipitation et avec méthode. M. LANCE.

LIVRES NOUVEAUX

Histoire de la médecine. Fac-simile très réduit, au trait, du grand dessin de Noé LEGRAND, d'après la composition de M. Urbain Bourgeois, reproduite pour la première fois (1).

Si les humouristes ont à l'envi — et jusqu'à satiété — caricaturé quelques-uns de nos hommes de science, aucune composition réellement artistique, probe, élevée, n'avait été produite en l'honneur des sciences médicales. On ne doit pas oublier, pourtant, que le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris est décoré d'une peinture murale de M. Urbain Bourgeois, représentant l'*Histoire de la médecine*. C'est une magnifique allégorie composée de cinquante-six figures plus grandes que nature, réunissant les savants, médecins, physiologistes, qui ont le plus illustré l'art de guérir dans tous les pays et dans tous les temps. On y voit, groupés harmonieusement, dans un cadre idéal, depuis Hippocrate et Galien, les maîtres des diverses écoles, Arabes, Salernitains, etc. ; puis les Paré, les Vésale, et jusqu'aux Bichat, aux Claude Bernard de l'époque moderne.

Depuis près de quinze ans qu'elle existe, cette œuvre magistrale n'avait jamais été reproduite, et elle risquait de ne pas l'être de sitôt : des difficultés matérielles quasi insurmontables s'y opposent, portant le plus grave préjudice à la mission éducatrice et moralisatrice de l'art. Il a fallu que M. Noé Legrand, déjà historiographe d'art de la Faculté, mais encore artiste de valeur, refît entièrement, d'après cette peinture ne mesurant pas moins de 23 mètres de long, un vaste dessin original de 4 mètres qu'il pût alors faire graver. Grâces lui en soient rendues : l'œuvre de M. Noé Legrand, marquée au coin de la conscience et du goût, et poussée au degré de son modèle, est digne du cabinet de travail des maîtres ou des praticiens éminents, aussi bien que de tous les fidèles de la médecine ou de l'art.

L'image, exécutée d'un seul morceau, mesure un mètre de long : au-dessous, sont inscrits, dans l'ordre où ils figurent, les noms de tous les maîtres représentés. En outre, elle est accompagnée d'une coquette notice historique et descriptive, illustrée par l'auteur; on y suit aisément l'évolution chronologique, et chaque personnage s'y trouve nettement caractérisé.

Nous n'insisterons pas sur la haute portée qu'aura pour le monde médical français et étranger la vulgarisation de cet unique tableau, constituant dans son ensemble un véritable enseignement. A ce point de vue, l'Etat et la Faculté sauront gré à M. Noé Legrand de l'initiative, du désintéressement, comme du talent qu'il a mis dans l'exécution de cette reproduction qu'on n'avait su confier à aucun graveur, et qu'aucun photographe n'avait pu assumer.

(1) Longueur de l'estampe : un mètre. — Prix de l'estampe avec sa notice historique : sur fond blanc, 12 francs; sur fond crème, 15 francs. — Paris, A. Maloine, et chez l'auteur, 10, rue des Feuillantines, Paris, V^e.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLX, n° 13, 1er avril 1909.) Robert B. OSGOOD : Les progrès récents dans le traitement des diverses affections appelées rhumatisme (discussion, p. 414, 2 fig.) — Ernest BOYEN YOUNG et Lawrence J. RHEA : Infection après avortement due au bacillus aerogenes capsulatus. Description de deux cas, dans l'un desquels le bacille a été trouvé dans le courant sanguin pendant la vie. — Carleton R. METCALF : La péricardite tuberculeuse. — Roger S. LEE et Wyman WHITTEMORE : La réaction de Wassermann dans la syphilis et des autres maladies (2 tableaux). — Maurice Vejux TYRODE : Idées modernes sur l'emploi de la thérapeutique et la pharmacodynamie. — F. B. LUND : Un cas de tumeur ovarienne à pédicule tordu chez un enfant de trois mois. — (N° 14, 8 avril.) Henry F. HEWES : L'examen des fèces pour l'étude de l'état fonctionnel du tube digestif en clinique. Etude expérimentale de la méthode de Schmidt et Strasburger pour la recherche de l'état fonctionnel du tube digestif au point de vue de l'absorption et déjection des aliments, par l'examen macroscopique et microscopique des fèces (1 tableau). — Edwin A. LOCKE et Simon F. COX : L'hôpital municipal pour les tuberculeux avancés à Boston (6 fig.). — T. Chittenden HILL : Revue rapide des méthodes chirurgicales pour l'extirpation des hémorroïdes. — (N° 15, 15 avril.) Simon BARUTH : Quelques vérités sur l'hydrothérapie. — Henry C. BALDWIN : L'élément personnel dans la prescription de l'hydrothérapie. — Frederick T. LORD : Le traitement de la pleurésie fibrineuse et séro-fibrineuse. — L. R. G. CRANDON, Edwin H. PLACE et William J. BROWN : Noma, sept cas, deux guérisons. Quarante cas de contagion (13 fig.). — Richard C. CABOT : La consommation de l'alcool et d'autres médicaments au Massachussets general Hospital (2 graphiques). — Thomas J. MAYS : L'action thérapeutique du venin du serpent à sonnettes dans la consomption pulmonaire, la bronchite chronique et aiguë, l'asthme, etc., et dans quelques névroses bien caractérisées (32 obs.). — Henry T. HUTCHINS : Mode d'abord facile en dehors du péritoine des abcès du ligament large.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 13, 1er avril 1909.) SELLHEIM : Sur l'indication et la technique du forceps. — HOFFMANN : Examen du sérum antityphique de Nuger-Bergell. — SCHULTZ : Sur la statistique de la coagglutination des bacilles typhique et paratyphique B. — BUSSE : Sur l'étendue et la source des erreurs dans la recherche des opsonines. — BRAUNSTEIN : Sur l'origine et la signification clinique de l'antitrypsine, en particulier chez les cancéreux. — MELTZER : Remarques sur l'action de l'adrénine sur la pupille de la grenouille. — CORNESSATTI : Une méthode simple de recherche de l'adrénaline dans le tissu des capsules surrénales. — CAHN : Expériences sur la prostatectomie. — HAEDICKE : Contribution au traitement interne des maladies urinaires en particulier par la cystopurine. — LEPPER : Un nouveau radiographe. — (N° 14, 8 avril.) STAEHELIN : Sur le ralentissement des échanges. — BERGMANN : Le problème de la diminution des échanges dans l'obésité. — EISENBERG : Sur l'utilisation du contenu des bulles de vésicatoires pour les recherches biologiques. — SCHÜRMANN : La recherche de la syphilis par une réaction colorante. — ROSENFELD : Sur l'ictère familial. — SCHAWLOW : Sur le traitement des arthrites graves. — JAEGER : Comment réussit le traitement de la mastite puerpérale par les appareils d'aspiration ? — BURMEISTER : Deux œsophagotomies pour extirpation de corps étrangers. — FRIEDMANN : Antiphone et audiphone. — KRAEMER : Contribution à l'arrachement de l'aponévrose d'extension des doigts et son traitement. — DEUGET : Spirosal et aspirine. — (N° 15, 15 avril.) HIS : Goutte et rhumatisme. — BERGEL : Sur les actions de la fibrine. — WECHSELMANN : Syphilis post-conceptionnelle et réaction de Wassermann. — TSCHERNOGUBOW : Un procédé simplifié de réaction de Wassermann. — RŒMHELD : Sur la clinique du pseudo-tabes diphtérique. — JARESLAW : Traitement de la tuberculose laryngée par le sérum antituberculeux de Marmorek. — FELLNER : Sur le traitement de l'exsudat pleurétique. — EHRMANN : Sur la méthode de la recherche qualitative et quantitative des petites quantités d'adrénaline dans le sang et les sérosités. — LÉVY : L'hémolyse des streptocoques. — (N° 16, 22 avril.) OPPENHEIM et KRAUSE : Sur le pincement ou strangulation de la queue de cheval. — BRAUN : Sur la fixation du siège des projectiles dans le crâne. — LICHTENBERG : Réalisation technique de l'anesthésie locale dans les grosses hernies inguinales. — BICKEL : Sur la pathogénie des troubles nerveux de la sécrétion gastrique. — GROSS : Sur l'examen fonctionnel du pancréas. — ENGELEN : Différentes formes cliniques de la syphilis du système cérébro-spinal. — LEWIN : Etude expérimentale du cancer et théorie infectieuse. — KAISER : Sur l'action du formol sur l'expectoration tuberculeuse. — LUSTIG : Sur un cas d'exophtalmie unilatérale. — HARNAK : Sur la teneur des préparations médicamenteuses en substances actives.

Medizinische Blætter. — (Nos 13, 14 et 15, 27 mars, 3 et 10 avril 1909.) SPERLING : Assimilation, troubles de l'assimilation et cures d'assimilation. — (Nos 16 et 17, 17 et 24 avril.) FISCHLERG : La tuberculose chez les Juifs.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 27 avril 1909.) JUNG : Indications et technique de la césarienne classique extra-péritonéale et de l'hébotomie. — HENKEL : Sur le traitement de la rétroversion fixée de l'utérus. — HERING : Sur le point de départ normal de l'activité cardiaque et sur la modification dans les circonstances pathologiques. — AUTON : Sur les processus de séparation spontanée dans les tumeurs cérébrales. — WAELSCH : Sur la syphilis d'emblée et la syphilis professionnelle des médecins. — STOFFEL : Pied plat et arthropathie psoriasique. — RAAB : Un nouvel appareil à modifications de courant. — SCHINDLER : Un nouveau suspensoir lavatile et capitonné. — HARTUNG : Un nouveau pansement pour la luxation claviculaire sus-acromiale. — ZANGEMEISTER et GAUS : L'influence de l'infection streptococcique sur la formule leucocytaire chez le singe avec remarques sur la méthode de recherche.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 14, 4 avril 1909.) WENCZEL : La version podalique prophylactique en pratique gynécologique. — VIDAKOWICH : Expériences sur la pratique du sérum antiscarlatineux de Mapmann. — (N° 15, 11 avril.) FINALY : Un cas de rupture sous-cutanée du rein. — SCHÖNHEIM : Un cas de sécrétion lactée survenue spontanément. — TAPNA : Méthodes modernes d'examen du sang. — (N° 16, 18 avril.) KRAUSS : Sur l'intoxication par le sublimé ; étude fondée sur 46 cas. — SCHÖNHEIM : Un cas d'exsudat pleural récidivant. — (N° 17, 25 avril.) POLYA : Sur les kystes du pancréas. — HELLEBRAUD : Contribution à la morphologie des dents humaines.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Radioscopie gastrique et maladies de l'estomac. Clinique et thérapeutique. L'adulte et le nourrisson, par G. LEVEN, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hospice des Enfants-assistés et G. BARRET, chef du laboratoire de radiologie de l'hospice des Enfants-assistés. In-18 jésus, cart. toile, de 200 pages, avec 35 fig. dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Atlas d'anatomie pathologique chirurgicale urinaire, par CATHELIN. Un volume, 50 planches hors texte. — Paris, Paulin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — Ecole principale du service de santé de la marine. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits (année 1909) :

Brest. — MM. Allègre, Barbin, Belley, Bouillet, Cabouat, Cariou, Carlerré, Chabiron, Durieux, Gélébart, Gouriou, Le Cuziat, Le Gallen, Lemagourou, Martin, Martin, Nicouleau, Petel, Portmann, Pruche, Roussel, Singer, Tritschler, Vogel, Waquet.

Rochefort. — MM. Bonrepaux, Bordes, Capéran, Carton, Chauvin, Commes, Crozat, Darleguy, Fayolle, Fiderlay, Gautron, Girard, Hollier, Lachaume, Lhuerre, Marlingeas, Martin, Mercier, Micheau, Morin, Nayrolles, Pichot, Puel, Raynaud, Savignac, Tenot, Viéron, Vrignaud.

Toulon. — MM. Ambiel, Armand, Astié, Augé, Bastide, Boudet, Buffon, Chataignon, Chevreau, Dejean, Delfini, Eggimann, Gasne, Gorjux, Héritier, Jaffiero, Jouvelet, Labessant, Monteux, Négrié, Nivière, Pons, Raynaut, Ricou, Santarelli, Schwebel, Stéfani, Stilling.

Les épreuves orales commenceront le jeudi 12 août 1909, à Rochefort, à huit heures du matin.

La VIe session du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie se tiendra à Toulouse, du 22 au 27 septembre 1910, sous la présidence de M. le professeur Kirmisson.

Les présidents de section seront : pour la pédiatrie, M. le professeur Kirmisson ; pour la gynécologie, M. le professeur Hartmann ; pour l'obstétrique, M. le professeur Rouvier (d'Alger).

Les demandes de renseignements devront être adressées au secrétaire général du Congrès, M. Audebert, professeur de clinique obstétricale, 1, place Matabiau, à Toulouse.

Le Comité d'organisation a choisi les questions suivantes, qui feront l'objet d'un rapport au Congrès de Toulouse :

Formes aiguës curables de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — Rapporteur : M. Aviragnet.

Eczéma des nourrissons. — Rapporteur : M. Rogaz.

Ostéomyélite vertébrale. — Rapporteur : M. Grisel.

Sténose pylorique des nourrissons. — Rapporteurs : MM. Frédet et Guillemot.

Megacôlon. — Rapporteur : M. Patel.

Tumeurs solides de l'ovaire. — Rapporteur : M. Mériel.

Rapports de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement. — Rapporteur : M. Audebert.

Pathogénie et traitement des vomissements graves de la grossesse. — Rapporteur : M. Fieux.

Physiothérapie (cours de vacances). — Les six conférences auxquelles pourront assister les élèves régulièrement inscrits à l'une des deux séries du cours de vacances de physiothérapie, organisé par MM. Albert-Weil, Cautru, Degrais, Desfosses, Dominici, Kruger, Leroy, Sandoz et Wetterwold, du 4 au 26 octobre, à l'école des Hautes-Etudes sociales, 16, rue de la Sorbonne, seront faites par MM. Bardet, Martinet et Mougeot sur « ce qu'il est indispensable de savoir en diététique, climatothérapie et hydrologie clinique ».

La première série de leçons comprend : l'électro, la radio, la radium, la photo et l'hydrothérapie.

La deuxième série comprend : le massage des diverses régions, la kinésithérapie gynécologique, la mécanothérapie, la gymnastique et la méthode de Bier.

Le prix de chaque série de vingt leçons est de 50 francs. On peut s'inscrire, dès à présent, chez MM. Vigot, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, ou chez le docteur Durey, 16, rue de Logelbach.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 5, mai 1909.) R. SABOURAUD : Sur les soi-disant godets produits par des trichophytons et de soi-disant trichophytons producteurs de godets. — PELLIER : Etude des altérations déterminées par l'huile grise. — MINOT : Un cas de lichen de Wilson du thorax et du bras à disposition zostérienne, — G. THIBIERGE et P. GASTINEL : Erythème induré de Bazin, réaction cutanée positive et disparition des éléments primitifs à la suite d'injections intra-dermiques de tuberculine. — L.-M. PAUTRIER : Mycosis fongoïde à tumeurs primitives d'emblée. — Ch. AUDRY : Sur un soi-disant adénome sébacé congénital unilatéral de la face. — (N° 6, juin.) G. THIBIERGE : Notice sur Ernest Besnier. — W. DUBREUILH : Détatouage par décortication (un nouveau procédé). — J. POUGET : Un cas de milium colloïde. — R. BRANDEIS : Inclusion de fibres textiles disséminées dans le derme. Phagocytose consécutive. — (N° 7, juillet.) RAVAUT et PINOY : Sur une nouvelle forme de discomycose cutanée. — Dalla FAVERA : Sur l'état actuel des trichophyties de la province de Parme (Italie). — SABOURAUD : De la radiothérapie des teignes; des critiques qu'on lui a faites; des accidents qu'elle peut causer et des moyens de les prévenir.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 5, mai 1909.) W.-E. CASSELBERRY : La paralysie récurrentielle et abductrice du larynx. Diagnostic et traitement. — BOURGUET : Double abcès cérébral d'origine auriculaire diagnostiqué. Opération et guérison. — LAFITE, DUPONT et MOULINIER : Réaction diagnostique de la tuberculine sur la muqueuse nasale. La rhino-réaction. — J. FOURNIÉ : Pathogénie des mastoïdites aiguës diffusées. Discussion sur le rôle de la paracentèse. — P. BRUNEL : De l'ossilectomie dans la cure radicale de l'otorrhée. — P. GAUTHIER : Curabilité des méningites aiguës et spécialement de la méningite otogène. — (N° 6, juin.) LANNOIS et DURAND : Deux cas d'intervention pour tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux : tumeurs de l'acoustique. — LUC : Deux cas de septicémie d'origine auriculaire. — JOURDIN : A propos d'un cas d'otite moyenne double à exsudat fibrineux. — BROC : Lymphosarcome des ganglions cervicaux ; métastase intracranienne. Destruction de l'hypophyse et du corps du sphénoïde. — (N° 7, juillet.) BOURGEOIS et EGGER : Les œdèmes du larynx. — BALDENWECK : L'ostéite de la pointe du rocher d'origine otique. — POYET : Leucoplasie laryngée. — GLOVER : Fonction amygdalienne. Troubles vaso-trophiques nasaux et pharyngiens. Opothérapie.

Annales médico-psychologiques. — (N° 1, juillet-août 1909.) CORNU : Un aliéniste précurseur. — CHASLIN et A. COLLIN : Délire de persécution et de grandeur mystique avec hallucinations visuelles chez un débile. — SOUKHANOFF : Sur la cyclothymie et la psychasténie et leurs rapports avec la neurasthénie. — DA CUNHA et VIANNA : Contribution à la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses et mentales. — CHATELAIN : Débile homicide. Irresponsabilité. Demande de mise en liberté. Rejet après expertise médico-légale.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 263, 10 juin 1909.) G. MARINESCO : Deux cas de sclérose en plaques améliorés par la radiothérapie. — J. BERGONIÉ et TRIBONDEAU : Effets de l'étincelle de fulguration sur la cornée. — H. MÉRET : Névralgie faciale guérie par le courant continu à haute intensité (méthode de J. Bergonié). — R. MARQUE : Des inconvénients cliniques et scientifiques de l'exercice illégal de l'électrothérapie par les empiriques. — (N° 264, 25 juin.) Ch. BOUCHARD : Rapport relatif à la réglementation de l'emploi médical des rayons de Röntgen. — J. BERGONIÉ et L. TRIBONDEAU : Effets de l'étincelle de fulguration sur les vaisseaux. — (N° 265, 10 juillet.) MOUCHET et LAMY : Les erreurs d'interprétation dans la radiographie des fractures. — JOSSERAND : Inconvénients cliniques et scientifiques de l'exercice des rayons X par les empiriques. — ROQUES : Miroir radiométrique, modèle nouveau. — (N° 366, 25 juillet.) VERGER : Du traitement médical des névralgies faciales. — IMBERT : Les erreurs d'interprétation en radiographie. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Sur la radiographie des fractures. — ARCELIN et RAFIN : Valeur du diagnostic radiographique dans les affections des voies urinaires. — DESPLATS : Sur les résultats de la fulguration dans le traitement du cancer.

Archives générales de chirurgie. — (N° 5, 25 mai 1909.) FRŒLICH : Paralysie ischémique de Volkmann (considérations à propos de 8 cas personnels). — Victor NICAISE : La néphrectomie partielle dans le traitement du kyste hydatique du rein. — Denis G. ZESAS : Les déformations tardives consécutives aux fractures du membre inférieur. — MAUCLAIRE et JACOULET : Un cas de fracture de l'extrémité supérieure du premier métacarpien (van Bennett). — (N° 6, 25 juin.) F. LEGUEU, L. MOREL et H. VERLIAC : L'anesthésie par voie rectale. — G. POTEL et L. BRUYANT : Sur un cas d'épithéliome testiculaire paraissant d'origine wolffienne (fig.). — P. MAUCLAIRE et P. PETITEAU : Les fractures de l'astragale avec luxation des fragments (fig.). — J. DE FOURMESTRAUX : Sur la durée du séjour au lit des opérés. — (N° 7, 25 juillet.) LEGUEU, MOREL et VERLIAC : L'anesthésie par voie rectale (*fin*). — MARQUIS : Les limites et le traitement de l'ostéomyélite chronique d'emblée. — Denis G. ZESAS : La phlébite blennorragique. — MAUCLAIRE : Le bismuthage des trajets fistuleux.

Archives générales de médecine. — (N° 5, mai 1909.) H. ROGER et J. MARGAROT : Angine phlegmoneuse et diphtérie. Relations. Diagnostic différentiel. — RODIET et PANSIER : Lésions du fond de l'œil et troubles visuels chez les paralytiques généraux. — Robert DUPONT : Anurie calculeuse. Néphro-lithotomie. Guérison. — (N° 6, juin.) Georg. ETIENNE et Maurice PERRIN : La leucocytose et l'équilibre leucocytaire dans la broncho-pneumonie des vieillards. — BAR et BERTENI : Contribution à l'étude du genou à ressort.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 5, mai 1909.) M. LŒPER et F. RATHERY : La réaction pancréatique dans le cancer de la tête du pancréas. — O. MONOD : Origine et valeur de l'urobiline. — C. FLEIG : Note complémentaire sur la pathogénie de la tétanie gastrique. — (N° 6, juin.) A. GILBERT et A. LIPPMANN : Anisurie et isurie. — LE NOIR et COURCOUX : Un cas de cancer de l'ampoule de Vater, genre wirsungien. — H. ROGER : Des fistules gastro-coliques dans le cancer de l'estomac. — CERNÉ et DELAFORGE : Une nouvelle préparation bismuthée. — (N° 7, juillet.) GUISEZ : Etude œsophagoscopique et thérapeutique des spasmes graves de l'œsophage (spasmes de l'extrémité supérieure et cardiospasmes). — CADE : Sur les difficultés du diagnostic du cancer de l'estomac et la valeur séméiologique des gastrorragies occultes.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 7, juillet 1909.) GAUDEAU (de Tours) : Les accidents du traitement arsenical de la chorée de Sydenham.

PYÉLONÉPHRITE SPOROTRICHOSIQUE

Par MM. ROCHARD, RUBENS DUVAL et BODOLEC.

La sporotrichose n'est guère connue chez l'homme que par ses déterminations cutanées. Nous avons eu l'occasion d'étudier un cas de sporotrichose primitive du rein. Il nous a paru intéressant de relater l'histoire de ce cas et les recherches de laboratoire effectuées à son occasion.

La malade Marie S..., âgée de vingt-neuf ans, entre le 9 octobre 1907, à l'hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers, parce qu'elle souffre du rein droit. Dans ses antécédents héréditaires il n'y a rien qui mérite d'être retenu. Marie S... n'a jamais été malade pendant son enfance ni son adolescence. A vingt et un ans elle a un premier enfant. Celui-ci naît prématurément à huit mois et demi, la mère ayant fait une chute. Les suites de couches furent normales. Une nouvelle grossesse survient à l'âge de vingt-six ans. Au cours de cette grossesse, la présence d'albumine est constatée dans les urines. Vers le septième mois, les urines deviennent sanglantes et l'hématurie persiste deux jours. A partir de cette époque la malade ressent des douleurs assez vives dans le côté droit de l'abdomen. Il n'existe pas de fièvre. L'accouchement se fait normalement le 25 décembre 1905. La malade quitte l'hôpital au bout de dix jours malgré l'avis contraire du médecin.

Huit jours après la sortie de l'hôpital, un médecin constate des filaments dans les urines. Il n'existe pas de cystite.

Peu de temps après, les *urines deviennent troubles,* puis *progressivement purulentes,* avec des rémissions de deux ou trois jours pendant lesquelles les urines émises sont claires. Les rémissions sont suivies de débâcles purulentes.

Une *tumeur apparaît dans la fosse lombaire droite.* Elle augmente peu à peu de volume, gênant la marche, et empêchant la malade de vaquer à ses occupations.

La malade s'amaigrit progressivement à partir de ce moment, mais elle n'accuse pas de fièvre.

En juillet 1906, elle consulte un nouveau médecin qui, pensant à un rein flottant, fait quelques séances de massage. La douleur s'accuse, la tumeur va grossissant jusqu'en octobre 1907, époque à laquelle elle entre salle Denonvilliers.

La malade souffre de douleurs lombaires et ses urines sont purulentes. Douleurs lombaires accusées par la malade et pyurie abondante constatée aisément guident l'examen clinique du 10 octobre.

L'exploration décèle, dans la fosse lombaire droite, la présence d'*une tumeur volumineuse,* faisant saillie dans l'abdomen et dont le pôle inférieur, descendant dans la fosse iliaque, peut être senti par le toucher vaginal. C'est une tumeur assez régulièrement arrondie, ferme, douloureuse à la pression. Ballottante à la palpation, elle est, d'autre part, séparée du foie par une bande de sonorité.

Cette tumeur dépend évidemment du rein droit. La pyurie qui l'accompagne permet de diagnostiquer une pyélonéphrite.

Mais la pyurie a été tardive et précédée de douleur et d'hématurie. Ce n'est donc pas une pyélonéphrite ascendante qui eût été précédée de cystite, mais une pyélonéphrite d'ordre général, préparée par la compression de l'uretère à l'occasion d'une grossesse.

La malade est opérée le 19 octobre par M. Rochard. L'opération pratiquée est la néphrectomie intra-capsulaire par voie lombaire. L'essai de néphrectomie extra-capsulaire, tentée tout d'abord, dut être abandonnée en raison des adhérences au péritoine, au côlon, à la veine cave inférieure. La coque périnéphrétique est dure, épaisse; le rein peut en être dégagé non sans quelque difficulté; on le sent bourré de calculs. Deux clans placés sur le pédicule font presque éclater la coque du parenchyme rénal qui est très réduit. Le rein est excisé ainsi qu'une partie de la poche périnéphrétique qui a pu être dégagée. Ligature des vaisseaux, drainage.

Le rein est envoyé au laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis. Il forme une grosse masse irrégulièrement bosselée. A la coupe on constate que le parenchyme rénal est très réduit et creusé d'un grand nombre de loges pyélorénales remplies de pus et de calculs. Le pus est grisâtre, visqueux et assez épais; les calculs sont blancs, grisâtres, irréguliers et s'effritent sous le doigt. Ils sont nombreux et de dimensions variées. Les plus volumineux atteignent la grosseur d'une petite noix. Les cavités pyélorénales sont irrégulières, anfractueuses, ulcérées.

Le pus fut ensemencé systématiquement (de même qu'un grand nombre d'autres pus provenant de suppurations viscérales diverses qui donnèrent toujours un résultat négatif relativement à l'existence du sporotrichum) sur six tubes de gélose maltosée à 4 p. 100 (milieu de culture de Sabouraud) et les tubes furent laissés à la température ordinaire du laboratoire.

Le sixième jour de l'ensemencement, le 25 octobre, apparurent les premières cultures. Elles se développèrent rapidement et prirent les caractères typiques du sporotrichum de Schenk-de Beurmann (colonies arrondies, surélevées au-dessus de la surface du milieu de culture, circonvolées et noires en leur centre). Les colonies étaient au nombre de 5 à 7 par tube. Tous les tubes furent positifs, aucun ne fut souillé par une impureté.

L'examen microscopique des colonies confirma qu'il s'agissait bien du sporotrichum.

Dès lors le diagnostic de sporotrichose rénale était établi et le traitement ioduré fut aussitôt institué. Des ensemencements bactériologiques faits ultérieurement, mais après institution du traitement ioduré (toujours sur le milieu de Sabouraud et dans les mêmes conditions), le 27 octobre avec l'urine de la malade, le 28 avec la sérosité qui s'écoulait du drain dans la plaie opératoire, ne donnèrent aucune colonie de sporotrichum.

Les suites de l'opération furent normales et même particulièrement simples eu égard aux difficultés opératoires et la malade sortit de l'hôpital, pouvant être considérée comme complètement guérie; mais on lui prescrivit néanmoins un traitement ioduré à continuer chez elle.

Elle revint nous voir, dix mois après son opération, en août 1908. Elle se considérait comme parfaitement guérie et ne se plaignait de rien; cependant l'examen minutieux permit de constater à la partie supéro-interne de la cuisse droite une masse de consistance pâteuse située profondément dans l'hypoderme et qui, ramollie en son centre, donnait, à ce niveau, un peu de fluctuation. Cette masse, indolore tant spontanément qu'à la palpation, avait tous les caractères cliniques, bien connus, des gommes sporotrichosiques hypodermiques.

Nous priâmes M. Monier-Vinard de vouloir bien rechercher alors chez cette malade si la sporo-agglutination de Widal était positive. Il constata que le sérum de la malade agglutinait les spores du sporotrichum de Schenk-de Beurmann à 1/200e. M. Abrami fit aussi la réaction de fixation qui se montra positive. Cette double recherche de MM. Monier-Vinard et Abrami est très importante, car elle confirma à dix mois de distance la nature sporotrichosique de l'affection.

La malade fut soumise de nouveau au traitement ioduré et, après un mois de ce traitement, MM. Monier-Vinard et Abrami purent constater la disparition des deux réactions de fixation et d'agglutination.

De nombreux fragments du rein atteint de pyélonéphrite sporotrichosique avaient été fixés au liquide de Dominici. Sur les coupes pratiquées après inclusion à la paraffine et colorées par diverses méthodes (éosine orange et bleu de toluidine, hématéine de Dominici, alun de fer et liquide de

van Gieson, etc.) on constate que le bassinet et les calices sont distendus et remplis de pus. Le parenchyme rénal est refoulé et comprimé corrélativement à la pyonéphrose et à la sclérose atrophique dont il est le siège. Mesurée sur un grand nombre de coupes, l'épaisseur maxima du parenchyme rénal notée a été 1 centimètre et l'épaisseur minima 2 millimètres. Le parenchyme présente des lésions importantes de sclérose, mais il n'y a pas de foyers purulents dans la substance médullaire ni dans la substance corticale.

Les poches purulentes des calices sont sans doute de dates différentes car elles ne présentent pas toutes la même structure. Le pus qu'elles renferment est partout identique à lui-même; il est formé de polynucléaires neutrophiles pour la plupart peu altérés et de macrophages dont quelques-uns en activité contiennent des débris cellulaires phagocytés.

En quelques points, les calices, malgré leur contenu purulent ont conservé leur revêtement épithélial, mais il est très modifié. Les cellules épithéliales extrêmement hypertrophiées dans toutes leurs parties se renflent en raquette, se pédiculisent et tendent à desquamer. En de nombreux points le revêtement épithélial a complètement disparu et le pus entre directement en contact avec le coussinet adipeux rétropyélique. Celui-ci, que l'épithélium soit conservé ou non, a subi des modifications profondes. Toute la graisse a disparu, les cellules adipeuses ont fait retour à un état indifférencié et une néoformation abondante de vaisseaux sanguins s'est effectuée. Un véritable tissu de bourgeons charnus s'est ainsi constitué. Nous n'avons pas à nous attarder à sa description, qui serait sensiblement celle de tout tissu de bourgeons charnus. Disons seulement que beaucoup de mononucléaires qui l'infiltrent évoluent en plasmazellen. Un assez grand nombre d'entre elles subissent la dégénérescence érytrophile de Dominici.

Au delà de ce tissu de bourgeons charnus qui ne forme qu'une couche d'une épaisseur relativement faible et qui manque en quelques points (1) se trouve, soit immédiatement le parenchyme rénal, dont nous étudierons bientôt les lésions, soit le coussinet adipeux rétropyélique encore reconnaissable, sauf dans le cas de sclérose déjà anciennement établie.

Celui-ci a, en effet, subi des modifications diverses sans doute en rapport avec l'ancienneté du processus inflammatoire. A leur degré le plus léger, les manifestations inflammatoires consistent en un œdème marqué, une vascularisation plus abondante et une infiltration cellulaire plus ou moins accentuée du tissu adipeux.

Les vaisseaux sont très nombreux et très apparents car ils sont dilatés et tantôt congestionnés, tantôt bourrés d'un nombre considérable de polynucléaires qui les remplissent à peu près à l'exclusion de tout autre élément.

L'infiltrat cellulaire est essentiellement constitué par des mononucléaires. Il présente deux modalités différentes : infiltrat diffus de mononucléaires essaimés entre les vésicules adipeuses et dont beaucoup se transforment en plasmazellen; infiltrat nodulaire de mononucléaires qui gardent à la périphérie le type de lymphocytes et de moyens mononucléaires et qui évoluent au centre en cellules germinatives de Flemming, de manière à constituer des nodules lymphoïdes pourvus de centres germinatifs identiques aux follicules clos de l'intestin par exemple. La néoformation de follicules lymphatiques atteint ici un degré extrême; nous ne faisons que la signaler, nous y reviendrons plus loin.

Le nombre des cellules adipeuses est diminué au prorata de l'abondance de l'infiltration des mononucléaires; celles qui sont conservées gardent leurs caractères normaux.

(1) En ces points le coussinet adipeux se continue insensiblement avec le pus. Les cellules adipeuses régressent, perdent leur graisse, desquament, se conforment en macrophages. En même temps les polynucléaires s'insinuent entre les cellules primitivement adipeuses et achèvent leur dissociation. Le tissu adipeux se fond ainsi graduellement en la substance même du pus.

Plus souvent, on rencontre des modifications plus accentuées. La vascularisation et l'infiltration des mononucléaires sont semblables ou plus considérables, mais surtout il y a une transformation massive des cellules adipeuses qui entrent en régression. Elles résorbent leur graisse. Leur protoplasme s'hypertrophie et devient plus apparent ainsi que leur noyau. Après dissolution de leur graisse par le xylol elles prennent l'aspect de cellules formées d'un spongioplasme très développé et finement vacuolaire.

Ce sont là les modifications que l'on rencontre sur les coupes de la plupart des fragments.

Ainsi entrées en régression, les cellules, primitivement adipeuses et redevenues indifférenciées, sont capables de s'adapter aux fonctions les plus utiles pour la défense de l'organisme. C'est ainsi qu'elles peuvent s'adapter à la fonction macrophagique. Elles desquament alors et tombent dans le pus. C'est en ces points que la couche de bourgeons charnus fait défaut et que le tissu adipeux se résout en quelque sorte, graduellement, en le pus qui distend les calices.

Elles sont capables d'évoluer en fibroblastes et d'engendrer du tissu de sclérose, aussi, là où les lésions sont le plus anciennes, les cellules adipeuses ont totalement disparu et une sclérose importante s'est constituée. Entre les volumineux faisceaux fibreux se glissent des traînées de plasmazellen accusant un processus inflammatoire encore en activité.

Le parenchyme rénal est envahi à peu près totalement par la sclérose. Ce n'est que par parcelles que l'on rencontre, et sur un petit nombre seulement des fragments examinés, un tissu rénal non sclérosé et où les tubes contournés et les anses de Heule soient encore reconnaissables. En ces points, le tissu rénal présente d'ailleurs des modifications d'hyperplasie compensatrice.

Partout ailleurs on note une sclérose extrême qui enserre et étouffe les éléments nobles du rein.

Dans la zone médullaire on voit la néphrite se constituer par une infiltration de polynucléaires autour des tubes de Bellini. Les polynucléaires forment des manchons entre le tube excréteur et le tissu conjonctif interstitiel sclérosé ou pénètrent dans la lumière du tube.

Dans la zone corticale les tubes urinifères sont très diminués de nombre. Ils sont petits, atrophiés. Leur épithélium a perdu ses caractères différentiels et a pris un type banal indifférencié d'épithélium de revêtement à cellules cubiques ou aplaties. Il est impossible par suite de reconnaître les tubes contournés ou les branches des anses de Heule.

Les glomérules de Malpighi sont altérés. La capsule de Bowmann s'épaissit, le pédicule artériel du glomérule, enfin tout le glomérule peut prendre un aspect homogène. Le plus souvent la glomérulite se borne à l'atteinte de la capsule et du pédicule artériel. Il s'agit là de dégénérescence hyaline ou plus vraisemblablement d'un début de dégénérescence amyloïde (1).

Les vaisseaux participent à la sclérose générale de l'organe et semblent la diriger. La capsule propre du rein est peu épaissie.

Le parenchyme sclérosé est infiltré de nombreux éléments cellulaires qui sont toujours en prédominance des mononucléaires et surtout des plasmazellen. Cette infiltration n'est pas seulement diffuse, elle est aussi nodulaire.

(1) L'aspect de ces glomérules est identique à celui de glomérules atteints de dégénérescence amyloïde au début. Les procédés de coloration employés habituellement pour mettre cette dégénérescence en évidence (violet de méthyle 6B; bleu polychrome pur) ont échoué, mais nous avons constaté sur des pièces où la dégénérescence amyloïde était incontestable que ces réactions ne réussissaient pas toujours après les méthodes de fixation et d'inclusion que nous employons comme technique courante.

De véritables nodules lymphoïdes complets, pourvus de centres germinatifs plus ou moins apparents, souvent très développés, se trouvent constitués dans l'épaisseur même du parenchyme rénal.

L'apparition de nodules lymphoïdes, identiques aux follicules clos, est un fait très intéressant d'histopathologie générale sur lequel nous ne pourrions insister sans sortir du cadre de notre sujet. Qu'il nous suffise de dire que jamais nous n'avons rencontré un nombre aussi considérable de nodules lymphoïdes dans aucun autre processus inflammatoire. Ici, sur toutes les coupes, provenant des nombreux fragments que nous avons examinés, les nodules lymphoïdes étaient abondants. Sur une seule coupe de ce rein nous en avons compté vingt-huit assez volumineux pour être retrouvés nettement à l'œil nu.

Les nodules lymphoïdes existent, avons-nous dit, dans le parenchyme rénal et dans le tissu adipeux rétropyélique. Ce sont ceux qui sont développés dans le tissu adipeux qui présentent le volume le plus considérable et l'aspect le plus typique.

Bien que la néoformation lymphoïde soit un processus général qui se retrouve dans les conditions les plus différentes, elle acquiert ici une telle importance qu'on doit la considérer comme une des principales caractéristiques de ce rein sporotrichosique.

Nous disons qu'il s'agit d'une pyélonéphrite sporotrichosique, parce que la culture du pus a donné du sporotrichum sur tous les tubes ensemencés, à l'exclusion de tout autre germe, et parce que le sérum de la malade, revue dix mois après l'opération agglutinait encore le sporotrichum à 1/200, mais rien dans l'examen histologique de cette pyélonéphrite ne nous eût révélé sûrement sa nature sporotrichosique.

Nous n'avons pas ici les lésions habituelles des sporotrichoses hypodermiques. Notamment nous ne rencontrons pas de revêtement en palissade de cellules épithélioïdes formant une paroi à la collection purulente ; nous n'avons pas, dans l'épaisseur de la paroi d'un abcès principal, les nodules sporotrichosiques secondaires constitués par des amas de cellules épithélioïdes creusés ou non de microabcès : lésions qui ne font jamais défaut dans les gommes sporotrichosiques typiques que nous avons examinées jusqu'à présent.

Cependant les vaisseaux sanguins sont atteints de vascularite marquée. Les vaisseaux lymphatiques sont dilatés. La réaction est à prédominance conjonctivo-vasculaire. L'infiltration cellulaire est surtout le fait de plasmazellen. Ces signes sont également ceux des sporotrichoses communément observées, mais leur valeur est moindre car on les retrouve dans nombre d'inflammations d'autre nature.

En résumé, il s'agit d'une forme de sporotrichose qui doit être considérée comme atypique. Les lésions assez particulières observées dans ce cas nous ont engagé à entreprendre, avec la collaboration de M. Monier-Vinard, quelques recherches expérimentales.

Un chat de quatre mois reçut dans le rein 2 centimètres cubes de culture en bouillon, sans ligature de l'uretère. Au bout de douze jours des abcès sporotrichosiques hypodermiques furent constatés aux pattes antérieures, puis aux pattes postérieures. L'animal mourut le soixante-troisième jour. Le rein inoculé contenait un abcès du volume d'un gros pois. L'abcès rénal et les abcès hypodermiques contenaient de très nombreux parasites.

Trois lapins reçurent dans le bassinet une injection d'un demi à 2 centimètres cubes de culture de sporotrichum en bouillon, les deux premiers après ligature préalable de l'uretère, le dernier sans ligature de l'uretère. Les deux premiers moururent le vingt-quatrième et le trente-huitième jour après l'inoculation. Le rein inoculé était volumineux, pesant 48 et 67 grammes. Le bassinet et les calices étaient distendus par un pus très consistant qui donna des cultures positives de sporotrichum. Le parenchyme rénal congestionné était infiltré de stries purulentes et de petits abcès miliaires.

Le troisième lapin inoculé sans ligature préalable de l'uretère fut sacrifié au bout de huit mois. Le rein inoculé était légèrement augmenté de volume. Il contenait, dans la substance corticale, deux abcès du volume d'un gros pois contenant une matière caséeuse qui donna du sporotrichum à la rétro-culture.

Chez ces trois animaux les autres organes se montrèrent indemnes de sporotrichose.

Les lésions des reins des trois lapins inoculés sont superposables.

Le bassinet est dilaté et rempli de pus. Le pus est formé de leucocytes très altérés et caséifiés. Il arrive directement au contact du tissu rénal, car il y a desquamation de l'épithélium du bassinet légèrement ulcéré. Le parenchyme rénal est diminué d'épaisseur dans sa totalité et surtout dans sa zone corticale. Il est atteint de sclérose interstitielle et, çà et là, de sclérose glomérulaire. Plus souvent c'est l'œdème des glomérules que l'on observe et la distension de la capsule de Bowmann par un liquide fibrineux. La sclérose s'accompagne d'épaississement de la capsule propre du rein. Les vaisseaux sanguins sont dilatés et congestionnés. Par places, il y a de petites extravasations sanguines. Les vaisseaux lymphatiques, généralement très dilatés, sont remplis de moyens mononucléaires auxquels se joignent quelques macrophages contenant des débris cellulaires.

Les tubes urinifères diminués de nombre sont étouffés et aplatis par la sclérose en certains points, tandis qu'en d'autres ils se dilatent. Leur épithélium a perdu ses caractères différentiels et a pris un type uniforme.

Le tissu conjonctif du rein sclérosé est infiltré de polynucléaires et de mononucléaires. L'infiltration diffuse en certains points est nodulaire en d'autres. Parmi ces nodules, les uns sont des amas lymphoïdes différenciés parfois en follicules lymphatiques et pourvus d'un centre germinatif, les autres sont des foyers d'infection sporotrichosique et constitués par des amas de cellules épithélioïdes entourés de mononucléaires et suppurés en leur centre.

Autour des nodules lymphoïdes ou sporotrichosiques, ou diffusément répandus dans le tissu rénal, on trouve un grand nombre de myélocytes amphophiles. L'apparition de myélocytes, c'est-à-dire d'éléments de tissu myéloïde, dans un organe tel que le rein est un fait remarquable. Il est intéressant à noter car, compréhensible seulement par la conception que Dominici a du tissu hématopoïétique en général, du tissu myéloïde en particulier, il vient confirmer le bien fondé de cette conception.

Dans le rein sporotrichosique du lapin, la réaction myéloïde est constante. Elle est partielle seulement car elle est représentée uniquement par des myélocytes amphophiles. Il n'y a ni mégacaryocytes, ni hématies nucléées. D'autre part il est assez singulier que les éosinophiles, assez nombreux dans la pyélonéphrite expérimentale du lapin, se présentent avec les caractères des éosinophiles d'origine lymphocytaire et nous n'avons pas rencontré de myélocyte éosinophile.

En résumé, nous apportons un cas de pyélonéphrite sporotrichosique primitive chez l'homme qui est remarquable, non seulement en ce qu'il est jusqu'à présent unique, mais encore par les lésions histologiques très particulières qu'il présente (abondance exceptionnelle des néoformations lymphoïdes). Enfin la reproduction expérimentale de la pyélonéphrite sporotrichosique chez le lapin nous a fourni d'une manière constante une réaction myéloïde locale, qui nous incitera à de nouvelles recherches.

DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE [1]

Par le général Fr. CANONGE,
Docteur en médecine.

3° École dite éclectique. — L'éclectisme en philosophie consiste, on le sait, à réunir les vérités éparses dans les différents systèmes. Victor Cousin, après avoir donné ce nom à la doctrine qu'il proclama en succédant à Royer-Collard, gagna d'abord une grande partie des intelligences d'élite; finalement, il ne parvint à satisfaire ni les esprits scientifiques, ni les âmes religieuses. Appliqué à l'éducation physique, l'éclectisme ne pouvait qu'aboutir à une sorte de compromis pseudo-scientifique, à « un hybride appelé à disparaître — ainsi que le dit le docteur Ph. Tissié — comme tous les hybrides ». La recherche de la vérité ne saurait être éclectique et ce n'est pas en cherchant à souder des erreurs à des vérités que l'on peut obtenir quelque chose de solide. C'est ainsi que, pour avoir voulu faire accepter par les sociétés de gymnastique françaises récalcitrantes les principes de la méthode de Ling, on est arrivé, de la meilleure volonté du monde, à une adultération de cette méthode.

C'est ainsi que M. G. Demenÿ (2), savant dont les titres scientifiques sont incontestables et incontestés, a lui-même caractérisé ainsi ses efforts vers un objectif précis :

« Depuis trente ans, j'ai essayé d'éclairer l'éducation physique au moyen des connaissances de la physiologie moderne... Le Cercle de gymnastique rationnelle fondé en 1880, la station physiologique édifiée avec Marey (3) en 1882, le cours municipal d'éducation physique créé en 1890, la chaire de physiologie appliquée et le laboratoire d'expériences inaugurés à l'École de Joinville en 1902, le cours supérieur d'éducation physique ouvert en 1903 par le ministre de l'Instruction publique ont été la manifestation de cette pensée dominante de ma vie... »

Auteur de nombreux ouvrages dont plusieurs sont relatifs à l'éducation physique, M. G. Demenÿ est également l'inventeur d'ingénieux appareils et instruments de laboratoire. Son bagage scientifique est donc considérable, et l'appui que n'a cessé de lui prêter, depuis de nombreuses années, la ville de Paris est amplement justifié.

Chargé, en 1890, avec le docteur Lagrange, d'une mission en Suède, M. G. Demenÿ en revint, comme son compagnon, plein d'admiration pour l'œuvre de Ling. La brochure qu'il publia, en 1892, sous le titre *L'Education physique en Suède* (4), est un panégyrique complet de la méthode suédoise.

En 1900, il participa, avec les docteurs Lagrange et Tissié, à l'occasion de l'Exposition universelle, à l'organisation d'un Congrès international d'éducation physique, qui consacra la supériorité de l'enseignement physique suédois.

En 1903, l'admiration de M. G. Demenÿ durait encore, lorsqu'il consentit à rédiger la préface de l'ouvrage *L'Education physique en Suède* par le major Lefebure. On en jugera par les extraits textuels suivants :

« ... A la lecture de cet ouvrage, *l'on s'étonnera que le système de Ling ait donné lieu* à tant de polémiques violentes, *alors qu'il est l'expression du simple bon sens.* Lorsqu'on s'élève à un point de vue général, on ne peut s'expliquer les disputes d'écoles que par les intérêts vulgaires qu'elles froissent...

Ling part de principes vrais et, dans l'application, les moyens sont toujours adaptés au but poursuivi.

Son système, tel qu'il est actuellement enseigné en Suède, peut présenter des minuties dans les détails d'application, par suite de l'intransigeance de quelques-uns de ses successeurs, *on ne lui enlèvera pas sa qualité fondamentale, d'avoir le premier et le mieux posé le problème de l'éducation physique et de l'avoir en grande partie résolu.*

Ce qui existe en Suède est admirable et témoigne de la sagesse et de la volonté d'un peuple fort, supérieur à nous sous le rapport de la discipline *et de la conception de l'éducation physique.*

Ling a spécialement visé le milieu scolaire, d'où le souci constant de la méthode; mais il ne faut pas oublier que l'écolier suédois complète son éducation physique par des jeux et des sports nationaux. Aussi, la gymnastique classique suédoise, *parfaite au point de vue du développement et de la rectification du corps, ne saurait être accusée* d'être trop exclusivement esthétique et de n'avoir qu'un effet hygiénique insuffisant.

Le système suédois est *remarquable sous le rapport* de la simplicité des exercices, de leur gradation, de leur classement; *il remplit justement des lacunes graves de nos systèmes d'éducation. Il faut donc en prendre les principes, ils ont pour base la physiologie humaine elle-même;* mais il n'est nullement nécessaire d'en suivre toujours les applications à la lettre.

Quand on assiste à nos réunions gymnastiques, l'on constate que, *sous un ordre apparent,* c'est la confusion qui est l'état normal; tandis que l'on trouve au contraire en Suède la sincérité, la confiance et le calme *que donnent la satisfaction du bon sens et l'expérience de la vérité...*

Le système suédois constitue un travail tout fait. En accepter les exercices en donnant à ceux-ci un nom nouveau, cela importe peu, on en bénéficie toujours; mais, sous le nom de gymnastique suédoise enseigner des à peu près informes, est chose malhonnête, parce que l'on trompe ceux que l'on devrait éclairer...

La méthode suédoise *a toute la précision de la science;* elle pourra sans doute se perfectionner en-

(1) Suite.—V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 79, p. 1003; 84, p. 1065.

(2) La dénomination d' « éclectisme » a été employée par M. G. Demenÿ lui-même dans la *Préface* de l'ouvrage intitulé *L'Education physique raisonnée* qu'a publié M. Georges Hébert.

(3) M. G. Demenÿ a été le préparateur du professeur Marey (1830-1904), l'initiateur de la méthode graphique en physiologie.

(4) Ce travail ne figure pas sur la liste des ouvrages « du même auteur » donnée en tête de l'ouvrage *Evolution de l'éducation physique, L'Ecole française* récemment publié (1909) et dont nous parlerons plus loin.

core dans les détails, se tenir d'accord avec les progrès futurs, *mais les principes et le plan en resteront immuables et mériteront la reconnaissance des peuples...*

Le livre de M. le commandant Lefebure a précisément l'avantage d'*être inspiré par le souffle de Ling* ..

Puisse cet ouvrage, dans l'intérêt général, *éclairer* ceux qui sincèrement désirent le progrès, et *détruire les préjugés de ceux qui se font encore aveuglément les défenseurs de l'erreur.*

Nous lui souhaitons tout le succès qu'il mérite. »

En 1901, M. G. Demenÿ s'était prononcé catégoriquement, devant le Congrès international de gymnastique, contre la gymnastique militaire française, à laquelle il reprocha d'être empirique, athlétique, acrobatique : le docteur Ph. Tissié ne l'a pas traitée plus sévèrement.

En 1902, il avait été décoré de l'ordre de l'Etoile polaire par le roi de Suède.

La même année, il avait publié un ouvrage intitulé *Les bases scientifiques de l'éducation physique* auquel le docteur Ph. Tissié n'a pas marchandé son approbation : il l'a, en effet, déclaré excellent, non seulement parce que c'est une étude spéculative, mais aussi parce que son auteur associe aux idées philosophiques les plus élevées les conseils, les plus pratiques; aussi l'a-t-il recommandé aux personnes chargées de l'enseignement.

Nommé, cette même année, par le ministre de la guerre, professeur de physiologie appliquée à l'Ecole de Joinville — emploi qu'il conserva jusqu'au 3 septembre 1907 — M. Demenÿ avait été chargé de collaborer à la rédaction d'un règlement destiné à remplacer le Manuel de 1893.

Le *Règlement de gymnastique du 22 octobre 1902*, amplification du *Guide du maître* (1) de M. Demenÿ (1895), a été, en partie, ainsi qu'il l'a déclaré lui-même (2) son œuvre; or, « tout y est ou veut être suédois (3) ».

Certes, cette date est, dit le docteur Ph. Tissié, « une date importante, la plus importante même jusqu'à ce jour dans l'histoire de l'éducation physique en France ».

Le nouveau règlement fut tout d'abord accueilli avec faveur : il modifiait un état de choses ancien d'un siècle; il tranchait dans le vif en supprimant les agrès de suspension; il changeait l'enseignement individuel en enseignement collectif; il introduisait dans l'armée les jeux et les sports si propres à entraîner le soldat tout en l'intéressant; enfin, il exigeait des officiers qu'ils pratiquassent personnellement la gymnastique.

En somme, ce règlement orientait l'enseignement de l'éducation physique dans une voie scientifique.

Mais son application ne tarda point à rendre apparents les points faibles, il s'agissait, en effet, d'une œuvre éclectique, hybride. C'est ce que s'appliqua à démontrer, en 1904, le docteur Ph. Tissié dans sa brochure *Le nouveau règlement sur l'instruction de la gymnastique*, suite naturelle de *Cent ans d'erreur*. Il fut dès lors évident que ce règlement n'aurait qu'une durée éphémère.

Reproduisons ici l'opinion récemment formulée par un des anciens directeurs de l'Ecole de Joinville, le général Bonnal :

« Lorsque le général André eut appris que la science, par l'organe de M. Demenÿ (1), s'était prononcée pour la destruction radicale de la gymnastique empirique, acrobatique, athlétique, alors en usage dans l'armée, il écrivit à ce savant pour lui offrir le poste de professeur de physiologie appliquée, à l'Ecole de Joinville.

Celui-ci ayant accepté, on le chargea d'établir un règlement sur la gymnastique militaire, en collaboration avec trois officiers, dont le commandant de l'Ecole de Joinville. En fait, M. Demenÿ *rédigea le texte du nouveau règlement d'après ses idées personnelles*, et il est facile de s'en convaincre quand on connaît son style.

Mais, *qui dit savant, dit homme de laboratoire, étranger aux choses de l'armée*, n'en connaissant ni l'esprit, ni les ressorts, et peu capable d'édifier une œuvre pédagogique pour des soldats soumis à des chefs subalternes dont les connaissances physiologiques ne pourront jamais dépasser un faible niveau... (2) ».

La publication de la réfutation du docteur Ph. Tissié brouilla complètement celui-ci avec M. G. Demenÿ qui, dès lors, cessa, au bout d'une dizaine d'années, d'être l'admirateur de la méthode suédoise.

L'année suivante, en mai, il l'attaquait, dans le Congrès international physique tenu à Bruxelles et, au cours d'une discussion serrée avec le commandant Lefebure, formulait contre elle un certain nombre de griefs dont voici les principaux :

1° Méthode empirique n'ayant pu, à l'origine, être contrôlée par la physiologie qui commençait alors seulement à prendre corps comme science, d'où principes vagues;

2° Formule surtout esthétique, spéciale, incomplète, surtout au point de vue militaire;

3° Les extensions dorsales, dites courbés, raidis, ne sont pas justifiées;

4° La gymnastique suédoise développe la poitrine, mais ce développement n'est qu'un élément de la résistance à la fatigue.

On s'est déjà reporté par la pensée au panégyrique de janvier 1903. On pourra consulter ce qu'a écrit sur ces griefs le lieutenant-colonel Coste (3).

Le docteur Ph. Tissié revint à la charge en 1905 et établit scientifiquement, comme il en a l'habitude, dans son *Précis de gymnastique rationnelle de développement de plain-pied et à mains libres*, un remarquable parallèle entre l' « erreur française » et la « vérité suédoise ». Les points principaux sur lesquels porte son argumentation sont les suivants :

(1) Les figures notamment sont identiques dans les deux ouvrages.
(2) *Revue scientifique* du 23 septembre 1905.
(3) Coste (lieutenant-colonel). *L'Œuvre de Joinville*, p. 59.

(1) Demeny. Congrès de 1900 dont il a été question.
(2) *La Crise de la gymnastique militaire*, le *Gaulois* du 12 février 1908.
(3) Coste. *L'Education physique en France*, pp. 100 et suiv.

Ignorance de la valeur réelle des positions fondamentales;

La valeur des points d'appui n'est que soupçonnée;

L'importance des exercices intéressant les muscles du tronc, des bras et des jambes, a été reconnue, mais on ne leur accorde qu'une valeur très insuffisante (28,92 p. 100 contre 68,88 p. 100 du règlement suédois);

La suppression de tous les mouvements collectifs d'ensemble;

Les commandements sont, en général, trop longs; 123 figures seulement sur 347 sont consacrées à des manœuvres utiles.

On se rendit bientôt compte qu'il était urgent de mettre un terme aux divergences notables que présentaient entre eux les procédés d'éducation physique usités dans l'armée, dans l'Université et dans les sociétés de gymnastique.

Le 22 décembre 1904, un décret du président de la République, faisant suite à un vote de la Chambre des députés, avait institué, sur la proposition du ministre de la guerre, une commission chargée d'unifier les bases de l'enseignement de la gymnastique. *Rattachée au ministre de la guerre*, cette commission devait comprendre neuf membres :

Un général président,

Deux membres désignés par le ministre de la guerre,

Deux membres désignés par le ministre de l'instruction publique,

Quatre délégués de l'Union des sociétés de gymnastique.

Le docteur Lachaud, député de la Corrèze, fut désigné comme rapporteur.

Cette commission, qui siégea en 1905 et 1906, devait arrêter un plan général d'éducation physique destiné à lui servir « ensuite de base commune pour l'établissement des manuels de l'instruction publique et des sociétés de gymnastique ». Elle a publié un rapport puis un *Manuel* qui n'a paru qu'en juin dernier.

En février 1908, les *sociétés de gymnastique* ont été pourvues d'un règlement dont M. Charles Cazalet, président de l'*Union des sociétés de gymnastique de France*, surveilla la rédaction.

Toutefois l'unité de doctrine, si indispensable cependant, sur laquelle on avait le droit de compter, était loin d'être réalisée; qu'on en juge.

D'une part, on lit dans les conclusions formulées par la commission mixte : « La commission *n'a pas cherché à faire des innovations de principe, ni à apporter une méthode universelle*, définitive et *immuable*, sachant que *toute méthode évolue et suit les progrès de la science*. Elle s'est attachée *simplement à dégager les principes qui lui paraissent*, dans l'état actuel de la science physiologique, devoir former la base d'une éducation physique, méthodique et rationnelle. »

La main du rédacteur se reconnaîtra aisément. Et cependant le corps humain est à la fois immuable et suffisamment connu aujourd'hui anatomiquement et physiologiquement : qu'attend-on de bien nouveau?

D'autre part, le président de l'*Union* affichait le plus complet éclectisme. Il déclarait refuser de s'inféoder à aucune école particulariste et croyait suffisant d'additionner... toutes les bonnes volontés pour arriver à faire des hommes afin que l'armée en fasse à son tour rapidement des soldats ayant le respect des lois de la République, l'amour de la patrie et le culte du drapeau tricolore. N'insistons pas.

Le décret présidentiel du 19 février 1908 avait, sur ces entrefaites, en ordonnant la préparation militaire des jeunes gens avant leur appel, sanctionné l'heureux essai fait avec succès à l'école de Joinville de donner aux instituteurs le savoir nécessaire pour enseigner la gymnastique.

Ses prescriptions principales sont à reproduire :

1. « La réduction de la durée du service militaire impose l'obligation d'organiser la préparation des jeunes gens au service militaire avant leur appel sous les drapeaux »;

2. Cette préparation aura lieu de dix-sept à vingt ans et sera obtenue par l'enseignement de la gymnastique dans les établissements scolaires et dans les sociétés d'éducation physique;

3. Afin de mettre les instituteurs en état de remplir « leur devoir de préparation de la jeunesse au service militaire », on profitera de leur séjour sous les drapeaux pour « leur faire accomplir un stage d'instruction à l'école normale de gymnastique et d'escrime ».

La commission interministérielle avait insisté sur la nécessité de remédier par une bonne méthode d'éducation physique à l'affaiblissement, à la dégénérescence manifeste de la race française; elle avait émis l'espoir que l'on obtiendrait, par une augmentation générale de la force de résistance, une diminution de la morbidité et de la mortalité dans l'armée, etc.

Elle avait même demandé que l'éducation physique soit « pratiquée dans les écoles dès l'âge de quatre ans ».

On n'est pas descendu aussi bas dans le *Manuel des sociétés de gymnastique* où l'on envisage surtout quatre catégories d'élèves : *pupilles*, douze à seize ans; *cadets*, de seize ans à l'entrée au régiment; *adultes*, de la sortie du régiment à trente ou trente-cinq ans; *vétérans*, gymnastes plus âgés. Voilà certes un beau programme qui, appliqué avec une méthode réellement rationnelle, ne saurait manquer, le temps aidant, de procurer de beaux résultats.

Le 5 juin 1908, le gouvernement déposa sur le bureau de la Chambre des députés un projet de loi ayant pour but de rendre obligatoire en France la préparation militaire de la jeunesse. En attendant que ce projet fût discuté, le sous-secrétaire d'Etat à la guerre H. Chéron publia, le 7 novembre suivant, une *instruction relative à l'organisation et au fonctionnement des sociétés de préparation et de perfectionnement militaires et à la délivrance du brevet d'aptitude militaire*.

Les cinq premiers chapitres portent les titres suivants qui renseignent suffisamment sur leur contenu :

1. Préparation et perfectionnement militaires; 2. Sociétés; 3. Fonctionnement des S. A. G.;

4. Avantages accordés aux S. A. G.; 5. Récompenses accordées.

Le sixième et dernier chapitre est consacré au brevet d'aptitude militaire dont l'obtention comporte les avantages ci-après : engagements spéciaux dits de « devancement d'appel » ; choix du corps; nomination au grade de caporal ou brigadier; affectation à des emplois spéciaux.

Cette instruction était exécutoire à partir du 1er janvier 1909.

Enfin, le 12 novembre 1908, le ministre de la guerre signait une *circulaire relative à l'utilisation à faire dans les corps de troupes d'infanterie des officiers sortant de l'école normale de gymnastique et d'escrime.* Il y enjoignait de charger ces officiers « de l'instruction des officiers de peloton et des sous-officiers non passés » par l'école de Joinville ; il prescrivait que les conférences à faire aux officiers et aux sous-officiers porteraient sur la doctrine de l'éducation physique, la méthode, l'hygiène de l'exercice, l'entraînement et qu'il y avait obligation de leur donner « des notions très simples sur le corps humain et la valeur des différents exercices ». Enfin, il annonçait qu'un « nouveau règlement d'éducation physique » était en préparation, mais qu'il y avait nécessité d'appliquer sans délai les règles qui précèdent » et qui avaient « été perdues de vue » (1).

En somme, au moment où l'année 1908 prit fin, l'anarchie régnait au sein des sociétés faisant de la préparation militaire :

L'*Union des sociétés de gymnastique de France* suivait la méthode éclectique ;

L'*Union des sociétés françaises de sports athlétiques* n'avait emprunté à la méthode suédoise que la pratique des jeux et des sports ;

L'*Union des sociétés de préparation militaire* se rapprochait franchement de la méthode suédoise ;

L'*école de Joinville* seule, grâce au général Picquart, suivait intégralement cette méthode.

On avait cependant pu espérer que « l'apaisement, l'union féconde » ne tarderaient point à « s'opérer peu à peu autour de la doctrine de Joinville, interprétée à cette heure, aux quatre coins du pays, par des officiers et sous-officiers qui ne demandent qu'à se dévouer à la tâche grandiose de l'éducation nationale (2) ».

Cet espoir ne s'est malheureusement pas réalisé et une polémique qui dure depuis le commencement de l'année courante semble devoir tout remettre en question. Il serait cependant temps de faire pour la France, dont les intérêts sacrés sont en jeu, ce qui a si bien réussi en Suède et en Belgique pour ne citer que deux exemples probants, c'est-à-dire d'imposer l'accord aux trois ministères intéressés.

(*A suivre.*)

(1) « L'instruction ministérielle du 7 novembre 1908, en traçant un programme précis pour l'obtention du brevet militaire, *a définitivement orienté les efforts de tous,* candidats et sociétés, *vers l'éducation physique rationnelle, telle qu'elle est appliquée à présent dans l'armée.* Quand ce programme comportera (à chaque jour suffit sa peine !) une leçon de gymnastique d'une durée de quarante minutes, la partie sera définitivement gagnée... » COSTE (lieutenant-colonel E.). L'*Œuvre de Joinville*, p. 122.

(2) COSTE (lieutenant-colonel E.). L'*Œuvre de Joinville*, p. 115.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 AOUT 1909)

La virulence des trypanosomes des mammifères peut-elle être modifiée après passage par des vertébrés à sang froid ? — MM. A. LAVERAN et A. PETTIT concluent de leurs recherches que lorsqu'on injecte dans la cavité péritonéale d'une couleuvre à collier du sang riche en *Tr. Lewisi* ou en *Tr. Evansi*, les trypanosomes passent rapidement dans le sang de la couleuvre, où leur présence peut être constatée au bout d'une heure vingt minutes. Les trypanosomes sont d'autant plus nombreux dans le sang de la couleuvre que le sang inoculé en renfermait davantage.

Les trypanosomes vivent pendant plusieurs jours dans le sang de la couleuvre, mais leur nombre diminue rapidement; ils disparaissent tantôt en vingt-quatre heures, tantôt au bout de trois ou quatre jours seulement; alors que l'examen microscopique ne permet plus de constater leur présence, le sang de la couleuvre reste infectieux pendant quelques jours.

Contribution à l'étude de la stérilisation par les rayons ultra-violets. Application à l'industrie beurrière. — MM. DORNIC et DAIRE.

De l'existence des carbonophosphates dans le lait. Leur précipitation par la pasteurisation. — M. A. BARILLÉ.

Action du suc pancréatique sur le glycogène, l'amidon et ses composants. — Mme Z. GRUZEWSKA et M. BIERRY. Les expériences faites par ces auteurs montrent :

1° Que le suc pancréatique normal agit moins énergiquement sur le glycogène et l'amylopectine que sur l'amidon ;

2° Que l'hydrolyse de l'amylopectine subit un retard surtout au commencement de l'action en se rapprochant plus tard de l'hydrolyse de l'amidon ;

3° Que la digestion dans tous les cas est plus rapide quand l'alcalinité du suc pancréatique a été neutralisée dans une certaine limite ; on observe cependant un retard pour l'hydrolyse du glycogène par rapport à l'hydrolyse de l'amidon ; l'action du suc pancréatique acidulé sur l'amylopectine se rapproche nettement de l'action de ce suc sur l'amidon ;

4° Enfin que l'hydrolyse des substances employées sous l'action de suc pancréatique acidulé est presque terminée au bout d'une heure.

Action de la lumière ultra-violette sur la toxine tétanique. — Mlle P. CERNOVODEANU et M. Victor HENRI.

L'épreuve de la phénolurie provoquée chez l'épileptique. — MM. J.-T. FLORENCE et P. CLÉMENT résument ainsi leurs recherches :

1° L'épileptique, en dehors des périodes d'attaques, oxyde la benzine plus énergiquement que l'homme normal ;

2° Ce pouvoir oxydant est diminué chez l'épileptique en période d'attaques ;

3° La formation de phénol-sulfates provenant de l'oxydation de la benzine paraît être plus rapide chez l'épileptique en dehors des attaques que chez l'homme normal.

NOTES POUR L'INTERNAT

TESTICULE SYPHILITIQUE

(SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC)

La syphilis du testicule se manifeste sous les différentes formes de toute syphilis viscérale : syphilis secondaire, syphilis tertiaire (interstitielle et gommeuse), syphilis héréditaire, qu'il y a lieu de décrire successivement.

I. SYMPTOMES. — 1° **L'épididymite syphilitique** est une forme relativement rare, apparaissant ordinairement pendant la période secondaire, mais pouvant appartenir aussi à la période tertiaire. L'absence de description anatomique a fait mettre son existence en doute, mais à tort d'après Dron, Fournier, Tédenat. Elle est caractérisée par l'augmentation de volume de la tête de l'épididyme au niveau duquel la palpation permet de sentir une nodosité dure, du volume d'un pois ou d'une noisette, indolente, bilatérale une fois sur deux.

2° **Orchite syphilitique scléreuse.** — Le *début* est essentiellement lent, insidieux; au cours de la période tertiaire, parfois cependant d'une façon précoce, le testicule augmente de volume; il reste stationnaire un certain temps, puis augmente de nouveau, sans phénomènes douloureux. Lorsqu'il a acquis un volume plus considérable (*sarcocèle syphilitique*) il se présente avec les caractères suivants : la glande est doublée ou triplée de *volume* ; sa *consistance* est dure, ligneuse, avec une certaine élasticité ; elle est aplatie transversalement en forme de galet ; ordinairement *lisse* ou parfois criblée de petites nodosités sur toute sa surface; on peut trouver des parties moins dures et sensibles à la pression, répondant aux régions saines, car le reste du testicule est *indolent*; l'augmentation de poids détermine seulement des tiraillements dans le cordon inguinal. L'*épididyme* peut rester sain, mais il est souvent englobé dans le tissu fibreux et ne peut plus être distingué qu'à l'origine du *déférent*, qui est aplati et induré. La vaginale contient quelquefois un peu de liquide d'*hydrocèle*. Le *scrotum* au début reste sain, plus tard il peut être épaissi et adhérer à la tumeur testiculaire.

L'orchite syphilitique peut revêtir une *marche aiguë* (Duplay, Cassine) avec douleurs irradiées, hydrocèle, tuméfaction, rougeur du scrotum, durant cinq à six jours, puis les lésions reprennent leur marche chronique.

La *terminaison* se fait ordinairement par *atrophie* ; le testicule devient de plus en plus dur et diminue de volume (*haricocèle* de Ricord), il persiste une petite masse fibreuse, seul vestige du testicule. Mais c'est là la forme fibreuse pure; l'orchite interstitielle peut être associée à l'orchite gommeuse.

3° **Gommes du testicule.** — La gomme du testicule se développe parfois d'une façon aiguë avec douleurs, fièvre, mais le plus souvent elle se développe *à froid*, d'une façon latente, ne se révélant que par une tuméfaction localisée à la surface de l'organe. Peu à peu cependant, surviennent des périodes douloureuses, annonçant le ramollissement de la gomme qui tend alors à s'ouvrir à l'extérieur. Le scrotum adhère au testicule, rougit et s'ulcère.

Par un orifice assez large s'écoule un liquide jaunâtre, filant, puriforme, contenant des filaments jaunâtres (bourbillon gommeux) représentant les débris des tubes séminifères. L'*ulcération* s'étend, limitant une excavation de 1, 2 ou 3 centimètres, à bords décollés. Un caractère important de cette ulcération est son *siège antérieur*.

Elle peut d'ailleurs se cicatriser sous l'influence du traitement spécifique.

4° **Hérédo-syphilis du testicule** (Bryant, Lewin, Hutinel). — Chez le nouveau-né spécifique, on trouvera très souvent les testicules *gros* et *durs*, *non douloureux* à la pression, pouvant atteindre le volume d'un œuf de pigeon.

II. DIAGNOSTIC. — La notion de la syphilis antérieure, fournie par l'interrogatoire du malade ; l'existence de symptômes spécifiques (lésions muqueuses, éruptions cutanées, affections viscérales) ou de stigmates tels que cicatrices d'ulcérations antérieures, signe d'Argyll-Robertson, facilitent le diagnostic, mais ils peuvent faire défaut, et il faut s'en rapporter aux caractères mêmes des lésions testiculaires.

1° Dans l'**orchite scléreuse**, à la période hypertrophique, le diagnostic devra être fait surtout avec la *vaginalite chronique* (hématocèle), mais ici, outre l'étiologie traumatique, on trouvera ordinairement des irrégularités à la surface du testicule, qui est loin d'être indolent, et les poussées inflammatoires sont beaucoup plus fréquentes ; avec les *tumeurs*, mais le développement relativement rapide, l'adénopathie lombaire, le volume plus considérable de la glande permettront de les distinguer du testicule très gros, très dur et indolent de la syphilis.

A la période atrophique, il faudra faire le diagnostic rétrospectif des diverses causes possibles d'atrophie du testicule (oreillons, variole, orchite traumatique).

2° Dans l'**orchite gommeuse** (ou scléro-gommeuse) avant la phase d'ulcération, c'est avec certaines tumeurs très rares du testicule et plutôt avec la tuberculose qu'il faudra faire le diagnostic. Il sera fondé sur l'existence d'une tuméfaction assez volumineuse, indolente, régulière, unique, chez un sujet dont le déférent, la prostate, l'urètre, les vésicules séminales (*toucher rectal*) sont sains. Quand la gomme est ouverte au dehors et ulcérée, elle s'oppose par ses caractères à ceux des gommes *tuberculeuses* : les lésions tuberculeuses siègent surtout sur l'épididyme, qui est le siège de plusieurs nodosités, de volume variant d'un pois à une noisette, les unes dures, les autres ramollies, douloureuses à la pression ; l'ulcération, provenant de l'ouverture d'un abcès épididymaire, siège à la partie postérieure du scrotum ; il y a souvent plusieurs orifices fistuleux, à bords éversés, livides, laissant s'écouler un pus spécial, liquide tenant en suspension des grumeaux purulents. Enfin le canal déférent est induré, hypertrophié, douloureux ; le toucher rectal révèle souvent des lésions prostato-vésiculaires, sans préjudice de la connaissance d'autres localisations tuberculeuses sur d'autres organes.

3° Dans les **formes subaiguës**, le diagnostic sera à faire avec l'orchi-épididymite blennorragique : la notion d'un écoulement urétral et la constatation du gonocoque y suffiront.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 92. — SAMEDI 14 AOUT 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 14 AOUT 1909. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **4** fr. **50**.	— 6 mois : **8** fr.	— 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **7** fr.	» — 6 mois : **13** fr.	— 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Gouget est chargé du cours de clinique médicale pendant la durée du congé du professeur Hayem.

— M. Morestin est chargé du cours de pathologie externe (chaire du professeur Lannelongue).

— Sont chargés de cours complémentaires : MM. Demelin (accouchements), Proust (pathologie chirurgicale), Potocki (enseignement des sages-femmes).

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Un poste de médecin en chef sera vacant à la maison nationale de Charenton à partir du 1er novembre 1909, par suite de la mise à la retraite, sur sa demande, de M. Ritti.

Les médecins en chef et les médecins adjoints de classe exceptionnelle du cadre administratif qui voudront faire acte de candidature devront faire parvenir, avant le 15 septembre 1909, au premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur, leur demande accompagnée d'un relevé de leurs titres.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 9 août 1909 :

M. Brissé Saint-Macary, médecin principal de deuxième classe de l'hôpital militaire Bégin, détaché au cabinet du sous-secrétaire d'Etat, passe à l'hôpital militaire Bégin.

M. Sallet, du 2e chasseurs d'Afrique, est affecté au cabinet du sous-secrétaire d'Etat au ministère de la Guerre.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine, 8, rue Dante, rappelle aux médecins-praticiens qu'il tient à leur disposition des remplaçants remplissant les conditions légales.

Les camarades remplaçants sont, de plus, membres de l'Association corporative, c'est-à-dire sous le contrôle permanent de l'Association, garantie importante pour les médecins.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente et unième semaine, 782 décès, au lieu de 750 pendant la semaine précédente et de 819, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole a causé 10 décès, au lieu de 18 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 254, au lieu de 341 précédemment (moyenne 102). Les quartiers les plus atteints sont : le 40e hôpital Saint-Louis (15 cas), le 56e Plaisance (15 cas), le 70e Clignancourt (23 cas), le 76e Combat (17 cas), le 77e Belleville (15 cas).

La scarlatine a causé 1 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 80; il s'élevait à 131 pendant la semaine précédente (moyenne 98).

La diarrhée infantile a causé 49 décès de 0 à 1 an, au lieu de 43 pendant la semaine précédente (moyenne 98).

En outre, 16 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 76 décès, au lieu de 78 pendant la semaine précédente (moyenne 78).

La phtisie pulmonaire a causé 171 décès (moyenne 175).

Il a été signalé en outre 4 cas de méningite cérébro-spinale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Rose, interne provisoire des hôpitaux de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études anatomo-cliniques : Cœur, vaisseaux, poumons, par le docteur Raymond Tripier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. In-8 de 604 pages avec 32 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Steinheil.

L'Asthme. Etiologie, pathogénie et traitement, par le docteur R. Mongorgé, médecin consultant au Mont-Dore. In-8. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

Histoire critique de l'hystérie, par le docteur Henri Cesbron, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris. In-8 de 340 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Notions d'hydrologie moderne, par Bardet. Un vol. de 219 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE

ET SON TRAITEMENT

D'APRÈS LES TRAVAUX RÉCENTS

Par M. Roger VOISIN,

Chef de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine.

Dans une Revue générale de 1906, consacrée au diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique, parue dans ce journal, Marcel Ferrand (2) disait, en reflétant les idées qui avaient cours à cette époque que, si cliniquement, parmi les autres méningites cérébro-spinales, la méningite épidémique semblait posséder une place à part, les travaux bactériologiques n'avaient pas cependant fourni la preuve d'une spécificité qui seule la légitimerait.

Actuellement il n'en est plus de même, le germe de la méningite cérébro-spinale épidémique, le méningocoque, est nettement différencié; et les succès des injections thérapeutiques de sérum d'animaux préparés avec ce germe en ont confirmé la spécificité. La méningite épidémique est une *maladie spécifique* que l'on doit isoler dans le groupe plus vaste des méningites cérébro-spinales primitives.

Ceci ne veut pas dire que des microbes autres que le méningocoque ne puissent occasionner, eux aussi, dans des circonstances spéciales d'accroissement de virulence, de spécialisation, de petites épidémies de méningites primitives. Hutinel et Roger Voisin (3) ont ainsi vu survenir à la crèche des Enfants-Assistés, au cours d'une épidémie de broncho-pneumonie, dans les deux tiers des cas, des phénomènes méningés; il ne s'agissait pas de méningite épidémique, mais d'une localisation particulière sur les méninges des streptocoques qui avaient déterminé l'infection de l'appareil respiratoire. « Cette localisation méningée s'expliquerait peut-être, ajoutent-ils, par une accoutumance particulière du microbe, analogue à celle que Bezançon et Marcel Labbé ont pu expérimentalement provoquer avec le pneumocoque. »

Il peut en être de même des autres germes, en particulier du pneumocoque dont le pouvoir pathogène pour les méninges est bien connu depuis les travaux de Netter.

Cette notion de la spécificité de la méningite cérébro-spinale épidémique est due aux recherches récentes qu'ont suscitées les épidémies d'Allemagne, d'Amérique et de France.

Ce sont leurs résultats que nous désirons exposer dans ce travail.

I

Le méningocoque. — La méningite cérébro-spinale épidémique est due à un microbe particulier : le *méningocoque*.

Si cette notion a été aussi longue à être connue, si la confusion a régné si longtemps sur ce sujet, c'est que le nom de méningocoque a été attribué à deux germes complètement différents : l'un ne prenant pas le Gram, décrit par Weichselbaum dès 1887, l'autre restant coloré par la méthode de Gram, décrit par Jäger en 1893, puis par Heubner en 1894, et qui doit être qualifié du nom de diplococcus crassus.

Certains auteurs en effet considéraient ces deux variétés microbiennes comme les deux modalités d'un même microorganisme dont l'aspect variait suivant les conditions de vie dans lesquelles il se trouvait. Dans les formes graves de méningite, le méningocoque, à son maximum d'activité biologique, prenait le Gram, tandis que, dans les formes atténuées ou au moment de la guérison de l'affection, le microbe s'épuisait et ne pouvait plus conserver la réaction de Gram. Cette théorie, soutenue en Allemagne par Pfaundler (1), en Angleterre par Hunter et Nuttal, en Italie par Concetti, au Portugal par Lepierre et ses élèves (2), se trouve encore développée dans un mémoire de Vansteenberghe et Grysez (3) de 1906.

Mais les travaux de l'école allemande, que suscita l'épidémie de Silésie, parviennent à montrer qu'il n'y a aucune relation entre ces deux soi-disant variétés de méningocoque. Weichselbaum (4), Albrecht et Ghon (5), puis von Lingelsheim (6), Kölle et Wassermann et leurs élèves montrent que l'on ne doit appliquer le terme de méningocoque qu'au microbe ne prenant pas le Gram, décrit par Weichselbaum sous le nom de *diplococcus intracellularis meningitidis*, et dont la paternité lui revient bien malgré la revendication de priorité faite dernièrement par Marchiafava et Celli (7). En France les travaux de Rist (8), de Dopter, de Koch (9) ont de tous points confirmé ces recherches.

Le méningocoque est un coccus qui se présente sous forme de diplocoque ou de tétrade par l'association de deux diplocoques. Les éléments accolés ont la forme de grains de café dont les faces aplaties se regardent. On peut voir aussi quelques cocci isolés, arrondis, mais jamais il n'y a de chaînettes. Le microbe siège le plus souvent dans l'intérieur des leucocytes, mais il s'observe aussi en dehors. Il ressemble ainsi au gonocoque, et comme lui il ne prend jamais le Gram.

Mais ces seuls caractères ne permettent pas de différencier le méningocoque; d'autres microbes ont le même aspect microscopique, et, pour spécifier la nature exacte du germe constaté, il faut avoir recours à diverses recherches de laboratoire sur

---

(2) Marcel Ferrand. Le diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique, *Gaz. des hôpit.*, 1906, p. 339.
(3) Hutinel et Roger Voisin. Art. Méningites, in Hutinel. *Les maladies des enfants*, Paris 1909, t. V, p. 546.

(1) Pfaundler. *Beit. f. klin. Med. u. Chir.*, 1899.
(2) Lepierre. Le méningocoque, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1903, pp. 527 et 547.
(3) Vansteenberghe et Grysez. Contribution à l'étude du méningocoque, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1906.
(4) Weichselbaum. Ueber die literarischen Schicksale des Diplococcus intracellularis meningitidis und seine œtiol. Bedeutung, *Centralbl. f. Bakt.*, 20 mars 1903.
(5) Albrecht et Ghon. Zur Frage des morphol. und biolog. Charaktierisierung des Meningococcus intracellularis, *Centralbl. f. Bakt.*, 1903.
(6) Von Lingelsheim. *Epidémie de méningite cérébro-spinale en Silésie orientale*, 1904-1906, Iéna 1907.
(7) Marchiafava et Celli. A propos de la découverte du micrococcus intracellularis de la méningite, *Centralbl. f. Bakt.*, 17 janv. 1907.
(8) Rist. Revue sur le méningocoque, *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 15-30 juillet 1903.
(9) Koch. *Etudes bactériologiques sur le méningocoque*, Th. de Paris, 1909, n° 312 (bibliographie très complète de la question).

lesquelles viennent d'insister Dopter et Koch (1), Dopter (2), Lagane (3).

Cultures. — Le méningocoque est un aérobie strict; il ne pousse pas facilement sur gélose ordinaire (Dopter), à moins qu'on ne fasse un large ensemencement du tube avec le pus à examiner (albumine humaine), ou encore qu'on n'ensemence en premier lieu sur sang gélosé avant de faire le repiquage sur gélose simple [Griffon (4)].

Le méningocoque par contre pousse d'une manière toute particulière dans les milieux albumineux ou mieux humanisés. C'est ainsi que l'on utilisera avec le maximum de chances de succès le sang gélosé, le sérum de lapin jeune non coagulé, et surtout la gélose ascite, ou encore le milieu au placenta de Kutscher (5). Conrad (6) propose de remplacer dans la proportion de 1 pour 3 le liquide ascite de la gélose ascite par le liquide céphalo-rachidien du malade, centrifugé et chauffé à 60 degrés pendant une à deux heures.

Au bout de vingt-quatre heures à l'étuve à 37 degrés sur les milieux solides on constate des colonies surélevées, arrondies, de 1 à 3 millimètres de diamètre, grisâtres, transparentes d'abord, puis opaques.

Mais ces caractères de cultures peuvent se retrouver chez d'autres germes; le méningocoque se reconnaîtra à l'épreuve de la *fermentation des sucres*, et aux recherches effectuées avec un antisérum spécifique.

C'est von Lingelsheim qui a étudié tout spécialement l'action du méningocoque sur les différents sucres; il a montré que le méningocoque ne fait fermenter que certains sucres, le glucose et le maltose, tandis qu'il reste sans action sur les autres, en particulier le dextrose. Ces résultats ont été confirmés par Wilson et Symmers, Mackenzie et Martin (7), Dopter et Koch. Pour rechercher cette fermentation, von Lingelsheim emploie des milieux solides colorés en bleu par la teinture de tournesol; l'apparition d'une strie rouge au point ensemencé indique la fermentation du sucre; Bruns et Hohn utilisent des milieux liquides à la teinture de tournesol; Bruckner emploie des milieux liquides additionnés de neutralröth, et Dopter et Koch (8) se servent de milieux solides (gélose ascite) au neutralröth. La coloration rouge carminée de la strie ensemencée est alors caractéristique de la fermentation du sucre.

Les autres caractères du méningocoque sont recherchés à l'aide d'un *antisérum*. L'injection à un animal de cultures de méningocoques détermine la formation dans son sérum de principes (agglutinines, précipitines, sensibilisatrices) dont l'action spécifique permet de reconnaître ultérieurement la nature méningococcique d'un germe constaté.

1° Le méningocoque vrai est *agglutiné* au taux de 1/100 ou 2/100 par le sérum d'un animal préparé avec ce microbe. Cette recherche doit être faite de la manière suivante. Cinq tubes d'un centimètre cube, deux contenant des dilutions de sérum antiméningococcique à 1/100 et à 2/100, deux des dilutions d'un sérum de cheval ordinaire aux mêmes taux, le dernier de l'eau salée à 8,5 p. 1000, sont ensemencés avec une culture de méningocoque de dix-huit à vingt heures (la culture est finement émulsionnée dans le liquide) puis ils sont placés à l'étuve à 37 degrés pendant vingt-quatre heures; quand on est en présence du méningocoque, seuls les deux tubes à sérum spécifique sont agglutinés. Parfois cependant il faut, pour obtenir l'agglutination, mettre les tubes à 55 degrés [Kutscher (1)].

2° La toxine méningococcique ou plutôt l'extrait aqueux méningococcique ou autolysat est *précipité* par l'antisérum. C'est ce que constatent Bruckner et Cristeanu, Dopter et Koch. On ajoute à une quantité fixe de toxine (XX ou L gouttes), une quantité variable (I, II, IV gouttes) d'antisérum; on laisse le tube vingt-quatre heures à la température du laboratoire avant de juger la valeur du précipité.

3° Enfin l'antisérum contient une *sensibilisatrice* qui avec la méthode de Bordet Gengou permet de spécifier la nature exacte du germe. Au microbe à qualifier en émulsion (antigène) on ajoute du sérum antiméningococcique chauffé (sensibilisatrice) et un sérum neuf non chauffé de cobaye (complément). Si le microbe est bien du méningocoque, la sensibilisatrice fixera sur l'antigène le complément, et l'hémolyse n'aura pas lieu quand on ajoutera à ce mélange des hématies et un sérum hémolytique chauffé. Kolle et Wassermann, Krumbein et Schatiloff, Vannod ont constaté ces faits. La réaction, positive avec une culture de vingt-quatre heures, est négative avec une culture de quatorze heures [Markl (2)].

Le méningocoque est un germe très *fragile*; la température optima à laquelle il pousse est 37 degrés et les limites de sa culture varient de 25 à 43 degrés. Il succombe rapidement au-dessus de cette température; par contre, si le froid empêche son développement, il n'en provoque pas la destruction.

C'est également un germe très sensible à la dessiccation, et pour conserver les cultures il faut avoir soin d'encapuchonner les tubes. La lumière solaire le détruit rapidement. Une exposition de quatre à cinq heures au milieu de l'été provoque la stérilisation de la culture exposée [Bettencourt et Franca (3)]. Enfin il résiste fort mal aux antiseptiques usuels [Flügge (4)] et les cultures sont tuées par certaines vapeurs médicamenteuses, en particulier par l'eucalyptus (Koch).

Le méningocoque ne produit pas de toxine soluble, mais il possède une *endotoxine* virulente. Il semble même [Flexner (5)] que le microbe sécrète

---

(1) Dopter et Koch. Recherche du méningocoque dans les fosses nasales. Son identification, *Presse méd.*, 31 oct. 1908, n° 88, p. 697.

(2) Dopter. Le diagnostic bactériologique de la méningite cérébro-spinale à méningocoques, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 déc. 1908, p. 785.

(3) Lagane. Technique essentielle de la recherche et de l'identification du méningocoque de Weichselbaum, *Presse méd.*, 10 mai 1909, n° 43, p. 391.

(4) Griffon. Diagnostic du méningocoque, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 déc. 1908, p. 848.

(5) Kutscher. Contribution à la culture du méningocoque, *Centralbl. f. Bakt.*, 9 nov. 1907, t. XLV, p. 286.

(6) Conrad. Procédé clinique simple pour cultiver le méningocoque, *Deuts. med. Wochens.*, 9 juillet 1908, p. 1222.

(7) Mackenzie et Martin. Serumtherapy in cerebro spinal fever, *Journ. of Pathol. a. Bact.*, 1908, p. 539.

(8) Dopter et Koch. Action du méningocoque et des bactéries similaires sur les milieux sucrés au neutralröth, *C. r. de la Soc. de biol.*, 24 oct. 1908.

(1) Kutscher. Ein Beitrag zur agglutination des Mening., *Deuts. med. Wochens.*, 15 nov. 1906, p. 1849.

(2) Markl. Ueber die Antikörper des Meningococcus, *Centrabl. f. Bakt.*, 24 oct. 1907, t. LXV, p. 175.

(3) Bettencourt et Franca. Ueber die Men. cer. spin. epid. und ihren specific. Erreger, *Zeit. f. Hyg.*, 1904.

(4) Flügge. Action des antiseptiques sur le méningocoque, *Epidémie de Silésie*, Iéna 1907.

(5) Flexner. Contribution to the biology of diplococcus intracellularis, *Journ. of experim. Med.*, 1907.

des produits solubles qui lui sont nuisibles et qui, en s'accumulant dans les milieux de culture, rendent ceux-ci inaptes à la multiplication des germes (autolyse).

Le *pouvoir pathogène* du méningocoque pour les animaux de laboratoire est assez faible, et dans les anciens travaux on donnait cette faible virulence comme un des caractères pathognomoniques du méningocoque. Il ne provoque en effet la mort de la souris que par injection intra-pleurale (Griffon).

Mais les recherches récentes ont montré que l'on ne saurait considérer la virulence faible comme un attribut caractéristique du microbe de Weichselbaum, elle est sujette à des variations trop grandes [Netter (1)]. L'animal de choix est la souris et le jeune cobaye. La mort paraît survenir plutôt par l'influence nocive des poisons mis en liberté par la destruction des corps microbiens que du fait d'une véritable infection.

Von Lingelsheim et Leuchs (2), Flexner ont pu obtenir chez le singe par injection intra-rachidienne des méningites cérébro-spinales. D'ailleurs cet animal, s'il faut en croire un cas rapporté par Weinberg (3), peut présenter cette affection d'une façon spontanée.

Diagnostic bactériologique. — Le méningocoque n'est pas le seul coccus qui puisse déterminer une méningite. Mais il ne s'agit pas dans ces autres cas de méningite cérébro-spinale épidémique. Certains de ces germes sont facilement reconnaissables : le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque; mais d'autres, par leur aspect, méritent le nom de *pseudo-méningocoques*, et comme jusqu'à ces dernières années on ne savait pas les distinguer du vrai méningocoque, nous insisterons un peu sur leurs caractères bien spécifiés par von Lingelsheim.

Le plus grand nombre se décolorent par le Gram.

Le *diplococcus mucosus* et le *micrococcus pharyngis cinereus* se reconnaissent facilement, ils poussent abondamment et à toute température sur gélose et gélatine solide.

Le *diplococcus pharyngis siccus* a été trouvé comme cause unique de méningite [Hudelo et Merle (4)]. Ses cultures grumeleuses ne peuvent s'émulsionner dans les liquides, on ne peut donc rechercher l'agglutination; il fait fermenter tous les sucres.

Le *diplococcus pharyngis flavus* a des colonies jaunâtres, et non grisâtres comme le méningocoque. On en connaît trois variétés; elles n'agglutinent pas ou agglutinent spontanément. De plus, les variétés I et II font fermenter tous les sucres, tandis que la variété III, comme le méningocoque, n'agit pas sur le lévulose; seule l'agglutination peut donc la distinguer.

Le *micrococcus catarrhalis*, isolé par Pfeiffer, a été étudié en France par Bezançon et Israëls de Jong (5). Il ne peut être isolé du méningocoque que par les caractères spéciaux suivants : il ne fait fermenter aucun sucre [Bruckner (6)], et il n'est pas agglutiné par le sérum antiméningococcique. Bruckner (1) note que sur bouillon ascite il donne des grumeaux et non un trouble comme le méningocoque.

Le *diplococcus crassus* est le méningocoque décrit par Jäger. Ce microbe prend le Gram, ce qui le différencie nettement du vrai méningocoque; mais il présente souvent des variations de coloration, telles que certains éléments se décolorent tandis que le reste de la préparation reste coloré. On le rencontre assez fréquemment dans la méningite et, comme de plus il agglutine avec le sérum antiméningococcique, on comprend que la différenciation des deux germes ait été difficile. Mais, ainsi que l'a montré von Lingelsheim, le d. crassus fait fermenter les trois variétés de sucre, il ne peut donc être considéré comme une race de méningocoque vieillie de laboratoire; d'ailleurs l'agglutination est fugace et ne se retrouve que chez les cultures récemment isolées de l'organisme.

Le *gonocoque* enfin, quoique on ne le trouve qu'exceptionnellement dans la gorge (chez quelques nouveau-nés de mères infectées, Ghon) et dans les méninges [Prochoska (2), de Josselin de Jong (3), Ritchie, Milhit et Thanon (4)], doit être distingué du méningocoque. Certains auteurs, en effet, Lepierre et Pinto (5), Bruckner et Cristeanu (6), ont prétendu que ces deux microbes ne forment qu'une seule espèce microbienne. Un sérum antiméningococcique agglutine en effet le gonocoque; et un sérum antigonococcique agglutine le méningocoque. Mais Zupnik (7) ne put provoquer la blennorragie par l'inoculation de cultures pures de méningocoques dans l'urètre de cinq médecins bien portants; et le gonocoque sur milieux solides au neutralröth (Dopter et Koch) ne fait fermenter que le glucose. Mêmes résultats sont obtenus par Rothe (8). Enfin, par la réaction de Bordet Gengou, Vannod (9), Krumbein et Schatiloff (10) trouvent dans les sérums antiméningococcique et antigonococcique des sensibilisatrices respectivement spécifiques. — Il ne restait donc plus en faveur de l'identité des deux microbes que leur co-agglutination et leur co-précipitation par les sérums spécifiques. Dopter et Koch (11) ont montré par l'épreuve de l'absorption des agglutinines que ces agglutinations et ces précipitations étaient le fait non d'agglutinines ou de précipitines spécifiques, mais de réactions de groupe : un sérum antiméningo-

(1) NETTER. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 déc. 1908, p. 850.

(2) VON LINGELSHEIM et LEUCHS. Essai du méningocoque chez les animaux, *Klin. Jahrb.*, 1906.

(3) WEINBERG. Un cas de méningite cérébro-spinale chez le chimpanzé, *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, 13 avril 1909, t. II.

(4) HUDELO et MERLE. Deux cas de méningite cérébro-spinale, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 5 mars 1909, p. 412.

(5) BESANÇON et ISRAELS DE JONG. *Presse méd.*, 1907.

(6) BRUCKNER. Sur la fermentation des sucres par le méningocoque et le catarrhalis, *C. R. de la Soc. de biol.*, 16 mars 1908.

(1) BRUCKNER. Sur le micrococcus catarrhalis de Pfeiffer et ses relations avec le groupe gono-méningo, *C. R. de la Soc. de biol.*, 19 mars 1908.

(2) PROCHOSKA in FAURE-BEAULIEU. *Les septicémies gonococciques*. Th. de Paris, 1906.

(3) DE JOSSELIN DE JONG. Un cas de méningite blennorragique, *Centralblatt f. Bakt.*, 30 déc. 1907.

(4) MILHIT et THANON. Gonocoque et méningocoque, *Presse méd.*, 15 janv. 1908, p. 34.

(5) PINTO. Le gonocoque. *Journ. de phys. et de path. gén.*, 1905.

(6) BRUCKNER et CRISTEANU. *C. R. de la Soc. de biol.*, mai et juin 1906.

(7) ZUPNIK. Die Beziehungen der Mening. zu der Gonokokken, *Berlin. klin. Wochens.*, 31 déc. 1906.

(8) ROTHE. Ueber die Verwendung verschiedener Zuckernahrboden zur differentialdiagnosis der Gonokokken, *Centralbl. f. bakt.*, 16 mai 1908.

(9) VANNOD. Contribution à l'étude du gonocoque, *Centralbl. f. bakt.*, 1907.

(10) KRUMBEIN et SCHATILOFF. Recherches sur le sérum antiméningococcique, *Deut. med. Wochens.*, 1908, n° 23.

(11) DOPTER et KOCH. Sur la co-agglutination du méningocoque et du gonocoque, *C. R. de la Soc. de biol.*, 25 juillet 1908 ; — Sur les précipitines méningococciques et gonococciques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 17 oct. 1908.

coccique, saturé par des cultures de méningocoques, n'agglutine plus les cultures de méningocoque ni de gonocoque, ne précipite plus les extraits aqueux de ces deux microbes, tandis que, saturé par des cultures de gonocoque, il conserve son pouvoir agglutinant et précipitant envers le méningocoque mais le perd pour le gonocoque.

Signalons, en terminant, que Lieberknecht (1) a insisté sur l'action de la bile et du taurocholate de soude pour la différenciation des méningocoques et des pseudo-méningocoques; la bile dissoudrait le vrai méningocoque mais serait sans action sur les pseudo-méningocoques, mais cette réaction n'a pas la valeur des deux autres indiquées (Koch), et que Friese et Müller (2) ont découvert dans un cas d'influenza un nouveau pseudo-méningocoque, le microbe S, qui, faisant fermenter dextrose et maltose, n'a été différencié du méningocoque que par la recherche de l'absorption des agglutinines.

II

Epidémiologie. — Sans remonter aux épidémies du siècle dernier, bien étudiées par Hirsch, et dont Dopter (3) a réuni ici même les éléments en 1905, nous n'aurons en vue ici que les épidémies qui ont sévi depuis 1900 jusqu'à nos jours.

Les deux épidémies les plus importantes sont sans conteste celle de Silésie, et celle de l'Amérique du Nord.

En Silésie, l'épidémie débuta en 1904 et exerça ses ravages non seulement en Silésie, mais en Westphalie dans les provinces rhénanes ; elle mit plusieurs années à s'éteindre et le nombre des cas fut d'environ 3.700.

En Amérique, ce sont les Etats-Unis qui furent surtout touchés, et la ville de New-York fut particulièrement intéressée. Plus de 4.000 personnes furent atteintes avec 3.429 décès : 1.403 en 1904 et 2.026 en 1905, soit une mortalité de 73,5 p. 100.

Les autres pays ne furent pas complètement épargnés; nous relevons en effet des petites épidémies dans plusieurs localités d'Irlande et d'Écosse, à Belfast [Saint-Clair Symmers et Wilson (4)], à Leith [W. Elder et Nena Jevers (5)], particulièrement, etc.; en Suisse, à Lommis [Waler (6)]; en Italie, à Milan [Hajech (7)], etc. Même l'Afrique fut touchée : Horn (8) rapporte une épidémie qu'il observa à la Côte d'Or; Turnom une épidémie de 200 cas au Transvaal.

Cependant la France restait à peu près indemne ; une petite épidémie avait bien été observée en 1898 par Netter (9); une autre à Marseille et en Algérie [Cochez et Lemaire (1)], mais les années suivantes, le nombre des cas fut très minime. Ce n'est qu'à la fin de 1908, au début d'un hiver rigoureux et froid, que les cas de méningite, devenus plus fréquents à Paris, pouvaient faire prédire à Netter (2) l'éclosion d'une épidémie; celle-ci prit tout son développement dans les premiers mois de 1909, et encore actuellement (juin 1909) on en observe des cas dans les principaux hôpitaux de Paris.

Cette recrudescence ne s'observait pas seulement à Paris, mais dans plusieurs villes de province et intéressait tout spécialement l'armée. Vaillard (3) rapporte à l'Académie de médecine les chiffres suivants : de 1888 à 1908, il avait été observé dans l'armée stationnée en France, 730 cas avec 402 décès, soit une moyenne annuelle de 30 à 35 atteintes, disséminées dans de multiples garnisons. Mais ces dernières années le chiffre des méningites augmente rapidement, il est de 71 en 1905, de 111 en 1906, de 108 en 1907, de 110 en 1908, et en 1909, pour les seuls mois de janvier, février, mars, le chiffre des atteintes était déjà de 139 se répartissant en quarante-cinq garnisons.

Deux épidémies locales furent particulièrement bien étudiées, l'une à Saint-Denis par Netter (4), l'autre à Evreux par Vaillard. L'épidémie de Saint-Denis de 10 cas dans la première communication de Netter s'éleva à 18 dans la seconde (5); elle était cantonnée aux environs du pont de Soissons, et intéressait particulièrement les enfants fréquentant l'école située à cet endroit.

L'épidémie d'Evreux fut localisée au régiment de dragons; le quartier d'infanterie, situé non loin, resta indemne. Tant parmi les militaires que dans la population civile, infectée secondairement par les réservistes retournés dans leurs foyers, il y eut 48 cas.

III

Etiologie. — Contagion. — L'étude de ces épidémies montre nettement que la méningite cérébro-spinale est une affection contagieuse. Certains pourtant ont cru pouvoir invoquer contre la contagion de l'affection la rareté relative des cas multiples dans une même famille, surtout l'immunité habituelle du personnel donnant des soins aux malades, immunité confirmée encore au cours de la récente épidémie de Silésie où, parmi le personnel médical, les infirmières, les religieuses, on n'a compté qu'un seul malade, enfin l'absence habituelle de contagion à l'intérieur de l'hôpital. Mais si les cas observés dans une même famille ne sont pas aussi communs que dans les fièvres éruptives, on peut pourtant assez souvent les observer ; si les médecins sont peu atteints, nous trouvons pourtant relaté le cas de Hare (6) concernant un médecin succombant à

(1) Lieberknecht. Ueber Pseudomeningokokken aus dem Rachengesunder Schulkinder, *Arch. f. Hygiene*, 1908, t. LXVIII, f. 2, p. 143.

(2) Friese et Müller. Weitere Untersuchungen über Meningokokkus und meningokokkenähnliche Bakterien, *Klin. Jahrbuch*, t. XX, f. 3.

(3) Dopter. La méningite cérébro-spinale épidémique. Epidémiologie. Prophylaxie, *Gaz. des hôp.*, 20 mai 1905.

(4) Saint-Clair Symmers et Wilson. *Brit. med. Journ.*, 22 juin 1907, p. 1477.

(5) W. Elder et Nena Jevers. *Scottish med. and surg. Journ.*, vol. XX, nº 3, p. 215, mai 1907.

(6) Waler. *Corr. blatt. f. Schweizer Aerzte*, 1906.

(7) Camillo Hajech. L'epidemia di meningite cerebro-spinale del 1907 in Milano, *La Pediatria*, janvier 1909.

(8) Horn. An investigation of cerebrospinal fever in the Northern territoire of the Gold Coast, in 1903, *Journ. of trop. med.*, t. XI, 1er déc. 1908, p. 358.

(9) Netter. Méningite cérébro-spinale épidémique, *B. et M. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 13 mai 1908.

(1) Cochez et Lemaire. *Arch. gén. de méd.*, VII.

(2) Netter. Traitement de la méningite cérébro-spinale suppurée. Bains chauds prolongés, ponctions lombaires répétées, collargol, efficacité du sérum antiméningococcique, *B. et M. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 11 déc. 1908, p. 762.

(3) Vaillard. Sur la méningite cérébro-spinale, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 avril 1909, p. 464.

(4) Netter. Existence d'une épidémie de méningite cérébro-spinale à Paris et dans la banlieue. Efficacité du sérum antiméningococcique, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 9 mars 1909, p. 300.

(5) Netter. Sur la méningite cérébro-spinale, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 4 mai 1909, p. 508.

(6) Hare. Un cas de méningite cérébro-spinale démontrant la nature contagieuse de l'affection, *New-York med. Journ.*, 10 fév. 1906.

une méningite épidémique après avoir donné ses soins à un méningitique; celui d'Assimis (1) concernant une infirmière; enfin Huber (2) a vu à l'hôpital la méningite survenir chez deux enfants entrés pour une autre maladie et Vaillard rapporte également deux cas de contagion à l'hôpital même.

La rareté de ces contagions familiales ou hospitalières prouve seulement qu'il n'y a pas ici contagion directe, immédiate, par les locaux, par les objets inertes. Mais si l'on étudie les rapports qui unissent des cas de méningite survenus dans le même quartier, on voit l'intervention de convalescents et plus souvent encore de tierces personnes, saines et demeurant saines, ayant été en contact avec un méningitique. Ce fait est surtout net dans les quelques observations suivantes.

Flatten (3), dans des localités indemnes de méningite, observe l'éclosion de l'affection chez des enfants d'ouvriers travaillant dans des localités envahies par la méningite épidémique et rentrés chez eux trois et quatre jours auparavant.

Netter voit survenir chez un de ses enfants une méningite cérébro-spinale; c'était lui-même qui avait été le véhicule du contage.

Enfin Vaillard, parmi plusieurs faits, rapporte l'observation suivante que nous citerons textuellement :

Le réserviste R..., licencié le 15 février, reprend dès le lendemain ses occupations de valet à la ferme de M. D... Le 21 février, se trouvant indisposé, il se rend au domicile de son frère R... Abel, marié, père de cinq enfants, et s'y repose pendant cinq jours : durant cette courte période il couche dans l'unique pièce occupée par toute la famille. Le 28 février, deux jours après le départ du réserviste, la femme R... Abel et un de ses enfants âgé de neuf ans sont simultanément pris de méningite; un parent vient plusieurs fois les visiter, il contracte aussi la maladie, tous trois guérirent. Cependant le 26 février, le réserviste R... avait repris son service à la ferme de M. D... Le 3 mars Odette D..., âgée de quinze mois, est atteinte de méningite cérébro-spinale et meurt le 14. Le 10 mars, sa mère Mme D... est prise à son tour et succombe comme sa fille le 14 mars.

Les porteurs de germes. — L'étude du méningocoque nous a montré sa fragilité hors de l'organisme; celle de l'épidémiologie de la maladie, l'intervention, dans la contagion, de personnes saines; dans ces conditions, il a fallu envisager un mode tout particulier de transmission et considérer l'hypothèse de *porteurs de germes*.

Des recherches bactériologiques ont été effectuées tout d'abord par les Allemands, puis par différents auteurs et elles ont montré que l'on pouvait déceler le méningocoque non seulement dans le pharynx des malades atteints de méningite épidémique, mais également chez les personnes saines ayant été en contact avec les méningitiques.

Chez les méningitiques la constatation du méningocoque est d'autant plus fréquente que l'examen a été effectué plus près du début de la maladie et que l'ensemencement a suivi plus rapidement la prise du pus pharyngé. Von Lingelsheim a trouvé en effet des chiffres très variables suivant le moment où ce prélèvement a été effectué; du premier au cinquième jour de la maladie le méningocoque est constaté dans 66,6 p. 100 des cas; la proportion n'est plus que de 4,39 p. 100 après le vingt et unième jour, et, suivant le temps écoulé entre le prélèvement et l'ensemencement, elle varie de 33,3 p. 100 dans la ville de Beuthen, siège du laboratoire, à 8,87 p. 100 dans la ville de Kassowitz. Mais en réalité la proportion de la présence du méningocoque dans le pharynx des méningitiques est bien plus considérable et von Lingelsheim, dans des statistiques rectifiées, donne un pourcentage de 93,8 p. 100 de résultats positifs quand les prélèvements ont été effectués en temps opportun.

Mêmes constatations ont été faites par les autres auteurs. Mary Goodwin et Anna von Sholly (1) constatent le microbe 12 fois sur 22 après sept jours, 5 fois sur 15 après quatorze jours.

Il est important dans ces recherches de méningocoques dans le pharynx d'ensemencer non pas les mucosités nasales, mais les mucosités de l'arrière-pharynx que l'on va prélever par la bouche (Westenhœffer (2), Dopter et Koch).

Les personnes en rapport avec le malade, vivant avec lui peuvent également présenter le méningocoque dans le pharynx. Tel était le cas chez le réserviste de Vaillard, dans l'observation familiale de Netter.

Les statistiques relevées varient légèrement. Von Lingelsheim admet qu'en moyenne il y a 15 p. 100 de personnes infectées dans le voisinage immédiat des malades. Herford (3) trouve 23,9 p. 100. Goodwin et von Sholly, 10 p. 100. A Evreux, sur 372 personnes examinées, on en relève 17 p. 100. A Saint-Denis, par contre, Netter trouve 25 p. 100 des enfants avec des méningocoques dans le pharynx, soit une moyenne de 9 porteurs de germes pour un malade. C'est à peu près le chiffre qu'admettent Bruns et Hohn, 10 porteurs pour un malade.

Le nombre de personnes saines porteuses de bacilles est en rapport direct des conditions hygiéniques où vit le malade; dans les familles aisées, Netter ne trouve que 16,8 p. 100 de porteurs contre 38 p. 100 dans les familles misérables. Aussi à l'hôpital où les salles sont bien aérées, la diffusion des germes se fait mal, la proportion des porteurs est très faible. Netter, sur 10 personnes du service hospitalier, ne trouve chez aucune le microbe; pour lui, il croit avoir été contagionné à Saint-Denis lors de son enquête dans les logements insalubres.

Mêmes constatations négatives avaient été faites par Herford chez 48 médecins ou infirmiers. Von Lingelsheim ne trouve sur 34 personnes du service qu'un seul porteur de germes.

Le microbe disparaît ordinairement du pharynx

(1) Assimis. Méningite cérébro-spinale épidémique. Quelques cas observés à la clinique du professeur Delyannis, *Presse méd.*, 1898.

(2) Huber. Cerebro-spinal meningitis, *Arch. of Ped.*, XXII, n° 2, fév. 1905, p. 90.

(3) Flatten, in Kirchner. Ueber die gegenwartige Epidemie der Genickstarre und ihre Bekaempfung, *Berl. klin. Wochens.*, 5 et 12 juin 1905, n°s 23 et 24.

(1) Mary Goodwin et Anna von Sholly. The frequent occurrence of mening. in the nasal cavities of meningitis patients and thore in direct contact with them, *Journ. of infections diseases*, 1906, II, supp. 2.

(2) Westenhœffer. Pathologische Anatomie und Infektionsweg bei der Genickstarre, *Berl. klin. Wochens.*, n° 24, 12 juin 1905, p. 737-743.

(3) Herford. Bakteriol. und epidemiol. Beobachtungen bei einer Genickstarre epidemie in Altona, *Klin. Jahrb.*, t. XIX, f. 3.

une dizaine de jours après le début de la pharyngite (Herford), mais on peut l'observer même après trente jours (Netter), six, huit et onze semaines [Bruns et Hohn (1)] et même sept mois après [Selter (2)].

Si on songe que chaque porteur de germes peut à son tour contagionner d'autres personnes sans pour cela déterminer de méningite, on comprend la possibilité de cas sporadiques qui unissent entre elles les différentes épidémies.

Seul en effet le passage direct du microbe d'un sujet à un autre est la cause de la contagion et de la méningite. Chez l'individu parfaitement sain, non en contact avec des méningitiques on ne trouve pas de méningocoques. Von Lingelsheim, sur 125 individus éloignés du centre de l'épidémie, ne constate pas une seule fois le méningocoque. Gaffky, sur 114 malades à Berlin, le trouve deux fois; or l'enquête apprend que ces deux malades avaient été en rapport avec des méningitiques.

Il y a donc contagion et non augmentation de virulence d'un hôte habituel du pharynx, comme on le croyait avant ces dernières recherches.

L'importance de ces porteurs de germes sains est considérable, car ils se déplacent et sont par conséquent des facteurs de contagion bien plus considérables que le malade qui reste alité, d'où la propagation de l'épidémie par bonds correspondant au déplacement des porteurs de germes.

Comment un porteur de méningocoque infecte-t-il une autre personne ? La question n'est plus discutée maintenant. Weichselbaum, Kirchner (3), Vaillard, Netter sont d'accord pour admettre le rôle des invisibles gouttelettes de salive que Flügge nous a appris à connaître et qui se disséminent dans l'air ambiant dans l'acte de parler, de tousser, d'éternuer.

Pourtant Robertson (4) émet encore l'hypothèse de l'introduction du microbe par les aliments au niveau d'une légère érosion de la gorge et des amygdales.

Les enfants, s'il faut en croire Studt (5), ne seraient que rarement des vecteurs de contagion car ils ne crachent pas et comme le coryza est rare, n'éternuent guère.

Causes prédisposantes. — Etant donné le nombre d'individus qui présentent dans le pharynx le méningocoque de Weichselbaum, il est évident que la présence du microbe n'est pas suffisante pour l'éclosion d'une méningite et qu'il faut soit un terrain favorable, soit des conditions favorisantes.

Westenhœffer insiste sur la *prédisposition lymphatique* des sujets ; ce serait surtout chez les enfants présentant de grosses amygdales, une hypertrophie de l'amygdale pharyngée que la méningite apparaîtrait. Admise par certains auteurs, et en particulier par Trautmann (6), elle est rejetée par beaucoup d'autres (Herford, etc.). Le rôle du *traumatisme* qu'avait déjà indiqué Fujisama (1) a été tout particulièrement mis en lumière par Herford. Enfin, dans d'autres circonstances, on a pu incriminer tour à tour la *fatigue*, l'*insolation*, etc.

(1) Bruns et Hohn. Ueber den Nachweis und das Vorkommen der Mening. in Nasenrachenraum, *Klin. Jahrb.*, t. XVIII, p. 285.
(2) Selter. Die Bedeutung des Dauerausscheider und Bazillenträger für die übertragbare Genickstarre, *Klin. Jahrb.*, t. XX, p. 457.
(3) Kirchner. *Berl. klin. Wochens.*, 1905.
(4) Robertson. Remarque sur l'évolution de la méningite cérébro-spinale épidémique, *Brit. med. Journ.*, 21 juillet 1907.
(5) Studt. *Veræffentl. des Kaiserlich. Gesundheitsamt.*, 1905.
(6) Trautmann. Zur Keimtragerfrage bei ubertragbarer Genickstarre, *Klin. Jahrb.*, 1908, LXIX, f. 4, p. 439.

Mais certains points étiologiques dominent l'éclosion de la méningite.

Ce sont l'âge du sujet, les influences saisonnières, la vie en commun.

Age. — La méningite cérébro-spinale épidémique atteint d'une manière toute particulière les enfants. Koplik (2) constate 77 p. 100 des cas au-dessous de quatre ans. Flatten sur 2037 cas en observe 1824, soit 90,5 p. 100, au-dessous de quinze ans. Radmann (3) sur 300 cas n'en signale que 12 âgés de plus de douze ans. La méningite cérébro-spinale est donc surtout une maladie de l'enfance, mais avec Zaguelmann (4) nous ferons remarquer que ces dernières statistiques s'appliquent à des districts allemands où la population est représentée pour plus d'un tiers par des enfants au-dessous de six ans.

Saisons. — D'un autre côté l'état de l'atmosphère influe considérablement sur la virulence et la diffusibilité des germes. Le froid du début de l'hiver, l'humidité du début du printemps sont des causes prédisposantes que relèvent tous les auteurs. Et, ainsi que l'ont montré Bruns et Hohn, parallèlement au nombre des méningites, s'accroît le nombre des porteurs de germes (61 p. 100 en mars, 50 en avril, contre 28 en juillet et 8,5 seulement en août). Il existe donc une influence cosmique qui accroît à la fois la diffusibilité et la virulence du germe. Aussi en dehors de la période épidémique, au cours des cas sporadiques ne trouve-t-on qu'un petit nombre de porteurs, 9,6 p. 100 (Trautmann). Ainsi que le fait remarquer Netter, cette influence extérieure peut agir sur d'autres germes et ainsi s'explique la coïncidence si fréquente de grippe, de pneumonie, de scarlatine, d'oreillons, etc., et de méningite cérébro-spinale épidémique.

La *vie en commun* enfin joue un grand rôle dans l'éclosion de l'affection, c'est dans les casernes, dans les centres ouvriers à population nombreuse que sévit l'affection. La *mauvaise hygiène* a également un certain rôle; Buchanan (5), Jehle (6), Fraser et Comrie (7) incriminent les *poussières*, soit celles des cales de navires, soit celles plus humides des galeries de mine, comme causes de propagation du méningocoque.

IV

Pathogénie. — Il est donc démontré que le méningocoque est l'agent de la méningite épidémique et qu'on le retrouve chez le malade comme chez l'individu sain au niveau du pharynx. La contagion se fait donc par la voie respiratoire. Mais comment le microbe du pharynx gagne-t-il les méninges?

La question n'est pas encore résolue. Jusqu'à ces

(1) Fujisama. *Münch. med. Wochens.*, 5 nov. 1901.
(2) Koplik. *Med. News.*, 4 juin 1904, p. 1065-1073.
(3) Radmann. *Deuts. med. Woch.*, 4 mai 1905, p. 707.
(4) Zaguelmann. *Contribution à l'épidémiologie et à la bactériologie de la méningite cérébro-spinale épidémique*, Th. de Paris, 1905.
(5) Buchanan. *Journ. of Hyg.*, 1901, p. 214.
(6) Jehle. Présence du méningocoque et du catarrhalis dans le naso-pharynx et recherches de désinfection avec la pyocyanase, *Wien. klin. Woch.*, 20 fév. 1908.
(7) Fraser et Comrie. The naso-pharynx as infection carrier in epid. cer. sp. men., *Edimb. med. chir. Soc.*, in *Lancet*, 22 juin 1907.

dernières années on admettait que le *nez* était la porte d'entrée du méningocoque, et que le microbe gagnait les méninges par l'intermédiaire de la lame criblée de l'ethmoïde, soit le long des lymphatiques, soit le long des gaines nerveuses. Les recherches de Cunéo et Marc André (1) montraient que chez les enfants les lymphatiques du nez persistaient, qu'ils s'atrophiaient à l'âge adulte, et expliquaient la fréquence de l'affection dans l'enfance. Mais le méningocoque se trouve beaucoup plus au niveau du pharynx que des fosses nasales. Albrecht et Ghon insistent sur la fréquence de l'angine spécifique du début; le coryza par contre est plus rare et Wagener constate la rougeur intense de la face postérieure du pharynx dans les premières heures de la maladie.

Aussi Westenhoeffer (2), se basant sur cette localisation du microbe, sur la participation toute première à l'infection des méninges avoisinant la selle turcique, admet-il que l'invasion méningée se fait à travers les pores du *sphénoïde* et par les voies vasculaires qui passent du naso-pharynx dans le crâne au voisinage de la selle, l'hypophyse n'étant qu'un diverticulum du pharynx.

Mais s'il est vrai que Flexner chez le singe, par injections intra-rachidiennes de méningocoque, a pu secondairement trouver du méningocoque dans les gaines lymphatiques du nez, les constatations en faveur de cette origine pharyngée sont peu fréquentes. Mackenzie et Martin (3) n'ont jamais trouvé en sciant les os la voie de l'infection. On trouve par contre assez souvent une infection de l'oreille moyenne qui peut faire supposer que la *voie otitique* est également possible [Boinet (4)].

D'un autre côté on doit remarquer que le méningocoque n'est pas strictement localisé au niveau des méninges. On l'a constaté à de nombreuses reprises dans le *sang* [Follet et Sacquépée (5), David J. Davis (6), Birnie et Smith (7), Curtius (8), Lenhartz, Bettencourt et Franca, Schottmüller (9), v. Drigalski]; Gradwahl (10) l'a constaté dans les méninges d'un fœtus dont la mère était morte de méningite. D'autre part Weichselbaum et Ghon, Herford le décèlent au niveau de l'endocarde dans des cas où l'endocardite complique la méningite; on le trouve dans le péricarde, la plèvre, la rate, les ganglions mésentériques [Saint-Clair Symmers (11)], même au niveau de l'œil [Duval (12)].

Jacobitz (13) constate des affections broncho-pulmonaires à méningocoques compliquant des méningites, puis des affections pulmonaires dues au même microbe sans méningite concomitante. De même Warfield et Walker, Schottmüller rapportent des cas d'endocardite mortelle sans méningite; Martini et Röhde (1), Salomon (2) des observations où la constatation de méningocoques dans le sang a précédé l'apparition d'une méningite; enfin Liebermeister, Andrewes, Bovaird (3), Netter et Debré (4) des méningococcémies sans méningites [Romme (5)]. Ces constatations font émettre à Koch l'hypothèse que l'infection par la voie sanguine précède peut-être la localisation méningée.

Il resterait à expliquer la cause de la localisation du microbe aux méninges. Serait-ce parce que le liquide céphalo-rachidien n'est pas agglutinant et ne contient pas d'anticorps (Koch)? Mais c'est là un fait d'ordre général qui se retrouve dans toutes les affections et il n'explique pas la localisation de ce microbe de préférence aux autres.

V

Clinique. — La méningite cérébro-spinale à méningocoques apparaît le plus souvent *brusquement*, et c'est en pleine santé que l'enfant est pris subitement de mal de tête, de vomissements, de fièvre — parfois de frissons. — « La méningite commence comme une pneumonie, une scarlatine, un érysipèle, » écrit Debré (6).

Cependant le début subit peut faire défaut; le malade présente depuis quelques jours du *coryza* ou se plaint d'une *angine* rouge plus ou moins marquée lorsqu'apparaissent des symptômes d'irritation encéphalique.

Le syndrome méningé est très marqué dans la forme commune de la méningite épidémique. Les *vomissements* sont presque constants, la *céphalée* habituelle, par contre la *constipation* est souvent remplacée par de la *diarrhée*. Mais, ce qui caractérise tout spécialement l'affection, c'est l'intensité des *contractures*. La nuque rétractée reporte la tête en arrière, dans une position presque immuable, et, pourrait-on dire, pathognomonique. Mais les muscles de la nuque ne sont pas seuls atteints de cette hyperexcitabilité tonique. Les muscles du dos déterminent par leur contracture souvent de l'opisthotonos. Les membres inférieurs sont en flexion, donnant la position du chien de fusil. Le *signe de Kernig* est très marqué; et l'on remarque presque toujours le réflexe contralatéral sur lequel Brudzinski (7) a attiré l'attention, c'est-à-dire que la flexion exagérée de la cuisse sur le bassin détermine dans l'autre membre des mouvements de flexion, plus rarement d'extension de la cuisse. Les contractures peuvent intéresser les muscles de la mâchoire, occasionner du trismus [trois cas de Coste et Pinssau (8)].

---

(1) Cunéo et Marc André. *Bull. de la Soc. anat.*, 1905, et Marc André, Th. de Paris, 1905.
(2) Westenhoeffer. Pathologische Anatomie und Infektionsweg bei der Genickstarre, *Berl. klin. Woch.*, 12 juin 1905, p. 737.
(3) Mackenzie et Martin. Serumtherapy in cer. spin. fever, *Journ. of Path. a. Bact.*, 1908, p. 539.
(4) Boinet. *Arch. gén. de méd.*, 1905, p. 2008.
(5) Follet et Sacquépée. Septicémies en général et septicémies méningococciques, *Presse méd.*, 20 janv. 1906.
(6) David J. Davis. Studies in meningococcus infections, *Journ. of infect. dis.*, 15 nov. 1907.
(7) Birnie et Smith. *Amer. Journ. of the med. News.*, oct. 1907.
(8) Curtius. *Münch. med. Woch.*, 1905, nº 45.
(9) Schotmüller. *Münch. med. Woch.*, 1905, nºs 34-36.
(10) Gradwahl in Loiseleur. *Les infections sanguines*, Th. de Paris, 1906.
(11) Saint-Clair Symmers. *Brit. med. Journ.*, 1907.
(12) Duval. Septicemia with acute fibrino purulent pericarditis and hypopion iritis caused by the Mening., *The Journ. of Med. research*, oct 1908.
(13) Jacobitz. Diploc. méningite cérébro-spinale comme agent pathogène des maladies pulmonaires et bronchiques, *Zeits. f. Hyg.*, 2-9 avril 1907.

(1) Martini et Röhde. Ein fall von Meningokokkenseptikoemia, *Berl. klin. Woch.*, 7 août 1905.
(2) Salomon. *Berl. klin. Woch.*, 1902, nº 45.
(3) Bovaird. *Arch. of intern. Med.*, 1909, vol. III, nº 3, p. 267.
(4) Netter et Debré. Méningococcémie sans méningite cérébro-spinale, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 juill. 1909.
(5) Romme. Méningococcémie sans méningite, *Presse méd.*, 8 mars 1909, p. 328.
(6) Debré. Les principaux caractères cliniques de la méningite cérébro-spinale. *Presse méd.*, 29 mars 1909, nº 43, p. 386.
(7) Brudzinski. *Wien. klin. Woch.*, 1908, nº 8, p. 755. — Romme. *Presse Med.*, 1908.
(8) Coste et Pinssau. Considérations sur quelques cas de méningite cérébro-spinale épidémique, *Arch. de méd. milit.*, 1908.

Les *convulsions* s'observent surtout chez les petits, mais ne sont pas exceptionnelles chez les grands enfants et chez l'adulte. Par conte les *paralysies* sont plus rares, et leur constatation est d'un pronostic habituellement assez fâcheux, elles traduisent en effet souvent une lésion concomitante de la moelle ou de l'encéphale.

Les *troubles sensitifs subjectifs* consistent en douleurs qu'accuse le malade surtout au niveau de la tête mais qui peuvent siéger aux lombes, dans les membres. Ces douleurs sont spontanées, mais sont surtout provoquées par les mouvements que l'on imprime au malade. Il existe, en effet, une *hyperesthésie* superficielle et profonde de la peau et des muscles qu'exagère tout mouvement. Aussi le nourrisson pousse-t-il des cris perçants répétés, et peu d'enfants sont aussi hostiles à tout examen, aussi craintifs devant le médecin que ceux qui sont atteints de méningite cérébro-spinale (Debré).

Cette hypersensibilité intéresse également les muqueuses, le pharynx et provoque parfois du spasme de la glotte [Félix (1)].

Les *réflexes* tendineux et cutanés sont des plus variables; les réflexes rotuliens peuvent être normaux, exagérés ou abolis. C'est leur abolition, ou tout au moins leur diminution qui nous a paru peut-être le plus fréquente. Triboulet et son élève Gachet (2) ont, il y a déjà quelques années, attiré avec raison l'attention sur ce fait. Par contre si le réflexe de Babinski est parfois en extension [Krause (3)], souvent aussi il est normal.

Les *troubles vaso-moteurs* seraient, pour Debré, moins fréquents que dans la méningite tuberculeuse; la face reste rouge et ne présente pas d'alternatives de rougeur et de pâleur.

Les organes des sens sont fréquemment touchés. Du côté de l'*oreille* on a observé des bourdonnements, des otites moyennes. Du côté de l'*œil* on a signalé la coexistence de conjonctivite, d'ulcération de la cornée et d'anesthésie de la cornée [Burvill Holmes (4)], indiquant peut-être un syndrome neuroparalytique atténué [Terrien et Bourdier (5)], — des troubles variables de la musculature : soit de la mydriase, soit du myosis, des paralysies passagères, ordinairement des muscles extrinsèques, surtout des droits externes, — des troubles du fond de l'œil. Ceux-ci sont les plus importants; ils se traduisent surtout par de la papillite (16 cas sur 42, Terrien et Bourdier) et la congestion neurorétinienne (1 seul cas). La neurorétinite est plus rare, 3 cas. Ces mêmes auteurs insistent sur l'absence, au cours de la méningite cérébro-spinale, de la photophobie si fréquente par contre dans la méningite tuberculeuse. Enfin Ballantyme (6) a attiré l'attention sur la possibilité de la diminution de la vision sans altération ophtalmoscopique.

Comme *symptômes généraux*, la *fièvre* est très variable; on a coutume de dire qu'elle est très élevée; or elle n'atteint pas habituellement 40 degrés; elle présente des oscillations souvent assez grandes. Netter a insisté sur ce fait qu'elle présente d'un moment à l'autre des changements parfois très importants. D'ailleurs l'hyperthermie peut manquer, et la température rester inférieure à 38 degrés; le fait est peut-être plus fréquent chez les jeunes enfants. Le degré de la fièvre ne peut renseigner sur la gravité de l'affection, certaines formes sans élévation marquée de la température sont souvent mortelles.

La *respiration* et le *pouls* présentent une accélération assez grande, et l'on observe presque toujours des irrégularités.

L'*état général* du sujet atteint de méningite épidémique est des plus variables. Tantôt il est dans une *somnolence* qui est presque du coma, et présente par moment du délire calme ou quelques mouvements nerveux. Tantôt on observe le *coma* complet, et ces cas coexistent parfois avec une *paralysie* musculaire presque généralisée, tantôt un *délire* et une agitation des plus vives, qui nécessitent l'emploi de liens pour retenir le malade, tantôt enfin, ainsi que le signale Teissier (1), le malade présente une *lucidité* qui fait contraste avec la violence des contractures observées.

Les *urines* sont assez abondantes parce que le malade boit beaucoup et présente une soif vive. Elles contiennent parfois de l'albumine et du sucre. Cette dernière constatation serait d'un pronostic assez fâcheux pour Salebert (2). La diazo-réaction y est plus souvent positive que dans la méningite tuberculeuse [Nordmann (3)]. Enfin Campagna (4) a signalé la fréquence de l'indicanurie dont l'importance aurait un rapport étroit avec la gravité de l'affection.

Du côté de la peau on observe dans les deux tiers des cas de l'*herpès*; sa constatation a une haute valeur diagnostique; parfois très discret il peut envahir toute la face (Roger Voisin et Paisseau), tout un membre (Debré), ou siéger par placards à des places multiples.

La constatation d'un *érythème* infectieux aux coudes, aux genoux, aux fesses, est fréquente; dans les cas graves l'érythème est purpurique.

Enfin presque toujours le *foie* et la *rate* sont augmentés de volume.

ÉVOLUTION. — Cet ensemble symptomatique n'est pas toujours réalisé dès les premiers jours, il existe une première période infectieuse où la localisation méningée ne se traduit pas encore par ses symptômes propres, mais s'il existe au complet le diagnostic de méningite cérébro-spinale s'impose, et l'on doit immédiatement pratiquer l'injection de sérum. On voit alors cesser tous les phénomènes, se calmer l'agitation, baisser la température. La raideur et le signe de Kernig persistent le plus longtemps. L'affection a duré une dizaine de jours.

Dans les cas graves cependant la sérothérapie n'arrête pas l'évolution : les contractures s'exagèrent ou l'on voit s'installer une mollesse générale avec adynamie; le malade présente un *amaigrissement* excessivement rapide; il tombe dans le subcoma, la

(1) FÉLIX. *Sem. méd.*, 1900.
(2) GACHET. Th. de Paris, 1902.
(3) KRAUSE. *Berl. klin. Wochensch.*, 1905, nos 31, 32.
(4) BURVILL HOLMES. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 janv. 1908, p. 240.
(5) TERRIEN et BOURDIER. Les troubles oculaires immédiats dans l'épidémie actuelle de méningite cérébro spinale, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 18 juin 1909, p. 1300.
(6) BALLANTYME. *Brit. med. Journ.*, 1907.

(1) TEISSIER. Vingt-trois cas de méningite cérébro-spinale traités par le sérum antiméningococcique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 mars 1909, p. 940.
(2) SALEBERT. La méningite cérébro-spinale épidémique à Rennes pendant l'hiver 1908-1909. Traitement, sérothérapie, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 mars 1909, p. 933.
(3) NORDMANN. *Etude critique de la diazo-réaction*, Th. de Lyon, 1907.
(4) CAMPAGNA. *Gaz. d. Osped. e. d. Clin.*, 11 août 1907.

respiration est de plus en plus irrégulière, le type Cheyne-Stokes s'observe souvent et le malade succombe.

Formes (1). — La forme *foudroyante* de la méningite s'est aussi observée dans ces dernières épidémies. La mort a pu survenir trois heures après le début de la maladie. Milligan (2) rapporte des cas ayant duré quatorze et vingt-deux heures, Peacocke (3), l'observation d'une fille de cinq ans qui succomba douze heures après le début des accidents. Dopter (4) a vu des cas de mort en douze heures et même en cinq heures. Un de ces malades tombe brusquement dans le coma à cinq heures et demie du soir et s'éteint dans la nuit vers deux heures du matin.

Il est probable qu'avec la sérothérapie nous ne verrons plus ces *formes prolongées* à rechutes bien étudiées par Bertrand, qui dans certains cas deviennent presque chroniques comme chez les enfants observés d'une part par Debré (5), d'autre part par Maclean (6), chez qui l'affection dura onze mois. C'est dans ces cas prolongés que l'amaigrissement du sujet était considérable, il succombait à la cachexie et non à l'infection ; les séquelles fréquentes assombrissaient singulièrement le pronostic de ces guérisons.

Les formes *frustes*, toujours difficiles à reconnaître, formes ambulatoires de Sicard, seront à l'avenir, grâce aux nouveaux procédés de laboratoire, reconnues peut-être plus fréquentes que dans le passé. Dans certains cas, s'il faut en croire l'observation de Dejerine et Tinel (7), le méningocoque peut même créer des méningites localisées ; il s'agissait dans leur cas d'une radiculite lombo-sacrée.

L'aspect de la méningite varie également suivant *l'âge* du malade. *Chez le nourrisson*, elle est très souvent méconnue. La fièvre manque souvent. La tension de la fontanelle sera d'un bon signe diagnostique. Elle ne se manifeste souvent que par des convulsions ou bien par une parésie de la tête sur laquelle a insisté Netter. Il est toujours utile, en cas d'épidémie, de songer chez le nourrisson à cette affection, et souvent après l'examen de l'enfant on voit survenir une ébauche de contracture qui manquait à son début (Debré).

Le diagnostic certes ne causera aucune difficulté lorsque la raideur de la nuque provoquera un renversement très marqué de la tête en arrière. Cette forme correspond à ce que les Anglais appellent méningite postérieure basale.

Babonneix et Tixier (8) ont montré que la méningite pouvait donner le syndrome clinique de la *tétanie*.

L'affection est très rare chez le *vieillard*. Schlesinger (9), sur 2916 cas observés en 1905, relève 11 cas seulement de cinquante à soixante ans, 5 de soixante à soixante-dix ans ; 2 de plus de soixante-dix ans. David (1) rapporte un cas chez un vieillard de soixante-douze ans ; mais lorsqu'elle existe, elle est souvent méconnue, la méningite revêt l'aspect de la démence, de l'apoplexie avec hémiplégie, le coma est fréquent, le pouls rapide, irrégulier, souvent on observe le Cheyne-Stokes. La température est peu élevée, enfin la raideur de la nuque est peu marquée et tardive. (*A suivre.*)

(1) Cf. Sainton et Roger Voisin. Les formes anormales des méningites cérébro-spinales aiguës, *L'Encéphale*, 1907.

(2) Milligan. *Brit. med. Journ.*, 1907.

(3) Peacocke. *Roy. acad. of Med. in Ireland*, 1907.

(4) Dopter. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 fév. 1909.

(5) Debré. Méningite cérébro-spinale ayant duré onze mois avec rechutes. Guérison, *Bull. de la Soc. de péd.*, déc. 1908.

(6) Maclean. Cas de fièvre cérébro-spinale, maladie grave de onze mois, suivie de guérison complète, *The Glasgow med. Journ.*, mai 1909.

(7) Dejerine et Tinel. Radiculite lombo-sacrée à méningocoques, *Soc. de neurol.*, 6 mai 1909.

(8) Babonneix et Tixier. *Bull. de la Soc. de péd.*, 1908.

(9) Schlesinger. La méningite cérébro-spinale épidémique de l'âge avancé, *Wien. med. Wochens.*, 1908, n° 14.

LIVRES NOUVEAUX

Mesure clinique de la tension artérielle (2), par le docteur L.-A. Amblard.

On accorde actuellement une grande valeur à la connaissance de la tension artérielle pour l'étude et le pronostic des cardiopathies ; mais la mesure clinique de cette tension est assez délicate et les appareils qui permettent de l'obtenir sont pour la plupart imparfaits. Le docteur Amblard (de Vittel), qui a déjà publié sur cette question plusieurs travaux importants, l'a parfaitement mise au point dans ce volume. Il rappelle d'abord ce qu'est la tension artérielle, il expose ensuite brièvement les renseignements que l'on peut tirer de ce mode d'exploration clinique, notamment pour la mesure de la pression dans les cardiopathies artérielles et l'appréciation du travail du cœur. Il termine en donnant une description des instruments proposés jusqu'à ce jour pour mesurer la tension au lit du malade ; deux de ces instruments sont « excellents » ; l'épithète n'est pas de M. Amblard et pour cause, l'un de ces instruments a été inventé par lui. Mais elle est de M. Huchard qui a préfacé le livre de son ancien interne. Ces deux « excellents sphygmomanomètres, si commodes à manier en clinique » sont ceux de M. Amblard et de M. Lagrange.

Léon Babonneix.

Formulaire. Consultations médicales et chirurgicales (3), par MM. Lemoine et Gérard, professeurs à la Faculté de Lille, avec la collaboration de M. J. Vanverts, chirurgien des hôpitaux de Lille. Quatrième édition conforme au nouveau Codex.

L'éloge de ce formulaire, ou pour mieux dire de ce résumé de pathologie et de thérapeutique, n'est plus à faire. Les noms dont il est signé suffisent d'ailleurs à en garantir les qualités. Nous insisterons donc simplement sur ce fait que toutes les formules sont conformes aux récentes prescriptions du nouveau Codex, point important au moment où le passage d'une pharmacopée à l'autre va créer une période d'hésitation et de flottement qui ne laissera pas que d'être embarrassante pour bon nombre de praticiens.

Sur ce point, comme d'ailleurs sur tous les autres, l'ouvrage de MM. Lemoine, Gérard et Vanverts sera pour eux un guide fidèle et sûr.

A. Gaullieur l'Hardy.

(1) David. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 15 fév. 1908.

(2) In-8. — Paris, A. Maloine.

(3) In-18 de 916 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

JURIDICTION UNIVERSITAIRE. — Dans sa dernière session, le Conseil supérieur de l'instruction publique a eu à s'occuper au point de vue disciplinaire de l'affaire suivante :

Il s'agit d'un professeur d'école de médecine et de pharmacie, qui, le 17 février 1909, pendant les opérations d'un concours qu'il présidait, pour un emploi de prosecteur, dans un local scolaire et en présence des candidats et des garçons de laboratoire, s'était livré à des injures verbales et même à des gestes violents à l'égard d'un de ses collègues, juge du même concours.

Le conseil de l'Université avait prononcé contre le professeur incriminé « la peine de la réprimande et l'obligation d'adresser, par l'intermédiaire du directeur de l'école, des excuses écrites à son collègue ».

Le Conseil supérieur a confirmé ce jugement en ce qui concerne la réprimande. Il l'a infirmé, au contraire, dans la disposition qui oblige le professeur condamné à des excuses écrites; voici l'intéressant considérant qui motive cette infirmation :

Considérant que l'article 71 du décret du 15 novembre 1811 n'est plus en vigueur, les pénalités établies par les décrets des 17 mars 1808 et 15 novembre 1811 pour les infractions commises par les membres de l'Université ayant été remplacées par un système de peines nouveau et complet, déterminé par la loi du 15 mars 1850; qu'au surplus, l'amende honorable est une peine archaïque, qui a été abolie en matière de droit commun, qui est contraire à nos mœurs et ne peut produire que de mauvais effets...

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. — Le XVIe Congrès international de médecine, qui s'ouvrira à Budapest le 29 de ce mois, s'annonce comme un succès. D'après un relevé établi par le secrétariat général du Congrès, cette assemblée scientifique compte déjà plus de 3000 membres, et l'on pense que ce nombre dépassera 4000 étant donné que beaucoup de congressistes ont l'habitude de ne s'inscrire qu'au tout dernier moment.

Voici comment se répartissent, par pays, les médecins qui ont adhéré, jusqu'au 11 août, au Congrès : Allemagne 218, Amérique (Etats-Unis) 164, Argentine 35, Autriche 188, Belgique 43, Bosnie-Herzégovine 7, Brésil 22, Bulgarie 17, Chili 4, Cuba 6, Danemark 8, Egypte 21, Espagne 64, France 257, Grande-Bretagne et ses colonies 92, Grèce 16, Italie 145, Japon 24, Mexique 3, Monaco 1, Norvège 2, Pays-Bas 31, Portugal 28, Roumanie 10, Russie 172, Serbie 4, Suède 4, Suisse 23, Turquie 17, Uruguay 2, enfin, Hongrie 855. Ajoutons que 656 dames accompagnent MM. les congressistes.

Le programme des fêtes et réceptions paraîtra dans le premier numéro du « Journal officiel du Congrès », qui sera distribué aux membres de l'assemblée dès le 28 août. Il y aura une soirée de bienvenue, une soirée offerte par le président du Congrès, une soirée offerte par la municipalité de la ville de Budapest, une réception à la Cour royale hongroise, une soirée offerte par le Comité des dames, enfin des soirées offertes par les présidents des vingt et une sections.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES.— Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Dedet (de Paris), Passerat (de Bourges) et Testevuide (de Bourbonne-les-Bains).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mirpied (de Bourges).

ERRATUM. — N° 88, p. 1116, 1re col., 35e ligne de l'analyse « Anorexie nerveuse », au lieu de : « ... trouble de l'anesthésie », lire : « ... trouble de la *cénesthésie* ».

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de pathologie externe, par les docteurs Faure, Ombrédanne, professeurs agrégés, Labey, Cauchois, Chevassu, Mathieu, Schwartz, prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris. Quatre in-8 de chacun 500 pages avec 600 fig. coloriées, cart. — Chaque volume se vend séparément 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Histoire de la création, par Ernest Haeckel. In-8 de 602 pages, orné de 17 planches hors texte, 20 gravures sur bois, 21 tableaux généalogiques et 1 carte. — Prix : 3 francs. — Paris, Schleicher.

DE
L'ÉDUCATION PHYSIQUE [1]

Par le général Fr. CANONGE,
Docteur en médecine.

IV

Le grand philosophe Spencer écrivait, il y a cinquante ans, que « la première condition du succès dans ce monde, c'est d'être un « bon animal » et la première condition de la prospérité nationale, c'est que la nation soit formée de bons animaux ».

Cette double condition n'est pas encore remplie en France et une comparaison avec les grands pays voisins ne peut être que douloureuse, tant la différence est à notre désavantage.

On le sait, sans que le doute soit possible, d'année en année :

Le chiffre des naissances diminue et celui des décès augmente;

Notre recrutement est en décroissance lamentable comme quantité et comme qualité;

Par suite de la diminution de la résistance physique, la morbidité et la mortalité augmentent progressivement dans l'armée à l'*intérieur*.

Examinons, en nous appuyant sur des chiffres, chacune de ces assertions :

Depuis 1890, six fois le nombre des décès a dépassé chez nous celui des naissances;

L'accroissement relatif de la population, qui, de 1901 à 1905, était en moyenne de 18 pour 10000 habitants, s'est abaissé à 7 en 1906 et, en 1907, à 5 p. 10000;

Durant l'année dernière, cet accroissement est remonté à 12, mais il a été en Italie de 106, en Autriche de 112, en Angleterre de 113, en Allemagne de 142;

On a calculé que, si l'avenir ne modifie pas cette marche inquiétante, il y aura, dans quatre-vingts ans, 30 millions de Français contre 100 millions d'Allemands et 200 millions de Russes.

En ce qui concerne le recrutement de l'armée, reproduisons l'échelle ascendante des réformes prononcées, de 1895 à 1905, pour 1000 inscrits présentés à la Commission de revision ;

Le chiffre des *réformés* a été de 29,3 en 1905. Il s'est élevé : en 1901, à 13,1; en 1902, à 39,8; en 1903, à 52,7; en 1904, à 48,1.

Celui des *ajournés* a été, en 1895, de 68445 pour 337109 hommes présentés; en 1903, de 86801 pour 324263 hommes présentés.

En 1904, les 23205 exemptions prononcées ont eu pour causes principales : maladies de poitrine, 3222 cas; maladies de la vision, 2867 cas; hernie, 1574 cas; crétinisme, 1320 cas; maladies de l'ouïe, 936 cas; épilepsie, 576 cas; folie, 250 cas.

On reçoit actuellement à l'Ecole de Saint-Cyr des élèves officiers d'une taille de 1m54 et ne pesant que 41 kilos.

Il suffira ici de rappeler que les causes les plus importantes de l'affaiblissement quantitatif et qualitatif de la race française sont au nombre de quatre : les fraudes dans l'accomplissement des fonctions génitales et les avortements provoqués qui, de plus en plus fréquents, agissent dans le même sens; la tuberculose qui nous enlève par an environ 100000 existences; l'alcoolisme qui, faisant le lit de la tuberculose, est le grand pourvoyeur des asiles d'aliénés dont le nombre va grandissant; la syphilis.

On espère, avec raison, réussir à atténuer les effets de la deuxième et de la troisième causes en recourant à l'éducation physique. Le désaccord n'existe que sur le choix du programme à imposer dans les écoles et les œuvres post-scolaires.

Lorsque, dans une nation, des symptômes de décadence physique et morale vont grandissant d'une façon inquiétante, le devoir élémentaire, impérieux des gouvernants est d'y remédier, le plus promptement possible, par des moyens appropriés.

Or, il est prouvé que l'éducation physique n'existe aujourd'hui qu'exceptionnellement dans l'enseignement primaire et qu'elle est presque délaissée dans l'enseignement secondaire. Ce double résultat a été cependant obtenu — nous l'avons vu — d'une façon complète dans le Sud-Ouest de la France, grâce au zèle infatigable et à la persévérance du docteur Ph. Tissié.

Le moment de prendre une décision ferme est donc venu, surtout si on tient compte de la nécessité d'assurer, le plus complètement possible, la préparation militaire.

Au commencement d'août, la situation de la question de l'enseignement de l'éducation physique est la suivante.

Ainsi que nous l'avons exposé, trois écoles sont en présence :

1° *L'école empirique*, celle de la gymnastique aux agrès, défendue par le docteur Lachaud, député, membre de la Commission de l'armée, et par M. Charles Cazalet, président de l'Union des Sociétés de gymnastique de France;

2° *L'école suédoise* défendue par le docteur Tissié, le lieutenant-colonel Coste, chef de la section technique de l'infanterie au ministère de la Guerre, l'Ecole normale militaire de Joinville; le dernier ministre de la guerre paraissait lui accorder la préférence;

3° *L'école éclectique*, qui s'intitule française, ayant à sa tête M. Demenÿ, directeur du cours supérieur d'éducation du ministère de l'Instruction publique, professeur du cours d'éducation physique de la Ville de Paris, qui a commencé en 1905 à combattre la méthode suédoise qu'il avait louée pendant les dix ou onze années précédentes; elle est soutenue par le ministère de l'Instruction publique.

Depuis le commencement de l'année, trois ouvrages importants et un *Manuel* ont été successivement publiés dans l'ordre suivant :

1° *L'Œuvre de Joinville*, par le lieutenant-colonel E. Coste, œuvre à laquelle il est naturel de rattacher les articles que le docteur Ph. Tissié a publiés dans la *Dépêche de Toulouse* du 17 janvier 1909 et, de jan-

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 79, p. 1003; 84, p. 1065; 91, p. 1150.

vier jusqu'à ces derniers jours, dans la *France militaire ;*

2° *Evolution de l'éducation physique. L'Ecole française*, par M. G. Demeny ;

3° *Pour la Race. Notre soldat, sa caserne*, par le docteur Lachaud qui a également publié des articles dans la *France militaire ;*

4° *Manuel d'exercices physiques et de jeux scolaires*, paru en juin 1909, sous le patronage du ministère de l'Instruction publique, et « établi conformément aux décisions de la Commission interministérielle (1) instituée par décret du président de la République du 22 décembre 1904 ».

Avant d'analyser ces ouvrages, indiquons le rôle joué par deux des trois Cours ou Unions dont les noms ont été déjà prononcés.

L'*Union des Sociétés de gymnastique de France* a pour président M. Charles Cazalet dont il est strictement juste de reconnaître les excellentes intentions, le dévouement et l'activité féconde. Depuis 1873, cette *Union* a multiplié des efforts méritoires, en appliquant, jusqu'en 1903, la méthode amorosienne, pour fortifier la jeunesse. Elle a groupé la majeure partie des *Sociétés de gymnastique* au nombre de 1100 environ comptant 200 000 adhérents dont 50 000 au-dessus de seize ans.

Sur la demande de M. Charles Cazalet, le ministre de l'Instruction publique créa, en 1903, un *Cours supérieur d'éducation physique* dont la direction fut confiée à M. G. Demeny, avec lequel collabore le docteur Jean Philippe. L'*Union* obtint l'excellente mesure d'un diplôme supérieur de professeur de gymnastique qui fut institué par décret du 30 décembre 1907 et formellement imposé à partir du 1er janvier de cette année.

L'*Union* a demandé, la première, l'*unification* des méthodes d'enseignement de la gymnastique, pour l'écolier, pour le gymnaste et pour le soldat.

M. Charles Cazalet s'est défendu, dans la préface du *Manuel des Sociétés de gymnastique*, dont il a déjà été question, d'avoir voulu inféoder l'*Union* à aucune école : « Elle n'a jamais voulu, dit-il, et elle ne voudra jamais enserrer son action dans les limites infranchissables, si larges soient-elles, d'une méthode ou d'un système. »

En réalité, son *Union* fait actuellement de la gymnastique éclectique, puisqu'elle n'est ni la vieille gymnastique aux agrès, ni la méthode suédoise pure et qu'elle se réclame des deux méthodes. Néanmoins M. Charles Cazalet parle de « la bonne et saine gymnastique *française* » (2).

Le 1er janvier 1909, est entrée en vigueur l'instruction ministérielle du 7 novembre 1908, dont il a été précédemment question, relative à la préparation militaire.

(1) Parmi les membres de cette Commission, on lit les noms du commandant Coste, de M. Charles Cazalet, du docteur Lachaud, du lieutenant-colonel Dérué et de M. G. Demeny.

(2) « Quant à l'*Union*, je le répète bien haut, elle n'a jamais failli à son devoir, elle restera toujours fidèle à son programme : contribuer à donner à notre armée nationale des jeunes gens rendus robustes et courageux par la pratique raisonnée de la bonne et saine gymnastique française. » *La France militaire* du 23 juin 1909.

L'*Union des Sociétés de préparation militaire*, qui dispose de 616 fédérations et a pour président M. Adolphe Chéron, fonctionne depuis plus de vingt ans. Elle a participé, le 17 juin dernier, au 22e concours national annuel tenu à Paris. La plus grande partie du discours très catégorique prononcé en cette solennité par M. Adolphe Chéron mérite d'être reproduite :

« ... Par définition, la Société de préparation militaire est, après l'école et avant l'armée, le *second foyer où se forme le citoyen*. Dans ce foyer, l'adolescent vient acquérir la santé et la bonne humeur. De son libre consentement, il y pratique la discipline. La moralité est la règle. Le devoir est la loi. Cultiver les qualités morales de cet adolescent est le soin dominant de son instructeur...

Sur le domaine de l'éducation physique, l'Union assiste impassible aux querelles des méthodes. Elle se défend de rien inventer. *Elle demande au règlement employé dans l'armée de donner à ses jeunes gens*, au cours des années qui précèdent l'incorporation, le développement normal qui leur est nécessaire.

Indépendamment *de la valeur propre de la méthode acceptée*, la préparation ainsi comprise a le mérite de s'adapter exactement au but poursuivi.

D'ailleurs l'Union a d'autres raisons de rester fidèle à cette méthode...

Les gradés formés par l'Ecole normale de Joinville-le-Pont sont les maîtres de notre enseignement.

L'Ecole de gymnastique qui, des officiers et des sous-officiers de l'armée, fait les instructeurs biologistes nécessaires *à la conduite et au meilleur rendement de la machine humaine*, l'Ecole de Joinville où nous espérons *voir bientôt passer chaque année le contingent total des instituteurs appelés sous les drapeaux est aussi le centre du perfectionnement de nos propres instructeurs.*

En rappelant la démonstration qui vient d'être faite par nos membres des sections de la Seine, je puis dire que *nous sommes vraiment à l'avant-garde des protagonistes de la culture physique*. Cette démonstration *est celle de la leçon de gymnastique du règlement de demain.*

Je salue ce règlement. Mon salut est à la fois l'expression de notre gratitude *pour les pionniers de la méthode* et de nos souhaits pour que cette méthode devienne, *entre les mains de nos maîtres civils et militaires*, un moyen d'action bienfaisante, féconde, *digne couronnement de l'Œuvre de Joinville.* »

Occupons-nous maintenant, sans nous astreindre à suivre leur ordre de publication, des quatre ouvrages dont nous avons donné les titres.

Le plus récent ouvrage du lieutenant-colonel breveté E. Coste, l'*Œuvre de Joinville*, a été motivé par le dépôt, sur le bureau de la Chambre, du projet de loi Lachaud (1), de la Commission de l'armée, relatif à la préparation militaire. Les grandes lignes de ce projet sont les suivantes :

1° Création de cinq écoles militaires régionales ;

2° Transformation du cours d'éducation *civil* ac-

(1) Voir *La France militaire* des 18 février et 9 mars 1909.

tuel (G. Demeny, docteur Philippe) en Institut national *civil* de gymnastique.

Le docteur Lachaud a longuement développé ces deux propositions, en les motivant, dans son Rapport et dans le chapitre 1er de la première partie de son ouvrage, *Pour la race*, chapitre intitulé *Notre soldat* et le seul dont nous ayons à nous occuper ici. Toutefois, il convient d'ajouter que le reste de l'ouvrage, — consacré d'abord à la *Caserne* et aux *Services médicaux militaires français*, puis aux *Casernements à l'étranger* — fait suite à une importante mission d'études en Hollande, en Belgique, en Angleterre, et qu'il est couronné, sous le titre d'*Effort indispensable*, par de sérieuses conclusions pratiques : l'ouvrage est, en somme, d'un haut intérêt et mérite de forcer l'attention de nos législateurs et du gouvernement.

Le docteur Lachaud démontre par des chiffres (1), avant d'étudier le programme de l'éducation physique qu'il serait avantageux d'imposer dans les écoles et les œuvres post-scolaires placées les unes sous la dépendance du ministre du Commerce, les autres sous celle du ministre de l'Intérieur :

1° Que l'éducation physique est presque délaissée dans l'enseignement secondaire;

2° Qu'elle n'existe vraiment pas dans l'enseignement primaire (garçons, filles);

3° Que la France est dénuée au point de vue des éducateurs physiques et qu'il est urgent de remédier le plus rapidement possible à ce fâcheux état de choses.

Adversaire décidé de la méthode suédoise, il formule contre elle les griefs suivants :

Elle n'a pu s'implanter en France que par suite de la facilité avec laquelle on s'y engoue pour les nouveautés;

Elle n'a rien inventé de nouveau, « pas plus pour l'armée que pour nos sociétés, elle ne peut et ne doit procurer aucun des avantages que l'on a réclamés d'elle »;

« Le seul résultat obtenu par la Suédoise a été de rendre nos troupiers très aptes à la simulation »;

Elle ne s'appuie pas, en réalité, sur la physiologie contemporaine;

Il se peut qu'elle convienne aux peuples du Nord; elle ne saurait être adoptée qu'au prix de modifications sérieuses dans les régions du Centre et du Midi de l'Europe;

Elle n'est faite ni pour le caractère ni pour le tempérament du soldat français;

Elle conduirait à « une véritable rupture de notre équilibre physique par l'importance exagérée qu'elle donne au mouvement respiratoire et aux attitudes où l'on bombe la poitrine;

« Les mouvements suédois « rasent » carrément le troupier » qui, par suite, « ne s'adonne pas de tout cœur à l'enseignement nouveau » ce qui, d'ailleurs, est « préférable », puisque la gymnastique suédoise « serait funeste à la bonne harmonie de leur forme qu'elle transformerait au grand préjudice de la sécurité du pays et de la force de notre armée » (1);

Elle « fut d'abord une gymnastique de malade et ensuite une gymnastique scolaire, avant de devenir une gymnastique militaire »;

« En résumé, la Suédoise *a fait faillite* au point de vue des avantages que l'on nous proposait pour l'armée » (2); donc, « qu'on nous donne bien vite une méthode vraiment française pour entraîner nos soldats de l'avenir » (3).

Cette longue énumération est amplement légitimée par l'autorité scientifique et par la situation législative du docteur Lachaud : toutefois, nous croyons avoir déjà suffisamment examiné la plupart des objections qui la composent pour qu'il soit utile d'y revenir.

L'auteur a raison de dire que, pour raisonner sérieusement sur la matière, il est indispensable de connaître l'anatomie et la physiologie. Cette double condition, renforcée par une pratique incessante que n'entravent pas les devoirs de député est, il semble, assez bien remplie par le docteur Ph. Tissié, dont cependant son confrère ne cite ni les travaux ni les importants résultats qui réfutent un certain nombre des objections formulées.

Revenons aux propositions du projet de loi considérées au point de vue de leur application.

Les écoles régionales, au nombre de quatre ou cinq, recevraient, en deux séries annuelles d'une durée de six mois, par exemple, chacune, les instituteurs qu'aurait acceptés le conseil de revision et en feraient des moniteurs dont, en fin de cours, les meilleurs iraient perfectionner leur éducation à l'Ecole normale de Joinville.

Pour le docteur Lachaud, « envoyer chaque année les instituteurs à Joinville, c'est diminuer la valeur de notre grande académie d'éducation physique militaire » (4), qui « a été instituée pour obtenir le perfectionnement des éducateurs et non pour donner l'instruction à ceux que l'on veut former » (5).

Une simple objection vient à l'esprit : ce double inconvénient disparaîtra dès que l'Ecole de Joinville aura été transformée en Institut national; quant aux difficultés matérielles, rien ne serait plus facile que d'y pourvoir.

Emu d'un projet qui, malgré la modération avec laquelle il est présenté, n'aboutirait rien moins, s'il était adopté, qu'à maintenir la dualité de méthode entre les ministères de l'Intérieur et de l'Instruction publique d'une part et celui de la Guerre de l'autre, en faisant échec à l'enseignement rationnel donné, depuis 1905, à l'Ecole de Joinville, le lieutenant-colonel Coste était autorisé à protester.

Son plaidoyer très solide, puisqu'il s'appuie sur des travaux antérieurs et sur une pratique sérieuse, se distingue par une modération qui augmente la force de l'argumentation; nous le regardons comme pleinement convaincant.

(1) *Pour la Race*, pp. 39 et suiv.

(1) *Pour la Race*, p. 81.
(2) *Pour la Race*, p. 85.
(3) *Pour la Race*, p. 86.
(4) *Pour la Race*, p. 53.
(5) *L'OEuvre de Joinville*, p. 11.

« Il faut, dit-il, que tous ceux qui auront charge de former les éducateurs physiques de la jeunesse, se trouvent en parfait accord sur tous les points du programme, *soient étroitement liés entre eux par l'unité de doctrine autant que par le sentiment commun du devoir patriotique et moral qui leur incombe.* Il n'en serait malheureusement pas ainsi, si la création des écoles régionales et de l'Ecole normale supérieure se trouvait réalisée selon les vues exposées par M. le docteur Lachaud » (1).

On ne doit pas perdre de vue que la Commission instituée par décret du 22 décembre 1904 fut logiquement rattachée au ministère de la Guerre.

Le lieutenant-colonel Coste n'est nullement opposé à l'idée d'écoles militaires régionales de gymnastique; il estime seulement que son exécution présente serait prématurée. Ce n'est point au moment où l'on s'efforce de réaliser l'unité de doctrine qu'il serait prudent de créer plusieurs centres d'enseignement d'éducation physique. Plus tard, au fur et à mesure qu'on disposera d'un personnel instruit d'une façon uniforme, on créera prudemment, une à une, les écoles régionales demandées par le docteur Lachaud.

Quant à la transformation du cours d'éducation *civil* actuel en un Institut national *civil* de gymnastique, elle est inadmissible pour les raisons qui ont été déjà données.

On enseigne, en effet, dans ce cours, dit le lieutenant-colonel Coste, « l'*à peu près* suédois, une sorte de copie lointaine, grossière, inefficace de la méthode de Ling, obscurcie encore par de vagues concessions de mots à la gymnastique allemande, concessions grâce auxquelles cet *à peu près*, accepté par l'Union des Sociétés de gymnastique, patronné par M. Lachaud, aspire à devenir, en ce pays de lumière et de raison l'enseignement officiel national » (2)!

Si donc, comme cela peut paraître utile, on crée un Institut national, il sera à la fois rationnel et — ce qui n'est point à dédaigner — économique de l'obtenir, en transformant simplement l'Ecole normale de Joinville : c'est à elle, à elle seule, qu'il est juste de confier le soin de continuer l'œuvre entamée en 1905.

L'Œuvre de Joinville s'est, en effet, dégagée victorieusement; il n'y a donc point à hésiter entre une doctrine qui multiplie chaque jour ses preuves et un enseignement hybride dont le talent du professeur Demenÿ maintient seul l'équilibre artificiel.

De nouveau, appelons l'attention sur l'importance de l'*annexe* à l'*Œuvre de Joinville* : les « témoignages vécus » si variés qui la composent prouvent surabondamment que la doctrine adoptée par l'Ecole de Joinville et propagée dans l'armée n'a pas fait faillite.

Aussi le lieutenant-colonel Coste a-t-il le droit d'écrire : « ... L'Œuvre de Joinville a consisté à corriger ces erreurs, à combler ces lacunes, à donner la vie à cette gymnastique de malades, en lui infusant le sang de sa véritable origine. Elle a substitué la précision victorieuse de la science aux tâtonnements, aux contradictions de cet *à peu près* suédois qui, dans son impuissance à nous délivrer de l'*empirisme* du passé, noue, aujourd'hui, avec lui, une audacieuse alliance. Elle a fait une construction harmonieuse et sûre de cette mosaïque de matériaux pris un peu partout, rassemblés à la hâte, en la forme sommaire d'un abri ouvert à tous les vents!... (1) »

(*A suivre.*)

(1) Le passage suivant du rapport du docteur Lachaud est très catégorique : « L'enseignement de l'Ecole normale supérieure doit s'inspirer de celui que donne le cours supérieur des Sociétés de gymnastique... Il importe surtout qu'il ne soit pas la pâle imitation de méthodes étrangères, qui... »

(2) *L'Œuvre de Joinville*, p. 41.

(1) *L'Œuvre de Joinville*, p. 134.

CORRESPONDANCE

M. Lepage, tant en son nom personnel qu'au nom de l'A. G., dont il est secrétaire général, nous prie d'insérer la lettre suivante :

« Monsieur le rédacteur en chef et honoré confrère,

Vous avez publié dans le numéro du 19 juin de votre journal un fragment d'une lettre ouverte que j'avais adressée au docteur Courtin (de Bordeaux). Cette publication a été suivie de deux réponses faites, l'une par un de vos abonnés qui désire garder l'anonymat, l'autre par le docteur Philippeau, président du Conseil d'administration de la Prévoyance médicale.

J'ai recours à votre hospitalité pour répondre successivement et par ordre chronologique à chacun de ces deux confrères :

1° A votre abonné qui désire conserver l'anonymat.

Mon cher confrère,

Vous avez dû lire d'un œil bien distrait ma lettre au docteur Courtin, puisque cette lecture vous a amené à répondre à des attaques contre les membres de la Prévoyance que je n'ai jamais formulées, et qu'en outre, vous ne semblez pas avoir bien saisi ce que j'ai écrit des procédés employés par l'Œuvre qui a vos sympathies.

Vous affirmez, en effet, que le groupement régional de la Prévoyance, dont vous faites partie, « n'est composé que de membres fort honorables ». Qui donc a jamais dit ou écrit le contraire? Si vous aviez lu avec attention le n° 40 du *Bulletin de l'Association*, vous y auriez vu les déclarations formelles d'après lesquelles je reconnaissais l'honorabilité de la plupart des médecins qui font actuellement partie de la Prévoyance. A plusieurs reprises, j'ai déclaré que c'était l'œuvre seule qui était critiquée, et non les confrères qui y ont adhéré. Nulle part non plus vous ne verrez formulée par moi la crainte contre laquelle vous protestez, que les membres de la Prévoyance, intéressés à prescrire certaines spécialités, ne soient entraînés à le faire sans indication formelle.

Vous déclarez ensuite « qu'il est impossible d'empêcher la malignité publique de soupçonner la probité professionnelle du médecin »; ne croyez-vous pas cependant qu'au fur et à mesure que le public connaîtra mieux le fonctionnement de la Prévoyance médicale, il deviendra de plus en plus soupçonneux, non seulement à l'égard des médecins qui en font partie, mais aussi vis-à-vis de ceux qui ne veulent pas en devenir membres et tiennent à honneur d'observer les règles professionnelles qui ont été jusqu'ici admises dans l'intérêt de tous?

Vous déclarez que l'A. G. n'aurait pas l'attitude qu'elle a adoptée si elle avait pensé « à la dureté des temps, à la difficulté de vivre, etc. » Rassurez-vous : les membres du Con-

seil général sont chaque jour les témoins trop directs et trop attristés de toutes les infortunes médicales pour ne pas savoir combien est pénible et peu rémunérateur l'exercice de la profession; ils n'ignorent pas combien le médecin a de peine pour équilibrer son budget.

Ces considérations (et bien d'autres plus graves encore) n'ont cependant pas empêché les membres du Conseil général de considérer comme dangereuse l'œuvre de la Prévoyance médicale et de s'associer au vœu exprimé par la Société des Landes : s'ils connaissent toute l'intensité du malaise pécuniaire dont souffre la profession médicale, ils estiment que la Prévoyance médicale lui fait au résumé plus de mal que de bien.

Vous déclarez enfin « que les médecins ont le cœur assez haut placé pour ne pas permettre à la Prévoyance... de pressurer (sic) sur leurs ordonnances ». Ayez la bonté de relire la discussion qui a eu lieu à l'assemblée générale du 26 avril et la lettre *in extenso* qui a motivé votre réponse, et vous serez édifié.

Si cependant votre conviction n'était pas faite, je tiens à votre disposition quelques lettres reçues par des membres de la Prévoyance, dans lesquelles on leur écrit par exemple : « Nous constatons que, sauf quelques exceptions, vous n'avez pas encore prescrit couramment les produits hygiéniques... sur lesquels nous comptons pour assurer l'avenir des nôtres ».

Après avoir lu ces lettres, vous reconnaîtrez probablement que ces procédés sont regrettables, qu'ils proviennent sans doute d'un... excès de zèle de la part de ceux qui dirigent la Prévoyance. Changeons ces hommes, direz-vous, trouvons-en d'autres qui ne se livrent pas à ces abus : nous aurons alors une œuvre à laquelle on ne pourra rien reprocher, et qui sera utile à toute la profession.

Je ne puis partager cet avis : il ne suffit pas de condamner les procédés actuels de la Prévoyance, il faut en rejeter le principe d'après lequel vous trouvez légitime de prescrire une spécialité « dont le bénéfice ira soulager de vieux confrères » plutôt qu'une autre qui ira enrichir des gens indifférents pour la profession médicale. Ce sentiment confraternel est fort louable; mais il ne doit cependant pas entrer en ligne de compte dans la rédaction d'une ordonnance dont l'unique but doit être l'intérêt du malade.

C'est ce rôle du médecin que formulait en 1886 (la *Loire méd.*, 16 nov. 1886), sous le pseudonyme du docteur Agrestis, un de nos honorables confrères qui préside actuellement une importante société locale.

« Notre mission, écrivait-il, est toute de confiance. Au lit du malade, le médecin ne doit s'inspirer que des intérêts de son client. Il ne doit être inquiété, en formulant sa thérapeutique, par aucune préoccupation pécuniaire. Il doit être libre et indépendant, par conséquent désintéressé dans la vente des médicaments. Il n'est pas un commerçant cherchant à écouler le plus possible ses produits; en s'associant avec des commerçants, il ne peut que compromettre sa dignité.

« Le travail du médecin a son salaire, et en dehors de ses honoraires, il n'a le droit de prétendre à rien. Il doit à sa réputation et à celle du corps auquel il appartient, de ne pas les compromettre aux yeux du public. Il faut qu'en consultant un médecin, chacun sache qu'il donne un conseil désintéressé et que son ordonnance ne lui rapporte rien.

« En résumé, le médecin n'a droit qu'à ses honoraires, et la morale, d'accord avec son intérêt bien entendu, avec le souci de sa réputation, lui défend de chercher ailleurs des bénéfices. »

J'espère, que mieux que ma prose, celle du docteur Agrestis vous ramènera à des idées qui ont fait jusqu'ici de la profession médicale une profession honorable entre toutes.

Veuillez agréer, etc...

2° A M. le président du Conseil d'administration de la Prévoyance médicale :

Monsieur le Président,

Dans le plaidoyer aussi habile qu'éloquent que vous avez écrit en faveur de la Prévoyance médicale, vous avez bien voulu prendre la peine de résumer ma pensée en ces termes :

« Le médecin peut à la rigueur être actionnaire de toutes les compagnies thermales, sauf de la Société française des eaux minérales, ou Prévoyance médicale. Pourquoi? »

En traduisant ma pensée, vous l'avez quelque peu déformée, puisque, au contraire, j'ai écrit qu'il était préférable que le médecin *praticien* s'abstienne d'être actionnaire d'aucune société d'eaux minérales. N'ergotons pas sur ce que vous appelez mes « subtilités ». J'accepte pour un instant comme mienne votre formule.

Je réponds à la question que vous posez, en disant que la Prévoyance médicale se distingue des autres sociétés thermales en ce qu'elle surveille les prescriptions de ses actionnaires qui sont médecins, en ce qu'elle les rappelle à l'ordre lorsque la vente de ses produits ne suit pas une progression suffisante. Y a-t-il une autre société dans laquelle le médecin actionnaire soit ainsi surveillé et obligé de prescrire l'eau de telle ou telle source? Y a-t-il une autre société d'eaux minérales qui fasse « prendre l'engagement moral de donner son concours exclusif à l'œuvre », de telle sorte qu'un membre de la Prévoyance médicale n'avait pas le droit de faire partie du Patronage médical ou d'une œuvre similaire? Y a-t-il une autre société thermale dont le Président puisse, comme vous, écrire que le médecin actionnaire commet un acte de « déloyauté » si pendant des années il oublie systématiquement de prescrire les produits de la Prévoyance?

Vous me concéderez que la société thermale que vous présidez se distingue des autres sociétés d'eaux minérales par d'autres « particularités statutaires » que celles que vous signalez au sujet de la répartition des bénéfices.

Il y a plus : la Prévoyance n'a été au début qu'une société d'eaux minérales ; peu à peu elle a élargi son champ d'action : elle est propriétaire de produits que vous dites hygiéniques et qui figurent quotidiennement sur des ordonnances médicales. Elle a été propriétaire, aujourd'hui elle *patronne* (quel doux euphémisme !) au moins une spécialité pharmaceutique, qui n'a d'une station thermale que le nom et qui lui rapporte chaque année la forte somme. Il y a bien peu de compagnies thermales qui aient un champ d'action aussi étendu !

Je sais bien qu'à l'heure actuelle il y a une tendance — même parmi les membres de votre Société — à ne plus tirer de bénéfices que des produits non pharmaceutiques; quelques confrères déclarent, en effet, que s'il est incorrect pour un médecin d'être intéressé à la vente d'un produit médicamenteux pharmaceutique, il n'en est pas de même pour les produits que le public peut, sur son conseil, acheter en dehors des pharmacies ou pour les produits qui, achetés chez le pharmacien, ne contiennent pas de médicament.

Au risque d'être accusé une fois de plus d'être un esprit intransigeant et rétrograde, je ne fais pas de différence à ce point de vue entre les produits hygiéniques, parapharmaceutiques ou véritablement pharmaceutiques. Je serais — nombre de confrères ont encore les mêmes scrupules — aussi gêné vis-à-vis d'un client en lui conseillant tel savon, tel suc de viande, tel lait stérilisé, etc., à la vente duquel je serais intéressé d'une manière quelconque qu'en lui prescrivant une spécialité pharmaceutique qui me procurerait quelque bénéfice.

Si je reviens sur les procédés de contrôle qu'emploie la Prévoyance médicale à l'égard de ses adhérents, c'est que vous osez parler de « service d'informations bien organisé qui nous les a révélés », nous accusant ainsi d'espionnage puisqu'il faut appeler les choses par leur nom. Permettez-moi de vous dire que l'A. G. est à ce point de vue, comme sur beaucoup d'autres, bien en retard et en état de réelle infériorité sur la Prévoyance : elle n'est pas capable, comme

elle, de dire le nombre et la nature des produits prescrits par ses adhérents dans telle ville ou dans tel canton.

Non, nous n'avons demandé aucun renseignement, bien qu'après tout il eût été peut-être de notre devoir de nous enquérir des actes d'une société médicale que nous considérons comme dangereuse. Les renseignements qui nous sont parvenus ont été envoyés spontanément par des confrères qui, mécontents des procédés de votre Société, vous ont adressé leur démission en termes plus ou moins vifs.

Vous me reprochez de vous avoir porté « les coups les plus violents ». Cette affirmation me porte à croire que vous n'avez pas lu tout ce qui a été écrit depuis quelques années sur la Prévoyance. N'étant pas membre de l'A. G. — vous demandez à le devenir aujourd'hui et ce n'est pas un des résultats les moins singuliers de la controvers actuelle — vous n'avez sans doute pas lu ce qu'écrivait en 1904 — sans soulever d'ailleurs la moindre protestation même de la part des membres de la Prévoyance — notre président, M. Lereboullet; il condamne « certaines pratiques que la loi pénale et même la loi morale ne peuvent atteindre, que des médecins d'ailleurs honorables considèrent comme parfaitement licites, mais qui n'en ont pas moins pour résultat immédiat de nuire aux intérêts bien compris, et surtout à l'avenir de la profession tout entière. Nous voulons parler de ces associations qui, sous prétexte de solidarité ou d'assistance confraternelle, exploitent directement des produits pharmaceutiques ou des établissements d'eaux minérales et invitent leurs adhérents à les prescrire à leurs clients. Nous n'hésitons pas à dire qu'un médecin, soupçonné de tirer un profit indirect quelconque de ses prescriptions médicales, perd toute autorité sur ses clients, les autorise jusqu'à un certain point à lui marchander ses honoraires, puisqu'ils le savent rémunéré d'un autre côté, et déconsidère la profession tout entière ».

Je pourrais également faire des citations empruntées à des journaux pharmaceutiques dans lesquels le principe et les procédés de la Prévoyance médicale sont appréciés en des termes qui sont fort pénibles à lire pour tous ceux qui ont le réel désir de voir la profession médicale conserver la situation sociale qui lui a été créée par les longues années d'abnégation et d'honorabilité de nos aînés.

Je crois que c'est dans ces journaux que le terme de « compérage » qui vous choque si fort a été pour la première fois appliqué à la Prévoyance; il n'a certainement pas été créé par moi. Et cependant, en lisant la définition que vous donnez du compérage, que vous qualifiez « d'entente secrète, irrégulière du médecin et du pharmacien associés pour (le prote vous fait dire par) l'exploitation d'une vague et éphémère spécialité », je me demande s'il n'y a pas quelque peu de compérage dans le cas de la Prévoyance.

Peu importe en effet qu'une spécialité soit « vague et éphémère » du moment où elle est une spécialité. Peu importe que l'entente soit « secrète et irrégulière » ou rendue publique, du moment où il y a entente entre le médecin et le propriétaire d'une spécialité.

Je vais à mon tour essayer de traduire sur cette question du compérage votre pensée, qui ici n'a « pas toute sa clarté ».

Vous dites : « Il y a compérage lorsqu'un ou plusieurs médecins s'entendent avec un pharmacien pour prescrire une spécialité sur laquelle ils touchent directement et personnellement une remise. Il n'y a pas compérage lorsqu'un médecin, affilié à une société qui a un bulletin, prescrit des spécialités à la vente desquelles il n'est intéressé qu'indirectement comme co-propriétaire par un dividende insignifiant et par une retraite fort lointaine ».

Il y a dans toute cette discussion quelqu'un que vous semblez toujours ignorer, c'est le malade, le client dont il faut pourtant que nous tenions aussi un peu compte.

Ne sera-t-il pas tenté, le malade, d'accuser également de compérage le médecin qui touche directement une remise sur les tisanes purgatives qu'il lui prescrit et le membre de la Prévoyance qui, en ordonnant des grains de X, contribue à s'assurer une retraite pour ses vieux jours? Car — *c'est un argument auquel personne n'a encore répondu* — du moment où vous supprimez pour le médecin cette règle, qui jusqu'ici était fondamentale, de ne tirer en dehors de ses honoraires aucun bénéfice de ses prescriptions, tout médecin est libre, en dehors et à côté de la Prévoyance, d'accepter les offres qui, quotidiennement, lui sont faites d'avoir une remise sur les spécialités pharmaceutiques ou autres qu'il prescrit; peu importe qu'elles soient « vagues ou éphémères » ou à tout jamais durables comme celles de la Prévoyance; peu importe que la remise versée par le propriétaire de la spécialité (Prévoyance ou autre) soit touchée par le médecin qui a fait la prescription ou versée dans une caisse commune où il la retrouvera sous forme de retraite. Soyez assuré que le public n'admettra pas ce que je vais appeler à mon tour vos « distinguo » et qu'il englobera dans la même suspicion — qui satisfait son désir d'égalité sociale — les deux confrères qui seront, l'un membre de la Prévoyance, l'autre associé à plusieurs marchands de spécialités pharmaceutiques, il y joindra même (ce qui est plus grave) les confrères qui considèrent comme un devoir vis-à-vis de la collectivité médicale de se renfermer dans l'exercice régulier de leur profession, et qui à ce titre, quoi que vous en disiez, ont le droit de discuter les actes de votre société.

Vous dites que 5.300 médecins attendent de votre œuvre « la certitude de l'aisance pour leurs vieux jours et pour leur famille et leurs enfants en cas de mort prématurée ». Etes-vous bien assuré de leur garantir ces avantages avec la Prévoyance? Ne vous est-il jamais venu à l'esprit que votre œuvre — si méritante par son but de solidarité — repose sur une base bien fragile? Tout votre édifice ne peut-il pas crouler à la suite d'un choc provenant d'une action judiciaire intentée par des propriétaires d'eaux minérales ou de spécialités pharmaceutiques, ou d'une défense formelle pour le médecin d'être intéressé à la vente des choses qu'il prescrit, insérée par exemple dans la loi sur l'exercice de la pharmacie? Je sais bien que, si jamais pareil désastre arrive, il vous restera, ainsi qu'à vos adhérents, la ressource de nous accuser d'avoir contribué à cette catastrophe par la discussion actuelle, alors que notre but unique est de mettre en garde nos confrères contre une pareille éventualité et de les engager à agrandir, à élargir, à adapter aux nécessités du jour, à consolider l'œuvre ancienne de l'A. G.

Vous critiquez l'attitude de notre Association ou plutôt du Conseil général dans cette affaire, en déclarant que les médecins « conscients de leur caractère et de leur moralité » ne veulent pas être régentés par elle. L'argument est vraiment singulier sous la plume d'un confrère qui préside un important syndicat et qui cependant doit savoir qu'il y a intérêt pour les médecins à observer certaines règles les uns vis-à-vis des autres et vis-à-vis de leurs clients; qu'il y a intérêt pour eux à s'entendre sur certaines questions professionnelles. Chose plus singulière : c'est au moment où l'A. G. vient de commettre cet attentat à la conscience médicale que vous demandez à en devenir membre?

D'ailleurs qu'a donc fait l'A. G. dans le litige actuel? Un président de société locale a demandé, de la part d'un des membres de cette société, s'il était correct de devenir membre de la Prévoyance médicale; une réponse aussi générale et aussi modérée que possible a été donnée. Une autre société locale adresse un vœu signalant les agissements et les dangers de la Prévoyance médicale, demandant à ce que la question soit portée devant les autres sociétés; le Conseil général partage cet avis que je suis chargé de développer.

En soumettant le vœu de la société des Landes aux sociétés locales, l'A. G. n'a fait que se conformer à son règle-

ment intérieur et appliquer l'article de ses statuts qui lui précise comme but de « maintenir par son influence moralisatrice l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession ». Je vous vois d'ici sourire et déclarer que ce sont là de grands mots, aujourd'hui vides de sens, et que l'A. G. doit se contenter d'être, comme les autres, une simple société de secours mutuels. Mais, puisque vous êtes à la tête de deux importantes sociétés professionnelles, ne pouvez-vous admettre que ceux, qui ont le très grand honneur de figurer dans l'état-major de l'A. G., aient quelque souci d'être à la hauteur de leur mission en faisant leur possible pour que cet article des statuts, puisqu'il existe, ne soit pas tout à fait lettre morte ?

Le corps médical souffre moralement, physiquement, pécuniairement de ce qu'il est trop nombreux ; avec la Prévoyance vous essayez de le calmer, comme vous soulagez le malade avec la morphine ; vous lui êtes ainsi agréable puisque temporairement vous soulagez sa misère. Prenez garde ! il peut arriver — assez rapidement — qu'un jour votre médication ne puisse plus être employée : les souffrances de ceux que vous voulez soulager n'en seront que plus douloureuses ! Ne vaudrait-il pas mieux reconnaître que si les intentions de ceux qui ont créé la Prévoyance, de ceux qui l'ont administrée et qui l'administrent encore, sont excellentes, elles entraînent le corps médical dans une voie qui peu à peu le fera déchoir de sa situation sociale ? Ne vaudrait-il pas mieux unir les efforts de tous pour restreindre le nombre des médecins, pour rendre de toutes manières l'exercice de la profession plus rémunérateur et pour faciliter à tous l'accès aux œuvres de prévoyance de droit, basées sur des calculs et sur le principe indispensable et légal de la cotisation personnelle ?

Vous me reprochez à ce sujet de n'avoir, depuis que j'occupe les fonctions de secrétaire général, pris « aucune initiative généreuse et utile ». Vous êtes... mal informé. Ayant — tout autant que vous — le désir très ferme de soulager la gêne profonde de nos confrères, j'ai lutté pour faciliter leur adhésion à l'Amicale et à la Caisse des pensions de retraites de droit. Plus récemment, j'ai combattu en défendant la combinaison D de l'Amicale pour assurer, dans une certaine mesure, l'avenir des veuves de médecins. Je me suis vite rendu compte qu'égaré par les promesses merveilleuses de la Prévoyance, le corps médical se désintéresse assez fort de ces œuvres qui exigent de lui un sacrifice pécuniaire : ce n'est pas une des moindres raisons qui m'a incité à appuyer le vœu de la Société des Landes.

Jusqu'ici, la discussion était restée d'ordre général : je m'étais soigneusement abstenu de m'adresser à aucune personnalité ; vous procédez autrement en critiquant mon « intransigeance », en me donnant des conseils sur les initiatives que je devrais prendre, en me menaçant à mots couverts de ne pas être réélu secrétaire général de l'A. G., ou sans doute d'être amené à donner ma démission par ce que vous appelez une « éclatante démonstration ».

Je ne vous suivrai pas, aujourd'hui du moins, sur ce terrain des questions personnelles ; je me contente de vous répondre :

1° Qu'en critiquant le principe et les actes de la Prévoyance, je me suis fort bien rendu compte de l'impopularité que j'allais m'attirer et du danger pour moi de devenir — quelle qu'en soit l'issue — le bouc émissaire de cette bataille ;

2° Que le silence complaisant, qui m'a été demandé, eût été certainement pour moi plus habile et plus profitable ;

3° Que si aux deux présidences que vous occupez déjà vous ajoutez dans quelque temps celle de notre vieille Association, vous pouvez avoir dès maintenant la certitude de ne pas m'avoir à côté de vous comme secrétaire général.

Veuillez agréer, G. LEPAGE.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CROUP

Le croup est une laryngite pseudo-membraneuse à bacille de Lœffler ; d'autres laryngites à fausses membranes sous la dépendance de germes divers déterminent parfois le même syndrome clinique, ces cas sont exceptionnels et le diagnostic différentiel ne peut en être fait que par l'examen bactériologique. Mais, en pratique, il faut considérer comme synonymes les expressions de croup et de diphtérie du larynx (Sevestre et Martin). Chez l'enfant, le croup est une localisation très fréquente de la diphtérie ; chez l'adulte, au contraire, le croup est très rare.

SYMPTOMES. — Presque toujours, le croup succède à une angine diphtérique ; l'invasion du larynx a lieu à une époque variable, entre le deuxième et le septième jour, parfois plus tôt ; elle est quelquefois indiquée par une élévation de la température, plus habituellement par des modifications de la voix et de la toux. On a signalé quelque cas de croup ascendant, une diphtérie bronchique ayant précédé la diphtérie laryngée ; ces faits s'observent surtout à la suite de la rougeole. Enfin la diphtérie peut atteindre ou plutôt paraître atteindre d'emblée le larynx ; ce croup d'emblée ou croup primitif est indiscutable au point de vue clinique, mais ce croup qui paraît primitif succède presque toujours à une rhinite diphtérique méconnue (Bretonneau), à une diphtérie du cavum, à une adénoïdite diphtérique (Marfan) ; dans le croup d'emblée, le début est généralement insidieux, ressemblant à celui d'un vulgaire rhume, puis, très rapidement, la toux et la voix changent de caractère ; il est rare que des accès de suffocation marquent le début de la maladie.

Les symptômes du croup sont de deux ordres : *symptômes locaux*, résultant de la présence des fausses membranes dans un organe de la phonation et de la respiration ; *symptômes généraux* comme dans toute diphtérie, c'est-à-dire phénomènes d'intoxication quand la diphtérie est pure, de toxi-infection quand elle est compliquée d'associations microbiennes, la plus fréquente étant la strepto-diphtérie.

Pour la description des symptômes locaux ou essentiels, on distingue trois périodes suivant la formule de Barthez, modifiée par Sevestre : période initiale (altérations de la voix et de la toux) ; période de spasme (accès de suffocation) ; période d'obstruction mécanique (dyspnée continue, asphyxie).

PÉRIODE INITIALE. — La présence des fausses membranes sur les cordes vocales change les caractères normaux de la *voix* ; celle-ci est alors rauque, et bientôt enrouée, éraillée, avec des tonalités différentes et des discordances ; puis elle devient sourde, plus ou moins voilée et finit par s'éteindre complètement : *vox nihil significat*. Cet enrouement n'est pas toujours permanent, au moins au début ; il peut arriver que la voix redevienne claire, soit pendant de courts intervalles, soit même pendant un temps assez prolongé.

La *toux*, parfois nulle au début, ne tarde pas à se produire et ne manque jamais ; elle a les mêmes caractères que la voix ; elle est d'abord rauque et, habituellement, la toux gardant son caractère rauque plus longtemps que la voix, ce fait détermine un syndrome, *toux rauque et voix éteinte*, très important pour le diagnostic du croup (Marfan) ; la toux devient ensuite enrouée, éraillée, puis sourde ; on la compare à l'aboiement lointain d'un chien, au chant d'un jeune coq, mais d'un jeune coq enroué (Sevestre et Martin) ; assez souvent la toux présente un timbre spécial, avec une sorte de sifflement discordant qui échappe à la description.

Cette toux, qui survient presque toujours par quintes, ne

s'accompagne que d'une expectoration peu abondante, quelques mucosités visqueuses sans aucun caractère. Le malade se plaint quelquefois d'une légère douleur au niveau du larynx; l'enfant exprime cette sensation douloureuse en portant la main au devant du cou. A cette période, la respiration se fait librement; parfois cependant on remarque, surtout pendant la nuit, un léger sifflement à l'inspiration.

Comme *phénomènes généraux*, on note, en cas de croup d'emblée, une légère élévation de la température, avec accélération du pouls, du malaise et de l'agitation, de l'anorexie; si le croup a succédé à une angine, le malade présente les symptômes de cette localisation première, avec engorgement ganglionnaire du cou et phénomènes plus ou moins marqués d'intoxication. La période initiale dure environ deux jours, quelquefois moins; depuis l'emploi du sérum antidiphtérique, on voit souvent le croup s'arrêter à cette première phase.

Deuxième période. — Elle est caractérisée par une gêne de la respiration et surtout par des accès de suffocation. La *dyspnée* est d'abord légère; l'inspiration est un peu pénible, sifflante, et surtout plus longue qu'à l'état physiologique; l'expiration est d'abord normale, puis un peu plus lente et le temps du repos qui la suit est raccourci. Cette dyspnée du croup présente les trois caractères de la dyspnée par sténose laryngée : elle est bruyante, elle s'accompagne de ralentissement des mouvements respiratoires et de tirage. 1° Le bruit de sténose laryngée se fait d'abord entendre à l'inspiration, pendant laquelle il a son maximum; il est peu intense à l'expiration; c'est un bruit aigu (sifflement), ou de tonalité plus grave (cornage); au moment des accès de suffocation, c'est une respiration serratique. 2° La respiration est ralentie pendant un certain temps, car, vers la fin du croup, quand l'enfant ne lutte plus contre la sténose laryngée, la respiration devient superficielle et accélérée. 3° Le *tirage* est constitué par une dépression inspiratoire des parties molles du thorax et des régions qui l'avoisinent : creux sus-sternal et sus-claviculaire, creux épigastrique et région sous-costale des hypocondres, espaces intercostaux; l'air ne pénétrant pas dans la cage thoracique dilatée, la pression atmosphérique s'exerce sur les parties molles sans compensation intra-thoracique et détermine leur enfoncement. On distingue le tirage sus-sternal et le tirage épigastrique ou abdominal; celui-ci dépend également d'une contraction extrême des muscles inspirateurs et particulièrement du diaphragme qui attire en arrière les cartilages costaux, très flexibles chez l'enfant; il a, d'ailleurs, beaucoup moins de valeur pour le diagnostic que le tirage sus-sternal; le tirage inférieur ou épigastrique se voit en effet dans toutes les diverses dyspnées des enfants du premier âge.

Le tirage atteint son maximum au moment des paroxysmes de dyspnée qui constituent les *accès de suffocation*. Ces accès surviennent au début pendant la nuit et spontanément; puis ils se produisent aussi pendant la journée et parfois sous l'influence d'une émotion, d'une colère. Ils sont légers ou intenses; dans le premier cas, l'agitation, le besoin de changer de place, de se tenir dans la position assise, la production du sifflement laryngé sont les seuls phénomènes par lesquels ils se manifestent. L'accès intense est plus dramatique : l'enfant s'agite dans son lit, puis se réveille inquiet, se redresse, commence un cri rauque ou une quinte de toux, s'accroche aux barreaux du lit ou aux personnes qui l'entourent; la tête est renversée en arrière, tous les muscles respiratoires se tendent, en particulier les sterno-cléido-mastoïdiens qui forment une corde de chaque côté du cou; la respiration produit un bruit spécial qui ressemble au grincement de la scie (bruit serratique de Trousseau); la peau est couverte d'une sueur froide, le pouls est faible et intermittent, il peut présenter les caractères du pouls paradoxal; les enfants nerveux ont parfois une raideur tétanique ou même de petits mouvements convulsifs. L'accès de suffocation dure ainsi quelques minutes; il se termine d'ailleurs d'autant plus vite qu'il était plus intense; quelquefois, à la fin de l'accès, l'enfant rejette une fausse membrane ou seulement quelques mucosités filantes. Les accès se répètent à intervalles variables; en général, ils se rapprochent à mesure que la maladie progresse et, dans leur intervalle, la respiration devient de plus en plus gênée. L'accès de suffocation qui survient à cette seconde période du croup reconnaît pour cause un spasme de la glotte; la soudaineté, la courte durée de l'accès font supposer une origine spasmodique; l'examen laryngoscopique a confirmé cette hypothèse; le spasme atteint surtout les constricteurs et tenseurs des cordes vocales. Pour la dyspnée continue elle-même, si l'occlusion mécanique du larynx par les fausses membranes et le gonflement de la muqueuse ont un rôle dans sa pathogénie, il faut tenir compte aussi d'une contracture permanente des muscles laryngés.

Pendant toute cette période, qui dure un ou deux jours, l'enfant est inquiet, agité et paraît uniquement occupé à essayer de faire pénétrer l'air dans ses poumons; la température est modérée, oscillant entre 38 et 39 degrés; elle s'élève un peu plus à la suite des accès de suffocation et de la dyspnée continue; le pouls est fréquent. A l'auscultation du petit malade, on entend parfois le sifflement de l'inspiration; on remarque surtout que le murmure vésiculaire est affaibli; l'auscultation est souvent rendue difficile par la propagation de bruits venant du larynx et de la trachée; quelquefois, en plaçant un stéthoscope sur le larynx, il est possible de percevoir un bruit spécial, *bruit de drapeau*, tenant au déplacement d'une fausse membrane.

Troisième période. — La dyspnée faisant toujours des progrès dans l'intervalle des accès, le croup arrive graduellement à la période d'obstruction mécanique avec dyspnée continue et enfin asphyxie. Les accès de suffocation ne se produisent plus, soit que la muqueuse entièrement recouverte de fausses membranes ne puisse plus être le point de départ du réflexe spasmogène, soit plutôt que la répétition des accès ait usé en quelque sorte la contractilité musculaire. La dyspnée continue est portée au plus haut point; la respiration devient superficielle et fréquente, les mouvements inspiratoires incomplets n'introduisent plus dans la poitrine qu'une quantité d'air absolument insignifiante; c'est alors l'*asphyxie*. L'enfant, constamment assoupi et insensible, est inondé de sueur, la face bouffie et violacée, le pouls petit, irrégulier, incomptable, les extrémités se refroidissent. Quelquefois cependant, il n'y a pas de cyanose; le malade a seulement une pâleur livide; c'est l'asphyxie blanche. A moins d'une intervention *in extremis*, la mort survient dans le coma, quelquefois avec des mouvements convulsifs aux derniers moments. Cette phase d'obstruction mécanique et d'asphyxie dure quelques heures, rarement plus d'une demi-journée.

(A suivre.)

Formulaire des Spécialités pharmaceutiques pour 1909, par le docteur V. Gardette. Préface par le docteur A. Manquat, membre correspondant de l'Académie de médecine. 3e édit., 1 vol. in-18, de 436 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Hygiène oculaire de la première enfance, par le docteur Ginestous, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, oculiste de l'hôpital suburbain des enfants. In-16. — Prix : 2 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 94. — SAMEDI 21 AOUT 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 21 AOUT 1909. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 4 novembre 1909. Les épreuves commenceront à quatre heures, à l'hospice général, salle des séances.

La Commission administrative des hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours, si de nouvelles vacances se produisaient avant le 13 octobre 1909. Dans ce cas, les candidats en seraient avisés par voie d'affiches apposées dans les hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration, quinze jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 19 octobre au plus tard.

GUERRE. — École du service de santé militaire. — Liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir les épreuves orales d'admissibilité du concours d'admission à l'école du service de santé militaire en 1909 :

Alinat, Anglade, Arène, Arlabosse, Armand, Astié, Attané, Aublant, Avinier,

Baichère, de Balestrier, Bardon, Bassargette, Bastide, J. Bergès, G. Bernard, L. Bertrand, M. Bertrand, Billant, Birbis, Bobillier, Bouchet, Bourgeois, Boutin, Bravet, G. Brémond, Bresson, Brissac, Broqua,

Cambon, Camors, Carabin, Carro, Chaumet, Clément, Coffiney, Collet, Colmez, Combaud, Constant, Convers, Corroy, Costédoat, Coudray, Courty, Cousinié,

Dano, Debord, Delaye, Dessagne, Dhérissart, Dillenséger, Dionnet, Donard, Dreyfuss, Dubus, Ducluzaux, Duffau, Dumas, Dumousseau,

Eysséric,

Fauré, Février, Filippetti, Fossé, Fouin, Fouqué, Frahier.

Gaffiero, Gaignoux, Galan, Garçot, Garnier, Gasme, Gay, Géliberı, Gensollen, Géraudie, Giguet, Giraudel, Godard, Grand, Grimal, Guggenbühl, Guyot,

Hassenforder, Hassler, Haton, Hébrard, Hollier,

Jeannoël, R. Jeannot, Jouvelet, Jughon,

Kesseler, Krouch,

Laban, Labessant, Laborde, Labro, Lacronique, Lamaison, Lasmartres, Lavie, Leguay, Lenoir, Lesbre, L'Homel, Lhoste, Lhuissier, Loiseau, Lortholary,

Maignial, Maillet, Maire, Marchal, Massonnaud, Mauguière, Melnotte, Membrey, Michot, Minvielle, Moins, Moreau, Monteux, Mosnier,

Naudin, Nénon,

Pambet, Paoli, Parouty, Pelissier, Perrier, F. Petit, P. Petit, Philippe, Platet, Plouquet, Plontz, Pontoiseau, Poujol, Pourquier, Prunet,

Queheille, Quignon,

E. Rainaut, Rambault, Ramu, E. Raynaud, Retrouvey, Ricbourg, Rivet, Robin, Romain, Romey, Roshen, Rossignot, Rossinès, Rousset, Roy, Ruffin,

R. Salle, L. Sallès, Saltet de Sablet d'Estières, Sautel, Singer, Sorrel, Stefani, Streessel,

Tapie, Tardy, Thibault,

Verit, de Vernejoul, Vidal, Villain, Vincent, Vinson, Voillequin,

Warin, Welsch.

Les candidats auront à se rendre à la date fixée pour les épreuves orales dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 17 août 1909, M. le médecin-major de deuxième classe Braud a été désigné pour servir en activité hors cadres à la Côte d'Ivoire.

M. le médecin aide-major de première classe Dufougéré a été affecté en Afrique occidentale.

LE RELÈVEMENT DES HONORAIRES MÉDICAUX. — Une commission composée de délégués du Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement, du syndicat des médecins de la Seine, du syndicat médical de Paris, et de la Société médicale du IVe arrondissement vient d'adopter à l'unanimité, après une longue discussion, l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement, le syndicat des médecins de la Seine et le syndicat médical de Paris, représentant l'ensemble des praticiens de Paris et de la banlieue, se sont réunis dans une entente commune pour étudier la question du relèvement des honoraires.

Ils ont reconnu et décidé qu'il y avait nécessité :

1° D'augmenter le taux des honoraires médicaux d'au moins un tiers sur les prix courants des visites simples et consultations, en usage à ce jour, chaque arrondissement devant faire les prix minima qui lui conviennent;

2° De demander des honoraires supérieurs à ceux des visites simples pour les visites d'urgence, les visites du soir et les visites du dimanche;

3° D'établir un tarif minimum, basé sur un coefficient, pour les interventions spéciales de la pratique courante ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis-Joseph Debrand (de Paris).

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1190.*)

REVUE GÉNÉRALE

LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE
ET SON TRAITEMENT
D'APRÈS LES TRAVAUX RÉCENTS (1)

Par M. ROGER VOISIN,
Chef de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine.

Les COMPLICATIONS (2) de la méningite cérébro-spinale sont bien connues ; les unes sont d'origine infectieuse comme les arthrites, assez fréquentes, qui peuvent faire croire à une poussée de rhumatisme articulaire aigu [Mœller (3)], l'ictère, la broncho-pneumonie; nous signalerons comme cas exceptionnel, l'hémothorax double observé dans un cas par Apert (4) ; les autres sont d'origine nerveuse. Celles-ci sont d'autant plus graves qu'elles constituent souvent des séquelles. Elles seront de moins en moins fréquentes avec la sérothérapie. Nous signalerons les paralysies flasques, dues à l'association d'une poliomyélite à la méningite ; la paralysie spasmodique [Lejonne et Félix Rose (5)], l'hémiplégie, très rare, dont Castaigne et Debré (6) viennent de rapporter un cas, l'hydrocéphalie pouvant même survenir quatre mois après guérison apparente [Cohn (7)]. Dans une observation de Cushing et Haden (8), plus de quatre mois après la guérison de la méningite, la ponction du ventricule y décelait la présence d'un liquide jaune avec des méningocoques.

Nous insisterons un peu plus sur les séquelles observées du côté des organes des sens (9).

La *surdité* tient soit à des lésions de l'oreille moyenne, soit à des lésions de l'oreille interne, du labyrinthe. Dans le premier cas, la surdité est bénigne, passagère, curable, mais rare. Dans le second, elle est grave, durable. Elle est surtout fréquente chez les enfants, mais il n'y a aucun rapport entre la gravité de la méningite et la localisation auriculaire. Elle relève de la facile communication des espaces endo et périlymphatiques avec les espaces sous-arachnoïdiens. Les lésions portent sur le labyrinthe ou sur le nerf; on comprend que si dans ce dernier cas il y a seulement compression et non plus destruction, la gravité de la surdité soit moins grave. Cette surdité par lésion de l'oreille interne est presque toujours incurable et bilatérale [Lermoyez (10)].

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 92, p. 1159.

(2) Cf. SAINTON et Roger VOISIN. Complications des méningites cérébro-spinales aiguës. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 23 nov. 1907.

(3) MŒLLER. *Med. Record*, 4 juillet 1908.

(4) APERT. Hémothorax double mortel au début d'une méningite à méningocoques, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 mars 1909, p. 449.

(5) LEJONNE et Félix ROSE. Myélite centrale consécutive à une méningite cérébro-spinale, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*. 2 juill. 1909, t. II, p. 23.

(6) CASTAIGNE et DEBRÉ. Méningite cérébro-spinale épidémique compliquée d'hémiplégie, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 mai 1909, p. 902.

(7) COHN. Les séquelles de la méningite cérébro-spinale, *Berl. klin. Wochens.*, 11 janv. 1909, n° 2, p. 53.

(8) CUSHING et HADEN. *Journ. of exper. Med.*, 8 juillet 1908, p. 548.

(9) Mme EVREINOFF. *Les complications sensorielles des méningites*, Th. de Paris, 1909.

(10) LERMOYEZ. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, p. 897.

Elle peut s'améliorer passagèrement avec retour à la surdité absolue dans un délai plus ou moins éloigné (Politzer). Mais elle paraît, très rarement il est vrai, pouvoir guérir complètement comme dans le cas de Debré (1). La surdité chez l'enfant s'accompagne toujours de mutité.

Les séquelles *oculaires* sont plus rares que les séquelles auditives. Babonneix et Tixier (2) viennent d'insister sur l'atrophie du nerf optique que l'on peut voir apparaître dans les méningites de la première enfance. Un de leurs cas concernait une méningite à méningocoques. L'affaiblissement de la vue s'établit soit subitement, soit plus souvent d'une manière progressive et aboutit à la cécité complète.

VI

Diagnostic. — Ce tableau clinique de la méningite épidémique peut, suivant l'exagération ou l'absence de tel ou tel symptôme, se rapprocher d'un grand nombre d'affections. Nous renvoyons le lecteur à la revue de Ferrand; nous ne signalerons que deux affections qui ont provoqué des travaux dans ces derniers temps : l'appendicite et l'éclampsie. L'enfant qu'observa Broca (3) était entré dans son service pour appendicite, or il s'agissait d'une méningite épidémique.

Lorsque la méningite survient au cours d'une néphrite [Hutinel (4)], ou de l'état puerpéral [Commandeur (5)], le diagnostic aura tendance à s'égarer sur l'éclampsie. Mais dans celle-ci il n'y a pas d'élévation de température.

Les procédés de laboratoire donneront seuls la certitude dans un grand nombre de cas.

1° *La ponction lombaire.* — Le liquide retiré par ponction lombaire dans la méningite cérébro-spinale épidémique est ordinairement *trouble*, de sorte qu'en pratique la constatation d'un liquide trouble doit immédiatement faire pratiquer une injection intrarachidienne de sérum.

Mais dans certains cas cependant il est *clair*. Il est clair souvent dans les vingt-quatre premières heures de la maladie, ainsi que l'ont montré Netter et Debré (6) [75 p. 100 des cas]. Il est clair dans certaines formes frustes, comme dans les cas que viennent de rapporter Salebert et Louis (7).

Il est clair aussi à une période avancée de la maladie, soit que le liquide, purulent antérieurement, se soit éclairci, soit qu'il soit demeuré constamment clair (Hajeck). Netter et Debré (8) ont constaté cette clarté du liquide après deux semaines dans 53 p. 100 des cas.

Il est rarement clair dans toute la durée de l'évolution des formes communes (Netter et Debré ont signalé la purulence dans 96 p. 100 des cas observés

(1) DEBRÉ. Méningite cérébro-spinale ayant duré onze mois, avec rechutes. Guérison, *Bull. de la Soc. de péd.*, déc. 1908.

(2) BABONNEIX et TIXIER. Atrophie optique dans les affections méningées de la première enfance, *Bull. de la Soc. de péd.*, juin 1908.

(3) BROCA. Méningite cérébro-spinale aiguë, ressemblant à une appendicite, *Journ. des prat.*, 5 sept. 1908, p. 561.

(4) HUTINEL. *Progrès méd.*, 27 fév. 1909.

(5) COMMANDEUR. Des méningites cérébro-spinales suppurées au cours de la puerpéralité, *Obstét.*, 1908, n° 3, pp. 289 à 316.

(6) NETTER et DEBRÉ. Liquides céphalo-rachidiens clairs au cours des méningites cérébro-spinales. Dans les premières heures, *C. r. de la Soc. de biol.*, juin 1909, p. 866.

(7) SALEBERT et LOUIS. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juin 1909.

(8) NETTER et DEBRÉ. Liquides clairs à une période avancée de la maladie, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1909, p. 1009.

du deuxième au quatorzième jour). Mais le fait est possible et cette limpidité n'est pas un indice de bénignité de l'affection. Dopter et Claisse (1) ont observé des cas où le malade a succombé quoique le liquide fût resté clair, et Netter insiste sur ce fait qu'il n'y a aucun rapport entre la gravité de la maladie et le caractère macroscopique du liquide.

Assez souvent le liquide a une teinte *jaunâtre* en rapport avec de petites hémorragies qui se font dans le pus méningococcique.

Au *point de vue chimique*, l'albumine est très notablement augmentée, le NaCl ainsi que le glycose diminués.

Les *recherches cytologiques* ont montré que dans la méningite épidémique, il existait presque toujours une *polynucléose* prédominante à la période d'état et au moment des rechutes, suivie d'une lymphocytose au moment de la guérison.

Speroni (2) a étudié spécialement le pus méningé : il a noté, en dehors des polynucléaires qui prédominent, de grands mononucléaires et des lymphocytes et une variété de cellules de grande taille à noyau oval, à protoplasma abondant vacuolisé, à l'intérieur duquel on peut constater des débris cellulaires. Ce sont des macrophages qui naîtraient des cellules adventices des vaisseaux de la pie-mère ; tandis que les leucocytes (microphages) débarrassent l'organisme des bactéries, les macrophages libèrent les tissus des résidus de la lutte. Salebert et Louis (3) ont insisté également sur le rôle phagocytaire des cellules endothéliales.

Ces polynucléaires avariés à la suite de la lutte soutenue contre les microbes et leurs toxines présentent des déformations de leur noyau et de leur protoplasma. Widal a insisté sur l'importance de l'intégrité ou de l'altération histologique des polynucléaires.

Il a fait connaître en effet la possibilité de méningites aseptiques, d'« états méningés » à liquide puriforme dans lesquels les éléments constatés sont des polynucléaires histologiquement intacts, conservant toute la pureté de leurs contours et toute l'intégrité de leur noyau. Tantôt cet état méningé est une surprise de la ponction lombaire, comme au cours de la syphilis des centres nerveux [Widal, Lemierre et Boidin (4)], tantôt il se traduit par quelques symptômes méningés frustes, tantôt il revêt l'aspect d'une méningite, soit atténuée [Widal et Philibert (5)], soit grave [Widal et E. Brissaud (6)]. La valeur de l'intégrité des polynucléaires vient d'être contestée par Dévé (7) qui l'a trouvée au début d'une méningite à méningocoques.

(1) Dopter. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mars 1909. — Claisse. *Id.*, 14 mai 1909, p. 894. — Netter. *Id.*, 21 mai 1909.

(2) Speroni. Cytologie de la méningite cérébro-spinale épidémique, *Bull. de la Soc. anat.*, janv. 1907, p. 37, et *Presse méd.*, 1907.

(3) Salebert et Louis. Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la méningite cérébro-spinale. Rôle phagocytaire des cellules endothéliales, *C. r. de la Soc. de biol.*, 15 mai 1909.

(4) Widal, Lemierre et Boidin. Liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis des centres nerveux. Intégrité des polynucléaires, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 juin 1906.

(5) Widal et Philibert. Epanchement puriforme aseptique des méninges avec polynucléaires intacts. Bénignité du pronostic, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 avril 1907.

(6) Widal et Brissaud. Epanchement puriforme aseptique des méninges avec polynucléaires histologiquement intacts. Bénignité du pronostic immédiat. Guérison malgré l'intensité et la longue durée des troubles méningés, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 fév. 1909, p. 363.

(7) Dévé. Méningite cérébro-spinale avec polynucléaires intacts, *Normandie méd.*, 1er juin 1909.

La substitution transitoire des polynucléaires sains aux polynucléaires altérés aurait pour Sicard et Descomps (1) une certaine valeur pronostique favorable.

Ces leucocytes altérés laissent échapper leur ferment protéolytique, dont l'action toxique s'associe à l'action microbienne [Fiessinger et Marie (2)].

Enfin Achard et Ramond (3) ont étudié l'état de vie ou de mort de ces leucocytes dans un cas de méningite à méningocoques; ils ont trouvé lors de leur premier examen avec le rouge neutre 17 p. 100 de leucocytes morts, puis, à la suite d'une injection de sérum, tous les leucocytes étaient vivants, enfin, près de la mort du sujet, 12 p. 100 des éléments étaient morts.

Lorsque le liquide est clair, il est possible d'observer une *lymphocytose* prédominante. Elle peut n'exister qu'au début de l'affection (Teissier, Netter) mais peut durer toute l'affection (cas de Vincent, de Claisse). Cette lymphocytose prédominante est rare. Dopter sur 145 cas ne l'a constatée que 4 fois, soit dans 2,75 p. 100 des cas.

Peut-être, comme le fait remarquer Widal (4), une phase polynucléaire a-t-elle existé et a-t-elle été méconnue ; en tout cas il semble bien que l'origine de ces éléments soit différente : les lymphocytes viendraient de la gaine lymphatique périvasculaire, tandis que les polynucléaires proviennent des vaisseaux sanguins et traduisent un état congestif et inflammatoire. Une autopsie de Ménétrier et Mallet (5) semble confirmer cette hypothèse.

La *recherche des méningocoques* sur lame est le plus souvent positive. On trouve soit entre les éléments cellulaires, soit, et bien plus souvent, à l'intérieur même des cellules, le diplocoque caractéristique. Ruge (6) conseille pour faciliter cette recherche, de verser sur lame VI à VIII gouttes de liquide, puis de le laisser s'évaporer pendant dix, douze heures à la température du laboratoire, il y a ainsi enrichissement en méningocoques.

Mais, ainsi que nous l'avons vu, le diagnostic du méningocoque ne découle pas de la constatation d'un microbe en diplocoque prenant le Gram. Il est nécessaire d'en obtenir des cultures et de différencier le germe, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut. Signalons que des germes constatés directement sur lame peuvent ne pas donner de cultures sur les milieux appropriés, de même que des liquides, ne présentant sur lame aucun germe, peuvent donner des cultures.

L'étude bactériologique permet ainsi de reconnaître la possibilité d'*associations microbiennes*. En ne citant que les travaux récents, Teissier a constaté l'association pneumocoque méningocoque; Armand-

(1) Sicard et Descomps. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Genève 1907.

(2) Fiessinger et Marie. Le ferment protéolytique des polynucléaires dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques, *C. r. de la Soc. de biol.*, 5 juin 1909.

(3) Achard et Ramond. Diagnostic de l'état de vie ou de mort des leucocytes dans les liquides pathologiques, *C. r. de la Soc. de biol.*, 8 mai 1909.

(4) Widal. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mai 1909.

(5) Ménétrier et Mallet. Méningite cérébro-spinale à méningocoques. Traitement par les injections intra-rachidiennes de collargol. Mort. Etude histologique des lésions de la méningite et de l'action locale du collargol, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 4 déc. 1908, p. 742.

(6) Ruge. Erleichterung des Meningokokkendiagnose, *Centralbl. f. Bakt.*, t. XLVII, 8 sept. 1908, p. 584.

Delille et Babonneix (1), Bruneau, Teissier celle du bacille de Koch; l'association d'un vrai méningocoque à un pseudo-méningocoque est plus fréquente. Von Lingelsheim, Dopter, Barbier et Vaucher (2) en ont rapporté des exemples.

Il faut signaler que dans ces derniers temps plusieurs auteurs ont insisté sur la possibilité de constater dans le liquide céphalo-rachidien des microbes sans éléments cellulaires [Ribadeau-Dumas et Debré (3)]. Un seul des cas rapportés concernait la méningite épidémique, c'est celui de Pathoir et Dehon (4), mais il faut être prévenu de la possibilité de ces faits dont le mécanisme reste indéterminé.

2° Le laboratoire a apporté enfin de nouveaux moyens de diagnostic dont la valeur n'est pas encore complètement élucidée : le séro-diagnostic, la recherche du pouvoir opsonique, le précipito-diagnostic.

Le *séro-diagnostic* est basé, comme celui de la fièvre typhoïde, sur le fait que le sérum d'un malade atteint de méningite cérébro-spinale épidémique agglutine le méningocoque, en culture liquide : bouillon ascite par exemple, ou émulsionné dans un liquide stérile. Un sérum normal n'agglutine jamais le méningocoque à 1/10, très rarement par contre à 1/5. Quand l'agglutination est de 1/25, on peut affirmer la nature méningococcique de la méningite (von Lingelsheim). Mais l'agglutinine n'apparaît dans le sérum qu'assez tardivement dans certains cas (Houston et Raukin) et d'ailleurs elle peut manquer : von Lingelsheim ne l'a constaté que dans 56,7 p. 100 des cas. Grâce à ce procédé, Netter et Debré (5) ont pu reconnaître l'origne méningococcique d'une méningite abortive à liquide céphalo-rachidien normal.

La recherche du *pouvoir opsonique* aurait une valeur plus grande. Houston et Raukin (6) ont trouvé qu'un index très élevé doit faire affirmer l'existence de la méningite. Alice Taylor (7) a pu par ce moyen séparer les méningites tuberculeuses et les méningites épidémiques. Mais il est nécessaire d'utiliser des cultures très fraîches, de cinq à six heures [Mac Gregor (8)]. Le pouvoir opsonique est d'habitude parallèle au pouvoir agglutinant et la constatation d'un index élevé serait peut-être un bon signe de pronostic.

Enfin un nouveau procédé de diagnostic, le *précipito-diagnostic*, a été imaginé par MM. Vincent et Bellot (9).

Ces auteurs rappellent que dans certains cas les microbes peuvent ne pas être constatés dans le liquide céphalo-rachidien; l'étude de ce liquide permet cependant d'affirmer l'existence d'une méningite cérébro-spinale épidémique.

La méthode est basée sur la constatation suivante : « Lorsque l'on mélange à une macération de méningocoques complètement éclaircie par la centrifugation une faible quantité de sérum frais d'un animal immunisé contre ce microbe, on voit se produire après huit à quatorze heures de séjour à l'étuve, un précipité ou une louche caractéristiques. Les deux tubes témoins restent clairs. »

La technique du procédé est la suivante : le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire est éclairci par centrifugation. A L ou C gouttes de ce liquide on ajoute de II à V gouttes d'un sérum précipitant le méningocoque. Des sérums thérapeutiques, le sérum de Flexner seul donne de bons résultats. Les auteurs recommandent d'utiliser le sérum d'un lapin préparé avec une culture de méningocoques autolysés dans l'eau distillée.

Ce mélange est mis à l'étuve à 50 degrés pendant huit à quatorze heures. (On peut aussi utiliser l'étuve à 37-38 degrés, mais dans ce cas existe une cause d'erreur tenant à la multiplication possible dans le liquide de microbes d'ordre banal.) Dans le cas de méningite cérébro-spinale le liquide devient louche, homogène, ou prend une opalescence tantôt très légère, tantôt très nette. Pour juger cette réaction, il faut placer dans l'étuve comparativement deux tubes, l'un contenant uniquement du liquide céphalo-rachidien utilisé, l'autre du sérum précipitant employé. Les deux tubes doivent rester limpides. Letulle et Lagane (1) ont signalé la possibilité du trouble spontané du liquide céphalo-rachidien pur. Pour l'éviter, Vincent et Boudet (2) conseillent d'utiliser le liquide céphalo-rachidien très peu de temps après sa récolte, de ne pas l'exposer trop longtemps à la lumière ni à l'air avant de l'utiliser, enfin d'avoir soin d'obturer le tube mis à l'étuve avec un bouchon de caoutchouc pour éviter l'évaporation du liquide.

Exceptionnellement la précipitation peut ne se manifester que tardivement après vingt-quatre ou trente-six heures d'étuve. Avec cette méthode les inventeurs ont obtenu 32 résultats positifs sur 32 observations. Les constatations confirmatives de Lemoine, Gaehlinger et Tilman (3), celles de J. Louis (4), de Salebert et Louis (5) donnent à ce procédé de diagnostic une réelle valeur, malgré la possibilité de co-précipitines (pour le micrococcus catarrhalis, le diplococcus crassus, par exemple).

Cette précipitation apparaît en effet peu de temps après le début des accidents (dès la onzième heure) et ne s'atténue que vers le douzième, quinzième, vingtième jour. Mais elle disparaît dès que l'on injecte au malade du sérum.

---

(1) Armand-Delille et Babonneix. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1907.

(2) Barbier et Vaucher. Huit cas de méningite cérébro-spinale dont cinq traités par le sérum de Dopter, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mai 1909, p. 871.

(3) Ribadeau-Dumas et Debré. Envahissement massif du liquide cérébro-spinal par des microorganismes et absence des réactions cellulaires au cours des méningites cérébro-spinales, *Presse méd.*, 16 janv. 1909, p. 42.

(4) Pathoir et Dehon. *Echo méd. du Nord*, 15 janv. 1905.

(5) Netter et Debré. *C. r. de la Soc. de biol.*, 25 juillet 1909.

(6) Houston et Raukin. A note on the opsonine power of the serum with reference to the Meningoc., *The Lancet*, 4 mai 1907.

(7) Alice Taylor. The opsonic index and agglutination in cerebro spinal Mening., *The Lancet*, 6 juillet 1907.

(8) Mac Gregor. *The Lancet*, 8 oct. 1908.

(9) Vincent et Bellot. Diagnostic de la méningite cérébro-spinale à méningocoques par la précipito-réaction, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 16 mars 1909.

(1) Letulle et Lagane. A propos de la réaction de précipitation de Vincent. Précipitation spontanée du liquide céphalo-rachidien après séjour à l'étuve, *C. r. de la Soc. de biol.*, 15 mai 1909.

(2) Vincent et Boudet. Nouvelles recherches sur le précipito-diagnostic de la méningite cérébro-spinale, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 mai 1909, p. 952. — Vincent. Remarques sur le précipito-diagnostic de la méningite cérébro-spinale, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 juin 1909, p. 1229.

(3) Lemoine, Gaehlinger et Tilman. La précipito-réaction dans le diagnostic des méningites à méningocoques, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 2 avril 1909.

(4) J. Louis. Sur la précipito-réaction de Vincent dans la méningite cérébro-spinale, *C. r. de la Soc. de biol.*, 22 mai 1909.

(5) Salebert et Louis. Des méningites cérébro-spinales abortives à liquide clair sans méningocoques apparents. Leur démonstration par la réaction de Vincent, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 juin 1909, p. 1226.

VII

Traitement. — Au traitement de la méningite épidémique par les bains chauds, et les ponctions lombaires répétées, sont venus s'adjoindre dans ces derniers temps l'argent colloïdal, et surtout la sérothérapie.

Les *bains chauds*, donnés toutes les quatre heures à 39-40 degrés, les *ponctions lombaires répétées* tous les jours, tous les deux jours, ont donné à un certain nombre d'observateurs de très beaux succès.

L'adjonction de l'*argent colloïdal* ou de l'électrargol à ce traitement a eu de bons résultats (53,9 p. 100 de décès avant le collargol, contre 43 p. 100 après le collargol, Netter). Le collargol a été utilisé en frictions, en injections sous-cutanées et intraveineuses, et même en injections intra-rachidiennes [Barth et Mauban (1), Papillon et Esbach (2), Widal, Dopter, Ménétrier et Touraine (3), etc.], quoique pour Netter, cette introduction de collargol dans la cavité rachidienne ne constitue pas un progrès.

Mais tous ces moyens thérapeutiques ne sont plus que des adjuvants devant la médication spécifique, la sérothérapie; il ne faut cependant pas les abandonner.

Sérothérapie. — Lorsque l'agent de la méningite cérébro-spinale épidémique fut nettement différencié, les bactériologistes songèrent immédiatement à traiter cette affection spécifique par un sérum approprié. On vit à peu près en même temps Simon Flexner (4) aux Etats-Unis, Kolle et Wassermann (5), Jochmann (6), Ruppel (7) en Allemagne, Markl (8) en Autriche, puis Dopter en France, à l'Institut Pasteur de Paris, obtenir des sérums antiméningococciques. Tous ces auteurs ont utilisé le cheval. Ils injectent d'abord sous la peau, puis dans les veines de l'animal des cultures de méningocoques à doses croissantes.

Flexner, Kolle et Wassermann emploient d'abord des cultures mortes puis des cultures vivantes, et ils ajoutent les extraits autolytiques de ces germes, c'est-à-dire les produits de la désintégration des corps microbiens. Jochmann se sert uniquement des cultures vivantes. Dopter (9) a étudié comparativement les sérums obtenus avec les injections microbiennes et ceux résultant des injections toxiques des autolysats; il a montré que le premier sérum (antimicrobien) avait une action antiendotoxique plus grande que le sérum antitoxique pur. Il prépare maintenant ses chevaux en injectant dans les veines des cultures microbiennes vivantes seules. Dans tous les cas, les auteurs ont soin d'utiliser des échantillons variés de méningocoques, pour que le sérum obtenu soit polyvalent.

Nous n'insisterons pas sur le dosage de l'activité du sérum employé, ni sur le taux de l'activité qu'il doit présenter pour être utilisé, qu'il nous suffise de dire que Flexner emploie la méthode opsonique, tandis que Kolle et Wassermann se servent de la réaction de fixation de Bordet-Gengou; c'est ce procédé que recommandent également Krumbein et Schatiloff (1).

Le sérum, ainsi obtenu, fut tout d'abord employé, ainsi que le conseillaient Kolle et Wassermann, en *injections sous-cutanées*; mais les résultats obtenus furent nuls ou très minimes [Schultz (2), Robb (3), Charlotte Müller (4), Currie et Mac Gregor (5), Lévy (6), etc.] Aussi sont-elles actuellement presque complètement abandonnées; Vaillard (7) les recommande cependant concurremment avec les injections intra-rachidiennes dans les cas graves de méningite épidémique avec symptômes d'infection générale, petéchies, etc.

C'est la *voie intra-rachidienne* qu'il faut employer; elle fut préconisée par Flexner, Jochmann, et cette technique donna aux mains de Schöne (8), de Lévy (9) en Allemagne, de Koplik (10), de Gardner Robb, de Kerr, de Dunn (11) aux Etats-Unis et en Angleterre, de Netter (12), de Dopter, etc., en France, des résultats tels que l'on doit appliquer ce traitement non seulement dans tout cas de méningite à méningocoque, mais dans tout cas supposé de cette affection. Il y aurait péril d'attendre dans certains cas les résultats du laboratoire.

Cette injection intra-rachidienne n'offre le plus souvent aucune difficulté. Elle ne nécessite qu'une aiguille à ponction lombaire en platine, et une seringue de Roux munie de son raccord en caoutchouc. On s'assurera que le culot de l'aiguille s'adapte à ce

(1) Barth et Mauban. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1905, p. 549.

(2) Papillon et Esbach. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, janv. 1906.

(3) Ménétrier et Touraine. Méningite cérébro-spinale chez une femme enceinte. Injections intra-rachidiennes de collargol, guérison, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 4 déc. 1908, p. 729.

(4) Flexner. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 1906, t. XLVII, p. 560; — Concerning a Serumtherapy for experimental infection with diplococcus intracellularis, *Journ. of exper. Med.*, 1907, t. IX; — Serum treatment of Epidemic cerebro spinal meningitis, *Journ. of exper. Med.*, janv. 1908, t. X, p. 141.

(5) Kolle et Wassermann. Versuche zur Gewinnung und Wertbestimmung eines Meningokokkenserums, *Deuts. med. Woch.*, 19 avril 1906.

(6) Jochmann. Versuche zur Serodiagnostik und Serotherapie des epidemischen Genickstarre, *Deuts. med. Woch.*, 17 mai 1906.

(7) Ruppel. Ueber den Diplokokkus intracellularis meningitidis und seine Beziehungen zur den Gonokokken, *Deuts. med. Woch.*, 23 août 1906.

(8) Markl. Ueber die Antikörper des Meningococcus, *Centralbl. f. Bakt.*, 1906, t. XLIII.

(9) Dopter. Action antiendotoxique du sérum antiméningococcique antimicrobien, *C. r. de la Soc. de biol.*, 15 mai 1909.

(1) Krumbeim et Schatiloff. Untersuchungen über das Meningokokkenserum, *Deuts. med. Woch.*, 4 juin 1908, p. 1002.

(2) Schultz. Sur les effets du sérum anti-méningococcique dans la méningite cérébro-spinale, *Berl. klin. Woch.*, 30 déc. 1907, p. 1671.

(3) Robb. Some Observation on the recent Outbreak of cerebro spinal feuer in Belfast, *Brit. med. Journ.*, 26 oct. 1907.

(4) Charlotte Müller. Einige Bemerkungen betreffend die epidemische Cerebrospinalmeningitis, deren klinischen Diagnose und die Erfolge der Serumtherapie, *Corresp. f. Schw. Ærzte*, janv. 1908.

(5) Currie et Mac Gregor. The serum treatment of cerebro spinal feuer in the city of Glasgow, *Hosp. Belv. Betw.*, may 1907; — *The Lancet*, 10 oct. 1908.

(6) Lévy. Erfahrungen mit Kolle Wassermannschen Meningokokkenheilserum bei 23 Genickstarrekranken, *Klin. Jahrb.*, t. XVIII.

(7) Vaillard. Sur la méningite cérébro-spinale, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 avril 1909, p. 464.

(8) Schöne. *Ueber die Behandlung von 30 Genickstarrekranken mit Jochmann'schen Meningokokkenserum*, Th. de Breslau, 1906.

(9) Lévy, Erfahrungen mit Kolle Wassermannschen Meningokokkenheilserum, *Deuts. med. Woch.*, 23 janv. 1908, p. 139; — Bemerkungen zur Technik der intralumbar Seruminjektionen, *Med. Klin.*, oct. 1908.

(10) Koplik. The serum treatment and the Prognosis under various forms of therapy of cerebro spinal feuer, *Med. Rec.*, 3 oct. 1908.

(11) Dunn. The serum treatment of epidemic cerebro spinal Meningitis, *Journ. of the amer. Assoc.*, 4 juillet 1908.

(12) Netter. Traitement de la méningite cérébro-spinale suppurée. Bains chauds prolongés. Ponctions lombaires répétées. Collargol. Efficacité du sérum antiméningococcique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 déc. 1908, p. 762.

raccord. Après stérilisation de ces instruments, on pratiquera la ponction lombaire dans le décubitus latéral suivant la technique courante, actuellement bien connue. On laissera s'écouler de l'aiguille une quantité de liquide assez considérable. Dopter (1) conseille de soustraire au moins autant de liquide céphalo-rachidien qu'on veut injecter de sérum et même davantage. De cette manière, dit-il, on évitera les accidents de compression consécutifs à l'injection, on enlève une plus grande quantité de substances toxiques et le sérum injecté est moins dilué. Dopter avait même cru pouvoir ajouter : « Si l'on ne peut retirer que 2, 3, 5 centimètres cubes de liquide, ce qui arrive parfois, il ne faut à aucun prix injecter davantage de sérum. »

Cette crainte de l'apparition dans ces cas d'accidents de compression, que manifestait Dopter, a été reconnue vaine dans la pratique. Souvent, en effet, dans le traitement d'une méningite épidémique, lors de la deuxième, troisième ponction, l'aiguille ne donne issue qu'à une faible quantité de liquide, quelques centimètres cubes ou même quelques gouttes. Netter, Comby (2), nous-même avons injecté cependant sans aucun inconvénient la quantité fixée de sérum.

Le plus souvent le liquide s'écoule facilement ; on en retire ordinairement 20, 25, 30 ou 50 centimètres cubes ; on peut dans certains cas aller jusqu'à 110, 140 centimètres cubes de liquide [Netter et Debré (3)]. Parfois l'aiguille s'obture pendant l'écoulement du liquide du fait de l'arrêt dans sa lumière d'une particule de pus, il suffit d'écouvillonner l'aiguille avec un mandrin stérile, pour que le liquide s'écoule à nouveau.

Lorsqu'on jugera suffisante la quantité de liquide cérébro-spinal retirée, on appliquera à l'extrémité de l'aiguille l'embout du tube de caoutchouc et l'on poussera l'injection lentement, progressivement, sans à-coup. Dopter, Grysez (4) recommandent de faire tiédir le sérum à 37 degrés avant de l'injecter. C'est une précaution qui ne nous paraît pas nécessaire ; il suffit que le sérum ait la température de la pièce. Si la quantité de sérum à injecter dépasse la contenance de la seringue, sitôt la première seringue vidée, on appliquera sur le raccord de caoutchouc laissé en place une pince à forcipressure pendant que l'opérateur la recharge.

L'injection faite, on retirera brusquement l'aiguille et l'on appliquera sur la piqûre, soit du collodion, soit simplement une couche de teinture d'iode.

Après l'injection, il est préférable, mais non nécessaire d'incliner le corps du sujet, de sorte que la tête soit plus basse que le bassin pendant cinq à six heures.

La *quantité* de sérum à injecter varie suivant l'âge du malade ; 10 à 15 centimètres cubes par injection seront suffisants chez l'enfant au-dessous de deux ans ; 20, 30 centimètres cubes seront employés chez l'enfant plus âgé, 30 et 40 centimètres cubes chez l'adulte.

(1) Dopter. Technique des injections de sérum antiméningococcique dans le traitement de la méningite cérébro-spinale, *Progrès méd.*, 21 avril 1909, nº 17, p. 213.

(2) Comby. Méningite cérébro-spinale. Sérothérapie, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 mai 1909, p. 946.

(3) Netter et Debré. Développement de l'épidémie de méningite cérébro-spinale à Paris et dans la banlieue. Cas nouveaux traités par le sérum antiméningococcique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 fév. 1909, p. 383.

(4) Grysez. La sérothérapie antiméningococcique, *Presse méd.*, 29 mai 1909, nº 43, p. 389.

Les auteurs varient d'opinion sur le *nombre* des injections à effectuer. Les uns répètent les injections trois jours consécutifs, quels que soient la température et l'état du malade. De cette manière ils jugulent le plus souvent complètement l'affection et en évitent les retours offensifs. C'est la technique de Churchill (1), de Dunn (2), de Lévy ; c'est celle que préconise Netter ; c'est celle que nous recommandons.

Après cette première série d'injections, il n'est utile de les reprendre que si l'état ne s'améliore pas.

Pour juger de l'état du malade on ne peut se baser sur sa température. Il y a des cas graves dans lesquels celle-ci demeure toujours basse.

D'un autre côté, on peut voir chez ces malades survenir des élévations de température indépendantes d'une recrudescence microbienne (voir ci-dessous, accidents de la sérothérapie). Les résultats que donne l'examen du liquide retiré par ponction lombaire sont plus probants. Un liquide devenu clair qui redevient trouble nécessite une nouvelle série d'injections, même si on n'y découvre aucun germe à l'examen direct ou par cultures. Mais, ainsi que le remarque Dopter (3), exceptionnellement il est vrai, un liquide clair peut coexister avec la purulence des méninges craniennes par suite d'un obstacle à la propagation du liquide. On se basera donc sur l'ensemble des symptômes, surtout sur l'état général du sujet, pour reprendre la sérothérapie.

Un certain nombre de cliniciens n'ont pas adopté cette technique de la sérothérapie et ne pratiquent pas en tout cas trois injections successives de sérum. Koplik (4) fait une première injection et ne la répète que si l'état général paraît l'exiger. Comby est également d'avis qu'il faut pour la répétition des injections se guider sur les symptômes et rappelle que si certains malades ont guéri après une seule injection, d'autres ont demandé trois, quatre, six, dix injections.

Dans les cas très graves, il est parfois nécessaire de répéter l'injection deux fois par jour, ainsi que l'indique Flexner.

La dose totale du sérum nécessaire pour guérir une méningite cérébro-spinale épidémique est donc très variable. Si dans la majorité des cas elle ne dépasse pas 60 à 100 centimètres cubes, elle peut être très élevée. Flexner rapporte 21 cas où il fallut employer 200 à 300 centimètres cubes et 6 cas où la dose fut de 300 à 400 centimètres cubes.

Fulton (5) n'a pu obtenir la guérison d'un enfant de huit ans qu'après un total de 22 injections, soit de 650 centimètres cubes.

Chez le nourrisson, il peut être indiqué, ainsi que l'a pratiqué Netter (6), d'injecter le sérum dans les ventricules latéraux, soit que la contracture des enfants empêche par son intensité l'introduction de l'aiguille, soit qu'il paraisse y avoir interruption de la communication entre les ventricules cérébraux et la cavité sous-arachnoïdienne.

(1) Churchill. *Arch. of Ped.*, oct. 1908.

(2) Dunn. Loc. cit.

(3) Dopter. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mai 1909.

(4) Koplik. *Med. Record*, 3 oct. 1908.

(5) Fulton. The serum treatment of epidemic cerebro-spinal Meningitis with a Report of twenty two cases, *Boston med. and chir. Journ.*, 29 oct 1908.

(6) Netter. Sur la méningite cérébro-spinale. Etiologie, prophylaxie, sérothérapie, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 4 mai 1909, p. 508.

L'intensité de la contracture du sujet, l'hyperesthésie cutanée qui l'exagère au moindre attouchement se retrouve aussi chez l'enfant plus âgé et chez l'adulte, les lames vertébrales imbriquées empêchent l'introduction de l'aiguille à ponction lombaire, et l'on est parfois réduit à pratiquer l'anesthésie générale du sujet. Les auteurs allemands ont employé les piqûres de morphine, le chloroforme. Avec Paisseau, nous nous sommes bien trouvés du bromure d'éthyle dont l'anesthésie passagère est suffisante pour pratiquer l'intervention.

Les *accidents de la sérothérapie* sont ordinairement de peu de gravité. Au moment de l'injection intra-rachidienne et surtout dans les heures qui la suivent, il est fréquent que le malade se plaigne de *douleurs* vives dans les membres inférieurs (Netter, Roger Voisin et G. Paisseau); d'une manière exceptionnelle, Netter a observé dans trois cas des accidents *syncopaux*, ils n'ont d'ailleurs pas empêché la guérison.

Les accidents les plus fréquents sont des *accidents sériques*, accidents d'anaphylaxie, analogues à ceux que l'on observe dans la sérothérapie diphtérique. Les *éruptions* sériques revêtent l'aspect polymorphe ou plus souvent l'apparence urticarienne. Ils ont été signalés par Simon Flexner et James Jobling (1); elles surviennent à peu près dans le tiers des cas [6 sur 23 (Teissier), 18 fois sur 52 cas observés par Netter (2), soit 34,6 p. 100]. C'est la même proportion qu'avait observée Currie (3) avec les injections sous-cutanées. Le sérum injecté dans les méninges est donc absorbé dans la circulation générale aussi rapidement que par injections sous-cutanées.

Ces éruptions apparaissent du septième au dix-neuvième jour, ordinairement vers le neuvième ou dixième jour; mais on a pu dans quelques cas les voir suivre presque immédiatement l'injection intra-rachidienne. Netter fait remarquer que la répétition des injections ne rend les accidents ni plus fréquents, ni plus graves, ni plus hâtifs, et que l'administration du chlorure de calcium à la dose de 1 gramme par jour, contrairement à ce qui s'observe dans la sérothérapie anti-diphtérique, n en empêche pas l'apparition (4).

Souvent aussi on observe, accompagnant habituellement l'éruption sérique, mais pouvant en être indépendantes, des *élévations de température* allant jusqu'à 39 degrés et même plus. Elles s'accompagnent même dans quelques cas de douleurs et d'accentuation des phénomènes méningitiques, raideur et vomissements [Finley et White (5)]. Hutinel (6) Netter (7) insistent avec raison sur ces poussées thermiques d'origine sérique. Il est souvent difficile de les rattacher à leur véritable cause, surtout en l'absence d'éruption. S'agit-il d'une rechute de la méningite ou d'un accident d'origine sérique? Aussi leur constatation ne peut à elle seule suffire pour faire reprendre les injections thérapeutiques de sérum. Les *douleurs rhumatoïdes* sont plus rares.

Enfin, les phénomènes d'anaphylaxie peuvent même revêtir un aspect assez grave (cyanose, dyspnée, tachycardie, constriction thoracique) comme dans un cas observé par Ménétrier et Mallet (1), deux cas de Teissier, un cas de Salebert (2).

On a aussi signalé la possibilité d'*infections secondaires des méninges* consécutives aux injections sériques. Flexner en rapporte quelques cas et pour les éviter il ajoute dans son sérum une certaine quantité d'acide phénique. Ainsi que le dit Teissier (3), il est possible qu'il se soit agi d'un accident de ce genre dans un des cas qu'il a observés et où une méningite à staphylocoques apparut consécutivement à une méningite à méningocoques traitée par les injections intra-rachidiennes.

L'infection peut se localiser en dehors de la colonne vertébrale. Netter (4) a observé deux fois des *abcès* le long du trajet des aiguilles.

Résultats de la sérothérapie. — A la suite de l'injection intra-rachidienne du sérum antiméningococcique, on est frappé de voir, dans la grande majorité des cas, s'atténuer considérablement et presque immédiatement les symptômes. Cette amélioration rapide est en tous points comparable à celle que l'on observe dans la sérothérapie diphtérique, elle montre bien que nous sommes en présence ici comme là d'une médication spécifique.

Comme l'écrit Vaillard (5), « dès l'application du sérum les malades éprouvent un soulagement presque immédiat. L'état psychique se transforme, la céphalée si torturante s'atténue, puis disparaît; la raideur douloureuse de la nuque et des membres diminue puis s'efface; le sommeil devient possible; le malade semble renaître et vraiment on assiste parfois à de véritables résurrections. »

L'examen du liquide cérébro-spinal retiré par ponction lombaire rend compte de la cause de cette amélioration; Hohn (6), Dunn (7), puis tous ceux qui se sont occupés de la question ont été frappés de la disparition rapide des méningocoques dans le liquide. Il s'agit d'une véritable bactériolyse. Le liquide devient de plus en plus clair, le dépôt de moins en moins abondant. Au microscope, le nombre des méningocoques diminue, leurs modifications dégénératives s'accentuent: diminution de la taille et de l'affinité pour les colorants. Les grandes cellules diminuent également, les polynucléaires sont moins altérés, fréquemment ils sont macrophages, les lym-

(1) Simon Flexner et James Jobling. Analyse de 400 cas de méningite épidémique traités par le sérum antiméningococcique, *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LI, nº 4, 25 juillet 1908.

(2) Netter. Eruptions sériques après injections intra-rachidiennes de sérum antiméningococcique, *C. r. de la Soc. de biol.*, 12 juin 1909.

(3) Currie. Abnormal reaction to horse serum in the serum treatment of cerebro-spinal feuer, *Journ. of Hyg.*, 1908.

(4) Netter *C. r. de la Soc. de biol.*, 17 juill. 1909.

(5) Finley et White. The treatment of cerebro-spinal Meningitis by Flexner's serum, *The Montreal med. Journ.*, sept. 1908.

(6) Hutinel. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, avril 1909.

(7) Netter. Des accidents consécutifs à l'emploi du sérum antiméningococcique. Anaphylaxie. Les élévations de température ne sauraient à elles seules suffire pour faire poursuivre les injections, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 mai 1909, p. 1 013.

(1) Ménétrier et Mallet. Méningite cérébro-spinale à méningocoques. Traitement sérothérapique prolongé. Accidents d'intoxication sérique par intolérance ou anaphylaxie, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 mai 1909, p. 1 008.

(2) Salebert. Sur un cas de méningite cérébro-spinale épidémique. Accidents sériques. Anaphylaxie. Guérison, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 juill. 1909, t. II, p. 46.

(3) Teissier. Vingt-trois cas de méningite cérébro-spinale traités par le sérum antiméningococcique, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 mai 1909, p. 940.

(4) Netter. *Ibid.*

(5) Vaillard. Loc. cit.

(6) Hohn. Die Ergebnisse der bakteriologischer, cytolog. und chemischer Untersuchung des Lumbalexsudats von 37 Genickstarre Kranken unter den Enfluss des Kolle Wassermann Meningokokkenserum, *Klin. Jahrb.*, XX, p. 357.

(7) Dunn. The method of administerung antimeningitis serum, *Boston med. and surg. Journ.*, 3 déc. 1908.

phocytes apparaissent, l'albumine diminue. Les ensemencements deviennent stériles [29 fois sur 34 après la première injection (Hohn)].

Voyons maintenant les résultats cliniques obtenus avec la sérothérapie intra-rachidienne.

Seul en Suisse, de Wyss (1) conteste la spécificité du sérum, il a observé avec lui 42 p. 100 de décès, et pour lui l'injection de sérum physiologique produit le même résultat.

Les autres travaux publiés montrent au contraire que la sérothérapie abaisse considérablement la mortalité.

Cet abaissement était de près de moitié dans les cas observés par Jehle (2) à Vienne avec le sérum de Markl : 80 p. 100 de mort dans 55 cas non traités par le sérum, contre 45 p. 100 dans 41 cas traités par le sérum.

La diminution de la mortalité est bien plus considérable dans les autres statistiques ; nous n'en rapporterons que quelques-unes.

Schöne a traité 30 malades avec le sérum de Jochmann avec 25 p. 100 de mortalité contre 53 p. 100 dans les cas traités uniquement par les bains et les ponctions.

Lévy a constaté sur 17 malades 11,76 p. 100 de mortalité avec le sérum contre 60 p. 100 sans sérum ; Hohn, sur 41 malades, avec le sérum 12,1 p. 100 contre 61,4 sans sérum ; ces deux auteurs ont utilisé le sérum de Kolle-Wassermann.

En Amérique, Flexner a pu réunir 442 cas traités par son sérum ; la mortalité ne fut que de 25 p. 100 contre 73 p. 100.

En France, nous pouvons rapporter déjà les statistiques suivantes :

1° Celle de Netter qui porte sur 67 cas et qui donne un chiffre brut de 22,4 p. 100 de mortalité et net de 15 p. 100 au lieu de 48,5 p. 100 observé (3) sur les 33 cas traités sans sérum de 1899 à 1908.

2° Celle de Vaillard qui porte sur 48 malades : 24 traités par le sérum de Dopter donnent 16,6 p. 100 de décès ; 24 non traités par le sérum, 66,6 p. 100.

3° Si nous réunissons les cas rapportés dans ces derniers mois à la Société médicale des hôpitaux de Paris, nous voyons que sur 48 cas non traités par le sérum (12 rapportés par Netter, 1 de Siredey, 1 d'Apert, 15 de Comby, 14 de Salebert, 3 de Barbier, 2 de Follet), il y eut 36 morts, 75,4 p. 100 ; que sur 47 cas traités par le sérum (23 de Teissier, 4 de Salebert, 5 de Barbier, 2 de Follet, 12 de Comby, 1 de Ménétrier), il n'y eut que 10 morts, soit 21,3 p. 100.

4° Enfin Dopter (4) a rapporté une statistique de 196 cas traités par son sérum. La mortalité globale fut de 15,86 p. 100, la mortalité rectifiée de 10,32 p. 100.

Cette diminution de la mortalité est surtout nette chez les nourrissons. Koplik avant le sérum trouve 87,5 p. 100 de mortalité avant un an, 66 p. 100 d'un à deux ans, soit 78 p. 100 avant deux ans, avec le sérum 40 p. 100.

(1) De Wyss. *Soc. suisse de neurol.*, 13 et 14 mars 1909, in *Presse méd.*, 9 juin 1909, p. 421.

(2) Jehle. Sur la sérothérapie de la méningite cérébro-spinale épidémique, *Soc. impériale royale des méd. de Vienne*, 23 avril 1909, in *Presse méd.*, 26 mai 1909, p. 380.

(3) Netter. 67 cas de méningite cérébro-spinale traités par la sérothérapie antiméningococcique dont 50 par le sérum de Flexner. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 juill. 1909, t. II, p. 56.

(4) Dopter. La sérothérapie antiméningococcique dans 196 cas de méningite cérébro-spinale épidémique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 2 juill. 1909, t. II, p. 39.

Netter avec le sérum observe 4 morts sur 15 enfants de moins de deux ans, soit une mortalité après réduction de 15,4 au lieu de 87,5 avant le sérum.

Il est nécessaire aussi de faire remarquer que les bons résultats de la sérothérapie s'observent surtout lorsque la maladie a été traitée dès le début des symptômes.

Dunn montre qu'il n'y a que 16,5 p. 100 de mort lorsque le traitement a été institué dans les trois premiers jours de l'affection, que ce taux s'élève à 23,8 lorsqu'il n'a été commencé que du quatrième au septième, qu'il atteint enfin 35 p. 100 lorsque le traitement n'a débuté qu'après le septième jour.

Mêmes constatations ont été faites par Netter ; 6,25 p. 100 seulement de mortalité chez 16 sujets dont le traitement a commencé du premier au troisième jour. Cependant il ne faut pas que le moment tardif auquel on est appelé auprès du malade mette obstacle à ce traitement, même si la guérison paraît probable. La sérothérapie empêche en effet les rechutes et les séquelles.

Si d'un autre côté on sépare les cas de méningite d'après leur gravité, on voit qu'avec le sérum dans les formes moyennes communes de méningite la mortalité tombe à 5,5 p. 100 contre 33 p. 100 dans les formes graves.

Les différences constatées dans les diverses statistiques tiennent en grande partie à la gravité plus ou moins grande de l'affection, mais peut-être aussi à la nature du sérum employé. Netter est d'avis que le sérum de Flexner est actuellement le meilleur, probablement parce que ce sérum provient d'animaux dont l'immunisation a commencé depuis deux ans et demi. Le sérum de Dopter paraît de la même efficacité ; celui de Kolle est insuffisant.

Non seulement la mortalité est diminuée avec la sérothérapie antiméningococcique, mais l'affection a une durée moins longue, les rechutes et les séquelles sont beaucoup plus rares.

Avec le sérum la durée d'une méningite n'est plus que de huit à dix jours en moyenne, et, ainsi que le fait remarquer Salebert, l'aspect du méningitique guéri après sérothérapie fait contraste avec celui du méningitique guéri sans cette intervention qui a une tête sans vie, un regard terne, indifférent, des traits tirés immobiles.

Les rechutes sont beaucoup moins fréquentes. Les formes prolongées, durant des semaines, des mois, que nous avons signalées plus haut, ne s'observent plus dans les méningites traitées avec le sérum, mais il est nécessaire de pratiquer, comme le conseille Netter, des injections de sérum plusieurs jours de suite au début de l'affection. Si on ne suit pas cette pratique, et nous l'avons observé nous-même chez un enfant que nous n'avons pu continuer à injecter faute de sérum, on observe des rechutes.

Enfin les séquelles deviennent on peut dire exceptionnelles ; la statistique de Netter est à ce point de vue très démonstrative ; avant le sérum il avait observé des séquelles dans 23,5 p. 100 des cas ; avec le sérum, la proportion n'est plus que de 2,85 p. 100.

Si on n'a pas à sa disposition du sérum antiméningococcique, il semblerait, d'après les recherches de Blanc (1), de Lemoine et Gaehlinger (2), que les injections sous-cutanées ou intra-rachidiennes d'un

(1) Blanc. *Le Caducée*, 29 mai 1909.

(2) Lemoine et Gaehlinger. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 2 juill. 1909, t. II, p. 2.

sérum non spécifique (antidiphtérique par exemple) produiraient un effet utile; mais on ne peut remplacer le sérum antiméningococcique par le sérum antidiphtérique. Les recherches des auteurs américains rapportées par Netter (1) ont bien montré l'inéfficacité de cette médication.

VIII

Prophylaxie. — La prophylaxie de la méningite épidémique est fort difficile. Le méningocoque végète dans le naso-pharynx de personnes saines et les sujets indemnes qui entretiennent en eux le méningocoque constituent les agents de sa dissémination et deviennent les dispensateurs inconscients de la méningite cérébro-spinale dans les collectivités (Vaillard). Il faudrait donc isoler les porteurs de germes et détruire dans la cavité pharyngienne le méningocoque.

Mais reconnaître tous les porteurs de germes est difficile, et les isoler, impossible, du moins dans la vie civile.

Dans l'armée il n'en est plus de même et Vaillard a fait connaître à l'Académie les mesures prises pour combattre cette affection.

Les malades sont soignés à l'hôpital dans un quartier spécial. Les voisins de lit des malades sont isolés et mis quinze jours en observation. Dans un autre local sont également isolés, pendant quinze jours, les hommes de la chambrée et les amis personnels du malade. Parmi ces hommes isolés on recherche les porteurs de germes qui, soumis à des lavages antiseptiques du nez et du pharynx, ne sont rendus à la collectivité que si l'examen bactériologique est devenu négatif.

La désinfection des locaux est enfin pratiquée; mais cette désinfection des objets inertes n'a pas dans la méningite épidémique la même importance que dans les autres maladies : le méningocoque ne se conserve vivant que dans les milieux humides, il succombe dès qu'il se dessèche.

Rendre le porteur de germes inoffensif n'est d'autre part pas chose aisée ; un grand nombre de médicaments ont été essayés, et peu avec succès. Bochalli (2) a étudié le sulfate de zinc, le permanganate de potasse, l'orthoforme, l'huile de térébenthine. Tous ces médicaments se sont trouvés inefficaces.

Brummund (3) déclare avoir obtenu de bons résultats à la suite de l'insufflation avec un long insufflateur de sozoiodolate de soude. Jehle (4) recommande d'injecter dans les narines des enfants quelques gouttes de la pyocyanase qu'Escherich obtient par autolyse du pyocyanique, Vincent et Bellot (5) les vapeurs iodées. Enfin Wassermann et Leuchs (6) utilisent du sérum antiméningococcique desséché et mélangé avec du lactose à parties égales.

(1) NETTER. Inefficacité du sérum antidiphtérique dans le traitement de la méningite cérébro-spinale, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 juillet 1909, t. II, p. 59.

(2) BOCHALLI. *Weiten Untersuchungen über das Vorkommen von Meningokokk. im Nasenraum gesunder aus der Amgebung von Kranken*, Th. de Breslau, 1906.

(3) BRUMMUND. *Deuts. med. Zeits.*, 1907.

(4) JEHLE. *Wien klin. Wochens.*, 3 janv. 1907, p. 8.

(5) VINCENT et BELLOT. Les porteurs de méningocoques et la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale par la désinfection de leur naso-pharynx, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 juill. 1909, t. II, p. 149.

(6) WASSERMANN et LEUCHS. Ueber die Serumtherapie bei Genickstarre, *Klin. Jahrb.*, t. XIX, f. 3, p. 426.

Des gargarismes, des inhalations de vapeurs d'eucalyptus, de menthol seront ordonnées aux personnes de l'entourage.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

PROCÉDÉ PHARMACEUTIQUE. BREVET D'INVENTION. — Le gouvernement, saisi d'une demande de brevet, n'a pas à en examiner la validité dont les tribunaux judiciaires sont les seuls juges. Il délivre donc les brevets sans examen préalable, et il ne peut les refuser si les demandes sont présentées régulièrement dans les formes prévues par la loi.

Mais des difficultés se sont produites au sujet de l'application de l'article 3 de la loi du 5 juillet 1844, qui déclare non susceptibles d'être brevetés les compositions pharmaceutiques ou remèdes de toute espèce.

D'après le dernier état de la jurisprudence, le gouvernement doit refuser un brevet pour un médicament, mais il n'a pas le droit de rechercher, si malgré les termes de la demande de brevet, demande visant exclusivement un usage industriel, le produit serait en outre un médicament.

Toutefois, dans le cas où le produit est notoirement connu comme médicament, et si la demande est muette sur l'usage qu'on se propose, le ministre peut refuser le brevet.

Donc le remède n'est pas brevetable. Mais en est-il de même du procédé de fabrication de ce remède ?

Telle est la question qui vient de se poser devant le Conseil d'Etat.

Il s'agissait d'un procédé de fabrication d'une sorte de graisse à extraire du corps des bactéries, graisse utilisable, dans la thérapeutique.

Pour obtenir le brevet on exposait qu'il était demandé non pour le remède, mais pour le procédé de fabrication qui devait rester toujours le même, et au moyen duquel on alléguait pouvoir obtenir des remèdes variés suivant la nature des bactéries traitées.

Le commissaire du gouvernement Chardenet a exposé qu'à son avis il n'y a aucune distinction à faire entre le remède et le procédé de fabrication.

L'intention du législateur a été, d'une part, d'éviter que le brevet d'invention ne devînt une arme entre les mains des charlatans. D'autre part, si l'invention porte sur un remède utile à la santé publique, la loi a voulu que chacun pût en jouir immédiatement sans avoir à subir les exigences de l'inventeur.

Les mêmes considérations se rencontrent en ce qui concerne le procédé de fabrication du remède, et en admettant qu'il n'y ait qu'un seul moyen de fabriquer un médicament indispensable, breveter le procédé reviendrait à breveter le remède.

Le Conseil d'Etat vient, en effet, de rejeter le pourvoi des inventeurs contre la décision qui leur avait refusé le brevet.

L'arrêt porte qu'il résulte de l'instruction et notamment de l'avis du comité consultatif des arts et manufactures que la graisse à extraire du corps de certaines bactéries, dont un procédé de fabrication a fait l'objet de la demande de brevet, constitue essentiellement une composition pharmaceutique susceptible d'être employée pour le traitement de maladies déterminées.

L'arrêt ajoute que si les demandeurs ont mentionné que le procédé peut être utilisé dans l'industrie, ils n'ont pas précisé les applications auxquelles pouvait donner lieu ce procédé et dont l'indication pouvait seule permettre d'échapper à la prohibition de l'article 3 de la loi de 1844.

C'est donc à bon droit que le ministre a refusé le brevet. — (*Le Temps.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 95. — MARDI 24 AOUT 1909. 82e ANNÉE. MARDI 24 AOUT 1909. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » . — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — Des concours pour les emplois de chef de clinique chirurgicale, de chef de clinique médicale et d'aide de clinique d'oto-rhino-laryngologie, auront lieu dans la dernière quinzaine du mois d'octobre. MM. les candidats devront s'inscrire avant le samedi 23 octobre, quatre heures.

BUREAUX D'HYGIÈNE. — M. le docteur Lesieur, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, vient d'être nommé directeur du bureau d'hygiène de la ville de Lyon, en remplacement du docteur Roux, arrivé à la retraite.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées :

Médailles d'or. — MM. Amor ben Mohammed (de Bône), Legrain (de Bougie), Picquet (de Constantine).

Médaille d'argent. — M. Isnard (de Saint-Arnaud).

Médailles de bronze. — MM. Lapin (d'Alger), Arnaud (de Calle), Bérard (de Constantine), Griffiths, interne à l'hôpital de Constantine; Bulliod (de Bône), Clada (de Souk Ahras).

Mentions honorables. — MM. Duboucher (de Teniat-el-Haad); Boutry, interne à l'hôpital de Constantine; Gérard et Treille (de Bougie).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-deuxième semaine, 782 décès, comme pendant la semaine précédente et au lieu de 819, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole a causé 13 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 238, au lieu de 254 précédemment (moyenne 102).

La scarlatine a causé 5 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 2).

La diarrhée infantile a causé 56 décès de 0 à 1 an, au lieu de 49 pendant la semaine précédente (moyenne 98).

En outre, 19 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 89 décès, au lieu de 76 pendant la semaine précédente (moyenne 78).

La phtisie pulmonaire a causé 153 décès (moyenne 175).

Il a été signalé en outre 3 cas de méningite cérébro-spinale épidémique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Des cours complémentaires de vacances sont organisés à la Faculté de médecine de Lille, du lundi 11 octobre au samedi 16 inclus.

Ces cours ne traitent que des sujets d'actualité, dont la connaissance et l'application semblent pouvoir être utiles au médecin praticien.

Lundi 11 octobre (hôpital Saint-Sauveur). — M. Deléarde, neuf heures : la nouvelle posologie en thérapeutique infantile; M. Charmeil, dix heures et demie : présentation de malades, de moulages et de documents iconographiques (syphilis et dermatologie); M. Raviart, trois heures : de l'examen mental en psychiatrie, présentation de malades; M. Breton, quatre heures et demie : diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale.

Mardi 12 octobre (hôpital Saint-Sauveur). — M. Charmeil, neuf heures : nouvelle posologie de la syphilis; M. Bédart, dix heures et demie : lecture des clichés radiographiques; M. Surmont, trois heures : de la cholémie simple familiale; M. Patoir, quatre heures et demie : médecine légale des accidents du travail.

Mercredi 13 octobre (hôpital Saint-Sauveur). — M. Deléarde, neuf heures : les laits modifiés en thérapeutique infantile; M. Lambret, dix heures et demie : les nouveautés chirurgicales; M. Oui, trois heures : obstétrique de force et obstétrique chirurgicale; M. Bertin, quatre heures et demie : nouveaux procédés de diagnostic de la syphilis.

Jeudi 14 octobre (hôpital Saint-Sauveur) — M. Breton, neuf heures : l'hématologie en clinique; M. Carlier, dix heures et demie : procédés modernes d'exploration des voies urinaires, démonstration pratique d'uréthroscopie, de cystoscopie, cathétérisme des uretères, séparation des urines; M. Patoir, trois heures et demie : des certificats au point de vue médico-légal; M. Surmont, cinq heures : de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Vendredi 15 octobre (hôpital Saint-Sauveur). — M. Bédart, neuf heures et demie : fulguration et cancer; M. Lambert, dix heures et demie : les nouveautés chirurgicales; M. Bertin, quatre heures : la radiothérapie; M. Oui, cinq heures : obstétrique de force et obstétrique chirurgicale.

Samedi 16 octobre (hôpital Saint-Sauveur). — M. Carlier, dix heures : séance opératoire, prostatectomie, néphrectomie; M. Raviart, quatre heures : de l'examen mental en psychiatrie.

Ces cours pourront être suivis par tous les docteurs en médecine qui se feront inscrire du 19 au 30 septembre, à la Clinique médicale infantile de l'hôpital Saint-Sauveur, service de M. Deléarde.

Les droits d'inscription sont de 50 francs pour l'ensemble des conférences.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 29 mai 1909.) R. MOUCHET : Le cancer primitif de l'appendice vermiculaire. — DE BEULE et J. BRŒCKAERT : La section de la racine protubérantielle du trijumeau ou neurotomie rétro-gassérienne dans le traitement de la névralgie faciale. — L. BECO : Recherches sur la fréquence de la septicémie pneumococcique et sur la valeur du traitement par le sérum antipneumococcique de Römer dans la pneumonie lobaire franche. — C. MOREAU : Contribution à l'étude de la mort par électrocution. — (*Procès-verbal de la séance* du 26 juin 1909) : Contrition à l'étude de l'action de la morphine sur la digestion de la viande chez le chien. — HENRIJEAN et HONORÉ : Recherches expérimentales sur l'adonidine. — HEYMANS : La tuberculinisation et la vaccination antituberculeuse dubétail des laitiers de Gand.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juin 1909.) ROUX : Stérilisation au moyen de l'ozone des eaux filtrées de l'usine de Saint-Maur; augmentation du nombre des bassins filtrants. — LANDE, BARTHE et BLAREZ : Une affaire d'empoisonnement par l'arsenic (affaire Gilbert). — Fr. SCHOOFS : La glace et la conservation des denrées alimentaires par le froid.

Archives de médecine des enfants. — (N° 6, juin 1909.) Von BOKAY : Contribution à la pathogénie du stridor inspiratoire congénital. — E. WEILL et PÉHU : La péritonite tuberculeuse du nourrisson. — ALLARIA et ROVERE : Nouvelles recherches cliniques et hématologiques sur la péritonite tuberculeuse traitée par les rayons Röntgen. — H. DAUCHEZ : La prostitution chez les filles mineures. — J. COMBY : La morphine chez les enfants. — (N° 7, juillet.) HUTINEL : Les portes d'entrée de la tuberculose chez les nourrissons. — BABONNEIX : Contribution à l'étude anatomique de l'idiotie mongalienne. — GAUJOUX : Classification étiopathogénique des constipations chez l'enfant. — BONNEMAISON et PECKER : Méningite cérébro-spinale grave, traitement par le sérum de Dopter, guérison. — A. BRUCH : Mastoïdite scarlatineuse. — J. COMBY : La désinfection dans la rougeole. — (N° 8, août.) Mathilde et Waclaw DE BIEHLER : Examen du sang de l'enfant dans les maladies infectieuses (rougeole, diphtérine, scarlatine). — PATER : Sur le diagnostic hématologique des fièvres éruptives et des érythèmes qui les simulent. — TRIBOULET, RIBADEAU-DUMAS et BOYÉ : Septicémie à bacille d'Eberth et à bacille paratyphique chez le nourrisson.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 6, juin 1909.) L. CAHIER : Note sur un procédé de traitement de l'incontinence nocturne essentielle d'urine. — RUOTTE : Perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. — COCHOIS : Perforation intestinale survenue au cours d'une fièvre typhoïde. Laparotomie, guérison. — BASSÈRES et COSTE : Dextrocardie congénitale avec inversion du foie et de la rate. — FARGANEL : Note sur quelques cas d'empoisonnement par de l'huile d'armes. — G. BERTRAND : Morsure du serpent naja. Injection de sérum antivenimeux, guérison. — H. SPINDLER : Morsure par vipère rouge. Guérison complète par le traitement local. — LECOMTE : Les céréales de Perse. — A. G. MICHEL : Du transport des blessés en montagne. Un brancard traîneau. — (N° 7, juillet.) TOUSSAINT : Sur la cure opératoire de l'incontinence nocturne d'urine symptomatique de spina-bifida occulta. — GROS : Plaie pénétrante de la poitrine par coup de baïonnette Lebel. — PLAYOUST : Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de baïonnette. — GAISSET : Deux observations de blessures produites par la baïonnette Lebel. — JOUVE : Notes cliniques sur l'emploi du sérum antidysentérique à l'hôpital de campagne de Casablanca.

Archives de médecine navale. — (N° 6, juin 1909.) L. CHASTANG : L'oreille et la détonation. — COUTEAUD : De quelques complications dans l'abcès du foie. — L. MOREAU : Etude de géographie médicale du golfe Persique. — (N° 7, juillet.) SANTELLI : Le Vinh-Long considéré comme transport hôpital et la question du navire hôpital. — BARTHÉLEMY : Rapport médical sur le *Bouvet*. — OUDARD : Intoxication par des poissons en Chine. — MAILLE : Deux cas de fièvre méditerranéenne à l'hôpital de Sidi-Abdallah. — A. BARTET : Coïncidence d'un pityriasis rosé de Gibert et d'une hépatite aiguë non suppurée. — GEOFFROY : Voyage du *Kersaint* dans le Pacifique.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 mai 1909.) L.-G. RICHELOT : Sur l'appendicite chronique et le cancer de l'appendice. — (8 juin.) H. BOUQUET : Les nouveaux procédés de traitement des gastro-entérites infantiles aiguës. — (15 juin.) H. BOUQUET : Les nouveaux procédés de traitement des gastro-entérites infantiles aiguës (*fin*). — (23 juin.) H. HUCHARD : Ce qu'est l'artério-sclérose, comment l'éviter et la guérir. — (30 juin.) BARDET : Direction générale de la lutte contre la tuberculose et du traitement tuberculeux. — (8 juillet.) G. BARDET : Direction générale de la lutte contre la tuberculose et du traitement tuberculeux (*fin*).

Bulletin médical. — (N° 45, 9 juin 1909.) RÉNON : Etude critique de l'emploi de la tuberculine dans la phtisiothérapie. — (N° 46, 12 juin.) FERRON : La première description de la méningite cérébro-spinale épidémique par le docteur Lespés (de Saint-Sever), 15 mars 1838. — (N° 47, 16 juin.) G. KÜSS : De l'utilité des réactions de foyer dans le traitement des tuberculoses pulmonaires par la tuberculine. — (N° 48, 19 juin.) LAFFORGUE : Pleurésie médiastine et déviation de la pointe du cœur. — LANEL : Varices, ulcères et phlébites. — (N° 49, 23 juin.) E. PERCEPIED : Les ébauches de l'asthme. — (N° 50, 26 juin.) M. LŒPER : Le foie torpide. — (N° 51, 30 juin.) KIRMISSON : Malformations des doigts. — (N° 52, 3 juillet.) A. POUSSON : Traitement opératoire des néphrorragies. — (N° 53, 7 juillet.) A. ROBIN : La déminéralisation organique considérée comme une expression du terrain tuberculisé et probablement aussi du terrain tuberculisable. — (N° 54, 10 juillet.) F. LAGRANGE : De l'hétéroplastie orbitaire dans le but d'améliorer la prothèse. — (N° 55, 14 juillet.) JEANSELME : Chancre mou primitif du doigt. — (N° 56, 17 juillet.) MATHIEU : Le traitement usuel de la forme aiguë d'ulcus gastrique. — BERRUYER : L'oreille et les accidents du travail. — (N° 57, 21 juillet.) ROUBINOVITCH : La démence précoce et la vulnérabilité cérébrale. — Robert SIMON : Les enseignements de la lutte contre la mortalité infantile (de zéro à un an) à New-York. — (N° 58, 24 juillet.) ROUBINOVITCH : La démence précoce et la vulnérabilité cérébrale. — (N° 59, 28 juillet.) SPICK et L. LÉVY : A quelle époque remonte la première description de la méningite cérébro-spinale épidémique ? — (N° 60, 31 juillet.) CHAVIGNY : Expertise médico-légale des coups de feu par armes de guerre portatives (courtes distances).

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. — (N° 4, avril 1909.) GELLÉ : Contribution à l'étude des néoplasies rénales dites tumeurs de Grawitz ou hypernéphromes. — (N° 5, mai.) M. LETULLE : Bilharziose urinaire.

(*Voir la suite, p. 1202.*)

TUBERCULOSE ET TUBERCULINES

Par M. le docteur CAILLIAU.

I

De toutes les affections microbiennes connues, la tuberculose est la plus répandue et la plus meurtrière. Là où de déplorables conditions d'hygiène ont prévalu, malgré les notions élémentaires de préservation répandues dans le public, dans les agglomérations où l'habitation est malsaine et l'aération insuffisante, elle sévit cruellement. Elle trouve, d'autre part, un terrain tout préparé chez l'alcoolique, et ces deux agents, oxygénation insuffisante et alcoolisme, sont les facteurs les plus importants de cette maladie. C'est l'opinion professée par Lancereaux; ces deux mécanismes réalisent cliniquement des formes spéciales, l'alcool appelant la tuberculose au sommet du poumon droit et en arrière, la mauvaise oxygénation l'appelant au sommet du poumon gauche en avant.

L'affection est bien connue depuis que Koch a découvert le bacille; elle est bien décrite en clinique et le diagnostic en est facile dès les premières manifestations. Il semblerait donc qu'elle pût être bien soignée!

Il n'en est malheureusement rien. Là où un seul traitement spécialement efficace devrait être prescrit, comme le fait existe pour la syphilis, nous nous heurtons à un choix difficile de médications toutes plus ou moins anodines, et nous ne possédons pas plus de traitement spécifique contre la tuberculose que contre le cancer.

Malgré d'heureuses tentatives, les cures d'air des sanatoria, les cures de Berck, de Salies-de-Béarn, malgré la sérothérapie qui, décuplant les ressources de défense de l'organisme, a rendu de réels services, nos moyens curatifs sont manifestement insuffisants. On s'est adressé à la bactériologie qui, après avoir précisé la cause de la maladie, pouvait peut-être en atténuer, sinon en prévenir les effets.

A la suite de la découverte de Koch on avait, en effet, recherché un traitement en suivant la méthode pastorienne. Ces essais restèrent infructueux jusqu'en 1890, époque où Koch découvrit la tuberculine et donna aux médecins l'espoir d'un vaccin antituberculeux.

II

Préparation de la tuberculine de Koch, et premiers essais de vaccination. — Koch ayant inoculé au cobaye le liquide de culture du bacille tuberculeux et constaté un mouvement fébrile, attribua le phénomène à une substance dérivant du bacille qu'il appela *tuberculine*.

Il faisait des cultures, enlevait successivement les voiles qui se formaient, et portait la macération à 100 degrés. Le microbe était tué; il évaporait la liqueur jusqu'à réduction au 1 dizième et filtrait. Le liquide visqueux recueilli, contenant 40 p. 100 de glycérine était la tuberculine brute ou lymphe de Koch.

Inoculée à l'homme sain, elle restait sans effet, et Koch put impunément s'en injecter 5 milligrammes. Chez l'homme tuberculeux, l'inoculation de traces de cette tuberculine déterminait une réaction thermique violente, des nausées, et les doses plus fortes étaient dangereuses pour la vie de l'homme et de l'animal. En outre il suffisait d'un foyer minime de tuberculose pour que la réaction se produisît.

On conçoit dès lors l'importance que l'auteur attribua à sa découverte. Elle fut aussitôt exploitée pour les bovidés. Comme la malléïne décelait la morve chez le cheval, la tuberculine révélait la tuberculose chez le bœuf.

Employée chez l'homme à des doses de 1 dixième de milligramme, la tuberculine donnait une réaction maxima, huit heures après l'injection, tandis que chez le bœuf, la période d'attente était de quatorze heures, et qu'elle était de trois heures chez le cobaye. Cette tuberculine pouvait également être appliquée au diagnostic des tuberculoses chirurgicales.

Mais les tristes accidents qui survinrent découragèrent les praticiens. La tuberculine brute fut délaissée et condamnée, elle ne méritait pas toutefois la réprobation dont elle fut frappée.

Quand on fut revenu de l'effroi causé par les premiers échecs, on fit des tentatives pour purifier cette tuberculine brute dite tuberculine originelle ou T. O.

Les peptones du milieu de culture employé contenaient beaucoup de tuberculine. On précipitait ces peptones par le sulfate de magnésie; le précipité visqueux était séché et la poudre obtenue était une tuberculine épurée.

Par l'alcool, on pouvait obtenir une tuberculine *fixe*. On employait une partie d'alcool pour six de tuberculine. Cette tuberculine était versée goutte à goutte dans le liquide précipitant et en agitant pour empêcher une précipitation trop rapide. On obtenait ainsi un précipité de peptone qui contient un *peu* de tuberculine. Ce précipité contenait encore de la glycérine; pour la chasser on dissolvait ce précipité dans l'eau, on reprécipitait et on desséchait. La poudre obtenue était une tuberculine fixe T. F.

On s'est servi aussi d'autres substances précipitantes, on a oxydé ou iodé la tuberculine brute, mais c'est toujours le même produit que l'on obtient stable et résistant jusqu'à 200 degrés. La tuberculine résiste en effet à la chaleur et les auteurs qui, pour lui conserver son activité, évitaient de la chauffer et se contentaient de filtrer les cultures, étaient dans l'erreur.

Devant l'insuccès de ces essais et les désastres qui succédèrent à l'emploi de la tuberculine présentée par Koch en 1890, le savant bactériologiste tenta de modifier son produit et de se servir des corps microbiens eux-mêmes pour la préparer. Ces corps microbiens étaient desséchés et pulvérisés, et la poudre obtenue était mise à macérer soit dans l'eau, soit mieux dans les alcalins (soude, potasse, ammoniaque) qui atténuent ou tuent le bacille. Cette macération alcaline est la T. A. de Koch qui succéda à T. F.

C'est la meilleure tuberculine; la macération la-

vée, desséchée dans le vide et broyée, donne une poudre plus active que la tuberculine brute. On a fait aussi des macérations acides qui produisent une tuberculine moins active.

Plus tard, Koch proposa d'utiliser les corps microbiens vivants. Il les faisait macérer dans l'eau, les broyait dans un mortier d'agathe, et les soumettait ensuite à la centrifugation. Ce procédé donnait deux nouvelles tuberculines, T. O, qui représentait le liquide de la centrifugation, et T. R. qui était le dépôt, ou tuberculine résiduelle.

Ces deux tuberculines donnaient des résultats identiques et de très faibles doses suffisaient à donner la réaction cherchée. Mais toutes ces tuberculines, quelle que fût leur préparation, étaient inaptes à la vaccination.

III

Préparations d'autres tuberculines et nouveaux essais de vaccination et de sérothérapie. — La question en était là quand s'ouvrit le Congrès de Madrid, en 1898. Berhing fit à ce congrès une communication retentissante. Notons tout de suite que sa découverte a fait faillite, mais ses recherches mirent en lumière certains faits intéressants que nous ne pouvons passer sous silence.

Avec des bacilles bien détruits et insensibles aux réactifs colorants, Berhing avait préparé une poudre qui resta inefficace dans les tentatives de vaccination. Dès lors ce bactériologiste fit aux bovidés des injections de bacilles vivants, bacilles prélevés chez l'homme et qui selon Berhing, contrairement à l'avis de Koch, étaient identiques au bacille bovin. Il vaccina ainsi des bovidés par injection intraveineuse et il obtint chez les inoculés des tubercules dans les poumons et dans d'autres viscères. Or, tandis que les témoins mouraient à l'inoculation du virus, les vaccinés résistaient. Il y avait donc là toutes les apparences d'une vaccination.

Toutefois Berhing établissait :

1° Qu'il fallait faire choix dans ces expériences d'animaux non tuberculeux et soumis auparavant à l'épreuve de la tuberculine ;

2° Qu'il ne fallait pas se servir d'animaux âgés (veaux de trois semaines à quatre mois) ;

3° Qu'il faut commencer les injections par une dose de 4 milligrammes de poudre [bacilles tuberculeux desséchés (1er vaccin)];

4° Qu'il faut réinjecter 20 milligrammes de culture desséchée deux mois plus tard (2e vaccin).

Les animaux ainsi traités devaient résister à la tuberculose bovine et les bovidés immunisés possédaient dans leurs humeurs des anticorps contre la tuberculose.

On conçoit l'émotion qu'une pareille affirmation fit naître. Si la vaccination du bœuf était acquise, quel espoir pour la vaccination humaine. Berhing aurait même tenté cette épreuve sur l'homme et injecté du bacille vivant dans le système veineux. Les essais (rares !) restèrent infructueux.

Il n'en était pas moins vrai que les travaux de Berhing avaient éclairé d'un jour nouveau la pathogénie de la tuberculose.

En effet, d'après Berhing, les animaux nouveau-nés laissent passer à travers les parois intestinales des substances qui n'y passent pas à l'âge adulte. L'épithélium intestinal du nouveau-né diffère donc de celui de l'adulte; le bacille et sa toxine le traversent aisément. Or, suivant Berhing, c'est pendant la première enfance que serait contractée la tuberculose; puis, l'organisme envahi, elle resterait à l'état latent jusqu'à l'âge de vingt à vingt-cinq ans, et c'est à cette époque seulement qu'elle éclaterait. La tuberculose aurait donc sa porte d'entrée dans le tube digestif du nouveau-né, et si, d'après Berhing, on administre aux nourrissons des anticorps, ils seront préservés de la tuberculose. Dans ce but, le savant allemand préconisait le lait de la vache vaccinée qui contient des anticorps. Mais nous savons que les anticorps ne résistent pas au-dessus de 60 degrés, le lait chargé d'anticorps ne pouvait donc être chauffé au dessus de cette température et il était nécessaire de l'additionner de formol.

On conçoit l'importance des affirmations de Berhing; malheureusement elles prêtaient aux objections.

Les anticorps antituberculeux existaient-ils? La chose était sans importance pour Berhing qui affirmait que, si un lait est bactéricide, il doit l'être pour tous les bacilles, tuberculeux et autres.

Ce fait n'est nullement prouvé et nous savons que, dans la fièvre typhoïde, les anticorps (lait) ne passent pas au travers de la muqueuse intestinale.

D'autre part, si les antitoxines sont très variables quant à leurs propriétés de filtrer à travers l'intestin, l'expérience a prouvé que l'immunité pouvait être communiquée par le lait de la mère chez la souris, mais non chez le cobaye, ni chez le lapin. Le lait humain se rapproche-t-il, à ce point de vue, du lait de la souris ou de celui du lapin? Cependant, chez le nourrisson, les ferments digestifs sont peu ou pas développés et les anticorps non digérés peuvent passer dans la circulation.

Toutefois, la conception de Berhing n'a pas été confirmée jusqu'ici. Les cas de tuberculose congénitale du bœuf et de l'homme avaient servi à établir le rôle héréditaire de la tuberculose. C'était une erreur; ce sont les bovidés adultes et non les jeunes qui contractent la tuberculose. C'est une objection grave à la théorie de Berhing. Ainsi les patientes recherches du savant de Marbourg n'aboutissaient à aucun résultat positif.

Erlich essaya cependant de contrôler les résultats de sa méthode : il inocula des animaux qui moururent de microbes d'impureté, non de tuberculose.

Aussi au Congrès de la tuberculose, qui s'ouvrit en 1905, Berhing présenta une nouvelle tuberculine T. X. Déjà il avait préparé T. C. qui n'avait donné aucun résultat satisfaisant. Partant de la tuberculine originelle T. O., il la lave, la débarrasse des substances solubles dans le chlorure de sodium et il obtient T. X.

Plus tard il prépara la *tulase*, obtenue par l'action du chloral sur le bacille tuberculeux. Toutes ces préparations firent faillite. Notons que, plus récemment, Vogal découvrit une substance soluble dans

l'alcool qui serait, suivant lui, la véritable substance toxique de la tuberculose; mais cette découverte reste à prouver.

Ainsi, ni Koch, ni Berhing, n'avaient trouvé le sérum ou le vaccin de la tuberculose. D'autres savants poursuivirent leurs recherches dans le même but. Lévy (de Strasbourg) avait annoncé que le bacille tuberculeux traité par la glycérine devient moins actif et s'atténue; ses expériences n'ont pas abouti.

On a essayé aussi, mais vainement, l'emploi des bacilles paratuberculeux pour immuniser le cobaye. Toutefois, à Berlin, le virus paratuberculeux parut donner des résultats encourageants entre les mains de Fredmann. Ce virus, tiré de la tortue, vaccinait le cobaye et les bovidés.

Fredmann aurait immunisé des bovidés et guéri des vaches tuberculeuses. Les résultats, contrôlés par lui à l'autopsie, ont été très contestés.

Le vaccin obtenu par Muller chez l'orvet au moyen des bacilles paratuberculeux, malgré les brillants résultats annoncés par son auteur qui, s'étant injecté une culture de bacille humain, aurait été préservé par son vaccin, ne mérite pas plus de crédit.

Tandis que Berhing renonçait à la vaccination de tuberculose, Richet et Héricourt avaient préparé un sérum qu'il ont délaissé depuis. A Gênes, Maragliano avait préparé un sérum antitoxique par des macérations de bacilles qu'il injectait au cheval et il obtint un sérum dont on ignore encore l'efficacité.

M. Marmoreck, à l'Institut Pasteur, aurait obtenu un sérum guérissant la tuberculose humaine et immunisant le cobaye et le lapin. Mais les expériences répétées à l'Institut ont abouti à des résultats négatifs.

On a cherché aussi un vaccin dans la carapace cireuse du bacille tuberculeux; son rôle paraît secondaire et semble uniquement protéger le bacille contre les antiseptiques.

Récemment, Lemoine préconise un traitement de la tuberculose par la paratoxine, traitement basé sur l'action antitoxique du foie et qui est encore à l'étude.

Il ne nous reste donc que le vieux procédé de Koch à employer, non comme vaccin, mais comme procédé diagnostique et, dans une certaine mesure, thérapeutique.

Etudions donc les réactions de l'organisme en présence de ces tuberculines.

IV

Etude expérimentale de la tuberculine chez l'animal et chez l'homme et explication de ses effets. — A. *La tuberculine, procédé de diagnostic.* — 1° *Chez l'animal.* Les expérimentateurs qui essayèrent la tuberculine chez l'animal, observèrent les résultats les plus variés.

Le cobaye *sain* est tout à fait réfractaire à 20 centimètres cubes de tuberculine soluble dans le péritoine. L'expérience, répétée à quelques jours d'intervalle, donne lieu à une faible réaction.

Si, au lieu des tuberculines solubles, on emploie les corps microbiens broyés, il suffit de 75 centigrammes de cette poudre bacillaire pour tuer le cobaye par injection péritonéale. Mais cette mort du cobaye n'est pas l'effet de la tuberculose; les corps bacillaires morts injectés donnent une faible réaction sans entraîner jamais la mort.

Les résultats sont tout différents si on injecte la tuberculine au cobaye *tuberculeux*, et dans ce cas celle-ci est d'autant plus offensive que la tuberculose du cobaye est plus avancée. En effet, une dose forte de tuberculine, administrée à un cobaye tuberculeux, le fait mourir. Un cobaye, tuberculeux de quatre semaines, meurt si on lui inocule un quart de centimètre cube de tuberculine, ce qui correspond à 15 ou 25 milligrammes de tuberculine pure (la tuberculine employée étant un mélange de peptone et de tuberculine pure).

On connaît l'intensité des réactions produites par l'inoculation intracérébrale à l'animal de la toxine tétanique (Roux et Borrel). La tuberculine, employée dans les mêmes conditions, est supérieure encore en toxicité et 2 milligrammes suffisent à tuer un cobaye tuberculeux de quinze jours, il succombe avec hoquets et vomissements. Un centième de tuberculine suffirait même à amener la mort. Le cobaye est bien l'animal de choix pour cette réaction.

Cette affinité remarquable de la toxine tuberculeuse pour la substance nerveuse est plus évidente encore pour la malléïne, tolérée sous la peau à des doses considérables, mais dont les effets sont foudroyants dans le cerveau.

Comment expliquer la sensibilité des centres nerveux et l'hypersensibilité des animaux infectés déjà de tuberculose?

Est-ce que, comme le dit Marmoreck, la tuberculine incite les microbes à sécréter leurs poisons sur les centres nerveux. Ou bien est-ce qu'il y aurait pénétration de la tuberculine par les filets nerveux, véritables bouches d'absorption, la toxine suivant non le système circulatoire, mais les filets nerveux. Ainsi s'expliquerait le fait que le poison atteint les cellules nerveuses chez les lépreux, les syphilitiques (qui n'ont rien de tuberculeux), fait qui a permis un instant de douter de la spécificité de la tuberculine.

Quoi qu'il en soit, la tuberculine est un poison du système nerveux et la méningite tuberculeuse une intoxication nerveuse.

Quant à la paratuberculine obtenue avec les bacilles paratuberculeux, elle n'a jamais fait réagir les animaux tuberculeux.

2° *Chez l'homme.* Que se passe-t-il chez le tuberculeux réagissant à la tuberculine?

Est-ce une action surajoutée à celle de la tuberculose déjà existante? C'était l'avis de Koch, la tuberculine agirait en déterminant une caséification en masse des tubercules. D'autre part, nous avons indiqué l'affinité de la substance nerveuse pour la tuberculine agissant comme la toxine tétanique; elle serait un poison leucocytaire et aussi un poison du système nerveux.

Borrel donne une autre explication. Certaines substances qui paraissent inoffensives donnent, si on les inocule, des accidents non à la première, mais à

la deuxième ou troisième injection. C'est l'anaphylaxie, propriété de certains poisons d'augmenter au lieu de diminuer la sensibilité de l'organisme à leur action, lorsqu'ils sont injectés à des doses non mortelles. Une dose faible de poison détermine une sensibilité extrême à l'action d'une dose ultérieure. L'anaphylaxie des tuberculeux vis-à-vis de la tuberculine est un fait évident. En effet, il y a eu à la suite de la première injection une modification intérieure que nous ne connaissons pas et une première substance sensibilisatrice s'est produite et s'est fixée sur les éléments nerveux. En présence de cette sensibilisatrice la substance réinjectée devient toxine; en un mot, à la suite de la première injection l'animal est mordancé, sensibilisé.

M. Bayn (de Prague) a démontré l'existence d'une sensibilisatrice (aggressine) pour la tuberculose; cette substance ajoutée à la tuberculine en ferait une toxine et Bayn, par ce procédé, faisait d'un animal sain un animal tuberculeux.

Cette question de l'anaphylaxie domine toute l'histoire de la tuberculine; elle doit être une des idées directrices du traitement et le médecin qui veut diriger une cure de tuberculine sans provoquer de réactions nocives doit la posséder à fond. Les expériences de Richet en 1902 ont décrit et défini cette anaphylaxie. Il y aurait en circulation dans le sang des tuberculeux des substances formées sous l'influence du bacille de Koch et qui transformeraient par un phénomène de lyse la tuberculine non toxique en une endotoxine très toxique. Et il ne s'agit pas là d'un phénomène d'*accumulation*, car la sensibilisation du tuberculeux s'observe beaucoup plus nettement avec des doses très faibles qu'avec des doses fortes, et de plus elle peut persister dix à douze mois.

V

La tuberculine procédé de diagnostic chez l'animal et chez l'homme. — Chez le *bœuf* on fait l'inoculation à l'épaule et on commence à prendre les températures à partir de la huitième heure. Vers la quatorzième heure on observe une ascension thermique s'il y a tuberculose.

Chez l'*homme*, c'est à la sixième ou septième heure que doit se faire l'ascension thermique. S'il y a une ascension de 2 degrés, la tuberculose est certaine: l'ascension de 1 degré et demi permet encore d'affirmer l'infection. Mais au-dessous de ces limites, on peut dire au contraire qu'il n'y a pas de tuberculose.

Le réactif n'est jamais en défaut pour la signification du diagnostic. Mais il faut employer des doses minimes de tuberculine (1/10 de milligramme). C'est la dose moyenne pour l'homme, et il est même préférable de commencer par 1/20 de milligramme. Quant aux inconvénients, ils n'existent pas même chez l'enfant (Scheef).

Lorsque cette dose de 1/20 de milligramme n'a produit aucun effet, on fait une nouvelle injection à la même dose, mais il faudra vérifier la température plus tôt, car la réaction est alors plus précoce, de même que dans la méthode de Jenner la réaction est plus précoce après une revaccination qu'à la première inoculation du virus.

Cuti-réaction. — Chez l'enfant on peut employer un procédé facile. On fait quelques scarifications sur la peau du jeune tuberculeux et on y répand quelques gouttes de tuberculine. Après quelques jours on voit apparaître des papules, aréoles, pustules, qui se couvrent de croûtes. Après dix à douze jours la croûte tombe.

Ce procédé n'aurait de valeur que chez l'enfant; l'adulte y réagit presque toujours, même sans être atteint de tuberculose. C'est la *cuti-réaction*.

Ophtalmo-réaction. — On peut de même instiller la tuberculine sur la muqueuse conjonctivale. On emploie pour cette réaction une solution au 1/200 de tuberculine. Si l'individu réagit, il offrira une inflammation conjonctivale manifeste. On peut faire suivant les mêmes principes l'*intra-dermo-réaction*, la *recti-réaction* préconisée par Calmette et qui peut se pratiquer à l'insu du malade, la *rhino-réaction*.

On peut même, comme l'indique Borrel, faire inspirer aux poumons du tuberculeux de la poussière liquide de tuberculine; la réaction se produit tout aussi bien. On peut encore par ce procédé faire le diagnostic à l'insu du malade qui traverserait une pièce où seraient en suspension les poussières de tuberculine.

Peut-on faire le séro-diagnostic de la tuberculose? Arloing l'avait cru et il se servait pour cela des bacilles tuberculeux dits homogènes. Il fallait que l'agglutination soit positive à 1/5. Mais Borrel prétend que ce bacille tuberculeux homogène n'a rien de commun avec le bacille tuberculeux humain. Ces expériences ont donc été infirmées; elles ont toutefois été utiles à Koch qui constata que le pouvoir agglutinant augmentait de plus en plus chez le tuberculeux, qu'il se formait chez lui des anticorps et des sensibilisatrices.

C'est à la suite de cette constatation que Wright proposa de traiter les tuberculeux par des inoculations de bacilles tuberculeux broyés ou intacts, et qu'il tenta de contrôler sa méthode par la mesure du pouvoir opsonique et la détermination de l'index opsonique. (V. Index opsonique, *Journ. de méd. int.*, 10 juillet 1908.)

On connaît mal ses conclusions. Il est certain qu'il a pu ainsi favoriser la formation des anticorps chez les individus traités.

VI

La tuberculine en thérapeutique. — La sérothérapie en tuberculose a donc été peu heureuse, il n'y a pas d'antituberculine, il n'y a pas de sérum possible, et ceux qu'ont patronné Marmoreck et Maragliano n'ont eu que des résultats bien éphémères.

La vaccination serait-elle préférable?

On connaît les essais très anciens de Grancher, ceux de Berhing chez les bovidés avec du bacille humain. Les animaux traités par Berhing, nous l'avons vu, moururent de tuberculose malgré la vaccination qui fut jugée dès lors inutile et dangereuse.

Les tentatives de vaccination par les bacilles acido-résistants n'ont donné aucun résultat.

Plimmer a repris la bovo-vaccination de Berhing en opérant avec des bacilles morts; ses résultats sont très discutés. D'autres ont vacciné les bovidés avec des bacilles vivants dans des sacs de collodion; les résultats de ces tentatives sont inconnus encore. On ignore également les résultats de Calmette vaccinant les bovidés par ingestion à la sonde de bacilles tuberculeux. Ainsi pas de vaccin, pas de sérum.

Il restait donc de la découverte de Koch un moyen de diagnostic pour la tuberculine, nous venons de l'étudier; Koch en a fait un moyen thérapeutique.

La tuberculine peut-elle être employée en thérapeutique? — Richet et Héricourt, renonçant aux sérums, constatèrent que les chiens nourris exclusivement de viande crue résistaient à la tuberculose, et non ceux qu'on soumettait au régime mixte ou à la viande cuite. C'est en effet le suc musculaire de la viande crue qui donne ces effets excellents de la zoothérapie (Josias). Contrairement les poules soumises au régime carné cru s'infectent plus facilement que les témoins.

L'homme résiste naturellement à l'inoculation locale de la tuberculose; rarement le tubercule anatomique a dégénéré en tuberculose généralisée.

En outre on guérit de la tuberculose, on trouve chez le cadavre des lésions cicatricielles guéries.

Comment procède donc la nature pour guérir les tuberculeux? — On a étudié cette question chez le spermophile et chez la gerbille.

Le spermophile résiste à la tuberculose aviaire, non à la tuberculose humaine ou bovine. On l'injecte de tuberculose aviaire; il résiste, on l'autopsie. On trouve dans les viscères de petits tubercules (cellules géantes, cellules épithélioïdes, lymphocytes, bacilles tuberculeux). Mais ces tubercules ne se nécrosent pas, ne subissent aucune désagrégation, et c'est le bacille qui est nécrosé. A un certain stade, il ne se colore plus et les cellules géantes ne contiennent plus que des corps jaunes, débris du bacille tuberculeux.

Chez l'homme, on n'a pas retrouvé cette dégénérescence du bacille tuberculeux en corps jaune.

Un autre rongeur, la gerbille, est réfractaire à la tuberculose humaine. On l'en injecte, un tubercule sous-cutané apparaît; le bacille se répand dans l'organisme et subit un autre mode de dégénérescence. On trouve à l'autopsie des tubercules dans la rate avec des cellules géantes. Ces cellules géantes restent intactes, mais le bacille tuberculeux s'entoure de couches incolores qui s'épaississent, bientôt il ne prend plus les colorants (Ziehl). Ces couches concentriques épaisses, c'est la dégénérescence calcaire du bacille tuberculeux, ce sont des couches de phosphate de chaux sécrétées par les cellules géantes qui, comme dans le cas du spermophile, ont sécrété des sels de fer (corps jaunes).

On retrouve ces mêmes processus de défense dans le lupus en voie de guérison; dans les ganglions tuberculeux.

Ainsi procède la nature protectrice.

Le tubercule est donc bien, comme nous le disions dans un précédent article, une réaction de défense de l'organisme, réaction suffisante chez le spermophile et la gerbille, mais insuffisante chez l'homme atteint de tuberculose pulmonaire.

Il faut donc traiter la tuberculose humaine et tenter de venir en aide à la nature. *La tuberculine est-elle capable de favoriser le processus curateur?* C'est ce qu'il nous reste à étudier.

Koch avait donc inauguré sa méthode en 1890 et on sait l'enthousiasme qui l'accueillit, suivi d'une réprobation presque unanime, lorsque les catastrophes éclatèrent et que Virchow affirma qu'une nouvelle forme de tuberculose aiguë était créée par la tuberculine.

Malgré cet échec, la méthode eut des fidèles. *Petrusky* reprit les essais de Koch, affirmant que le plus souvent c'est la flore bactérienne d'infections secondaires qui empêche la tuberculine de bien agir. Avec les autres disciples de Koch il recommande de commencer le traitement par des doses excessivement faibles, 1/500 de milligramme au début, puis 1/250, 1/100, et on arrive ainsi jusqu'au milligramme.

On peut augmenter la dose jusqu'à 10 milligrammes et le traitement doit durer deux ou trois ans (Baudelier). Petrusky donne d'abord T. O., puis T. A. et enfin la tuberculine résiduelle T. R. Koch allait jusqu'à 20 milligrammes, et il constatait l'augmentation du titre agglutinatif des injectés, l'augmentation de résistance de l'individu. Toutefois ces tentatives n'ont pas eu l'effet qu'on en espérait, ceux qui guérissaient n'avaient, en réalité, qu'un titre agglutinatif bien peu supérieur à la normale.

M. Küss a fait, à la Société d'études scientifiques de la tuberculose (1909), un rapport très précis relatif à l'emploi des tuberculines. Nous le résumons ici brièvement.

« La tuberculine provoque des réactions locales, réactions de foyers, dans les foyers tuberculeux. Dans le *lupus*, la tuberculine provoque une poussée inflammatoire aiguë des placards lupiques, avec congestion intense, œdème séro-fibrineux et infiltration leucocytaire, le tout aboutissant parfois à la fonte et à l'élimination des parties nécrosées; tandis qu'autour du lupus lui-même apparaissent de petits nodules lupiques invisibles et ignorés jusque-là.

Dans la *tuberculose pulmonaire*, les injections de tuberculine peuvent provoquer des congestions avec hémoptysies, des pleurésies, spléno-pneumonies, broncho-pneumonies, tandis qu'on observe des douleurs thoraciques, une expectoration plus abondante traduisant la tuméfaction des tubercules et l'accentuation de la suppuration des foyers tuberculeux. La matité du poumon est plus étendue, les râles d'abord plus fins, plus aigus, deviennent bientôt plus gros et plus humides.

Ces signes, tantôt peu accentués, sont parfois intenses et s'accompagnent de fortes réactions fébriles; ils révèlent souvent l'existence de tubercules insoupçonnés jusque-là, font apparaître les bacilles dans les crachats et transforment la tuberculose fermée en tuberculose ouverte.

Ces réactions pulmonaires légères non compara-

bles à celles qu'obtenait Koch en 1890, *sont-elles dangereuses, sont-elles utiles?*

Les avis sont partagés.

1° Koch et Petrusky reconnaissent que les réactions de *foyer sont nécessaires*; il faut une réaction locale, minime, mais sans forte fièvre, l'hypérémie réactionnelle du foyer malade jouant un rôle important en tuberculinothérapie;

2° Denys et Sahli estiment que les réactions de foyer sont inutiles et *dangereuses* et qu'il n'y a aucune relation de cause à effet entre la réaction et la guérison;

3° Turban prétend que les réactions de foyer ne peuvent être évitées si on veut obtenir une réaction curative.

Que conclure de ces diverses opinions? Il est certain, comme le signale Denys, que la tuberculine employée sans avoir provoqué de réaction de foyer réussit dans les tuberculoses récentes à lésions jeunes et discrètes.

D'autre part, il est indéniable que les réactions de foyer sont funestes chez les tuberculeux à grosses lésions caséeuses étendues et aussi chez les sujets porteurs de vieilles tuberculoses fibro-caséeuses étendues et bien supportées.

Mais quand la lésion est assez limitée, le mouvement fluxionnaire ne provoquera pas une congestion généralisée du poumon et pourra impunément être provoqué. Il reste donc indéniable, selon Küss, que d'après les observations cliniques, les réactions de foyer ont un rôle important en tuberculinothérapie.

En effet, en dermatologie, la clinique a montré les effets favorables de la tuberculine sur les lésions tuberculeuses de la peau, les fistules anales, en particulier, qui accompagnent si fréquemment la tuberculose pulmonaire, se cicatrisent sous cette influence malgré des délabrements considérables.

Il y a souvent un contraste saisissant entre la production des réactions de foyer qui se font à l'insu du malade et l'amélioration manifeste de l'état général et des symptômes de tuberculose. Souvent ces poussées congestives favorisées par l'anaphylaxie inquiètent le médecin que l'amélioration rapide du malade vient bientôt rassurer.

C'est bien là une preuve de l'utilité des réactions de foyers dans les cas de tuberculoses torpides. Dans ces cas on voit réapparaître des râles aux foyers qui paraissaient éteints, les bacilles se rencontrent de nouveau dans les crachats. C'est le remaniement thérapeutique du foyer pulmonaire.

Mais les réactions de foyer seront à redouter chez les malades porteurs de grosses lésions, dans les cas où l'évolution morbide est progressive et lorsqu'il existe des signes graves d'intoxication.

Il faut surtout s'abstenir d'entretenir dans les foyers tuberculeux un état irritatif permanent, et les réactions du foyer ne devront être ni durables, ni subintrantes, ni prolongées. Pour cela, il faudra espacer les injections, varier les doses d'après l'état du malade, d'après les signes d'auscultation, la température, le poids, le facies.

En résumé, d'après Küss, on a intérêt à provoquer le remaniement réactionnel des foyers tuberculeux et on doit le faire si les conditions suivantes sont réalisées :

1° Si les lésions ne sont ni trop graves, ni trop étendues, si l'évolution n'est pas aiguë, s'il n'y a pas intoxication;

2° Si les réactions locales influent peu sur la courbe thermique, le poids, l'état général;

3° Si, par l'auscultation du poumon, on n'estime pas la réaction trop intense ou l'accumulation, menace constante suivie parfois de si funestes résultats (1). »

M. Rénon a fait, à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose, une communication sur les indications de la tuberculine dans la phtisiothérapie. Il emploie dans ses recherches la tuberculine préparée à l'Institut Pasteur de Paris et 1 centimètre cube de sa solution représente 5/100 de milligramme de tuberculine solide. M. Rénon apporte les conclusions suivantes :

« 1° La condition essentielle du traitement est l'*apyrexie* relative du malade, c'est-à-dire que la température rectale ne doit pas dépasser 37°8 le soir.

Il faudra choisir les tuberculoses lentes, au début, les turberculoses torpides, quelle que soit l'étendue de la lésion, pourvu que l'évolution en soit arrêtée, la tuberculinothérapie paraissant s'appliquer surtout aux formes anciennes.

2° Il faudra renoncer à cette médication dans les tuberculoses fébriles, les tuberculoses hémoptoïques, à marche aiguë, les tuberculoses en activité progressive, les tuberculoses très cavitaires.

3° Le guide clinique le plus sûr pour la continuation ou l'augmentation des doses de tuberculine est l'absence de réaction.

Pratiquée suivant ces principes, la tuberculinothérapie permet souvent de constater, chez les sujets traités, l'augmentation du poids, l'amélioration de l'état général, la diminution ou disparition de l'expectoration, tandis que les lésions locales se sèchent et se sclérosent. »

Pourtant ce traitement par la tuberculine, comme le professe M. Rénon, n'est pas spécifique, car il n'empêche pas le bacille tuberculeux de se développer et il ne neutralise pas tous ses poisons. C'est un traitement partiel de l'infection tuberculeuse.

Quant aux doses et à l'espèce de tuberculine à employer, M. Rénon recommande la tuberculine préparée par l'Institut Pasteur de Paris aux doses de 1/2 millième de milligramme au début, en faisant progresser cette dose jusqu'à 1/200 de milligramme, et même 1/20 de milligramme. Küss va jusqu'à injecter plusieurs milligrammes de tuberculine.

« Les injections seront espacées de quatre à douze jours (*Bulletin médical*, 1909). »

Les résultats de ces méthodes sont-ils suffisamment encourageants pour que la tuberculinothérapie soit une règle pour le tuberculeux?

Il est certain que pour le traitement des tuberculoses cutanées, M. Darier a obtenu par la tubercu-

(1) Extrait du rapport fait à la *Société d'études scientifiques sur la tuberculose*, par M. G. Küss. (1909.)

line des résultats remarquables; de même les tuberculoses ganglionnaires et toutes les tuberculoses externes ont été très améliorées, sinon enrayées. Les tuberculoses pulmonaires sont plus rebelles à l'effet de la tuberculine. La lymphe de Koch ne modifie pas favorablement l'évolution des formes progressives, caséifiantes et aiguës, comme le dit M. Rénon. Son influence est cependant favorable à un grand nombre de tuberculoses pulmonaires torpides, chez des sujets qui se défendent bien et entre les mains de praticiens sachant mesurer l'intensité du traitement à la tolérance du malade. La notion d'anaphylaxie, dont nous avons parlé, a permis, en effet, de poser des règles pour ce traitement.

Commencer par des doses très faibles, très lentement progresser et espacer les injections, tout cela est une affaire de doigté du praticien qui évitera ainsi des réactions intenses funestes et le malade bénéficiera souvent du traitement ainsi conduit sans en souffrir jamais.

Il faudra se méfier aussi de la réaction inflammatoire trop intense des tissus sous l'effet de la piqûre, ce qui peut être déjà l'indice que la dose a été dépassée.

Il faudra surveiller d'une façon suivie l'état local du poumon qui, en dehors de la fièvre, peut donner des contre-indications.

Il faut enfin interroger la réaction *thermique* qui, par des oscillations trop marquées, doit faire proscrire ou retarder l'injection de tuberculine.

Ainsi comprise, la tuberculinothérapie, sans être un traitement merveilleusement efficace, peut être utile, et c'est déjà beaucoup quand il s'agit de tutuberculose.

ANALYSES

MÉDECINE

Hémoglobinurie paroxystique et hémolyse *in vitro*. Moro, Noda et Benjamin. (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 16 mars 1909, n° 11, p. 545.) — Les auteurs rapportent l'observation d'un enfant de quatre ans atteint d'hémoglobinurie essentielle paroxystique *a frigore*. Ils ont constaté pendant l'attaque la présence d'hémoglobinémie et ils ont répété l'expérience faite *in vitro* par Donath et Landsteiner. Le sérum du malade a été additionné d'une émulsion soit des propres globules rouges du malade, soit de globules rouges d'individus sains, le mélange a d'abord été porté pendant une demi-heure à la glacière, puis ensuite à l'étuve à 37 degrés et à ce moment les globules rouges ont subi une hémolyse complète.

Les auteurs acceptent l'hypothèse tirée de cette expérience par Donath et Landsteiner : il existerait dans le plasma des hémoglobinuriques une sensibilisatrice spéciale se fixant à la faveur du froid sur les globules rouges. Au moment où le mélange est porté à 37 degrés, l'alexine naturellement contenue dans le plasma se fixerait à son tour sur les globules rouges sensibilisés et en entraînerait l'hémolyse.

Les recherches poursuivies par Moro, Noda et Benjamin sur le sang de leur malade leur ont montré quelques autres points intéressants. Tout d'abord il existait de grandes variations dans la quantité d'alexine contenue dans le sérum frais. Au moment de l'attaque d'hémoglobinurie et pendant les jours suivants l'expérience de Donath et Landsteiner pratiquée avec le sérum fraîchement recueilli du sujet aboutissait à une hémolyse très intense, puis peu à peu, l'hémolyse est devenue de moins en moins considérable et au bout de quelques jours elle a fait complètement défaut. Mais en ajoutant après réfrigération, au mélange globules rouges + sérum frais du malade, un peu de sérum normal et en portant le tout à 37 degrés, l'hémolyse se faisait immédiatement. D'où la conclusion que le seul défaut d'alexine dans le sérum du malade était la raison de l'absence d'hémolyse *in vitro*.

Un autre fait observé par les auteurs montre avec quelle prudence il faut interpréter les faits en étudiant l'hémolyse *in vitro* chez les hémoglobinuriques. Ils ont vu un jour un mélange de globules lavés de leur malade et de sérum provenant soit du malade, soit d'un sujet normal, donner une hémolyse complète sans avoir été préalablement porté à la glacière, l'eau physiologique ayant servi au lavage des hématies était froide et ce court passage à une basse température avait permis à la sensibilisatrice de se fixer sur les globules. En effet, en employant pour le lavage de l'eau physiologique à 37 degrés, l'hémolyse ne se produirait qu'après passage préalable du mélange à la glacière.

Moro, Noda et Benjamin ont constaté également ce fait déjà connu que, quand des globules rouges ont été sensibilisés par un séjour au froid en présence du sérum du malade inactivé, il suffit, avant d'ajouter l'alexine, de la porter à 37 degrés, pour voir qu'ils perdent rapidement leur sensibilisation, et que l'addition d'un sérum alexique demeure ensuite sans effet.

En se fondant sur ce phénomène de dissociation, les auteurs ont cherché à isoler la sensibilisatrice : après avoir sensibilisé à froid des globules rouges en présence du sérum du malade, ils ont lavé les globules et en ont fait une émulsion en eau physiologique qu'ils ont ensuite portée à 37 degrés. Ils ont pu voir qu'ensuite les globules rouges n'étaient plus sensibilisés, mais ils n'ont pu mettre en lumière l'existence de la sensibilisatrice dans l'eau physiologique.

Les auteurs ont constaté que le sérum de leur malade donnait la réaction de Wassermann. Après en avoir épuisé la sensibilisatrice hémolytique, ils ont pu voir que le sérum donnait encore la réaction de Wassermann : il y avait donc dans le sérum de ce malade au moins deux sensibilisatrices distinctes.

En pratiquant une ligature à la base d'un doigt du malade et en le plongeant quelque temps dans l'eau glacée, on constatait une diminution rapide du nombre des globules rouges dans le sang de ce doigt. De plus il existait des phénomènes très nets de phagocytose des globules rouges par les globules blancs.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Tétanie à la suite d'une thyroïdectomie guérie par injection sous-cutanée d'émulsion de parathyroïdes. (Joseph H. Branham. *Ann. of Surg.*, vol. XLVIII, n° 2, août 1908, pp. 161-164.) — A la suite d'une thyroïdectomie, tentée sous-capsulaire, une fille de quatorze ans est prise de tétanie qui s'aggrave malgré l'ingestion d'extraits thyroïdien et parathyroïdien, et de six parathyroïdes fraîches de bœuf. L'état devenant très grave, on fit une émulsion de cinq parathyroïdes dans du sérum artificiel et on l'injecta sous la peau. Amélioration en trois heures de temps. Une petite rechute fut traitée par l'injection de deux parathyroïdes. Guérison sans autres incidents, qui se maintient depuis plus d'un an.

A l'examen de la pièce, on trouva sur le lobe droit en dégénérescence colloïde une parathyroïde entière et deux moitiés d'autre. Sur le lobe gauche, plus petit, on ne trouva qu'un fragment de parathyroïde.

La persistance de la guérison est probablement due à ce que toutes les parathyroïdes ne furent pas enlevées. Celles

laissées avaient probablement été tellement traumatisées par l'opération qu'elles cessèrent de fonctionner. L'injection de parathyroïdes permit à l'organisme de passer la période critique après laquelle les parathyroïdes se remirent au travail. Fait dont l'importance pratique n'échappera à personne.

F. GARDNER.

SUITE DES SOMMAIRES

Clinique. — (N° 29, 16 juillet 1909.) G. CORN... : Les cliniques établissements congréganistes. — VINCENT : Deux idées fausses relatives aux eaux sulfureuses. — RUDAUX : Chorée et grossesse. — R. SAVIGNAC : Les vomissements pituiteux œsophagiens. — BOSVIEL : Les kystes sous-sébacés du pharynx. — LEGUEU : Tuberculoses hypertrophiques du cæcum. — (N° 30, 23 juillet.) F. TERRIEN : Manifestations oculaires de la syphilis acquise. — P. ROY : La pancréatite ourlienne. — WICKAM et DEGRAIS : Les traitements des angiomes érectiles cutanés et sous-cutanés (tumeurs vasculaires) par le radium. — A. ROBIN : Traitement de l'intoxication par le gaz d'éclairage. — BAUP : La douche-massage. — (N° 31, 30 juillet.) P. CLAISSE : L'occlusion intestinale par calcul biliaire. — M. MAUCLAIRE : Péritonites appendiculaires à début insidieux. — J. CASTAIGNE : Sur certaines hémorragies gastro-intestinales de cause mal classée. — A. RUDAUX : Tuberculose et puerpéralité. — A. THÉPÉNIER : Bouillies maltées : nouveau procédé de préparation rapide. — (N° 32, 6 août.) CATZ : L'anesthésie régionale par la voie intra-veineuse. — André THOMAS : Traitement de l'aphasie motrice.

Écho médical du Nord. — (N° 23, 6 juin 1909.) NIKOLOFF : Considérations sur la hernie inguinale, variété *directe*. — (N° 24, 13 juin.) J. MINET et Ch. FONTAN : Pneumonie et électrargol. — (N° 25, 20 juin.) OUI : Sur un cas de céphalématome. — L. JULIEN : Môle hydatiforme ou vésiculaire, extraite en entier par l'hystérectomie abdominale.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 23, 6 juin 1909.) Et. GINESTOUS : Les cinématophtalmies (troubles oculaires par cinéma). — (N° 24, 13 juin.) ROCAZ et Firmin CARLES : Réapparition des accidents laryngés chez les enfants atteints de croup au moment de l'éruption sérique. — (N° 25, 20 juin.) J. CARLES : Les abcès de fixation dans le saturnisme. — (N° 26, 27 juin.) J. SABRAZÈS et R. DUPÉRIÉ : Passage du spirochète de Schaudinn dans le cytoplasme des fibres musculaires lisses chez un hérédo-syphilitique ; sa non-pénétration dans les cellules nerveuses. — BRUNETIÈRE : L'acoïne ; ses incompatibilités ; son mode d'emploi comme analgésique dans les injections sous-conjonctivales et intra-musculaires. — (N° 27, 4 juillet.) E. LOUMEAU : Un cas de pyélonéphrite calculeuse (avec fig.). — Ch. LAFON : Les troubles asthéniques de la pupille. — (N° 28, 11 juillet.) A. AUCHÉ : Sur les pigments du sérum sanguin ; — Sur une méthode de dosage de l'urobiline. — (N° 29, 18 juillet.) Ch. LAFON : L'état des pupilles dans le coma et dans toutes les autres formes d'abolition des fonctions cérébrales. — A. BOILEAU : Sur la recherche de l'albumine urinaire en clinique. — (N° 30, 25 juillet.) LAFOND-GRELLETY : De l'électrolyse des canaux, et en particulier de l'urètre et du canal lacrymal, suivant la méthode de Ch. Chardin. — (N° 31, 1er août.) J. SABRAZÈS et L. MURATET : Présence de kystes à sarcosporidies dans le tissu musculaire, au voisinage immédiat d'une tumeur fibro-sarcomateuse, chez un cheval. — Ch. MONGOUR : Traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine T.J. — (N° 32, 8 août.) LAFON : L'état des pupilles dans la maladie de Basedow ; — La réaction paradoxale de la pupille. — ESCLUSE : Cathétérisme sous pression liquide de certains rétrécissements de l'urètre paraissant infranchissables.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 23, 6 juin 1909.) P. CARLES : A propos des calculs phosphatiques. — CODET-BOISSE : Fracture de l'olécrâne traitée par la suture. Guérison. Résultat éloigné. — (N° 24, 13 juin.) VERGER : Des modifications humorales chez les sujets vaccinés. Théorie générale de l'immunité antibactérienne. — (N° 25, 20 juin.) J. CARLES et B. LLAGUET : Les huîtres dans l'alimentation des dyspeptiques hyposthéniques et des tuberculeux. — CABANNES : La bophtalmie congénitale dans ses rapports avec l'hémihypertrophie de la face. — L. ROCHER : Un nouveau procédé de suture intertendineuse.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 22, 3 juin 1909.) A. DEBRAY : Action curative du collargol. — (N° 23, 10 juin.) LE CLERC-DANDOY : Hématome volumineux rétro-péritonéal dû à l'éclatement du rein gauche. — HUSTIN : L'ulcère perforé de l'estomac. — (N° 24, 17 juin.) Jules STEINHAUS : La cellule cancéreuse considérée principalement au point de vue de la genèse et de la nature des inclusions nucléaires et plasmatiques. — (N° 25, 24 juin.) BUYS : Notation graphique du nystagnus vestibulaire pendant la rotation. — Jules STEINHAUS : La cellule cancéreuse considérée principalement au point de vue de la genèse et de la nature des inclusions nucléaires et plasmatiques (*suite*). — (N° 26, 1er juillet.) KUFFERATH : Du traitement des fibromes pendant la grossesse. — BETTREMIEUX : Traitement du strabisme suivant la tactique consistant à opérer l'œil qui ne louche pas. — STEINHAUS : La cellule considérée principalement au point de vue de la genèse et de la nature des inclusions nucléaires et plasmatiques (*suite*). — (N° 27, 8 juillet.) DE RIDDER : La démence et la papille de stase dans les cas de tumeurs cérébrales. — Jules STEINHAUS : La cellule cancéreuse considérée principalement au point de vue de la genèse et de la nature des inclusions nucléaires et plasmatiques (*suite*). — (N° 28, 15 juillet.) Van de POEL : Hyperesthésie de la dentine. — Vanden BERGH : L'inspection oculistique des écoles à Anderlecht. — Jules STEINHAUS : La cellule cancéreuse considérée principalement au point de vue de la genèse et de la nature des inclusions nucléaires et plasmatiques (*suite*). — (N° 29, 22 juillet.) BUYS et HENNEBERT : Comment interroger l'appareil vestibulaire de l'oreille ? — Van SCHEVENSTEEN : Un cas d'enophtalmos traumatique. — (N° 30, 29 juillet.) BUYS et HENNEBERT : Comment interroger l'appareil vestibulaire de l'oreille ? (*suite*). — Jules STEINHAUS : La cellule cancéreuse considérée principalement au point de vue de la genèse et de la nature des inclusions nucléaires et plasmatiques (*suite*). — (N° 31, 5 août.) DE WAELE : Asthénopie nerveuse par lumière électrique. Emploi de verres jaunes. — BUYS et HENNEBERT : Comment interroger l'appareil vestibulaire de l'oreille ? (*suite*). — Jules STEINHAUS : La cellule cancéreuse considérée principalement au point de vue de la genèse et de la nature des inclusions nucléaires et plasmatiques (*suite*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 16, 22 avril 1909.) SCHLEISSNER : Recherches bactériologiques et sérologiques sur la scarlatine. — EXALTO : Sur le traitement de la hernie crurale. — WICZKOWSKI : Sur les polysérosites. — POPPER : Absence isolée de la cloison interauriculaire et ses symptômes. — ROSENFELD : Césarienne extrapéritonéale avec fixation consécutive du col utérin en antéposition. — FALTA : Sur le calorimètre respiratoire de Boston.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 96. — JEUDI 26 AOUT 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 26 AOUT 1909. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Montpellier. — Le lundi 15 novembre 1909, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hospice général, un concours pour quatre places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire.

Le lundi 29 novembre 1909, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hospice général, un concours pour dix places d'externe titulaire et six places d'interne provisoire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officier d'Instruction publique. — M. le docteur Picot (de Bordeaux).

Officier d'Académie. — M. le docteur Fromaget (de Bordeaux).

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — Un concours sera ouvert au bureau de bienfaisance de Bordeaux le 10 novembre prochain pour l'admission à trois places de médecin-adjoint du service de l'assistance médicale gratuite.

Les candidats sont informés que les demandes d'admission devront être déposées avant le 3 novembre au siège de l'administration, rue du Loup, 63, où tous les renseignements utiles leur seront fournis.

MÉDECINS INSPECTEURS DES ALIÉNÉS. — M. le docteur Régis, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Bordeaux, a été nommé médecin inspecteur des aliénés de la Gironde en remplacement de M. le docteur Picot, démissionnaire.

MM. les docteurs Jean Abadie, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, et Pierre Lande ont été nommés médecins inspecteurs adjoints des aliénés de la Gironde.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — XXIIe Congrès français de chirurgie (4-9 octobre 1909). — Le XXIIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 4 octobre 1909, sous la présidence de M. le docteur G. Richelot, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Chirurgie des artères.* — Rapporteurs : MM. Monod (de Paris) et Vanverts (de Lille).

2° *Soins anté et post-opératoires en chirurgie abdominale.* — Rapporteurs : MM. Tuffier (de Paris) et Ch. Girard (de Genève).

3° *Intervention chirurgicale dans les traumatismes du rachis et de la moelle.* — Rapporteurs : MM. Auvray (de Paris) et Sencert (de Nancy).

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, d'objets de pansements, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Electrothérapie, par le docteur Nogier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. In-8 de 528 pages avec 251 figures. — Prix : cartonné, 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La fonction musculaire, par Mlle le docteur Joteyko, chef des travaux au laboratoire de psycho-physiologie de l'Université de Bruxelles, lauréate de l'Institut de France et de la Faculté de médecine de Paris. In-18 jésus, cartonné toile de 420 pages, avec 36 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Le Régime des aliénés, par le docteur Fernand Dubief, vice président de la Chambre des députés, auteur et rapporteur d'une proposition de loi sur le régime des aliénés. Préface du docteur Bajenoff, professeur agrégé à la Faculté de Moscou, médecin de l'Asile de Préobrajinski. In-18 jésus de 356 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

OPSONINES ET MÉTAUX COLLOIDAUX

COEFFICIENT PHAGOCYTAIRE ET ACTION SPÉCIFIQUE DES DIFFÉRENTS MÉTAUX COLLOIDAUX

Par MM. E. BOSSAN,
Médecin en chef de l'hôpital des Dames Françaises de Nice,

et H. MARCELET,
Ancien élève de l'Institut Pasteur de Paris; ancien préparateur du cours de toxicologie à l'Université de Montpellier.

Dans ce nouveau travail nous tenons avant tout à rendre hommage à notre vénéré Maître à tous les deux, au savant sous-directeur de l'Institut Pasteur, M. Metchnikoff.

« Si, disait-il en 1901, la théorie cellulaire de l'immunité est de date encore trop récente pour qu'on ait le droit de lui demander d'avoir à son actif des applications pratiques » (1), les travaux des chercheurs en apportent tous les jours une nouvelle confirmation et ses applications se multiplient de plus en plus. Nous-mêmes, dans notre modeste étude, n'avons fait qu'en appliquer de notre mieux les principes. En particulier, grâce à cette question des opsonines dont la nature est encore si discutée, la plupart de ceux qui y étaient encore réfractaires, parmi les savants anglais et allemands, ont modifié leurs vues intransigeantes sur le mécanisme de l'immunité, et en sont arrivés à la théorie presque exclusivement phagocytaire.

Il est à présent hors de doute que dans l'immunité naturelle ou acquise, c'est la résistance de l'organisme qui joue le principal rôle et que cette *résistance opposée par l'organisme est toujours en rapport direct du degré de la résistance phagocytaire* (2).

Nous avons pu démontrer, dans un précédent travail (3), que les métaux colloïdaux, l'électrargol en particulier, jouent le rôle d'un stimulant vis-à-vis des cellules chargées de la défense de l'organisme et nous nous sommes rendu compte non seulement des modifications *bactériotropiques*, mais encore *cellulotropiques* (4).

Nous nous proposons, dans ce travail, de démontrer que les métaux colloïdaux n'agissent pas seulement par leur état colloïdal, c'est-à-dire d'extrême division, mais qu'au contraire, la nature du métal influe beaucoup sur leur activité thérapeutique. Nous voulons ensuite voir si cette action n'est pas due à la présence d'opsonines spécifiques développées dans le sérum, à la suite des injections des différents métaux colloïdaux employés.

Dans une première partie, nous étudions l'action de l'argent, de l'or, du platine et du cuivre colloïdal

(1) E. Metchnikoff. *L'immunité dans les maladies infectieuses*, p. 592.

(2) Metchnikoff. Loc. cit., p. 584.

(3) Bossan et Marcelet. Les métaux colloïdaux. Etude sur leur action et leur effet sur le pouvoir phagocytaire, *Gaz. des hôpit.*, 10 sept. 1908, n° 163.

(4) E. C. Hort. Auto-inoculation in infective disease, *Proc. of the Roy. Soc. of Med.*, medical section, vol. II, avril 1909, p. 177.

sur le cobaye et sur l'homme. Sur celui-ci cependant nous n'avons pu expérimenter le cuivre, n'ayant pu en obtenir encore de stérilisé (1).

Dans la deuxième partie, nous cherchons à montrer que cette action élective des métaux colloïdaux est due à la production dans le sérum d'opsonines douées de spécificité sinon absolue, tout au moins très marquée.

Nous n'avons pas voulu, à ce propos, aborder la question de leur nature, nous contentant, pour le moment, de répéter avec M. Milhit (2) la phrase de Strübell (3) : « Nous ne savons rien encore de bien précis touchant la nature des opsonines. »

Pour la technique, nous renvoyons à notre travail (*Gaz. des hôpit.*, 24 janv. 1907 et 10 sept. 1908) n'y ayant apporté dans un cas (voir tableau XII) qu'une légère modification que nous décrirons en détail à propos de ce tableau (4).

Cette modification consiste à mettre en présence du sérum et des phagocytes un mélange de deux espèces microbiennes différentes : streptocoque et colibacille. De cette façon nous avons rendu très frappant et très manifeste que les mêmes leucocytes montrent une chimiotaxie positive à l'égard des premiers, tandis qu'ils restent à peu près indifférents à l'égard des colibacilles; en d'autres termes, que dans ce cas, le platine colloïdal injecté a augmenté de beaucoup la résistance du sujet contre l'infection streptococcique, sans la changer sensiblement vis-à-vis du colibacille.

Nous insistons aussi sur la façon dont nous effectuons la numération pour l'établissement du coefficient phagocytaire, car c'est une des objections que l'on a faites à cette méthode : la difficulté de l'examen des préparations et de la numération des microorganismes phagocytés (5).

Pour éviter autant que possible le facteur personnel, principale cause d'erreur et de mauvaise interprétation, nous faisons dans chaque cas quatre préparations que nous étudions deux par deux, comptant sur chacune au moins trente polynucléaires. Si nos résultats concordent, nous en prenons la moyenne, si la différence est sensible, nous en cherchons la cause et recommençons une nouvelle expérience. Nous devons dire que c'est bien rare et que dans la grande majorité des cas, nos résultats sont à peu près identiques.

Nous avions fait remarquer dans notre précédent travail combien les résultats obtenus par l'expérimentation chez les animaux peuvent être différents de ceux obtenus sur l'homme. M. Milhit, dans sa remarquable thèse, insiste avec raison sur ce point

(1) Nous tenons à remercier ici la maison Clin qui a bien voulu mettre à notre disposition les métaux « électrargol, électraurol, électroplatinol, électrocuprol » qui ont servi à nos expériences.

(2) Milhit. *Les opsonines. Etude physico-chimique et biologique*, Th. de Paris, 1909.

(3) Strübell. *Münch. med. Woch.*, 1907, n° 44.

(4) E. Bossan. Opsonines et index opsonique comme moyen de contrôle de l'effet produit par certaines médications, *Gaz. des hôpit.*, 24 janv. 1907. — E. Bossan et H. Marcelet. Loc. cit.

(5) Benjamin Thomas. Variability a. unreliability in the determination of the opsonic index, *Journ. Am. med. Assoc.*, 1908, t. XLIX.

et signale que le plus souvent, les résultats sont beaucoup plus faibles avec les leucocytes de cobayes qu'avec les leucocytes humains (1).

Nous avions été frappés, lors de nos premières recherches sur l'action de l'argent colloïdal, de l'agglutination et l'enchevêtrement que présentaient les paratyphiques Schottmüller et Gaertner, dans les préparations faites après injection de 10 centimètres cubes d'électrargol. Nous pensons qu'on peut identifier ce phénomène avec celui connu sous le nom de *réaction de Pfaundler* et que cette réaction est bien due à l'action des phagocytes, comme le pense M. Metchnikoff (2), car dans tous les cas où nous l'avons vue, ceux-ci sont bourrés à éclater par les microbes.

Variations, suivant le métal, du coefficient phagocytaire chez le cobaye.

(Chaque tableau représente la moyenne des résultats obtenus sur 4 cobayes, soit 24 cobayes étudiés.)

Tableau I. — *Electrargol.*

	Avant l'injection.	24 h. après.
Choléra	0.40	1.00
Eberth	0.85	2.55

Tableau II. — *Electraurol.*

	Avant l'injection.	24 h. après.
Choléra	0.45	2.15
Eberth	1.95	3.70

Tableau III. — *Electroplatinol.*

	Avant l'injection.	24 h. après.
Choléra	0.35	0.80
Eberth	1.60	4.35

Tableau IV. — *Electrocuprol.*

	Avant l'injection.	24 h. après.
Choléra	1.20	6.55
Eberth	1.35	2.00

Tableau V. — *Electrocuprol.*

	Avant l'injection.	24 h. après.
Choléra	1.72	7.40
Eberth	1.45	4.75

Tableau VI. — *Electrocuprol.*

	Avant l'injection.	24 h. après.
Choléra	1.28	7.00
Eberth	1.40	3.25

La dose injectée de métaux colloïdaux correspond à une injection de 10 centimètres cubes chez un homme de 60 kilogs, sauf dans le dernier tableau, où pour nous rendre compte de l'effet du cuivre sur l'organisme du cobaye et de sa limite de tolérance, nous avons injecté une dose 3 fois plus forte, correspondant donc à 30 centimètres cubes chez un homme de 60 kilogs. Chez ceux-ci, comme chez les autres, nous n'avons observé aucun signe de malaise ni d'intolérance d'aucune sorte.

L'examen de ces tableaux nous montre que si les différents métaux, argent, or, platine et cuivre augmentent *d'une façon générale* les réactions défensives de l'organisme, réactions que nous traduisons par le coefficient phagocytaire, nous voyons que le cuivre a une *action élective* considérable sur le vibrion cholérique, faisant varier ce coefficient dans la proportion de 1 à 7 environ. C'est à cause de cette énorme différence, et pour tâcher de lutter contre toute cause d'erreur, que nous avons fait trois séries de quatre cobayes chacune (soit douze cobayes) pour l'étude de ce métal, ce qui explique les trois tableaux concernant l'électrocuprol.

Variations, suivant le métal, du coefficient phagocytaire chez l'homme.

Tableau VII. — *Electrargol,* 10 centimètres cubes. — Léon R..., trente-sept ans ; 70 kilogs.

	Avant l'injection.	48 h. après.
Streptocoque	1.50	1.60
Colibacille	2.60	5.00
Charbon	0.40	1.75
Eberth	4.80	15.60
Para Bryon A	2.10	9.80
Para Schottmüller B	0.90	22.00
Bac. enteritidis Gaertner	5.00	12.40

Tableau VIII. — *Electraurol,* 10 centimètres cubes. — Victor L..., soixante-quatre ans ; 60 kilogs.

	Avant l'injection.	48 h. après.
Streptocoque	6.30	10.10
Colibacille	4.45	9.90
Charbon	0.30	8.75
Eberth	3.50	16.80
Para Bryon A	2.85	17.83
Para Schottmüller B	2.75	13.30
Bac. enteritidis Gaertner	3.60	23.30

Tableau IX. — *Electraurol,* 10 centimètres cubes. — Louise R..., trente-deux ans ; 63 kilogs.

	Avant l'injection.	48 h. après.
Streptocoque	11.53	15.00
Colibacille	14.52	18.76
Charbon	0.25	4.35
Eberth	2.00	3.75
Para Bryon A	9.50	10.78
Para Schottmüller B	11.50	15.00
Bac. enteritidis Gaertner	5.20	18.23

Tableau X. — *Electroplatinol,* 10 centimètres cubes. — Auguste T..., trente-huit ans, 62 kilogs.

	Avant l'injection.	48 h. après.
Streptocoque	4.42	14.13
Colibacille	11.00	11.70
Charbon	0.45	0.95
Eberth	3.54	4.80
Para Bryon A	4.20	6.00
Para Schottmüller B	3.00	5.35
Bac. enteritidis Gaertner	5.25	7.75

Tableau XI. — *Electroplatinol,* 10 centimètres cubes. — Madeleine P..., dix-sept ans ; 57 kilogs.

	Avant l'injection.	48 h. après.
Streptocoque	5.00	18.45
Colibacille	10.00	12.60

(1) Milhit. Loc. cit.

(2) Metchnikoff. Loc. cit., p. 273.

	Avant l'injection.	48 h. après.
Charbon...............	0.56	1.40
Eberth.................	7.43	8.40
Para Bryon A...........	7.88	8.76
Para Schottmüller B.....	8.76	9.10
Bac. enteritidis Gaertner.	9.10	10.25

Nous avons essayé de montrer d'une façon plus frappante encore l'action élective du platine sur le streptocoque en modifiant ainsi la technique employée jusqu'ici.

Au lieu de mettre en présence :

Une partie de sang à examiner;

Une partie de sérum citraté pour empêcher la coagulation;

Une partie d'une culture de vingt-quatre heures, centrifugée, du microbe à étudier;

Nous avons mis un mélange de deux parties égales de streptocoque et de colibacille; ce qui nous donne pour le tableau XII :

Une partie de sang de J. D...;

Une partie de sérum citraté;

Une partie de culture de streptocoque;

Une partie de culture de colibacille.

Tableau XII. — *Electroplatinol*, 10 centimètres cubes. — Jean D..., trente-huit ans; 70 kilos.

	Avant l'injection.	48 h. après.
Streptocoque...........	1.80	4.15
Colibacille.............	9.05	9.40

La différence du coefficient phagocytaire avant et après l'injection d'électroplatinol montre bien, en effet, que tout l'effort de l'organisme s'est porté contre les streptocoques.

Tableau XIII. — *Tableau récapitulatif des variations du coefficient phagocytaire observées chez l'homme avec les différents métaux étudiés.*

	ARGENT		OR		PLATINE	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Streptocoque.......	1.50	1.60	6.30 11.53	10.10 15.00	4.42 5.00	14.13 18.45
Colibacille.........	2.60	5.00	4.45 14.52	9.90 18.76	11.00 10.00	11.70 12.60
Charbon...........	0.40	1.75	0.30 0.25	8.75 4.35	0.45 0.56	0.95 1.40
Eberth.............	4.80	15.60	3.50 2.00	16.80 3.75	3.54 7.43	4.80 8.40
Para Bryon A......	2.10	9.80	2.85 9.50	17.83 10.78	4.20 7.88	6.00 8.76
Para Schottmüller B.	0.90	22.00	2.75 11.50	13.30 15.00	3.00 8.76	5.35 9.10
Bac. enteritidis Gaertner.........	5.00	12.40	3.60 5.20	23.30 18.23	5.25 9.10	7.75 10.25

Tableau XIV. — *Tableau récapitulatif des variations du coefficient phagocytaire observées chez le cobaye, avec les différents métaux étudiés*

	ARGENT		OR		PLATINE		CUIVRE					
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Choléra........	0.40	1.00	0.45	2.15	0.35	0.80	1.20	6.55	1.72	7.40	1.28	7.00
Eberth.........	0.85	2.55	1.95	3.70	1.60	4.35	1.35	2.00	1.45	4.75	1.40	3.25

Nous voyons donc nettement, par les tableaux XIII et XIV, récapitulatifs de toutes nos expériences sur l'homme et le cobaye, que tout en augmentant, d'une façon générale, le coefficient phagocytaire, l'argent, le cuivre, l'or et le platine présentent des différences très nettes dans leur action thérapeutique vis-à-vis des divers micro-organismes étudiés.

C'est ainsi que :

L'argent semble plus actif contre l'Eberth et les paratyphiques;

Le cuivre semble plus actif contre le vibrion cholérique;

L'or semble plus actif contre le charbon et les paratyphiques;

Le platine semble plus actif contre le streptocoque.

Après avoir établi que la nature du métal n'était pas indifférente, et montré dans quels cas surtout, et vis-à-vis de quels micro-organismes étaient particulièrement actifs les différents métaux colloïdaux employés jusqu'à ce jour, il était intéressant de savoir si l'augmentation du coefficient phagocytaire était liée à une modification des corpuscules blancs ou au développement dans le sérum d'une substance immunisante, opsonine.

Pour cela nous avons, suivant la méthode de Wright (1) procédé aux expériences suivantes :

Un échantillon de sang était pris avant l'injection d'électroplatinol, et mélangé avec une égale quantité de sérum citraté;

Un autre échantillon était abandonné à la coagulation.

Pour le premier échantillon, les corpuscules étaient isolés du plasma par des lavages répétés avec la solution physiologique de sel et centrifugation : les corpuscules ainsi isolés seront appelés ci-dessous « corpuscules lavés ».

Ce sang servait au contrôle du sang retiré au même individu vingt-quatre heures après l'injection d'électroplatinol et traité exactement par les mêmes procédés.

(1) A. E. Wright et S. R. Douglas. *Proceedings of the Royal Soc.*, vol. LXXIII.

La culture employée était une culture de vingt-quatre heures en bouillon, culture soigneusement centrifugée pour éviter tout grumeau de microbes.

Les quantités de culture de streptocoque, de corpuscules lavés et de sérum, mentionnées plus bas étaient, dans chaque cas, introduites dans un tube capillaire, mêlées sur une lamelle, réaspirées dans le tube et mises à digérer ensemble à la température du corps (37 degrés) pendant vingt minutes.

Ensuite les préparations étaient faites, après nouveau mélange sur lamelle, et colorées par le liquide de Romanowski modifié par Leishmann.

Le coefficient phagocytaire donné ci-dessous représente, dans chaque cas, la moyenne du nombre des microbes ingérés par les polynucléaires. Le nombre des polynucléaires examinés est dans chaque cas indiqué par une parenthèse.

Corpuscules lavés (après injection)...	3 parties.
Sérum — ...	3 —
Suspension de streptocoque.........	1 —
Coefficient phagocytaire (35 polyn.).	18,45

Corpuscules lavés (avant injection)...	3 parties.
Sérum — ...	3 —
Suspension de streptocoque.........	1 —
Coefficient phagocytaire (30 polyn.).	5,00

Corpuscules lavés (après injection)...	3 parties.
Sérum (avant injection).............	3 —
Suspension de streptocoque.........	1 —
Coefficient phagocytaire (30 polyn.).	5,30

Corpuscules lavés (avant injection)...	3 parties.
Sérum (après injection).............	3 —
Suspension de streptocoque.........	1 —
Coefficient phagocytaire (30 polyn.).	18,60

Ces expériences montrent clairement que sous l'influence d'une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes d'électroplatinol, les globules blancs n'ont pas acquis de propriétés nouvelles, mais qu'au contraire le sérum a été modifié de façon à faire des microbes une proie toute désignée pour les phagocytes.

Si nous reprenons les mêmes expériences, après avoir fait chauffer pendant quinze minutes à 60 degrés le sérum (après injection), nous voyons que cette substance immunisante est thermolabile.

Corpuscules lavés (après injection)...	3 parties.
Sérum (après injection) chauffé à 60°..	3 —
Suspension de streptocoque.........	1 —
Coefficient phagocytaire (30 polyn.).	4,20

Cette substance détruite par la chaleur à 60 degrés paraît être la substance également thermolabile décrite par Wright sous le nom d'opsonine, car on admet que les stimulines de Metchnikoff ne sont pas détruites par la chaleur à cette température.

Conclusions. — 1° Cette nouvelle série d'expériences nous permet de dire comme dans notre précédent travail que « notre méthode est la seule, jusqu'à ce jour, qui permette de suivre pas à pas l'action d'un médicament et d'en contrôler, sous le microscope, les résultats cliniques. Sa simplicité la met à la portée de tout chercheur un peu au courant des travaux de laboratoire ».

2° Il y a une différence notable entre l'action des différents métaux (argent, cuivre, or, platine) sur les microbes étudiés.

3° Ces métaux colloïdaux augmentent en général d'une façon très sensible le coefficient phagocytaire. On peut cependant noter, entre eux, les différences suivantes :

L'argent semble plus actif contre l'Eberth et les paratyphiques;

Le cuivre contre le vibrion cholérique (1);

L'or contre le charbon et les paratyphiques;

Le platine contre le streptocoque.

4° Les métaux colloïdaux agissent sur le sérum en provoquant l'apparition d'opsonines qui paraissent spécifiques.

MÉDECINE PRATIQUE

L'EMPLOI DE LA MORPHINE EN THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Jusqu'à ces dernières années, l'opium et la morphine étaient presque complètement inutilisés en médecine infantile; on enseignait, en effet, que les préparations opiacées sont dangereuses chez les enfants et qu'il faut éviter d'y avoir recours. Plusieurs travaux récents ont provoqué une tentative de réaction contre cette opinion classique; ils ont été exposés dans la thèse de Lemarignier (2), commentés et discutés dans les revues générales de Comby (3) et de Gaudeau (4).

La morphine a été employée par Borde chez les enfants atteints de gastro-entérite aiguë; associée à la diète hydrique et aux régimes habituellement prescrits, elle aurait pour effet de régulariser les contractions intestinales, de diminuer la diarrhée et les vomissements. Borde conseille de donner du sirop de morphine dans une potion de 100 centimètres cubes; on peut prescrire 3 grammes de sirop de morphine à un enfant de trois mois, 10 grammes pour un enfant de douze mois, 15 grammes pour un enfant de dix-huit mois. Dans les fièvres éruptives avec agitation, Lesage et Lemarignier ont vu disparaître les phénomènes délirants et l'excitation cérébrale à la suite d'une injection de morphine. Bien que l'opium soit classiquement contre-indiqué dans les états inflammatoires et congestifs du système nerveux, Lemarignier a traité par la morphine un enfant atteint de méningite cérébro-spinale et pris brusquement d'un délire intense; l'enfant fut très rapidement calmé.

Les crises dyspnéiques de l'adénopathie trachéo-bronchique, les crises d'asthme sont aussi des indications à l'emploi de la morphine. Dans la coqueluche, Triboulet et Boyé

(1) Cette action du cuivre colloïdal sur la résistance phagocytaire à l'égard du vibrion cholérique est très intéressante surtout en ce moment où la Russie est éprouvée par une forte épidémie menaçant de se répandre dans le reste de l'Europe. C'est la preuve scientifique des observations de Burq signalées par Ogier (*Traité de toxicol.*, p. 380) qui « tendaient à démontrer que l'absorption lente de petites quantités de cuivre procure aux ouvriers une immunité relative contre certaines maladies, notamment le choléra ».

(2) Lemarignier. *De l'emploi de la morphine en thérapeutique infantile*, Th. de Paris, 1908 (J. Rousset).

(3) Comby. La morphine chez les enfants, *Archiv. de méd. des enf.*, juin 1909.

(4) Gaudeau. De l'emploi de la morphine en thérapeutique infantile, *Arch. méd.-chir. de prov.*, 15 avril 1909.

ont obtenu quelques heureux résultats; la morphine supprimerait les vomissements consécutifs à la toux, et diminuerait la durée de la maladie; toutefois, Lesage, Comby n'ont pas observé cette action de la morphine sur la coqueluche. Mais c'est surtout dans les laryngites striduleuses, dans les laryngites aiguës sténosantes et dans le croup que la morphine a été utilisée; on a démontré depuis longtemps, pour toutes ces affections, le rôle prépondérant du spasme qui est la cause des accès de suffocation et qui intervient même dans la production de la dyspnée continue; il était donc théoriquement rationnel de s'adresser, pour combattre ce spasme, au meilleur des antispasmodiques, à la morphine (Lesage et Cléret). Dans les laryngites striduleuses, l'efficacité du traitement morphinique est absolue (Lemarignier); Ausset a relaté aussi un cas de faux croup intense qui, sans la morphine, aurait nécessité le tubage. Pour ce qui est du croup, les résultats ne peuvent naturellement être aussi brillants, puisqu'en dehors de l'obstacle laryngé, la gravité du croup dépend aussi d'une intoxication générale contre laquelle la morphine ne peut rien; cependant, d'après Lemarignier, la morphine donnée dès le début, dans le croup, permet de supprimer le tubage; employée plus tardivement, elle évite parfois le tubage, sinon, elle permet tout au moins d'en diminuer la durée; il est bien entendu qu'avec la morphine, on fera des injections de sérum antidiphtérique et à dose suffisante, nous dirions volontiers presque excessive, plusieurs communications récentes, par exemple celle de Méry, Weill et Parturier (1), ayant montré que la sérothérapie antidiphtérique devait être intensive et prolongée. Pour en revenir à l'emploi de la morphine dans le croup, on donne la morphine en injections sous-cutanées; Lesage et Cléret se servent d'une solution de chlorhydrate de morphine à 1 p. 100, soit 1 centigramme de sel pour 1 centimètre cube; on injecte 1/4, 1/3, 1/2, 2/3 de centimètre cube suivant l'âge de l'enfant; pour les nourrissons, on peut employer une solution au millième. Voici les doses indiquées par Lesage, Lemarignier : avant deux mois, 1 à 2 milligrammes (solution au millième); jusqu'à un an, 1/3 de centigramme; d'un à deux ans, 1/2 centigramme; de deux à trois ans, 2/3; au-dessus de trois ans, 1 centigramme. Ces doses sont les doses fortes, convenant aux accès violents de suffocation du croup; pour les autres affections, on peut commencer par des doses un peu plus faibles (Lemarignier).

Si l'emploi de la morphine en médecine infantile a des partisans convaincus, il convient d'ajouter que tous ceux qui l'ont récemment essayé n'admettent pas cette réhabilitation de l'opium et de la morphine auprès des pédiatres. En effet, nous avons déjà dit que Comby n'en a obtenu aucun résultat dans la coqueluche; pour ce qui est du croup, Carles et Dupérié (2) ont employé les injections hypodermiques de morphine dans douze cas, ils ont eu onze insuccès; dans un seul cas, ce traitement leur a donné quelque satisfaction. Ces auteurs n'ont aucun enthousiasme pour la nouvelle méthode; ils ont remarqué qu'après l'injection de morphine, l'enfant atteint de croup est déprimé, somnolent; cette somnolence trompeuse ne doit pas faire croire à une amélioration, c'est plutôt un symptôme fâcheux, car l'enfant ne peut plus lutter efficacement contre l'obstacle laryngé; le tirage, phénomène actif de défense, diminue, tandis que l'asphyxie avec cyanose augmente rapidement; dans bien des cas, l'injection de morphine a donc plutôt pour résultat d'avancer l'heure du tubage. Pour ces auteurs, le traitement du croup par les injections de morphine semble être « souvent inutile, quelquefois nuisible et parfois irrationnel ».

(1) Méry, Weill-Hallé et Parturier. La sérothérapie intensive dans le traitement des angines graves et des paralysies diphtériques, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1909, p. 806.

(2) Carles et Dupérié. Quelques critiques sur l'emploi des injections hypodermiques de morphine dans le traitement du croup chez l'enfant, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 21 mars 1909.

Il est impossible actuellement d'avoir une opinion définitive sur l'emploi de la morphine en médecine infantile. Tout ce qu'on peut conseiller, c'est de ne l'utiliser qu'avec une prudence extrême. Comby craint que la méthode ne se vulgarise trop rapidement et passe, sans un stage suffisant, de la pratique hospitalière à la pratique civile. « A l'hôpital, dit-il, on peut oser, car l'enfant, surveillé nuit et jour, est secouru immédiatement en cas d'alerte. En clientèle, le médecin qui aura fait une injection de morphine, à dose forte, chez un enfant dont il ignore la tolérance, l'idiosyncrasie, partira-t-il complètement rassuré sur les suites de son action thérapeutique? » Hutinel et Merklen (1), après avoir proscrit l'opium dans la thérapeutique infantile, reconnaissent que la codéine et la morphine sont mieux tolérées que l'opium; mais, en signalant l'emploi de la morphine contre la diarrhée des gastro-entérites, les spasmes du croup et les quintes de coqueluche, ils ne le recommandent pas et ajoutent : « Nous ne croyons pas que ces pratiques soient appelées à se généraliser. »

M. BRELET.

ANALYSES

MÉDECINE

Continence sexuelle et artério-sclérose. (P. Remlinger, *Presse méd.*, n° 102, 19 déc. 1908.) — L'influence de l'alimentation, de ses modifications quantitatives et qualitatives sur la genèse des maladies a été étudiée dans ses moindres détails. Les boissons alcooliques ou même non alcooliques comme le thé et le café ont été, à ce point de vue, l'objet de travaux tout particulièrement nombreux. La même sollicitude s'est étendue à certaines habitudes — celle de fumer par exemple — qui tiennent dans la vie de l'homme une place relativement minime. Si on réfléchit à l'importance très grande qu'ont en comparaison les phénomènes dont la sphère génitale est le point de départ, on est en droit de supposer qu'ils doivent également avoir une influence considérable sur le développement des états morbides et on est surpris du peu de place qu'on leur accorde en étiologie générale. Parmi les faits qui rentrent dans cet ordre d'idées figure l'influence que paraît avoir sur le développement de l'artério-sclérose la continence sexuelle ou plutôt la difficulté de la supporter. On voit en effet des personnes sans antécédents héréditaires arthritiques comme aussi sans antécédents pathologiques personnels, des personnes ayant toujours mené une vie calme, paisible, régulière, parfois même une existence de tous points exemplaire, présenter entre la trentième et la quarantième année des symptômes d'artério-sclérose. Celle-ci suit une marche singulièrement rapide et, en quelques années, la mort se produit par hémorragie cérébrale, angine de poitrine, etc. La fin prématurée de ces sujets qui n'ont jamais fait le moindre excès n'est pas sans étonner le public (pour qui artério-sclérose est souvent synonyme d'abus) et même sans exercer sur lui une certaine action démoralisante. Or il semble que le médecin au courant de la vie privée de ces personnes ait le droit de se demander si elles ne meurent pas victimes en quelque sorte de l'excès de leur vertu. Pour une raison ou pour une autre (vœu de chasteté, extrême timidité, syphilophobie, etc.) ces sujets sont des continents sexuels; ils supportent mal cette continence et sont en proie, à intervalles périodiques, à des crises d'excitation génitale intenses qui les fatiguent énormément. Il semble que ce soit là sinon la cause unique, du moins une des causes principales de leur artério-sclérose. La sécrétion interne de la glande testiculaire paraît ici hors de cause. Il est plus probable que la continence sexuelle agit

(1) Hutinel. *Les maladies des enfants*, t. III, p. 764.

sur le système vasculaire par l'intermédiaire du système nerveux dont on connaît le rôle majeur dans la production de l'artério-sclérose et qui est susceptible d'être très fortement ébranlé au cours des longues crises d'excitation génitale que traversent certains continents sexuels. Ces faits sont intéressants à connaître pour le médecin, le mariage ou l'établissement de rapports sexuels réguliers devant logiquement enrayer le développement des accidents. L. GAYARD.

CHIRURGIE

Observations sur l'anatomie pathologique et le traitement opératoire des abcès prostatiques. (*New-York surg. Soc.*, 27 janv. 1909.) — ALEXANDER a des idées nettes et radicales sur les abcès de la prostate d'origine blennorragique. Sur 68 abcès vus par lui à Bellevue de 1905 à 1908, 26 furent opérés par incision périnéale et drainage dans l'urètre et 42 par prostatectomie; 49, c'est-à-dire les trois quarts de ces cas, étaient chez des sujets de moins de trente ans, et sur les 42 prostatectomisés, 38 avaient moins de trente ans. Dans 16 cas, l'abcès prostatique se compliquait d'abcès périnéal, et dans 5 d'abcès ischio-rectal; et à cause de l'intervention précoce, cette proportion de 5 sur 68 ne donne pas la véritable fréquence de cette complication des prostatites suppurées. Presque tous, dit Alexander, sinon tous les abcès ischio-rectaux vus par les chirurgiens génito-urinaires sont d'origine prostatique et les récidives si fréquentes des abcès ischio-rectaux sont simplement dues à ce qu'on néglige le point de départ prostatique.

Il n'y avait de rétrécissements que dans 9 des 68 cas, mais le nombre de méats congénitalement étroits était grand. Alexander croit que les méats étroits ont une très grosse importance dans la genèse de toutes les complications blennorragiques.

Dans 45 des cas, le pus était limité à l'intérieur de la capsule prostatique, dans 22, il en avait dépassé les limites, et une fois, il s'était évacué par le rectum; 35 des malades, c'est-à-dire plus de 50 p. 100 des cas avaient une rétention d'urine, le plus souvent complète.

Il y a quelques années, Alexander prônait comme traitement des abcès de la prostate, le drainage par l'urètre après périnéotomie, et il croit encore que c'est là la technique de choix dans certains cas, particulièrement ceux où il y a un gros abcès isolé, ayant détruit à peu près complètement un des lobes de la prostate. Mais ce n'est pas là la forme la plus fréquente. Même quand on opère tôt, le lobe affecté ne contient pas qu'un seul abcès; il en contient plusieurs, et c'est par la coalescence de plusieurs de ces abcès que les gros abcès se forment. Aussi, quand on ouvre et draine un seul de ces abcès, un autre abcès, plus tard, nécessite une seconde opération. Aussi faut-il enlever le lobe tout entier.

Les prostates enlevées par Alexander lui ont permis d'étudier l'anatomie pathologique des prostatites, ce qui n'a guère été fait jusqu'ici. Les lésions sont par ordre de développement : 1° une inflammation purulente, catarrale avec exsudat situé surtout à l'intérieur des glandules ; 2° une suppuration interstitielle partant des acini, envahissant le stroma avoisinant, détruisant le stroma et les tubules et formant des abcès miliaires ou plus gros. Le gros abcès se forme par réunion de plusieurs petits, après nécrose de la cloison de séparation; 3° une exsudation chronique avec hyperplasie. C'est là un stage plus tardif, caractérisé par l'infiltration du stroma par les mononucléaires, l'apparition de foyers compacts de lymphocytes, l'œdème chronique et des aires de ramollissement formées d'amas de leucocytes, d'épithélium gonflé et dégénéré, et d'autres éléments fixes du tissu, avec de temps en temps de l'hypertrophie et de la métaplasie des cellules glandulaires. Toutes ces lésions se trouvent souvent combinées dans une même prostate.

La position des abcès dans la prostate et leurs rapports avec l'urètre sont sujets à de grandes variations. Les abcès se produisent toujours dans les lobes latéraux et plus particulièrement dans cette portion située le long de l'urètre : on les trouve généralement dans un seul lobe, mais on peut les trouver dans les deux simultanément, mais un lobe est toujours plus affecté que l'autre ; les abcès sont centraux, juxta-urétraux ou sous-capsulaires. La précocité de l'intervention peut faire beaucoup pour sauver une moitié de la prostate.

On ne peut compter sur la rupture spontanée dans l'urètre. Ce mécanisme de guérison est plus théorique que réel. La règle est la présence de foyers disséminés de suppuration.

D'une façon générale, l'abcès prostatique est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit. Les symptômes fonctionnels ne sont pas ceux décrits dans les livres classiques, et dans beaucoup de cas, l'examen physique peut les révéler. Le traitement conservateur, dilatation et massage, doit tomber dans l'oubli.

Cependant, cette idée de prostatectomie chez des sujets de moins de trente ans ne séduit pas tout le monde. GIBSON n'a pas fait de prostatectomie pour abcès et il ne se rappelle pas avoir vu de cas où une telle méthode eût été indiquée. Il a traité un grand nombre de cas par l'incision extra-urétrale, dont il est satisfait. Chez un de ses malades, ainsi incisé, un énorme sarcome se développa deux ans après, et fut rapidement fatal.

WOOLSEY et ROGERS insistent sur les rapports des abcès prostatiques et des abcès ischio-rectaux. La dépendance est très étroite.

BLAKE suppose que l'énucléation doit être réservée aux cas chroniques avec gonflement permanent. Les cas ordinaires se traitent très bien par le drainage simple. Nous ne savons pas encore quels sont les désordres amenés par la prostatectomie chez les jeunes.

En clôturant la discussion, ALEXANDER répète que s'il y a abcès unique, on peut drainer; mais s'il y a des abcès multiples, il faut prostatectomiser.

Les idées de GIBSON et de BLAKE nous semblent être celles que les chirurgiens en général admettront le plus volontiers.

F. GARDNER.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CROUP (1)

FORMES CLINIQUES. — La description précédente s'applique à la forme commune du croup, à la diphtérie pure non toxique. Dans ces cas, la marche est généralement progressive, cependant la maladie peut s'arrêter à la première période; c'est le *croup abortif* ou croup *fruste*; un enfant, au cours d'une angine, présente seulement quelques modifications de la voix et de la toux; tout se borne à ces quelques symptômes soit spontanément, soit plutôt à la suite d'un traitement précoce par le sérum de Roux. On a même décrit (Ruault) une *forme latente* de diphtérie laryngée; il s'agit alors le plus souvent d'adultes qui ont seulement quelques fausses membranes dans le vestibule du larynx, dans la région sus-glottique : le diagnostic ne peut être fait que par l'examen laryngoscopique. On voit alors une rougeur diffuse et un aspect chagriné de la muqueuse du larynx, surtout dans la région du vestibule; une tuméfaction des cordes vocales; et des fausses membranes, minces pellicules grisâtres, recouvrant la muqueuse aryténoïdienne et ary-épiglottique, puis les cordes vocales et la région sous-glottique; on remarque

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 93, p. 1177.

aussi un spasme tonique des adducteurs et des tenseurs des cordes vocales inférieures (Ruault). A propos de l'examen laryngoscopique, il faut remarquer qu'on ne peut le pratiquer que chez les enfants déjà grands et chez les adultes; dans le croup des enfants, on s'abstiendra d'un examen laryngoscopique, d'ailleurs presque impossible, et qui risquerait de déterminer un accès de suffocation. Mais chez les jeunes enfants, on peut toutefois, sans examen laryngoscopique, faire l'inspection directe de la face antérieure, du sommet et des bords de l'épiglotte; on déprime la base de la langue avec l'abaisse-langue, un mouvement réflexe se produit qui fait apparaître l'épiglotte avec une bordure blanche correspondant à un exsudat; c'est le *signe de l'épiglotte* (Variot), très utile à rechercher dans le croup d'emblée et dans le croup fruste sans tirage.

Variot a signalé aussi des cas dans lesquels manquait un symptôme important du croup, par exemple la raucité de la voix. L'enfant a donc une toux rauque, mais une voix claire, ce qu'on explique par une intégrité relative des cordes vocales inférieures.

Dans les *formes toxiques*, le danger n'est plus seulement au larynx; il faut tenir compte de l'intoxication de l'organisme. La marche est plus rapide, l'évolution plus continue, sans grands accès de suffocation; le malade est surtout prostré, anéanti; le teint est pâle, plombé; l'albuminurie, qui apparaît dès le début, est très abondante; la mort survient presque fatalement, parfois après deux ou trois jours.

Les altérations de l'état général sont aussi au premier plan dans les *formes infectieuses*, dans la strepto-diphtérie. De plus, les symptômes laryngés sont un peu différents; ce sont souvent des accidents laryngés septiques qui dominent; la présence de muco-pus dans le larynx détermine une laryngite sous-glottique, puis une infection broncho-pulmonaire. Si même le danger immédiat est écarté par la sérothérapie et le tubage, il arrive que le larynx devient le siège de processus anatomiques complexes et en particulier d'ulcérations, occupant habituellement la région sous-glottique; elles constituent une menace prolongée d'infections broncho-pulmonaires; elles entretiennent le spasme du larynx et obligent parfois à répéter le tubage pendant une période plus ou moins longue.

Le *croup des adultes* se traduit habituellement par des symptômes laryngés moins intenses que le croup des enfants; la respiration est moins compromise; le tirage n'est pas très accentué, les accès de suffocation sont peu fréquents, mais, quand ils surviennent, ils peuvent être d'une intensité extrême et amener la mort presque soudainement (Archambault). Presque toujours la diphtérie envahit aussi la trachée et les bronches; l'intoxication de l'organisme est très profonde.

Parmi les *croups secondaires* survenant au cours d'autres infections non diphtériques, le croup morbilleux est le plus fréquent; il apparaît pendant ou après l'éruption; c'est souvent une strepto-diphtérie avec ulcérations du larynx et broncho-pneumonie grave; il en est de même pour le croup qui complique la coqueluche. On a signalé quelques cas de croup au cours de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux d'enfants; les angines pseudo-membraneuses tardives et diphtériques de la scarlatine ne déterminent qu'exceptionnellement la diphtérie laryngée.

Enfin, l'aspect clinique du croup peut être modifié de par la survenance de quelques *complications*. C'est par exemple la *diphtérie de la trachée et des bronches*; le seul signe positif de cette extension est l'expectoration de fausses membranes tubulées et ramifiées; en dehors de ce symptôme, on pourra penser à l'envahissement des bronches si la respiration est très accélérée (polypnée de Millard), si le murmure vésiculaire est diminué dans une zone de poumon, ce qui indique l'oblitération de la bronche correspondante; on a décrit aussi des signes stéthoscopiques de diphtérie bronchique : gros craquements s'entendant au niveau de la racine des bronches, bruit de frôlement ou de drapeau; ces signes sont tellement exceptionnels qu'il ne faut pas compter sur eux pour faire le diagnostic. La *broncho-pneumonie* s'observe surtout dans les croups secondaires et les strepto-diphtéries; elle peut aussi survenir après la trachéotomie; elle se reconnaît à l'élévation de la température, aux symptômes fonctionnels et signes physiques habituels.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du croup est très facile si le malade était déjà atteint d'une angine à fausses membranes quand surviennent les symptômes laryngés. Une angine à enduit blanc avec laryngite est pathognomonique de la diphtérie. En cas de croup d'emblée, le diagnostic est plus délicat.

On éliminera d'abord les causes de dyspnée qui ne siègent pas au larynx. Le *coryza* des nouveau-nés, l'*adénoïdite* aiguë ne déterminent pas les modifications de la voix et de la toux que l'on observe dans le croup. L'*asthme* se traduit par une dyspnée qui atteint rapidement son maximum; les ailes du nez battent, la respiration s'accélère; à l'auscultation de la poitrine, on entend des râles sibilants et ronflants, disséminés, variables, mêlés à des râles humides. La *broncho-pneumonie* détermine souvent, chez les jeunes enfants, du tirage sous-sternal; mais la voix et la toux ne sont pas voilées, la respiration atteint 40 à 80 par minute; on constate dans la poitrine des signes de bronchite disséminée et des foyers de râles sous-crépitants fins avec ou sans souffle; à propos de ce diagnostic différentiel entre la broncho-pneumonie et le croup, il ne faut pas oublier que la diphtérie se complique souvent de broncho-pneumonie et que par conséquent un diagnostic exact de broncho-pneumonie peut parfois être incomplet si on ne reconnaît pas que l'enfant est en même temps un diphtérique.

Dans l'*abcès rétro-pharyngien*, il existe bien une dyspnée permanente qui s'accompagne de tirage et de cornage, et même des accès de suffocation; mais à ces symptômes dyspnéiques s'associent des troubles de la déglutition; la dysphagie est précoce, progressive. La voix est rauque ou nasillarde, semblable au cri d'un canard. L'inspection du pharynx et surtout le toucher digital permettent de reconnaître une tuméfaction sur la paroi postérieure du pharynx.

Le *stridor congénital* se caractérise par un bruit inspiratoire qui rappelle le gloussement d'une poule; ce bruit est faible au repos, mais, quand l'enfant s'agite, le stridor augmente et alors une crise de spasme glottique peut survenir avec angoisse, tirage et cyanose.

Dans certains cas, il se produit, au cours d'une *adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse*, des paroxysmes de dyspnée avec toux rauque et tirage qui peuvent faire penser au croup; Marfan a relaté un cas dans lequel l'enfant, atteint d'adénopathie, fut traité comme un diphtérique par le sérum, le tubage et la trachéotomie; de tels faits sont exceptionnels. De même, l'*hypertrophie du thymus* peut provoquer une compression brusque de la trachée avec dyspnée violente, cornage et tirage.

(*A suivre.*)

Maladies des veines et des lymphatiques, par MM. LAUNAY, chirurgien des hôpitaux de Paris, et BRODIER, ancien chef de clinique de la Faculté. Grand in-8 de 266 pages avec 39 figures. — Prix : broché, 5 francs; cartonné, 6 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Névralgies et leur traitement, par les docteurs F. LÉVY et A. BAUDOIN, anciens internes des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-18 de 96 p., cart. (*Actualités médicales*). — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie. — (1er juillet 1909.) MERMOD : Quelques inconvénients de la résection sous-muqueuse de la cloison nasale. — GAUDIER : Evolution intra-cranienne des polypes fibreux naso-pharyngiens. — JACQUES et LUCIEN : Paralysie centrale des sixième et septième paires au cours d'une otorrhée. — RAZEMON : Que devient la paraffine solide injectée dans les tissus du corps humain. — BAR : Le phlegmon diffus péripharyngien ou maladie de Senator. — MIGNON : Zona otique. — BARTHAS : Le massage facial dans les affections congestives de la pituitaire. — MOSSÉ : Deux cas de mastoïdite. — DESHAYES : Méningite du quatrième ventricule avec troubles de l'équilibre et de l'ouïe. Guérison. — LABOURÉ : Sur un cas d'immobilisation post-traumatique de la corde vocale droite.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 29 avril 1909.) ROSENHEIM : Sur la physiologie et la pathologie du gros intestin. — BRÜNINGS : Sur les progrès du traitement œsophagoscopique des corps étrangers déglutis. — GLAESSNER : L'emploi et les résultats du sérum de Marmorek. — MOLNAR : Sur l'analyse du mécanisme de la fonction et de l'arrêt des glandes gastriques. — RICHTER : La valeur thérapeutique de l'irradiation des blessures granuleuses et suppurantes et des ulcères de jambe par la lumière d'arc bleue. — PIORKOWSKI : Les contre-indications de la méthode de Finsen. — LAAS : Rétrécissement d'une pupille insensible à la lumière par instillation de dionine dans l'autre œil.

Gynécologie. — (N° 4, juillet 1909.) PETIT : Quelques mots sur la radiumthérapie, particulièrement en gynécologie. — GERMAIN : Néphrectomie et grossesse.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 mai 1909.) J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : L'abus des doctrines microbiennes. Erreurs de pratiques de l'antisepsie et de l'asepsie. — A. TROUSSEAU : Valeur diagnostique et pronostique des hémorragies de la rétine. — BARIÉ : Asystolie hépatique. La dyspnée chez les cardiaques. — (10 juin.) Sir Victor HORSLEY : Méningite spinale chronique ; son diagnostic différentiel et son traitement. — MOIZARD : L'hypertrophie et la chirurgie du thymus. — DUFOUR : Rapports existant entre certaines fièvres éruptives (érysipèle, rougeole, scarlatine) et la grossesse avec les suites de couches. Considérations sur l'allaitement au cours de ces affections. — A. ROBIN : Cure de l'obésité. Traitement de la furonculose.

Journal de médecine interne. — (N° 19, 10 juillet 1909.) Pierre DELBET : Les gangrènes et leur traitement. — (N° 20, 20 juillet.) HIRTZ : Thérapeutique d'urgence de l'asystolie. — CROUZON et LE PLAY : Un cas de lymphangite tuberculeuse tronculaire (diagnostic des nodosités cutanées et sous-cutanées). — (N° 21, 30 juillet.) WICKHAM et DEGRAIS : Radiumthérapie des cancers, des nœvi, des chéloïdes et de la tuberculose cutanée.

Journal des praticiens. — (N° 24, 12 juin 1909.) G.-H. LEMOINE : Désinfection des locaux. — CALOT : Le traitement du mal de Pott. — (N° 25, 19 juin.) DEBOVE : De l'ulcère d'estomac. — CALOT : Le traitement du mal de Pott (*suite*). — (N° 26, 26 juin.) ROCHON-DUVIGNEAUD : Les avancements musculaires doubles dans le traitement chirurgical précoce du strabisme. — CALOT : Le traitement du mal de Pott (*suite*). — (N° 27, 3 juillet.) Alex. RENAULT : Une application peu connue de l'iodure de potassium. — ROGER : Accidents tardifs après une injection de sérum antitétanique. — (N° 28, 10 juillet.) VIRES : Le traitement des douleurs gastriques. — RÉNON : La cardioptose. — MARIN : Résection de l'astragale pour luxation irréductible. — (N° 29, 17 juillet.) BORDIER : Ce que peut la physiothérapie dans le traitement des arthrites chroniques et en particulier de celles du genou. — GAUCHER : Les prurits essentiels. — RAYMOND : Les névralgies faciales. — JEANSELME : Gommes syphilitiques. — (N° 30, 24 juillet.) LE GENDRE : Traitement des douleurs abdominales. — VARIOT : L'hypotrophie infantile et l'abaissement de la taille. — BABINSKI : Signes tirés des mouvements accessoires dans la marche. — AMBLARD : L'hypotension artérielle par les cures de diurèse. — (N° 31, 31 juillet.) CASTEX : Infections à distance chez les ozéneux. — VIVIER : Traitement des fractures de cuisse chez l'enfant. — MATHIEU : Symptomatologie de l'ulcus. — VARIOT : Hypotrophie et rachitisme. — RAYMOND : Forme trophique du tabes. — (N° 32, 7 août.) HUCHARD : Considérations générales sur l'artério-sclérose. — HUTINEL : L'asthme infantile. — JEANSELME : Erythème scarlatiniforme. — RAYMOND : Tic spasmodique de la face.

Medizinische Blætter. — (N° 18, 1er mai 1909.) FISCHLERG : La tuberculose chez les Juifs. — (N° 19, 8 mai.) JERUSALEM : Opérations aux ambulants. — (N° 20, 15 mai.) JERUSALEM : Opérations à l'ambulance. — CHODNUNSKY : Refroidissement. — (N° 21, 22 mai.) MEYER : L'importance du froid et de l'humidité dans l'origine des maladies.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 18, 4 mai 1909.) KANTOROWICZ : Antiferments bactériens et bactériolyse. — GREEFF : Contribution au traitement des maladies pulmonaires par le masque à aspiration de Kuhn. — MÜLLER : Contribution à la connaissance du traitement par la digitale. — GIGON : Recherches comparatives sur l'action de l'alimentation hydrocarbonée et albuminoïde dans le diabète sucré. — CONRADI : Conservation par la glace et intoxication par la viande. — MAYER : Sur la bactériologie et le traitement spécifique de la méningite cérébro-spinale épidémique. — LIEBERMEISTER et LEBRAUFT : Sur les modifications des éléments nerveux de la moelle dans la méningite cérébro-spinale épidémique. — HANDWERK : Syndrome de Stockes-Adams : gomme du septum interauriculaire. — HEINZMANN : Sur un cas de pseudo-hermaphrodisme masculin externe. — BRAND : Skiascope. — KAESTLE : Les combinaisons du bismuth et leurs succédanés dans la röntgenologie du tube digestif humain. — RUSSON : Sur une nouvelle coloration de contraste pour la coloration des bacilles tuberculeux intracellulaires dans l'expectoration. — LISSAUER : Technique de l'éclairage du larynx avec la lumière solaire. — JUNG : Sur l'indication et la technique de la césarienne classique et extra-péritonéale et de l'hébostéotomie.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 18, 2 mai 1909.) ARANY : Le traitement du diabète. — HILBEBRAND : Contribution à la morphologie des dents humaines. — KOVACS : Guérisons obtenues par le brome-persan.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 17, 29 avril 1909.) EXNER : Rapports thermiques entre le cœur et le poumon. — ABERLE : L'état actuel de la transplantation des tendons. — PREISICH : Fièvre scarlatine. — FORMANEK : Sur un cas de tumeur des conduits hypophysaires. — BIACH : Sur la recherche de la syphilis par une réaction colorante. — LANDSTEINER et FURTH : Remarques sur notre travail : Sur la réactivation du sérum hémolytique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 97. — SAMEDI 28 AOUT 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 28 AOUT 1909. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819 52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Nous rappelons que le concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1909-1910) et la nomination aux places d'élève interne en médecine, vacantes le 1er mai 1910, aura lieu le lundi 20 décembre 1909, à midi précis, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du mardi 2 novembre au mardi 30 novembre inclusivement.

MARINE. — ECOLES DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Les 25, 27 et 29 septembre 1909, s'ouvriront, à Brest, des concours en vue du remplacement :

Du professeur de physique, chimie et histoire naturelle de l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux;

Du professeur d'histologie et physiologie à l'Ecole annexe de la marine à Rochefort;

Du professeur d'anatomie à l'Ecole annexe de la marine à Brest;

Du professeur de chimie biologique et du professeur de physique biologique à l'Ecole annexe de la marine à Brest.

— Le 4 octobre 1909 s'ouvriront, à Brest, Rochefort et Toulon, des concours pour un emploi de prosecteur dans chacun de ces ports.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-troisième semaine, 763 décès, au lieu de 782 pendant la semaine précédente et au lieu de 819, moyenne ordinaire de la saison.

La variole a causé 1 décès, au lieu de 0 pendant la semaine précédente (moyenne 2).

La rougeole a causé 9 décès, au lieu de 13 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 165, au lieu de 238 précédemment (moyenne 102).

La scarlatine a causé 1 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 75; il s'élevait à 65 pendant la semaine précédente (moyenne 98).

La coqueluche a causé 2 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 8).

La diphtérie a causé 2 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 29, au lieu de 36 pendant la semaine précédente (moyenne 42).

La diarrhée infantile a causé 59 décès de 0 à 1 an, au lieu de 56 pendant la semaine précédente (moyenne 98).

En outre, 19 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 84 décès, au lieu de 89 pendant la semaine précédente (moyenne 78).

La phtisie pulmonaire a causé 164 décès (moyenne 175).

Il a été signalé en outre 4 cas de méningite cérébro-spinale épidémique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Maladies des enfants, par V. HUTINEL, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine. Tome II : « Infections chroniques. Paludisme. Rhumatisme. Maladies du sang. Maladies de la nutrition », avec la collaboration de MM. Pierre LEREBOULLET, BIGART et L. TIXIER. Avec 34 fig. et deux planches en couleurs. — Tome III : « Maladies de l'appareil digestif, du foie, des reins et des organes génitaux. Intoxications », avec la collaboration de MM. NOBÉCOURT et P. MERKLEN. Avec 14 fig., dont 4 en couleurs. — Prix des deux volumes : 40 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Conférences sur les accidents du travail et les affections traumatiques, par le docteur Olivier LENOIR, médecin principal-adjoint de la Compagnie Paris-Orléans, préface de M. le professeur SEGOND. *Etude de la loi sur les accidents du travail. — De l'état antérieur. — Hernies. — Appendicite et traumatisme. — Torticolis. — Coup de fouet. — Durillon forcé, hygroma suppuré. — Orchite par effort.* Un vol. in-8, écu. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE LANGUE FRANÇAISE

XIXe SESSION (NANTES 2-7 AOUT 1909)

La première séance s'est ouverte le lundi 2 août sous la présidence de M. Vallon, assisté de M. Mirallié, secrétaire général.

PREMIER RAPPORT

LES FUGUES EN PSYCHIATRIE

M. Victor Parant (de Toulouse), rapporteur. Il existe deux variétés de fugues, les unes *spécifiques*, les autres *banales* dans leurs manifestations.

I. Fugues spécifiques. — 1° *Fugues mélancoliques* se rencontrant dans les états mélancoliques de toute nature et de toute intensité (depuis l'état de simple dépression transitoire jusqu'à la mélancolie délirante et le syndrome de Cotard). Leur début est brusque et violent. Elles constituent des raptus, « des actes réflexes conçus soudainement et exécutés avec la plus grande énergie, sous l'influence d'un état de peur paroxystique ou panophobie, ou d'hallucinations visuelles ou auditives terrifiantes ».

2° *Fugues oniriques* survenant dans le délire onirique de toute cause, surtout chez les alcooliques. On sait que le délire onirique, comme le dit Régis, « naît et évolue dans le sommeil ». Il se traduit par des terreurs, des hallucinations avec ou sans délire et dont la conséquence sont les fugues.

3° *Fugues épileptiques.* — Elles constituent l'une des « impulsions irrésistibles », leurs rapports avec les crises sont variables : le plus fréquemment elles précèdent l'accès, rarement l'accompagnent ou le suivent, exceptionnellement le remplacent. L'automatisme de l'épilepsie procursive (vertiges procursifs) ne constitue pas une véritable fugue. Tantôt la fugue est de courte durée et tantôt plus prolongée (vagabondage impulsif). Elle est soudaine, accompagnée d'amnésie et inconsciente.

4° *Fugues de la démence précoce.* — Elles sont impulsives et de plus démentielles, car elles n'ont aucun rapport avec le motif indiqué par leur auteur pour les justifier. Il s'agit d'actes voulus par une volonté dont les mobiles sont pour ainsi dire nuls.

5° *Fugues dromomaniaques.* — Elles résultent d'une impulsion obsédante ou non. Elles sont involontaires, angoissantes, subconscientes.

6° *Fugues des états seconds* dont le type est la fugue hystérique. C'est une variété de somnambulisme dans laquelle il y a dédoublement de la personnalité et non destruction comme dans les états démentiels.

7° *Fugues systématisées.* — Elles sont la conséquence des délires systématisés. Elles naissent après réflexion, évoluent méthodiquement, longuement, avec un but défini et un caractère délirant.

II. Fugues banales. — Elles se rencontrent dans la paralysie générale, au cours de la démence sénile, dans l'excitation maniaque, dans les psychoses périodiques, chez les idiots et les imbéciles. Ce sont les unes des fugues par suractivité motrice, érotique, intellectuelle, les autres des fugues démentielles, amnésiques ou confuses.

Ces différentes variétés de fugues étant établies, quelle est la définition capable de les condenser? On peut les définir : *tout acte de marche ou de voyage accompli par accès et déterminé par un trouble mental.*

Il est permis de ranger ainsi la fugue entre l'automatisme et le vagabondage, ces trois états étant reliés entre eux par une série de transitions.

Discussion.

M. Dupouy (de Paris) veut répondre aux objections qu'a faites le rapporteur, à l'ouvrage publié par lui en collaboration avec M. Joffroy. Comme M. Parant, il admet que la fugue mélancolique est la conséquence de l'angoisse, de la douleur morale du malade qui appréhende l'avenir, mais il pense également que l'élément délire joue aussi un rôle dans le déterminisme de la fugue. Malgré le rapporteur, il croit qu'il est nécessaire de distinguer les fugues délirantes des paranoïques.

L'orateur préfère de beaucoup sa propre définition « la fugue est un abandon impulsif du domicile », à la formule de M. Parant. Si en effet la fugue est « tout acte de marche ou de voyage accompli par accès et déterminé par un trouble mental », il s'ensuit que tous les malades qui marchent font des fugues. A ce compte tous les aliénés qui déambulent dans des cours et des jardins feraient des fugues. Pourtant il est des individus qui désertent leur domicile et ne marchent ni ne voyagent : durant des jours et des semaines ils se terrent dans un abri; et pourtant ils réalisent une véritable fugue. Donc l'élément essentiel de la fugue n'est pas tant le déplacement, la déambulation, que l'abandon du domicile.

M. Régis (de Bordeaux) aurait voulu que M. Parant dît un mot de la fugue dans les deux sexes et montrât notamment comment la fugue délirante et la fugue somnambulique sont relativement fréquentes chez la femme, tandis que la fugue impulsive, dromomaniaque y est au contraire exceptionnelle.

Dans la fugue mélancolique, l'état mental, le délire joue un rôle au moins aussi grand que l'anxiété; quant à la fugue du délire onirique, elle est très fréquente.

Après ces courtes critiques, M. Régis veut établir qu'il existe une tendance réellement constitutionnelle à la fugue, tendance souvent héréditaire, précoce, donnant lieu durant les crises à un état mental particulier s'adaptant aux complications délirantes intercurrentes lorsqu'il en survient.

Le cas de Jean-Jacques Rousseau peut être considéré comme le type du genre. Le père du grand écrivain, son frère, son oncle, son cousin germain

firent des fugues et abandonnèrent leur famille. Lui-même à seize ans quitta brusquement sa ville natale. Du reste, dans ses écrits, il se rend compte lui-même de son état, puisqu'il avoue avoir eu « la manie ambulante ».

La fugue s'est présentée sous deux types chez J.-J. Rousseau : 1° la fugue impulsive proprement dite; 2° la fugue impulsive par déterminisme délirant.

1° *Fugue impulsive proprement dite*. — Chez Rousseau comme chez la plupart des dromomanes constitutionnels, l'accès paroxystique survient brusquement, sans motif ou sous l'influence d'un motif futile, imprévu. De plus il éprouve cette euphorie si profonde du vagabond, heureux d'aller par monts et par vaux, et qui possède une mentalité plus ou moins consciente de poète.

Jean-Jacques a été le premier de ces chemineaux assoiffés de nature, et personne l'a-t-il mieux sentie, comprise et traduite?

En maints endroits de son œuvre, il a dépeint sa joie d'errer dans ses fugues, à travers monts et bois, « les rêves », « les chimères magnifiques » qui l'accompagnaient à ces moments, sa « félicité ambulante », et l'état d'exaltation, d'inspiration créatrice qui en résultait pour lui. Ce fait explique aussi pourquoi les dromomanes préfèrent le voyage à pied à tous autres modes de locomotion.

2° *Fugues impulsives à déterminisme délirant*. — Elles furent inspirées à Jean-Jacques par des idées maladives de persécution. Elles présentent les caractères des fugues mélancoliques à raptus anxieux, C'étaient des fuites tremblantes, apeurées, pleines d'effroi, rappelant la fugue panophobique du mélancolique aigu, celle du délirant onirique voulant échapper à ses terribles visions ou celles de la foule humaine fuyant un affreux sinistre.

On comprend qu'il soit difficile de préciser le degré de responsabilité de ces impulsifs qui ont « la fugue dans le sang ».

MM. R. Benon et P. Froissart (de Paris) ont fait un travail sur le *diagnostic* et la *limitation* de l'état de fugue (1). La fugue, qui se présente sous forme d'accès et est un accident, doit être distinguée du vagabondage, état morbide, habituel et chronique. Entre eux existent tous les intermédiaires. Si le diagnostic des fugues entre elles (fugues en état second, fugues impulsives, etc.) est ordinairement facile, il n'en est pas de même de la différenciation des fugues avec des états similaires voisins : telle la distinction de la fugue dite épileptique avec l'épilepsie procursive, de la fugue dite hystérique avec l'automatisme somnambulique, etc. Si, cliniquement, ces états procèdent de processus mentaux pathologiques semblables, leur diagnostic portera surtout sur les conditions sociales de réalisation de l'acte. Il n'y a vraiment fugue que lorsque le sujet ayant disparu de son domicile, son entourage ignore ce qu'il est devenu.

M. Cruchet (de Bordeaux) définit la fugue « tout acte subit et irraisonnable ou irraisonné, qui consiste à s'enfuir momentanément de l'endroit où l'on est ».

On peut les diviser en *conscientes*, *subconscientes* et *inconscientes*. Pour étudier les fugues pathologiques conscientes de l'adulte, il faut connaître à fond l'origine, les formes et l'évolution des fugues physiologiques de l'enfant. Celles-ci sont de trois ordres : 1° impulsives ou réflexes; 2° idéatives, c'est-à-dire conditionnées par une idée chimérique; 3° abouliques, la volonté étant incapable de s'opposer à l'exécution de l'acte.

M. Haury, médecin-major à Lyon, rapporte des observations de fugues dans l'armée. Cliniquement elles ressemblent tout à fait à celles de la vie civile, mais elles empruntent un intérêt particulier à la rigueur de la discipline. Elles se manifestent en effet sous la forme de la désertion et de l'absence illégale. Aussi l'orateur pense-t-il qu'il est nécessaire de soumettre les sujets qui s'enfuient à un examen psychiatrique avant de les faire passer en conseil de guerre.

M. Lalanne (de Bordeaux) insiste sur le rôle des sentiments affectifs dans le déterminisme de la fugue chez les persécutés mélancoliques.

M. Parant répond rapidement aux critiques qui lui ont été adressées.

DEUXIÈME RAPPORT

L'ALIÉNATION MENTALE DANS L'ARMÉE

M. Granjux (de Paris), rapporteur. Le public est convaincu qu'il ne saurait y avoir d'aliénés dans l'armée : le conseil de revision n'est-il pas là pour les éliminer. M. Granjux montre, en donnant une série d'observations personnelles, qu'il existe des aliénés portant l'uniforme. Quelle est leur proportion? D'après la statistique du médecin allemand Stier dressée pour l'année 1890, elle était pour mille hommes d'effectifs :

Allemagne	0,35
France	0,4
Angleterre	1,3
Belgique	2,33

C'est donc dans les pays où le service militaire n'est pas général que cette proportion est la plus forte, et ceci viendra confirmer une opinion que nous avons depuis longtemps : les engagés présentent proportionnellement plus de tares mentales que les appelés.

Pour les appelés, le conseil de revision n'est pas un filtre capable d'arrêter au passage toutes les non valeurs; ce n'est qu'un dégrossisseur. S'il élimine la plupart des tares physiques, il laisse passer à peu près toutes les psychopathies qui ne lui sont pas signalées, de telle sorte que chaque classe apporte fatalement avec elle son contingent d'aliénés.

Quant aux engagés, la plupart ne s'engagent pas, on les engage. « Pour un engagé volontaire qui se détermine en connaissance de cause après avoir mûrement réfléchi, il en est dix, dit le journal *La France militaire*, qui viennent à l'armée sans grand enthousiasme, qui ont été alléchés par l'appât d'une prime

(1) R. Benon et Froissart. L'automatisme ambulatoire. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 86, p. 1087.

promptement dissipée ou qui ont agi sous la pression des circonstances. » Les familles qui poussent les individus vicieux à s'engager s'imaginent que le régiment les amendera ou bien veulent encore s'en débarrasser. Quoi donc d'étonnant à ce que les engagés fournissent le gros appoint parmi les aliénés. Dans les corps d'épreuve tels que la légion étrangère la proportion est plus forte pour cinq ordres de causes : recrutement par voie d'engagements; difficulté de l'examen psychiatrique des engagés dont beaucoup ne parlent pas le français; maintien de soldats déjà engagés; substitution de personnes lors des engagements; engagement d'individus antérieurement condamnés.

Il importe donc, soit d'arrêter les aliénés *avant leur entrée dans l'armée* au moment du conseil de revision ou lors de l'engagement, soit de *les dépister* à l'incorporation, après l'incorporation, au conseil de guerre ou au conseil de discipline.

Aussi est-il nécessaire que les médecins militaires acquièrent des connaissances psychiatriques sérieuses qui les rendent capables de mener à bien cette tâche difficile. Bien plus, il y a lieu dans toutes les armées européennes, de se préoccuper de l'assistance psychiatrique aux troupes en campagne. Les dernières guerres, surtout celle de Mandchourie, sont là en effet pour montrer l'accroissement effrayant de la morbidité mentale. A cette occasion les Russes furent obligés d'évacuer plus de deux mille aliénés, chiffre qui correspond à 2 p. 1000 de l'effectif.

La solution de cette troublante question « l'aliénation mentale dans l'armée » est donc tout entière dans la collaboration intime dès le temps de paix des aliénistes et des médecins militaires qui seule permet d'assurer l'*assistance médicale psychiatrique* dans les conditions de justice et de bonté qui honorent un pays.

M. A.-J. Rayneau (d'Orléans) co-rapporteur, se confine particulièrement à l'étude de la situation des aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal.

Beaucoup de sujets ne peuvent se conformer aux exigences de la vie militaire : il y a *inadaptabilité* entre leur état psychique et les exigences du métier des armes. Ces sujets sont les représentants de la dégénérescence humaine héréditaire et acquise.

Bien des délits de droit commun ou des délits purement militaires sont le fait de faibles d'esprit, de déséquilibrés, d'épileptiques, d'alcooliques, d'hystériques ou de paralytiques généraux.

Les deux états psychopatiques prédominant chez les soldats sont la *dégénérescence* avec ou sans délire, et la *démence précoce* avec ou sans dégénérescence antérieure.

L'affection mentale la plus fréquente chez les officiers et chez les soldats de carrière est de beaucoup la *paralysie générale*, plus rarement le délire alcoolique et les psychoses traumatiques.

M. Rayneau étudie ensuite la simulation et la dissimulation de la folie, ainsi que les automutilations.

Dans toutes ces circonstances l'expertise médico-légale s'impose.

Le conseil de revision ne peut éliminer que les non-valeurs physiques : il serait donc utile que l'autorité administrative signalât au préalable tous les appelés atteints d'affections nerveuses ou mentales.

Pour les engagés, on ne sera jamais assez sévère, puisqu'ils constituent la plupart des tarés mentaux de l'armée. L'Etat en acceptant l'engagement accorde une faveur à celui qui en est l'objet. Pourquoi donc n'aurait-il pas le droit d'exiger du postulant la preuve qu'il est cérébralement indemne?

Et dans cet ordre d'idées M. Rayneau propose que le recrutement exige :

1° Un certificat du maire de la résidence de l'intéressé constatant qu'il n'a pas été interné et que la notoriété publique ne lui attribue aucune infirmité mentale;

2° Un certificat médical attestant qu'il est sain de corps et d'esprit;

3° Une enquête de la gendarmerie sur les antécédents intellectuels et moraux du proposant.

Pour les militaires en activité, inculpés devant la juridiction compétente, on devrait faire un rapport médico-légal exposant la mentalité de l'accusé.

De tout ceci, ressort la nécessité des études psychiatriques par les médecins militaires. En attendant que chaque corps d'armée soit doté d'un médecin expert aliéniste militaire, les examens seront faits en commun par des médecins-majors et des aliénistes.

M. le médecin-major Simonin (du Val-de-Grâce). Les études médicales dont l'aboutissant est le doctorat comportent tous les éléments de la médecine et en particulier la médecine légale dont la psychiatrie n'est qu'une partie. Tout docteur est donc en principe médecin légiste, comme il est hygiéniste, médecin, chirurgien, oculiste, accoucheur et pédiatre, et dans la réalité le médecin de campagne ou de petite ville doit faire face à ces multiples obligations. Il en est de même du médecin militaire qui, par le fait même de la diversité des postes qu'il occupe, de l'isolement complet où il peut se trouver, doit justifier de toutes les aptitudes et couvrir en toutes circonstances la responsabilité de l'autorité militaire devant les familles et le pays tout entier.

Pourtant, vu l'élargissement du domaine de la médecine, la compétence universelle devient de plus en plus difficile : de là sont nées les spécialisations aussi nécessaires chez les militaires que dans la vie civile. Et dans les deux milieux des experts psychiatres sont nécessaires. Il serait donc opportun de constituer un groupe de psychiatres militaires qui examineraient les recrues, seraient les experts tout naturels des conseils de guerre et permettraient au commandement en temps de campagne l'isolement des aliénés.

M. Roubinovitch (de Paris) indique les divers enseignements que l'étude de la guerre russo-japonaise comporte au point de vue de l'organisation de la psychiatrie médico-légale militaire en temps de paix.

Tout au début de la guerre la surprise de l'administration militaire russe et même du corps médical

fut immense, personne ne voulant croire à la possibilité de l'existence d'aliénés parmi les combattants.

Au fur et à mesure que la guerre avançait, il fallut se rendre à l'évidence : le nombre des aliénés augmentait en effet progressivement. De 2 en février, de 3 en mars 1904, il passait successivement à 23, 26, 39. A la fin de la guerre on en compta 2000 environ.

Un autre fait intéressant est la forme des psychoses observées. En tête viennent les psychoses alcooliques, puis la démence précoce, ensuite les psychoses épileptiques et en dernier lieu la paralysie générale.

Les officiers furent atteints surtout de psychoses alcooliques et de paralysie générale ; les soldats présentaient au contraire les autres troubles mentaux. Parmi les militaires qui devenaient aliénés, les uns donnaient des signes de folie avant le combat, d'autres après.

On voit donc à quelle nécessité répond l'organisation psychiatrique militaire en temps de paix : éliminer les vrais aliénés de l'armée, c'est améliorer la qualité des forces en combat, c'est économiser un personnel et les vivres, c'est éviter l'encombrement des locaux sanitaires par des éléments inutiles et dangereux.

M. le médecin-major Haury (du camp de Sathonay). L'indiscipline est le mobile qui a priori explique tous les actes anormaux au regard de l'autorité militaire. Mais il y a autre chose que l'indiscipline banale, c'est l'indiscipline morbide, dont l'auteur cite un certain nombre de cas.

M. Mabille (de la Rochelle) fait l'histoire des aliénés militaires observés à l'asile de Lafond et qui proviennent surtout des disciplinaires d'Oléron.

M. le médecin-major Chavigny (du Val-de-Grâce). Dans le milieu militaire, les exigences de la discipline sont infiniment plus astreignantes que les devoirs généraux des individus dans la société civile. D'autre part, l'armée actuelle reçoit des individus plus tarés que ceux qui jadis formaient son contingent : l'intoxication alcoolique héréditaire ou personnelle est plus fréquente ; le surmenage mental héréditaire ou personnel a développé les tendances psychopathiques des appelés et surtout celles des engagés.

Or, de tous ces individus l'armée exige des obligations de plus en plus nombreuses : rien d'étonnant à ce que ceux-ci manifestent d'une façon plus précoce leurs troubles psychopathiques.

M. Régis (de Bordeaux) rappelle que depuis vingt ans il a posé le problème des aliénés dans l'armée : il est donc heureux de l'ampleur prise par cette discussion.

Le Congrès actuel vient sceller l'union des médecins militaires et des psychiatres.

S'il est vrai que l'alcoolisme règne dans l'armée, il faut bien convenir que beaucoup avaient déjà des habitudes de boisson en y entrant. On ne saurait donc accuser la caserne de contribuer seule au développement de l'alcoolisme ; du reste, ces alcooliques, par le fait même qu'ils deviennent buveurs, sont déjà des prédisposés mentaux. Ne devient pas alcoolique qui veut. Aussi l'ivresse, loin d'être une cause aggravante, comme il est établi dans le code militaire, devrait être tenue pour un motif d'indulgence dans la répression des délits. Et puis, les fatigues du service militaire, qui peuvent pousser à la recherche de l'excitation alcoolique, ne sont-elles pas encore un motif d'indulgence ?

En ce qui concerne la syphilis, il paraît certain qu'elle se contracte plus fréquemment au régiment que dans la vie civile. D'après une statistique de M. Antheaume, on compte de 25 à 30 p. 100 de paralytiques généraux syphilitiques parmi les officiers internés à Charenton. De là la nécessité de poursuivre énergiquement, par tous les moyens dont nous disposons, la prophylaxie de la syphilis dans l'armée.

Quant à la simulation, elle est beaucoup plus rare dans l'armée qu'il ne semblerait. Il est souvent difficile de dépister les simulateurs. Deux signes peuvent y aider : le regard fuyant des individus qui ont souvent un air embarrassé dans leur attitude ; les réponses en coq-à-l'âne, qu'ils affectent volontiers. Mais parmi les simulateurs, il y a des aliénés, même quand les causes de la simulation sont intéressées, car l'intérêt de la simulation comme celui de la fugue n'exclut nullement l'hypothèse de trouble mental.

Comment fermer l'armée aux déséquilibrés ? On a proposé que tout conscrit fût examiné au point de vue mental. Une telle mesure, d'une application difficile, irait à un échec. Il serait préférable d'établir pour tout citoyen un livret scolaire annoté par ses maîtres d'écoles et annonçant ainsi au conseil de revision le caractère et les tares des sujets. En ce qui touche les engagés volontaires, s'il est vrai qu'ils fournissent ce qu'il y a de pire dans l'armée, ils donnent aussi ce qu'il y a de meilleur. Le directeur de l'école de Saint-Maixent se félicite de la conduite de la majorité de ses élèves, presque tous engagés volontaires. N'oublions pas que l'armée accomplit chez certains une œuvre moralisatrice et même thérapeutique, comme chez les neurasthéniques accidentels qui profitent, en général, de leur séjour à la caserne. Il importe néanmoins d'exclure de l'armée les individus tarés. On y sera aidé d'abord par le livret scolaire que l'engagé devra fournir. Si l'enquête de la gendarmerie, le certificat du médecin de la famille que demande M. Granjux et que ce médecin rédigera selon le vœu de la famille même ne paraissent pas présenter de garanties suffisantes, en revanche un examen de tout postulant par un psychiatre militaire s'impose. L'armée est comme une compagnie d'assurance : c'est à elle à se garantir contre l'envahissement par les mauvais éléments, les anormaux et les indisciplinés.

Quand survient un délit militaire, l'expertise médicale doit être obligatoire, faite par des psychiatres militaires. En attendant leur création, les médecins militaires pourront avoir recours à la compétence des aliénistes civils. Toutefois, il y a urgence d'organiser l'enseignement psychiatrique dans l'armée.

Que les officiers et les sous-officiers reçoivent des notions sommaires mais pratiques de psychiatrie, leur permettant de reconnaître les psychopathes à la caserne. Que tous les élèves-médecins de l'armée aient des connaissances psychiatriques suffisantes, et par un enseignement théorique, et par des stages dans les asiles, en attendant que soient créés, comme à l'étranger, des asiles exclusivement militaires.

M. le médecin-major JUDE (de Lyon). Il serait utile au moment de l'incorporation de détacher dans les corps de troupe des médecins militaires psychiatres qui établiraient des fiches psychiatriques individuelles et proposeraient les aliénés pour la réforme.

M. DOUTREBENDE (de Tours). Il sera toujours très difficile d'obtenir du médecin de la famille d'un jeune homme qui s'engage un certificat mental. C'est au capitaine commandant la compagnie qu'il incombe de s'inquiéter de la mentalité de ses subordonnés, aussi devrait-on donner à ces officiers une teinte de psychiatrie.

M. BLONDEL (de Paris) se demande si cet enseignement psychiatrique serait bien efficace, il serait curieux de connaître à ce sujet l'opinion des rapporteurs ainsi que la forme sur laquelle ils proposeraient de le donner.

M. GRANJUX se félicite tout d'abord des déclarations de M. le médecin-major Simonin. M. Roubinovitch a montré qu'il était d'accord avec ce que le rapporteur avait signalé sur la guerre russo-japonaise. Il est d'accord avec M. Régis, sauf sur la question du certificat du médecin de la famille ; c'est ainsi qu'en Belgique le certificat est entré en pratique.

M. RAYNEAU répond également quelques mots à M. Régis : il indique pourquoi il tient à l'enquête faite par la gendarmerie.

A la suite de cette discussion, le Congrès émet les vœux que :

1° Pour les *appelés*, l'administration préfectorale, les maires et les chefs de brigade de gendarmerie signalent les appelés notoirement déséquilibrés ;

2° Pour les *engagés*, nul ne soit admis à contracter un engagement s'il n'est pourvu d'un certificat mental établi de préférence par le médecin de la famille et d'un dossier scolaire visé par le maire de sa commune ;

3° Pour tout militaire traduit devant les juridictions compétentes, on produira un certificat mental du médecin du corps ;

4° L'instruction psychiatrique des médecins militaires sera perfectionnée.

TROISIÈME RAPPORT

LES CHORÉES CHRONIQUES

M. Paul SAINTON (de Paris). Par chorée on doit entendre toute affection caractérisée par des *mouvements involontaires, illogiques, maladroits, amples, rapides, disparaissant en général pendant le sommeil.*

C'est donc un non sens d'employer l'expression de chorée rythmique ; ce qu'on décrit sous ce vocable doit rentrer dans le cadre des spasmes hystériques.

Il est facile de différencier les mouvements choréiques des *mouvements athétosiques*, lents, de petite amplitude, localisés aux extrémités ; des *tics* « mouvements coordonnés qui ont pris en s'amplifiant une allure convulsive qui masque leur coordination » (Meige et Feindel) ; des *mouvements myocloniques*, pures secousses musculaires ; des *mouvements rythmiques d'origine hystérique* ordonnés et réguliers.

Les chorées chroniques proprement dites comprennent :

1° La chorée héréditaire d'Huntington ;
2° La chorée chronique sans hérédité ;
3° La chorée de Sydenham devenue chronique ;
4° La chorée variable des dégénérés (Brissaud) ;
5° Les chorées séniles ;
6° Les chorées chroniques de l'enfance ;
7° L'hémichorée symptomatique.

1. *Chorée de Huntington.* — Type de la chorée chronique, c'est une affection familiale, héréditaire, progressive. Pouvant survenir de dix à cinquante-cinq ans, elle est précédée quelquefois de troubles mentaux. Les phénomènes moteurs débutent en général par la face et les membres supérieurs. Ce sont des mouvements arythmiques, désordonnés, indépendants de la volonté. Ils sont continus, rapides, mais jamais brusques, ce qui les différencie de la soudaineté des mouvements de la chorée de Sydenham. Ils envahissent la face, les membres supérieurs, les membres inférieurs, le tronc, le diaphragme. Leur intensité varie. Le repos les calme ; le sommeil ne les fait pas toujours disparaître. La volonté a sur eux un certain pouvoir d'inhibition (Lannois), mais il n'est pas absolu ; et comme l'ont montré Charcot et Huet l'arrêt volontaire des mouvements est suivi bientôt d'une sorte d'explosion. Ou bien encore le sujet peut arrêter les gesticulations en une certaine région du corps, mais on observe alors comme une sorte de transfert : une région non envahie par les mouvements devient choréique. En général, les réflexes tendineux sont exagérés, mais on ne retrouve pas le signe de Babinski. Il n'y a pas de modifications des réactions électriques ni de troubles urinaires. Il n'existe pas de troubles sensoriels, sensitifs ou trophiques. L'état mental est toujours profondément touché (signe d'excitation). L'évolution de la maladie est longue, lente et progressive (vingt à quarante ans). Quelque temps avant la mort, les phénomènes chroniques cèdent pour faire place à une phase paralytique.

2. *Chorée chronique sans hérédité.* — C'est la chorée chronique progressive. On manque complètement de documents sur ses causes.

3. *Chorée de Sydenham devenue chronique.* — Il s'agit là de faits exceptionnels. L'hérédité, la transmission familiale, la progressivité ont été notées.

4. *Chorée sénile.* — Cliniquement elle ressemble à la chorée de Huntington ; d'autre part, on a certainement décrit sous ce nom des hémichorées symptomatiques.

5. *Chorées chroniques de l'enfance.* — Il s'agit là de cas disparates : tantôt c'est une chorée de Huntington héréditaire et progressive débutant dans l'enfance; tantôt c'est une chorée de Sydenham passée à l'état chronique; tantôt c'est une chorée chronique non progressive, suite probable de sclérose cérébrale ou de méningo-encéphalite.

6. *Chorée variable des dégénérés.* — C'est ainsi que l'appelle M. Brissaud. « C'est, dit-il, une chorée qui n'a ni uniformité dans ses manifestations actuelles, ni régularité dans son évolution, ni constance dans sa durée ». Cette chorée polymorphe se rencontre chez des sujets présentant des stigmates évidents de dégénérescence.

7. Les *hémichorées symptomatiques* qui sont presque toujours des manifestations de lésions organiques.

A vrai dire, les lésions des chorées chroniques sont mal connues. On ne peut tenir compte ni des autopsies anciennes où la technique histologique est insuffisante, ni des nécropsies incomplètes où tout le système nerveux n'a pas été passé en revue. On a signalé la pachyméningite, l'œdème cérébral, l'atrophie des circonvolutions. On a décrit des lésions cellulaires, interstitielles, artérielles; et même comme le dit M. Déjerine on n'a rien trouvé. Cependant M. Sainton croit pouvoir insister sur l'*importance prédominante des lésions corticales.* En somme les chorées chroniques constituent des syndromes organiques qui doivent prendre place dans les syndromes nerveux à mouvements anormaux et à troubles mentaux; elles sont un des échelons de la série qui va de l'épilepsie et de l'athétose aux myoclonies et aux tics.

Discussion.

M. Anglade (de Bordeaux). La chorée chronique est incontestablement une maladie organique du système nerveux. Mais les lésions sont multiples. L'orateur a eu l'occasion de suivre un cas typique : il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, fille et petite-fille de choréique, devenue choréique ellemême à trente-cinq ans et qui succomba dans la démence. L'autopsie montra dans la région des noyaux gris centraux, des aspects histologiques bien particuliers : c'était une sorte de processus gliomateux ayant envahi les noyaux gris et la capsule interne. Cette lésion plus accentuée que les lésions corticales doit être la plus ancienne et rend mieux compte des mouvements choréiques. On peut émettre cette hypothèse que la lésion des organes gris centraux a déterminé les mouvements auxquels la démence a succédé, au fur et à mesure que s'est effectuée la propagation du processus vers la corticalité.

Pourquoi ne pas admettre que la chorée est le résultat de la rupture de la bonne harmonie qui devrait régner entre les deux éléments fondamentaux du système nerveux : la cellule ou la fibre nerveuse et la névroglie. Il est possible que la névroglie tienne de l'hérédité une susceptibilité spéciale qui la fait s'insurger contre la cellule nerveuse, proliférer par poussées dans les chorées aiguës, progressivement et fatalement dans la chorée chronique.

MM. Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine (de Paris). Tout le monde doit s'accorder aujourd'hui pour sortir les chorées chroniques du cadre des névroses. Dans une observation personnelle d'une femme morte à cinquante-huit ans et choréique depuis vingtcinq ans, l'examen du cerveau a montré une méningo-encéphalomyélite diffuse subaiguë, analogue à celle de la paralysie générale.

M. Cruchet (de Bordeaux). Les mouvements choréiques peuvent être parfois fort difficiles à saisir, bien que la volonté puisse avoir sur eux quelque action.

M. Cullerre (de la Roche-sur-Yon) communique cinq observations qui montrent le polymorphisme des troubles mentaux dans la chorée chronique.

M. A. Vigouroux (de Paris) a observé un cas de chorée chronique progressive non héréditaire chez un homme de cinquante-huit ans. L'autopsie révéla des lésions diffuses d'encéphalite chronique, mais aussi des olives cérébelleuses (lacunes de désintégration). Les lésions du cervelet, organe de la coordination des mouvements sont intéressants à consulter chez un choréique.

M. André Thomas (de Paris) a trouvé chez dix enfants atteints de chorée de Sydenham des signes de lésions organiques du système nerveux.

a. *Force musculaire* généralement diminuée du côté où prédomine la chorée. Si la chorée passe d'un côté à l'autre, le côté le dernier atteint est généralement le moins pris.

b. *Troubles du tonus* habituels. L'*hypotonie* est plus fréquente aux membres supérieurs, mais elle peut se rencontrer aux membres inférieurs. Aux membres supérieurs, la main est ramenée facilement au contact de l'épaule : le coude passé derrière la tête se rapproche davantage de l'attache du cou. Aux membres inférieurs, la cuisse étant pliée à angle droit sur le tronc, le talon est plus facilement ramené au contact de la fesse. Le tonus prédomine dans certains groupes musculaires, dans les muscles pronateurs aux membres supérieurs; la pronation exagérée de la main se produit, soit pendant la manœuvre imaginée par Babinski chez les hémiplégiques, soit en faisant élever les bras, soit dans l'attitude du bras ballant (du côté atteint la main est en pronation plus marquée).

c. *Syncinésies.* — Mouvement associé de la main malade pendant l'occlusion énergique de la main saine; l'inverse n'a pas lieu. Parfois, évolution plus forte de l'épaule homolatérale pendant l'occlusion énergique de la main malade.

d. *Troubles de la synergie et de la coordination.* — Tremblement. Décomposition des mouvements. Pour porter le doigt sur le bout du nez, le malade exécute d'abord un mouvement d'adduction du bras et de flexion du coude, puis un mouvement de flexion du poignet. Il existe également de la dysmétrie, qui se reconnaît facilement à l'épreuve de préhension de la main : pour prendre un verre, la main et les

doigts se mettent d'abord en hyperextension; pour le lâcher, il en est de même, l'hyperextension est exagérée.

e. *Troubles de la marche.* — Le bras malade ne se projette pas en avant en même temps que la jambe saine; l'inverse a lieu.

f. *Diadococinésie* très fréquente. Toutefois, moins d'arrêts brusques que chez les malades étudiés par Babinski; le mouvement est surtout désordonné, irrégulier.

g. *Flexion combinée de la cuisse et du tronc*, n'a été vue que chez deux malades; elle a été constatée plusieurs fois par Babinski dans la chorée de Sydenham.

h. *Réflexes tendineux.* — Abolis une fois; deux fois exagérés; deux fois le réflexe patellaire prolongé (signe déjà décrit par Weill [de Lyon] et observé depuis par Gordon, Peacock et Esner).

i. *Réflexes cutanés.* — Signe de Babinski, quatre fois. Signe d'Oppenheim, une fois, chez un malade qui ne présentait pas le signe de Babinski; il a été déjà mentionné dans la chorée de Sydenham; une fois par Charpentier; trois fois sur 23 cas par Hutinel et Babonneix.

j. *Ponction lombaire*, pratiquée quatre fois : deux fois une lymphocytose discrète. La lymphocytose a été trouvée plusieurs fois par Sicard et Babonneix chez les choréiques fébricitants. Elle a été signalée récemment par Claude, dans un cas de chorée persistante.

Les signes de lésion organique précédemment décrits peuvent n'être qu'ébauchés; on peut n'en trouver qu'un ou deux. L'examen doit être minutieux et méthodique.

L'ensemble des symptômes, leur prédominance sur un côté, un certain degré de parésie sont plutôt en faveur d'une lésion de la zone corticale motrice. La coexistence de petits troubles de l'état mental (irritabilité, agitation, insomnie, inaptitude au travail, manque d'attention, etc.) permettent aussi d'incriminer l'écorce cérébrale. La maladie est d'origine infectieuse; le rhumatisme est une cause fréquente. La chorée n'est pas une névrose, mais un syndrome relevant d'une encéphalite ou d'une méningo-encéphalite légère.

Entre les chorées légères, les chorées généralisées, les chorées molles, les chorées aiguës mortelles, on peut observer tous les degrés. Entre les cas extrêmes, il y a une différence assez considérable; entre tous les cas, il y a un trait d'union : la présence de signes de lésion organique.

Entre la chorée chronique de Huntington et la chorée de Sydenham, il y a des analogies et des différences. La différence essentielle entre les deux est que la chorée de Huntington dépend, avant tout, du terrain et de l'hérédité, la chorée de Sydenham est, avant tout, un accident.

M. Dupré (de Paris) pense qu'on ne doit pas forcément considérer la chorée comme une maladie organique. Il a vu des cas de chorée chronique survenir à la suite d'une émotion. Remarquant que dans l'hérédité des sujets on peut trouver les maladies nerveuses les plus diverses telles les tics, les myoclonies, l'épilepsie, il se demande si tous ces cas ne sont pas dus à une déséquilibration particulière de la motricité.

M. Crocq (de Bruxelles). Dans la chorée il n'y a pas de lésions organiques, mais de simples perturbations.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Essai des tests psychiques scolaires pour apprécier l'aptitude intellectuelle au service militaire. — M. le médecin-major Simonin (du Val-de-Grâce). Les expériences ont été faites avec la méthode de MM. Binet et Simon (voir *Année psychol.*, 1908).

Antécédents des détenus aux ateliers de travaux publics. — M. le médecin-major Boigey (de Fontainebleau).

L'insuffisance pyramidale physiologique de la première enfance et le syndrome de débilité motrice. — MM. Dupré et Merklen (de Paris). Le développement du faisceau pyramidal physiologiquement insuffisant dans les premiers mois de la vie se complète peu à peu, et l'on voit au fur et à mesure que s'achèvent les voies motrices disparaître parallèlement les signes de l'insuffisance pyramidale. C'est la persistance au delà de la première enfance de l'insuffisance du développement pyramidal et de ses signes cliniques qui constitue le syndrome de débilité motrice : hypertonie musculaire diffuse, exagération des réflexes, perturbation du réflexe plantaire, syncinésie et maladresse des mouvements volontaires.

Le signe de Jellineck dans le syndrome de Basedow. — M. Sainton (de Paris) rappelle que Jellineck a décrit une pigmentation anormale des paupières et du pourtour périorbitaire, qui se manifesterait constamment dès le début de la maladie de Basedow. Ce signe, loin d'être constant, n'existe que dans 15 p. 100 des cas. Il peut durer toute la maladie, mais il peut disparaître. Il est plus accentué dans les formes graves. Le phénomène est probablement dû à une réaction du système sympathico-surrénal consécutive à l'hyperthyroïdie.

Etat des pupilles dans le syndrome de Basedow. — M. Sainton.

Recherches sur le temps perdu du réflexe rotulien. — M. Parisot (de Nancy) a voulu se faire une opinion en présence des résultats divergents obtenus par les auteurs. Chez l'homme normal ce temps est d'environ 40 à 45 millièmes de seconde, de 30 à 40 chez le chien et 25 à 30 chez le lapin.

Bien entendu, les lésions du système nerveux le font varier dans des limites assez étendues.

La pression du liquide céphalo-rachidien chez l'homme, à l'état normal et pathologique. — M. Parisot (de Nancy). Les données sur la pression du liquide céphalo-rachidien sont peu nombreuses, souvent contradictoires et nullement comparables entre elles. L'auteur a montré cette pression dans un grand nombre de cas, chez l'homme normal et au cours d'affections diverses, et voici les constatations qu'il a faites :

La *pression céphalo-rachidienne normale* oscille de quelques centimètres à 10 et 15 centimètres d'eau, au plus, 6 à 12 en moyenne (moins de 1 centimètre de mercure). Dans aucun cas, elle ne fut nulle; une pression de 20 centimètres d'eau doit, d'autre part, être considérée comme déjà anormalement élevée.

La *pression normale* subit des *oscillations physiologiques*, cardiaques et respiratoires; ces dernières, plus marquées, sont caractérisées par un abaissement inspiratoire (de 1 à 8 centim.) et une élévation expiratoire, phénomènes s'exagérant dans la respiration forcée, la toux, et sous diverses influences.

L'auteur a étudié la pression dans un grand nombre de cas de méningites purulentes et séreuses, dans les myélites, l'artérite cérébrale, la paralysie générale, le ramollissement, l'hémorragie cérébrale, les néoplasies du cerveau, l'urémie, l'épilepsie. Dans toutes ces affections, la pression céphalo-rachidienne est modifiée. La mesure de la pression est utile, non seulement pour le *diagnostic*, mais encore pour le *pronostic* et le *traitement*; car, dans ce dernier cas, elle permet d'abaisser *à coup sûr*, et non à l'aveuglette, le chiffre d'une pression élevée, mettant ainsi à l'abri d'accidents souvent mortels.

Etude des mouvements respiratoires chez les malades atteints de divers tremblements. — M. Parisot (de Nancy). En étudiant, au moyen du pneumographe de Marey, le rythme respiratoire chez les paralytiques généraux, Klippel et Boëteau ont pu déceler l'existence d'un tremblement respiratoire. L'auteur a recherché, dans un certain nombre de cas de tremblements divers — paralysie générale, sclérose en plaques, paralysie agitante, tremblement sénile — ce tremblement respiratoire. Il a utilisé une technique particulière pour éviter que les oscillations du tremblement général puissent, comme dans le cas de Klippel et Boëteau, se transmettre au tambour enregistrant les mouvements respiratoires.

Dans un certain nombre de cas de ces diverses affections, il a pu constater nettement l'existence d'un véritable tremblement plus ou moins accusé, suivant les différents temps de la respiration. Surtout inspiratoire pour la sclérose en plaques, il s'accentue encore dans les mouvements forcés de la respiration, et s'atténue, au contraire, dans le cas de tremblement respiratoire parkinsonnien. Ce tremblement est irrégulier et presque continu dans la paralysie générale et dans le tremblement sénile.

Dans tous ces cas, le nombre des oscillations par seconde est identique au nombre des oscillations du tremblement général.

Dans certains cas d'affections à tremblement, il existe donc un *véritable tremblement respiratoire* ayant les principaux caractères du tremblement général de l'individu chez lequel il existe.

Schématisation et nomenclature des formes mixtes dans la psychose périodique. — M. Gilbert Ballet (de Paris). L'*état de manie* se caractérise par trois signes cardinaux : 1° exagération des mouvements; 2° fuite des idées; 3° hyperthymie ou humeur gaie. L'*état de mélancolie* comporte lui aussi trois signes : 1° inhibition des mouvements; 2° arrêt ou ralentissement des idées; 3° hypothymie ou tristesse. Voilà donc deux états opposés. Il est des formes mixtes où deux des symptômes de l'un ou l'autre état s'associent avec un symptôme de l'état contraire.

Etant admis que les symptômes opposés ne peuvent naturellement s'associer l'un à l'autre, on a ainsi six types :

Dépression. — 1° Avec exagération motrice; 2° avec fuite des idées; 3° avec euphorie.

Manie. — 4° Avec inhibition motrice; 5° avec arrêt des idées; 6° avec hypothymie.

Cyclothymie et obsessions. — M. P. Kahn (de Paris) rapporte un cas d'obsession chez une cyclothymique. La cyclothymie (Kahlbaum et Hecker) est une forme atténuée de la psychose périodique.

C'est une femme de trente-quatre ans chez laquelle l'exubérance et la gaieté, l'instabilité motrice alternèrent à six reprises différentes avec des états mentaux opposés : trois fois de la tristesse, puis des obsessions et des phobies.

Simulation de la folie et dégénérescence mentale. — MM. Baruk et Levassort.

Aliéné méconnu et plusieurs fois condamné. — MM. Baruk et Favennec rapportent l'histoire d'un persécuté qui a encouru 12 condamnations : 4 avant les manifestations évidentes de la maladie, 6 en pleine évolution de la psychose, 2 entre l'évasion et la réintégration du malade à l'asile.

Guérison de quatre cas de neurasthénie par injection d'une antitoxine cérébrale. — M. Bombart (de Solesmes) rapporte 4 cas où, après avoir épuisé toutes les médications habituelles, il eut recours aux injections d'antitoxine du docteur Page (de Bellevue). Résultat : 3 guérisons, 1 amélioration.

Symptômes nerveux et complications nerveuses du typhus exanthématique. — M. Porot (de Tunis). Le typhus est une infection à prédominance nerveuse et élective. Il est plus grave chez l'Européen que chez l'Arabe. On y retrouve la confusion mentale aiguë la plus typique.

Ce qu'il faut penser de l'hémi-anesthésie dans l'hystérie. L'hystérie peut-elle déterminer des troubles vaso-moteurs et cardiaques? — M. Terrien (de Nantes).

Le prochain Congrès aura lieu à Bruxelles en août 1910 :

Président belge, M. Crocq; président français, M. Klippel; secrétaire général, M. Decroly.

Rapports. — 1° *La maladie du sommeil et les narcolepsies*; 2° *Systématisation des lésions cutanées dans les maladies mentales et nerveuses.* Rapporteur : M. J. Lhermitte; 3° *Alcoolisme et criminalité.* Rapporteurs : MM. Ley et Charpentier.

Le Congrès suivant se tiendra à Tunis à Pâques 1911 : Président, M. Deny; secrétaire général, M. Porot.

Rapports : 1° *Les perversions instinctives.* Rapporteur : M. Dupré; 2° *Complications nerveuses et mentales du paludisme;* 3° *Assistance des aliénés aux colonies.*

FERNAND LÉVY.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 18, 6 mai 1909.) AHLFELD : Voies et détours pour la recherche de la genèse de la fièvre puerpérale dans le dernier quart de siècle. — MORO : Rapports entre le lymphatisme et la scrofulose. — SCHWABACH et BIELSCHOWSKY : Un cas de myxofibrome du rocher avec paralysies multiples des nerfs craniens. — RICHTER : Sur la connaissance de l'induration de collapsus simple non tuberculeuse du sommet du poumon droit dans la gêne chronique de la respiration nasale. — THORSPECKEN : Traitement ambulant pendant un an par le sérum antituberculeux de Marmorek. — WIEBLGEMUK : Sur la question de l'épityphlite traumatique. — SCHULTZ : L'oxycyanure d'hydrargyre comme antisyphilitique interne. — MARCUS : Sur le pincement de l'ombilic.

Écho médical du Nord. — (N° 27, 4 juillet 1909.) L. JULIEN : Faits de clinique chirurgicale infantile : ostéomyélite chronique du tibia; cubitus valgus ; genu valgum double et genu varum double; torticolis congénital; kystes du cordon. — (N° 28, 11 juillet.) INGELRANS : Rôle étiologique du traumatisme dans quelques maladies de la moelle épinière (myélites chroniques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie musculaire progressive. — G. GUÉRIN : Le lait pauvre. Les races bovines du Nord et leur alimentation. — (N° 29, 18 juillet.) F. MOTY : De la sexualité dans l'espèce humaine. — (N° 30, 25 juillet.) G. PETIT : La méningite cérébro-spinale dans le Pas-de-Calais. — (N° 31, 1er août.) Maurice MAGUIN : Morphinomanie et morphinisme. — (N° 32, 8 août.) Maurice MAGUIN : Morphinomanie et morphinisme.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 27, 4 juillet 1909.) P. LEMAIRE : Sur les prescriptions organothérapiques. — (N° 28, 11 juillet). P. CARLES : Les combinaisons phosphorées du vin. — (N° 29, 18 juillet.) H. VERGER : De l'immunité contre les toxines microbiennes ; des antitoxines. — L. VERDELET : Kyste hydatique du foie. Entérite. Suppuration. Intervention chirurgicale. Guérison. — (N° 30, 25 juillet.) R. MAUPETIT : Du nystagmus rythmique provoqué. — (N° 31, 1er août.) J. CARLES : Les bacillémies. — P. MAURIAC : La séro-réaction de Wassermann peut-elle contrôler le traitement et la guérison de la syphilis?

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 19, 8 mai 1909.) PIET : L'amputation immédiate dans les écrasements des membres (*fin*). — (N° 20, 15 mai.) H. LAVRAND : Deux cas de guérison par la thiosinamine. — Ed. PHALEMPIN : Cas probable de sclérose latérale amyotrophique. Atrophie initiale des muscles de la ceinture scapulaire. Altérations de la sensibilité. — (N° 21, 22 mai.) René DESPLATS : Lymphadénome volumineux traité par les rayons X et guéri depuis plus de trois ans. — L. CHATEAU : A propos de l'emploi de la morphine en thérapeutique infantile dans le croup en particulier. — (N° 22, 29 mai.) GUERMONPREZ : Le principe de la gymnastique respiratoire dans les défectuosités du rachis. — F. BOURGEAT : Phlegmon de la région pubienne. — (N° 23, 5 juin.) LEPOUTRE et A. DAVID : Un cas de bactériurie à staphylocoques. — A. DAVID : Cytologie des ascites cancéreuses. — (N° 24, 12 juin.) A. BONNET-LABORDERIE : L'œdème pulmonaire aigu des parturientes. — JANVIER : Luxation de la phalangette du pouce ; — Un méfait des champignons. — (N° 25, 19 juin.) Clément DELFOSSE : Des méningites suraiguës consécutives aux affections de l'appareil respiratoire chez les enfants. — BOURGLAT : Rupture traumatique de l'urètre dans la portion bulbaire. — (N° 26, 26 juin.) Cl. DELFOSSE : Des méningites suraiguës consécutives aux affections de l'appareil respiratoire chez les enfants. — (N° 27, 3 juillet.) Clément DELFOSSE : Des méningites suraiguës consécutives aux affections de l'appareil respiratoire chez les enfants. — (N° 28, 10 juillet.) R. BOSQUIER et R. DESPLATS : Essai séméiologique de radioscopie de l'estomac. Application aux dilatations, ptoses et atonies gastriques. — (N° 29, 17 juillet.) A. DAVID : Un cas de méningite cérébro-spinale. — R. BOSQUIER et R. DESPLATS : Essai séméiologique de radioscopie de l'estomac. Application aux dilatations, ptoses et atonies gastriques (*suite et fin*). — (N° 30, 24 juillet.) H. DURET : Grossesse tubaire ou hématosalpynx doubles. — (N° 31, 31 juillet.) H. LAVRAND : Pathogénie et traitement de l'ozène.

Lyon chirurgical. — (N° 1, 1er juin 1909.) G. NOVÉ-JOSSERAND et A. RENDU : Formes douloureuses de la luxation congénitale de la hanche. — G. GAYET : De l'astragalectomie dans le traitement des fractures abritées de l'astragale. — P. CAVAILLON et H. ALAMARTINE : Le traitement conservateur dans les sarcomes des os longs (4 fig.). — Gaston COTTE : Traitement chirurgical des cancers de l'ampoule de Vater par la résection circulaire du duodénum. — (N° 2, 1er juillet.) E. ROLLET : Vingt-deux observations de tumeurs de l'orbite. — Léon BÉRARD et André CHALIER : Le lymphadénome du rectum (1 fig.). — L. THÉVENOT et H. ALAMARTINE : La botryomicose humaine. — SARGNON et DARLATIER : Traitement chirurgical des papillomes laryngés suffocants. — CAVAILLON et ALAMARTINE : Le traitement conservateur dans les sarcomes des os longs. — MULLER et TAVERNIER : De l'abord chirurgical du cœur et du poumon (4 fig.).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 20, 11 mai 1909.) PFANNENSTIEL : Sur les opérations adjuvantes dans l'étroitesse anormale et la dilatation incomplète des parties molles. — SCHÖNBERG : La röntgenthérapie en gynécologie. — KOPP : L'importance du séro-diagnostic de Wassermann de la syphilis en pratique. — EHRET : Sur la tension sanguine et sa méthode de fixation auscultatoire. — WIENS : Sur la colibactériémie. — BACMEISTER : L'importance du calcul radié de cholestérine pour la lithiase biliaire inflammatoire. — HOFFMANN : Etat actuel du traitement de la gonorrhée à Paris. — V. BENCZUR : Sur l'influence de l'introduction de solutions salines dans l'intestin sur la sécrétion gastrique. — LÉVY : Recherches sur une nouvelle préparation de fer : le ferrabol. — SCHLECHT : Sur un cas mortel d'intoxication par l'atoxyl. — ROSSBACH : Sur la sclérose des vaisseaux abdominaux. — GREPP : Contribution au traitement des maladies pulmonaires par le masque aspirateur de Kuhn. — PAPELLIER : Les habitudes balnéaires et les mœurs hygiéniques du peuple japonais.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 18, 6 mai 1909.) V. DE VELDE : Le micrococcus endocarditis rugatus de Weichselbaum dans le sang au cours de la fièvre puerpérale. — CHODOUNSKY : Actions climatériques à la lumière de la statistique. — SCHEUER : Sur la gonorrhée des petites filles. — FRANKL : Contribution à la pathogénie des bruits gastriques. — KOHN : Sur la séro-réaction de Klausner. — KELLER : Le désir d'allaiter et la possibilité d'allaiter dans les classes inférieures.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Jacques-Antoine Reynier, externe des hôpitaux, qui a succombé aux suites d'une piqûre anatomique, à l'âge de vingt et un ans.

Il était le fils du docteur Reynier, chirurgien de Lariboisière, membre de l'Académie de médecine, le petit-fils du vénérable docteur Hérard, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, à qui nous adressons nos très vives condoléances.

Ses obsèques seront célébrées mercredi, à midi, à Saint-Augustin.

CONGRÈS DE BUDAPESTH. — Le XVIe Congrès international de médecine a été ouvert par une grande cérémonie officielle en présence de l'archiduc Joseph, qui a prononcé un discours de bienvenue aux congressistes.

Le comte Albert Apponyi, ministre de l'Instruction publique, a prononcé également un discours ; le ministre, qui a parlé en français, a été chaleureusement applaudi.

Le professeur Landouzy, au nom des médecins français, a remercié pour l'accueil très sympathique fait aux Français.

Le professeur Landouzy dépose sur le monument élevé en l'honneur du professeur Seminelweis, une couronne comme hommage des médecins français à la mémoire du grand hygiéniste hongrois qui a rendu d'éminents services à la gynécologie.

M. Landouzy a déposé, en outre, une couronne de roses de France au nom des médecins français sur le monument récemment inauguré pour honorer la mémoire du docteur Podor.

Ces deux manifestations spontanées des délégués français produisent en Hongrie la meilleure impression.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision du 27 août 1909 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Boppe est nommé chef de l'hôpit. milit. de Nancy.

Médecins-majors de première classe. — MM. Bonjean, passe aux salles milit. de l'hosp. mixte de Châlon-sur-Saône ; Fournial, au 3e d'inf.

MARINE. — Par décret du 25 août 1909, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Mercier.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Kergrohen.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Dubois.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Busquet.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins de troisième classe Jean, Le Page, Féret, Piéchaud, Hesnard, Laurent (Léon), Lepeuple, Fournier, Goudy, Consiroles, Goett, Guilguet, Chauviré, Veillet, Laurent (Georges), Polack, Cambriels, Branger, Fournis, Rouché.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — Des médailles d'honneur et des mentions honorables ont été accordées, pour leur courage et leur dévouement, au cours de différentes épidémies qui ont sévi en Algérie, aux personnes ci-après désignées :

Médailles d'or. — M. Amor ben Mohammed, médecin, chef de service à l'hôpital civil de Bône ; M. Legrain, médecin de la prison et de l'hôpital civil de Bougie ; M. Picquet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Constantine.

Médaille d'argent. — M. Isnard, médecin à Saint-Arnaud.

Médailles de bronze. — MM. Lapin, médecin à Alger ; Arnaud, médecin à la Calle ; Griffiths, interne à l'hôpital de Constantine ; Bulliod, médecin à Bône ; Clada, médecin à l'hôpital de Souk-Ahras.

Mentions honorables. — MM. Gérard, médecin à l'hôpital de Bougie ; Treille, médecin-suppléant à l'hôpital de Bougie.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Lyon médical. — (N° 23, 6 juin 1909.) Carle : Quelques notions sur l'emploi des corps gras en dermatologie (*suite*). — (N° 24, 13 juin.) Carle : Quelques notions sur l'emploi des corps gras en dermatologie (*fin*). — (N° 25, 20 juin.) J. Bret et L. Orsat : Sur un cas de hernie diaphragmatique spontanée chez un malade emphysémateux et cardiaque. — (N° 26, 27 juin.) Gallavardin et Rebattu : De la tuberculose rénale fermée à forme de néphrite chronique. — (N° 27, 4 juillet.) L.-M. Bonnet : Sur une forme d'érythème exsudatif, paraissant propre aux grands alcooliques. — A. Chalier : De la péritonite par perforation dans le cancer du rectum. — (N° 28, 11 juillet.) Rochet : Moyen d'ouvrir l'urètre ou la vessie par le vagin sans risque de fistule. — A. Pic et Ch. Gardère : Un cas d'atrophie généralisée de la face et de la région sus-ombilicale du corps. — (N° 29, 18 juillet.) J. Renaut : La lignée des cellules connectives et leur caractère spécifique majeur. — J. Renaut et G. Dubreuil : Les premiers stades de la défense du tissu conjonctif contre sa tuberculisation expérimentale. — (N° 30, 25 juillet.) H. Muller : Lésions thoraciques et vertébrales produites par une balle de revolver. — (N° 31, 1er août.) E. Grand-Clément : Quelques considérations sur les principaux modes de propagation des maladies épidémiques et les meilleurs moyens de les prévenir. — Rondet : Les épidémies de fièvre typhoïde au régiment. — (N° 32, 8 août.) E. Weill et G. Mouriquand : Méningite scarlatineuse staphylococcique.

Marseille médical. — (N° 12, 15 juin 1909.) Olmer : Œdèmes provoqués par le régime. — M. Weill : Kyste spermatique du cordon. — (N° 13, 1er juillet.) Imbert et Fiolle : Deux observations de cholécystectomie. — Batut : Otite moyenne chronique. — Fleig : Sur les sérums artificiels achlorurés diurétiques. — Michel et Ranque : Fractures multiples par précipitation. — (N° 14, 15 juillet.) Imbert et Fiolle : Trois observations de sutures vasculaires. — Batut : Kyste dermoïde adhyoïdien. — Bourret et Chabal : Manifestations oculaires. — (N° 15, 1er août.) Roux de Brignoles : Fistule du scrotum. — Dufour : Empoisonnement accidentel par la morphine. — Pieri : Coup de feu de l'abdomen.

Montpellier médical. — (N° 20, 16 mai 1909.) Sarda : Leçon d'ouverture. — Rimbaud et Camus : Arthropathie hystérique. Guérison par la suggestion hypnotique. — (N° 21, 23 mai.) Rauzier : L'art d'examiner un malade (leçon d'ouverture du cours de clinique médicale). — (N° 22, 30 mai.) Jeanbrau et V. Riche : Les étapes clinique, instrumentale et expérimentale d'un diagnostic de tumeur de l'hypocondre. — Rauzier : L'art d'examiner un malade (*suite*). — (N° 23, 6 juin.) G. Rauzier : L'art d'examiner un malade (*fin*). — (N° 24, 13 juin.) Estor : De la stérilisation du champ opératoire par la teinture d'iode sans lavage préalable. — C. Fleig : L'isotonie des liquides médicamenteux mis au contact des surfaces cutanées ou muqueuses lésées ou des tissus profonds. — (N° 25, 20 juin.) Roger, Margarot et Mestrezat : Méningite cérébro-spinale à méningocoques. Début et séquelles d'ordre mental. Injections intra-rachidiennes d'électrargol et de sérum de Dopter (guérison). Analyse clinique du liquide céphalo-rachidien. — (N° 26, 27 juin.) H. Villard : Le lavage de la chambre antérieure dans l'opération de la cataracte. — (N° 27, 4 juillet.) L. Rimbaud : Une épidémie de méningite cérébro-spinale. — (N° 28, 11 juillet.) L. Rimbaud : Une épidémie de méningite cérébro-spinale (*suite et fin*). — L. Caillet : Une lettre de la Faculté de médecine de Montpellier aux Lyonnais, du 19 juin 1427. — (N° 29, 18 juillet.) Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Hérault (assemblée générale du 10 février 1909). — Euzière et Clément : Une observation d'amnésie systématique et localisée consécutive à une crise de phobomanie. — Gaujoux, Madon et Brunel : Thorax en entonnoir chez l'enfant (présentation de l'enfant). — Vilar : Un cas de transposition des troncs artériels chez le fœtus. Mort à la naissance. — (N° 30, 25 juillet.) P. Pagès : Le massage sous l'eau à Vernet-les-Bains (technique, indications et contre-indications).

Nord médical. — (N° 353, 15 juin 1909.) S. Baudry : Du leucome cornéen central et paracentral et de quelques autres lésions oculaires dans leurs rapports avec l'acuité visuelle et l'aptitude au travail. — Demelin : Diagnostic pratique de l'engagement. — Dalché : Traitement des troubles gastriques d'origine génitale. — (N° 354, 1er juillet.) S. Baudry : Du leucome cornéen central et paracentral et de quelques autres lésions oculaires dans leurs rapports avec l'acuité visuelle et l'aptitude au travail (*suite*). — E. Doumer et G. Lemoine : L'arythmie cardiaque et la d'arsonvalisation. — Dauthuile : Sur un cas d'episclérite syphilitique. — G. Lemoine : Importance de la suppression des œufs dans certains cas de diabète. — (N° 355, 15 juillet.) G. Lemoine et H. Gaehlinger : Un cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques traité par les injections intra-rachidiennes de sérum antidiphtérique. — E. Barié : Sur l'effet thérapeutique et sur les dangers des injections intra-musculaires de strophantine. — P. Carnot : Le traitement de la sciatique par l'extension continue. — Traitement de la furonculose. — (N° 356, 1er août.) G. Dauthuile : Epidermisation rapide d'une vaste escarre gangréneuse de la face antéro-externe de la cuisse gauche, par des applications de Scharlach-Rot. Action remarquable de cette substance colorante sur les plaies atones.

(*Voir la suite, p. 1238.*)

SUR UN CAS

D'HÉMO-PÉRICARDE TRAUMATIQUE

PLAIE DU CŒUR PAR BALLE DE REVOLVER

SANS PLAIE DU PÉRICARDE

Par M. JEAN DEROIDE,
Interne des hôpitaux de Paris.

On amène à l'hôpital Tenon le 25 mai un homme d'une trentaine d'années qui a reçu il y a une heure un coup de revolver dans le côté droit de la poitrine.

Je trouve en effet l'orifice d'entrée de la balle dans le sixième espace intercostal droit, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire, mais il n'existe pas d'orifice de sortie. L'exploration des téguments ne permet pas non plus de sentir la balle sous la peau en aucun point, et comme ni le blessé ni les agents qui l'amènent ne peuvent donner de renseignements sur la situation de l'agresseur au moment de l'accident, nous n'avons aucune indication sur le trajet probable du projectile.

Le blessé est d'une très grande pâleur, son facies exprime l'anxiété; la parole est brève et entrecoupée, mêlée de gémissements. L'agitation est considérable; *il cherche sans cesse à se coucher sur le ventre*, comme s'il avait la sensation que cette position soulagerait son oppression.

Les pupilles sont dilatées; on trouve dans ses vêtements des traces d'évacuation urinaire et alvine involontaire; il n'existe pas de paralysie motrice des membres supérieurs ni inférieurs.

La plaie cutanée est entourée d'une zone ecchymotique rougeâtre, on ne trouve pas autour d'elle d'incrustation de grains de poudre. Elle saigne peu, il n'y a pas d'emphysème sous-cutané. Le blessé n'a pas eu d'hémoptysie; il n'a pas non plus vomi de sang.

En arrière, râles humides dans toute la hauteur du poumon gauche dont la sonorité est normale. A droite, la sonorité est normale et la respiration s'entend, mais moins forte qu'à gauche. Pas de bourdonnement amphorique, pas de matité à la base. Une ponction exploratrice faite à ce niveau ne ramène aucun liquide. En avant, les renseignements stéthoscopiques sont les mêmes. Il n'existe donc pas de pneumo ni d'hémothorax. La zone de matité cardiaque ne paraît pas augmentée. *Les bruits du cœur ne sont pas perçus à l'auscultation*, ils sont masqués ou mieux remplacés par les râles sous-crépitants qu'on perçoit dans toute l'étendue du poumon gauche. Du reste *le pouls radial est imperceptible* des deux côtés.

Interrogé sur le siège principal de la douleur spontanée, le blessé indique toute la partie supérieure de l'abdomen; il existe d'ailleurs une légère défense musculaire dans la région vésiculaire. Il n'existe pas de matité dans les flancs. La sonorité abdominale est normale partout.

Le diagnostic de plaie du cœur semble dès lors s'imposer : l'angoisse extrême, le pouls imperceptible rendent surtout cette idée vraisemblable. D'autant plus qu'une sonde cannelée introduite avec prudence dans l'orifice d'entrée du projectile se dirige très obliquement par rapport au plan frontal, en remontant légèrement en haut. Mais je n'ose insister sur cette exploration. Peut-être aussi le foie est-il lésé; le siège de la plaie, celui de la défense musculaire autorisent à le penser. Cependant l'état s'aggrave rapidement, la mort est imminente; le blessé succombe tandis qu'on le transporte à la salle d'opération, moins de dix minutes après son entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE. — L'autopsie fut pratiquée à la morgue par M. le professeur agrégé Balthazard qui voulut bien nous permettre d'y assister, et qui a eu l'extrême obligeance de nous autoriser à prendre dans son rapport médico-légal les détails suivants :

« Après ouverture du cadavre, on constate qu'il existe un épanchement de sang coagulé dans le péricarde. On retire, en effet, 500 grammes de sang du péricarde... *Mais le péricarde était resté une cavité parfaitement close. Il n'existait pas de plaie du péricarde.* La plaie du cœur siège à la partie inféro-postérieure du ventricule droit, près du sillon auriculo-ventriculaire.

Elle présente une forme irrégulière de déchirure et non la forme d'une perforation régulière telle qu'en produisent les projectiles qui pénètrent dans le cœur. Il n'existe d'ailleurs aucune autre lésion du cœur, soit au niveau de la cloison interventriculaire, soit sur l'artère pulmonaire, soit sur la cloison interauriculaire.

Dans le péritoine on trouve environ 200 grammes de sang qui provient d'une blessure de la face convexe du foie. Le projectile a en effet traversé la paroi thoracique au niveau du sixième espace intercostal droit et a pénétré dans la cavité abdominale sans intéresser la plèvre, en traversant les insertions costales du diaphragme. La balle a creusé un sillon d'un centimètre de profondeur et de 4 centimètres de longueur, sur la face antérieure du foie de bas en haut et de droite à gauche. Elle s'est ensuite creusé un canal sous la *capsule fibreuse du foie et elle est venue se loger dans l'épaisseur de la base du ligament suspenseur du foie, à la face inférieure du centre phrénique du diaphragme qu'elle n'a pas perforé et où nous la retrouvons* (balle de 8 millimètres).

Si l'on considère que la face postéro-inférieure du ventricule droit repose directement sur le centre phrénique, on comprendra que la balle ait pu produire une déchirure de la paroi du ventricule droit sans pénétrer dans le péricarde. La déchirure s'est faite grâce à une dépression en doigt de gant du centre phrénique du diaphragme qui ne s'est pas rompu à cause de son élasticité.

Il n'en a pas été de même pour la paroi musculaire du cœur, beaucoup plus friable et dont la rupture a été favorisée par la tension que présentent les cavités gorgées de sang pendant la vie ».

D'ailleurs il existait des adhérences pleurales surtout à droite où le poumon était de toutes parts fixé à la paroi, et on trouvait aux deux sommets des traces ou lésions tuberculeuses en évolution.

L'observation qu'on vient de lire nous a paru intéressante à différents points de vue. Les cas de plaie du cœur avec intégrité du péricarde sont très exceptionnels. Deschamps (Th. de Paris, 1892) en rapporte quelques-uns. Ils concernent surtout de véritables ruptures ou éclatements du cœur consécutifs à des compressions de la région précordiale ou à des contusions. Cet auteur n'a trouvé dans la littérature que cinq cas analogues à celui que nous venons de rapporter. Guibal dans son travail sur la chirurgie du cœur paru dans la *Revue de chirurgie* en 1905 cite un cas de plaie du cœur appartenant à Morestin (1), qui nous semble bien être un cas de plaie du cœur sans plaie du péricarde. En effet, ce chirurgien constate au cours d'une opération pour coup de feu reçu dans la région médiosternale sur la ligne bi-mamelonnaire : 1° un trou dans le sternum; 2° un caillot du volume d'un œuf en avant du péricarde; 3° *le péricarde modérément distendu sur lequel aucun trou n'est visible*; 4° une petite plaie sur le ventricule

(1) MORESTIN. *Arch. gén. de méd.*, 1903, n° 38.

droit près l'infundibulum de l'artère pulmonaire, sans orifice de sortie à la face postérieure. L'opéré mourut subitement le lendemain de l'intervention. A l'autopsie qui ne put être complète et où seul le cœur fut prélevé, « la balle n'a pas été trouvée, soit qu'elle ait été perdue pendant l'extraction du cœur, soit qu'elle ait été chassée dans l'artère pulmonaire, enrobée dans un caillot », soit, peut-on ajouter, qu'elle soit restée en dehors du péricarde.

Le mécanisme de la plaie du cœur, dans ces différentes plaies par projectile d'arme à feu sans rupture du péricarde est incontestablement celui qu'indique M. le docteur Balthazard dans son rapport, dont nous avons plus haut cité des extraits. Holmes (1) et Huguet (2) avaient été amenés aux mêmes conclusions. Dans notre cas particulier il est vraisemblable que la balle a atteint le sujet à la fin d'une expiration. C'est surtout à ce moment de la respiration que le contact de la face postéro-inférieure du ventricule droit avec le centre phrénique est le plus intime, et que le centre phrénique du diaphragme est souple et comme détendu. Vraisemblablement aussi le choc a frappé le cœur au début d'une systole ventriculaire. Les cavités ventriculaires sont alors gorgées de sang; les parois contractées et plus friables. Toutes ces conditions, accessoires sans doute, n'ont cependant pas été négligeables pour la production des lésions que nous avons constatées.

Notre blessé n'est pas mort d'hémorragie. La mort a été l'effet de la compression concentrique du cœur, des oreillettes surtout par l'épanchement péricardique, suivant le mécanisme bien indiqué par François Franck en 1877.

Les dimensions de la plaie ventriculaire étaient assez grandes pour que le sang passât aisément du ventricule dans le péricarde pendant la durée de la diastole ventriculaire. L'issue du sang pouvait se continuer pendant la systole ventriculaire. Mais il faut tenir compte que pendant ce temps de la révolution cardiaque la contraction ventriculaire peut avoir pour effet de réduire considérablement l'orifice de la plaie et de diminuer ainsi le débit de l'écoulement. Niébert, Rehn ont vu au cours d'interventions la plaie se fermer pendant la systole. La mort est survenue quand la pression dans le péricarde a été suffisante pour empêcher la réplétion de l'oreillette, en supprimant l'effet physiologique de l'aspiration ventriculaire diastolique et du vide pleural. Il a suffi de 500 grammes de sang, épanché dans le péricarde, brusquement, pour amener rapidement l'arrêt du cœur. Il est à remarquer que le siège de la perforation à la face postérieure du ventricule droit et près du bord droit permet d'éliminer ou de réduire à très peu l'importance que pourrait avoir dans la séméiologie la plaie du cœur en elle-même : on ne décrit en ce point aucun faisceau musculaire, aucun groupement de cellules nerveuses dont l'intégrité soit indispensable au fonctionnement normal du cœur.

(1) Holmes. *Brit. med. Journ. of med. and phys. sc.*, 1856.
(2) Huguet. *Ann. Soc. méd.-chir. de Liège*, 1874, revue de Hayem, t. IV, p. 113.

Les symptômes, que nous avons observés et consignés aussitôt par écrit, étaient caractéristiques, surtout la pâleur extrême, l'anxiété, la petitesse du pouls qui était imperceptible. Toutefois notons que malgré un épanchement de 500 grammes la matité précordiale n'était pas augmentée. Il est permis de penser que cette anomalie est attribuable au fait que les adhérences pleurales, très fortes à droite, diminuant la capacité fonctionnelle du poumon de ce côté, le poumon gauche, beaucoup moins adhérent, s'était développé davantage par un phénomène de suppléance et découvrait plus que normalement la face antérieure du cœur; il présentait du reste des lésions d'emphysème. Les bruits du cœur étaient imperceptibles tant à la base qu'à la pointe ou à l'appendice xyphoïde. Mais nous avons été surtout frappés par le besoin impérieux qu'éprouvait notre blessé de se coucher sur le ventre. Ce phénomène subjectif cadre bien avec l'angoisse et l'oppression dont souffrent de tels malades. Dans un cas comme le nôtre où le siège de la blessure tégumentaire n'implique pas avec une grande probabilité l'existence d'une plaie du cœur, ce symptôme ajouté à la pâleur extrême, à la petitesse du pouls, doit faire penser sinon à une plaie du cœur, au moins à une compression aiguë de cet organe et commander l'intervention chirurgicale immédiate.

MÉDECINE PRATIQUE

DE LA VALEUR DU SIGNE DE GROCCO (TRIANGLE DE MATITÉ PARAVERTÉBRALE DU COTÉ OPPOSÉ AUX ÉPANCHEMENTS DE LA PLÈVRE).

En 1902, dans une communication au Congrès de la Société italienne de médecine interne, le professeur Grocco attira l'attention sur la présence dans les épanchements pleuraux d'une zone mate triangulaire paravertébrale, à la base du thorax du côté opposé. Cette constatation confirmait les recherches antérieures faites depuis 1896 par Rauchfuss et 1897 par von Koranyi et passées jusque-là inaperçues.

Depuis 1902, les cliniciens de tous les pays ont cherché à vérifier le phénomène signalé par le professeur Grocco, à en fixer expérimentalement la pathogénie, la valeur pour le diagnostic et même le pronostic de l'affection. Il en est résulté une multitude de publications dans toutes les langues et la bibliographie complète de la question comporte une centaine d'articles.

Ce qui frappe surtout quand on parcourt ces travaux, c'est la discordance absolue des résultats obtenus; alors que les uns considèrent le signe de Grocco comme constant et d'une valeur de premier ordre dans le diagnostic des épanchements de la plèvre, d'autres le regardent comme très inconstant, comme existant dans beaucoup d'autres affections, quelques-uns nient enfin absolument son existence.

Nous avons cherché à nous faire une opinion au milieu de ces contradictions, et, à une lecture attentive, nous nous sommes convaincus qu'elles proviennent de ce que les descriptions des auteurs visent des faits différents et non comparables entre eux, et qu'il convient de sérier. C'est ce que nous allons tenter de faire ici.

Voyons d'abord la description du signe de Grocco dans sa forme typique, telle qu'elle résulte de l'ensemble des descriptions de ceux qui l'ont observé.

Lorsqu'il se produit dans la plèvre un épanchement *libre*,

de quantité suffisante pour qu'il remonte à l'angle de l'omoplate, surtout si l'épanchement est récent, ou un épanchement enkysté atteignant le cul-de-sac vertébral, on voit apparaître à la base du thorax du côté opposé une zone de matité qui affecte la forme d'un triangle. Le côté interne du triangle est vertical et représenté par la ligne des apophyses épineuses, la base par une ligne horizontale qui n'est autre que la limite inférieure de la zone de résonnance thoracique et dont la longueur varie de 2 à 7 ou 8 centimètres; l'hypothénuse est constituée par une ligne souvent convexe en haut, rejoignant l'extrémité des deux autres côtés et dont l'obliquité est très variable selon la hauteur de l'épanchement, depuis celle du triangle équilatéral jusqu'à un triangle à sommet très aigu.

Dans cette zone, une percussion *assez forte, profonde*, révèle la présence d'une matité d'autant plus nette qu'on avance vers la base du triangle, avec de la résistance au doigt, disparition des vibrations thoraciques, absence de murmure vésiculaire, présence du tintinnabulum par la percussion du point correspondant antérieur du thorax avec deux sous, en un mot les signes de la présence en cette zone d'une collection liquide. La forme du triangle ne se modifie *pas ou peu* selon les positions données au malade, il diminue d'étendue à mesure que l'épanchement se résorbe, ou lorsqu'une ponction vient enlever *une très grande quantité de liquide* (800 à 1300 grammes, Cassaët). Après la ponction, dans le triangle, on observe la réapparition de la sonorité, des vibrations, du murmure, l'absence du signe du sou, et souvent l'apparition de frottements de retour. Si la ponction a été suivie d'injection d'air stérilisé créant un pneumothorax artificiel, le triangle de matité est remplacé par un triangle de tympanisme, avec une zone de matité à la base, correspondant à la hauteur du liquide laissé dans la plèvre (J. de Barros).

Tel est dans son type parfait, idéal, le signe de Grocco. Il est facile de concevoir que des conditions multiples peuvent modifier son aspect ou le faire disparaître.

D'abord les modifications du côté de l'épanchement (épanchement minime, ou enkysté loin de la colonne vertébrale) ou les lésions de voisinage; la présence du triangle est souvent masquée par la coexistence de congestion pulmonaire sous-jacente; la zone de matité, d'absence de vibrations, ne présente plus sa forme nette et est remplacée par une bande horizontale mal limitée de submatité.

De même, une ponction minime, ou une ponction copieuse dans une plèvre à fausses membranes très épaisses, ne modifieront pas sensiblement l'étendue du triangle de matité. Enfin il faut remarquer que, pour une même quantité de liquide, le triangle se produit plus facilement et plus nettement lorsque l'épanchement siège dans la plèvre droite que dans le cas de pleurésie gauche.

Ceci posé, quelles sont les principales objections soulevées contre cette description ?

Une opinion catégorique est celle de Barbieri (1903) et celle de Roch et Dufour (1908) qui nient totalement son existence. Pour ces derniers, il existe *normalement* des deux côtés de la colonne vertébrale une zone de matité qui a été jusque-là méconnue. Cette zone mate qui a la forme d'une bande triangulaire très allongée répond à la présence des muscles des gouttières vertébrales. Il suffit de rechercher cette *submatité* sur un sujet normal pour constater qu'on ne l'obtient que par une percussion *légère, superficielle* (von Koranyi, Hamburger avaient signalé le fait), et elle ne donne ni la forme, ni la matité profonde, avec disparition d'élasticité de la paroi, et les autres signes d'épanchement, qu'on trouve au niveau du véritable triangle de Grocco, signes disparaissant par la ponction (T. Gillmann Moorhead, 1909).

En présence de travaux aussi précis et concluants que ceux de Grocco, Rauchfuss, von Koranyi, Krauss, Matthes, Cassaët et ses élèves Mirguet et Le Camus, Conto, l'existence du symptôme n'est pas douteuse. Il se produit non seulement lors d'un épanchement séreux, mais aussi dans le cas d'épanchement hémorragique traumatique (Cassaët) ou de pleurésie purulente enkystée (Hermon C. Gordinier, 1909). Nous avons vu que dans le pneumothorax artificiel, le triangle de matité était remplacé par un triangle de tympanisme. Il en est de même pour le pneumothorax pathologique (obs. de Pierracini, Le Camus, Miguel Conto); l'épanchement d'air se comporte de même qu'un épanchement liquide, mais avec des symptômes inverses, étant donné ses propriétés physiques.

Donc, pas de doute, les épanchements liquides (séreux, hémorragiques, purulents), gazeux, dans *certaines conditions* donnent lieu à une modification de la sonorité du côté opposé qui affecte les caractères que nous avons indiqués.

Dans ces conditions, la présence du symptôme est-elle constante? Quelques auteurs (Bucco 1903, Bernard 1905, Gillmann Moorhead 1909, 14 fois sur 19) ne l'ont pas observé dans tous les cas, même dans les pleurésies à moyen épanchement (Bernard).

La grande majorité des auteurs affirme que sa présence est constante dans les conditions que nous avons indiquées (Grocco, von Koranyi, Rauchfuss, Flora, Silvestrini, Maragliano, Pieracini, Baduel et Siciliano, Berghing, Ferannini, Vignola, Padoa, Matthes, Ewart, Alfaro, Thayer et Fabyan, A. W. Hollis, Cassaët, Mirguet). Frakenheimer l'a trouvé 32 fois chez 32 pleurétiques, Hermon C. Gordinier 28 sur 28. Chez l'enfant, Zamburger, Rauchfuss (77 sur 77) l'ont toujours constaté.

Mais bien entendu, dès que l'épanchement ne remplit plus les conditions de l'apparition du triangle du côté opposé, celui-ci n'apparaît pas. C'est ainsi que Thayer et Fabyan ne l'ont observé que dans 30 cas sur 32 pleurésies; les 2 autres cas étaient : l'un un petit épanchement pleural et du côté opposé on ne trouvait qu'une zone minime et mal limitée de matité, l'autre un empyème interlobaire.

De même, la présence en même temps que l'épanchement de pleurite très épaisse, de congestion, d'hépatisation pulmonaire du côté opposé empêche le triangle de matité de se manifester (Rauchfuss, Cassaët). « Cela est tellement vrai, dit Cassaët, que si la congestion disparaît à ce niveau, au fur et à mesure que l'amélioration se produit dans la base, le signe de Grocco gagne de plus en plus en netteté et semble grandir de plus en plus aussi du fait de ce qui n'est cependant qu'une amélioration de la congestion. » On comprend combien dans ces cas, si fréquents lors des infections grippales, il est facile de passer à côté de la vraie interprétation de l'absence du signe de Grocco.

Nous admettons comme démontrée l'existence constante du signe de Grocco, *moyennant certaines conditions déterminées*.

Mais ce symptôme est-il spécial aux épanchements de la plèvre, et dans ce cas il acquiert une valeur diagnostique de tout premier ordre, ou se rencontre-t-il dans d'autres affections et sa présence ne constitue plus qu'un incident curieux mais sans intérêt. Or, on a signalé sa présence dans de nombreuses affections soit thoraciques : pleurites, congestions pulmonaires, pneumonies (Hamburger, Hollis, Bernard, Miguel Conto); soit abdominales : tumeurs de la rate (Miguel Conto), abcès du foie (Herman C. Gordinier), abcès sous-phrénique (Beall), pyurie avec abcès lombaire (Ewart), cystadénome de l'ovaire multiloculaire (Smithies), ascite (Ewart), grossesse à terme (Smithies). On en a conclu qu'il fallait refuser au signe de Grocco toute valeur dans les épanchements pleuraux. Je proteste contre une telle conclusion, car, de la lecture des observations, il ressort qu'elle résulte d'une double confusion.

Tout d'abord dans les cas précédents, la matité paravertébrale n'affecte pas le plus souvent la disposition typique du triangle de Grocco.

La présence d'une pleurésie d'un côté peut amener la formation de pleurite à la base de l'autre côté, il en résulte une zone de matité à bords mal limités et non régulièrement triangulaire. Dans la pneumonie, l'hépatisation pulmonaire, « j'ai vérifié de façon répétée, dit H. C. Gordinier, qu'il existe une matité le long de la colonne vertébrale, produisant une bande verticale mais non pas de forme triangulaire ». Koranyi, dans un récent article sur ce sujet, rapporte aussi ce fait et insiste sur la distinction de cette matité et du triangle de la pleurésie.

Pour les affections abdominales, il faut les diviser en deux groupes distincts. Certaines comme les kystes de l'ovaire, l'ascite, la grossesse, abcès lombaires, produisent une zone de matité qui n'a rien à voir avec le triangle de Grocco, tout d'abord parce qu'il n'y a pas de matité dans le thorax du côté opposé. Dans l'ascite on trouve un double triangle de matité paravertébrale; pour la grossesse, voici ce qu'en dit Smithies : « Lorsque l'utérus est déjà volumineux et que la patiente est *assise*, on trouve en arrière, une bande de matité à la base droite; cette bande dépasse la colonne vertébrale du côté gauche où elle s'amincit rapidement pour se terminer en pointe; il en résulte de ce côté une matité triangulaire bien plus étendue horizontalement que le triangle de Grocco ». Il est vraisemblable que le phénomène est dû simplement au refoulement du foie en arrière par la masse intestinale. Nous sommes bien loin ici de l'aspect du triangle de Grocco dans un épanchement remontant à la septième ou huitième côtes au moins.

Le second groupe de faits comprend les volumineuses collections spléniques, hépatiques, abcès sous-phréniques, qui se développent dans le thorax d'un côté débordant un peu la ligne médiane, d'où l'apparition du côté opposé d'une zone mate triangulaire. Tel le cas typique de Gordinier où un abcès du foie refoulait le diaphragme dans le thorax jusqu'à la deuxième côte. Ici, il faut l'avouer, la forme de la matité observée en arrière ne peut que faire accepter le diagnostic de pleurésie purulente, mais si l'on regarde la matité en avant qui descendait jusqu'à l'ombilic, cela suffit pour voir que ce diagnostic est insuffisant. En tout cas, il est à retenir dans ces cas de collection sous-diaphragmatique à évolution intrathoracique, la recherche du signe de Grocco ne peut servir à indiquer si la collection est au-dessus ou au-dessous du diaphragme, ce que le chirurgien a du mal parfois à savoir, même au cours de l'évacuation opératoire.

Donc, ce dernier cas mis à part, on voit que les affections qui donnent lieu à l'apparition d'une matité dans cette région paravertébrale ne donnent pas en général la forme véritable du triangle de Grocco. Et quand même cela serait? Il ne faut pas perdre de vue que le signe de Grocco dans la pleurésie n'est pas un simple triangle de matité (dans une région donnée, on peut supposer bien des affections donnant un triangle de matité), mais un véritable syndrome. Il y a d'un côté les signes d'un épanchement, de l'autre un triangle qui non seulement présente de la matité, mais tous les autres symptômes de présence de liquide. Je crois que c'est parce qu'on a perdu de vue cet ensemble symptomatique qu'on trouve le triangle de Grocco un peu partout.

Or qui est-ce qui peut le mieux simuler la pleurésie de l'autre côté ? C'est la spléno-pneumonie (Grancher), or nous avons vu qu'elle pouvait donner une aire de matité paravertébrale mais non triangulaire. Si en même temps il se produit de la pleurite, de la congestion, de l'hépatisation de la base du côté opposé, on aura bien de la matité, mais à contours diffus, et à ce niveau non des signes d'épanchement mais de tumeur solide : pas de silence respiratoire absolu, pas de disparition des vibrations, pas de tintement à la percussion au son. Donc, avec Rauchfuss, Matthes, Thayer et Fabyan nous croyons à la valeur du triangle de Grocco. Dans ces cas très difficiles où le diagnostic hésite entre la pneumonie et la pleurésie, alors que son absence a peu de valeur, la disposition du signe de Grocco dans sa disposition classique doit faire pencher la balance en faveur de l'épanchement pleural.

Outre cette valeur pour le diagnostic, les dimensions du triangle, bien mieux que le déplacement de la pointe du cœur en avant, dit Rauchfuss, renseignent sur l'abondance de l'épanchement; sa diminution permet de suivre la résorption du liquide, et, après la ponction, sa persistance sur une plus ou moins grande étendue permet de se rendre compte de la quantité restant dans la plèvre.

La pathogénie du signe de Grocco a donné lieu à de multiples théories reposant sur des expérimentations plus ou moins concluantes. On peut, pour les exposer brièvement, réduire ces hypothèses à cinq principales :

1° Le triangle paravertébral résulte de l'arrêt des vibrations de la colonne vertébrale et des côtes causé par la présence du liquide (expériences de Miguel Conto) ou l'imbibition des tissus (Ewart, Forbe-Ross), mais on constate avec un diapason que, même dans les cas d'épanchement énorme, il n'y a pas de diminution de la résonnance thoracique (Roch et Dufour);

2° Il reconnaît pour cause le déplacement du cœur et la condensation pulmonaire (Ferrannini);

3° Il résulte d'une véritable luxation du médiastin postérieur (Pieracini, Frankeinheimer, injections de gélatine de Baduel et Siciliano, autopsie d'un nouveau-né avec pleurésie de Keith), c'est ce qui expliquerait sa production plus facile chez l'enfant;

4° Il est dû à la distension des culs-de-sac pleuraux interazygo-œsophagien ou interaortico-œsophagien (expériences de Mirguet : le médiastin n'est pas déplacé; constatations cliniques de Cassaët : signes du sou, c'est bien un épanchement liquide qui existe au niveau du triangle);

5° Enfin, que l'on admette l'une ou l'autre des deux théories précédentes, la plupart des auteurs admettent en plus une diminution des vibrations du rachis et des côtes par les organes comprimés et le liquide faisant office de sourdine.

En résumé, nous voyons que le triangle de matité paravertébrale du côté opposé dans les épanchements liquides de la plèvre existe *dans certains cas déterminés*. La constatation en est délicate, sujette à de multiples causes d'erreur qui demanderont beaucoup de soin de la part du clinicien.

Son absence, souvent difficile à interpréter, n'a pas de valeur, tandis que sa constatation nette, dans sa forme typique, peut éclairer le diagnostic dans les cas difficiles et aider à évaluer la quantité de l'épanchement.

Enfin, on ne perdra pas de vue que, si bien des affections thoraciques ou abdominales peuvent donner naissance à une matité triangulaire à la base d'un côté du rachis, *il faut en plus pour constituer le syndrome de Grocco* les signes d'un épanchement de l'autre côté, et au niveau même du triangle de matité.

M. LANCE.

ANALYSES

MÉDECINE

La rage chez les très jeunes chiens. (P. REMLINGER. *Revue génér. de méd. vétérin.*, 1er déc. 1908, p. 617-618.) — C'est une opinion assez répandue et qui repose en outre sur une certaine base scientifique, que les très jeunes chiens sont incapables de contracter la rage et par conséquent de la communiquer. En effet, la rage résulte toujours d'une contamination par un autre animal enragé, la période d'incubation est longue : plusieurs semaines en général. Ne faudrait-il pas dès lors pour qu'un tout jeune animal — un chien âgé d'un à deux mois par exemple — puisse contracter la maladie un concours

de circonstances vraiment extraordinaire? Dans les conditions particulières de la vie des chiens en Orient, ce concours est réalisé fréquemment et il n'est nullement impossible qu'il soit également réalisé en Occident. D'une part en effet, le jeune chien est sensiblement plus réceptif à la rage que l'animal adulte et il suffit d'une très petite quantité de virus pour lui conférer la maladie. De l'autre, la période d'incubation peut être chez lui extrêmement courte et dépasser à peine une semaine. Il est donc parfaitement possible de voir la rage se déclarer chez de très jeunes animaux (deux à trois semaines par exemple). Ceux-ci peuvent être dangereux dès l'apparition des dents. On peut même concevoir qu'ils puissent avant cette époque, communiquer la rage par léchement. Ces jeunes chiens sont d'autant plus dangereux que la rage revêt chez eux une physionomie clinique un peu spéciale. Même lorsqu'ils mordent ils n'ont pas l'air méchant et paraissent vouloir « s'amuser » ou encore « se faire les dents ». Ils inspirent ainsi une sécurité trompeuse. Or le virus rabique paraît s'exalter par son passage chez le jeune chien. Inoculé sous la dure-mère du lapin, il se comporte souvent d'emblée comme un virus fixe. D'où la nécessité d'un traitement précoce et intensif.

L. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Recherches cliniques sur la ration alimentaire du nourrisson. (A. AGEORGES. Th. de Paris, 1909; J. Rousset.) — Dans la première partie de cette thèse, l'auteur expose quelques généralités sur la ration alimentaire du nourrisson, c'est-à-dire sur la quantité de lait nécessaire à un enfant, suivant son poids, son âge, sa taille, calculée d'après un lait de composition moyenne, pour que cet enfant puisse s'accroître et se développer normalement. La ration alimentaire est le total de la ration d'entretien et de la ration d'accroissement. On trouvera, dans ces premières pages du travail de M. Ageorges, des chiffres, des rations théoriques, et même des formules mathématiques; chiffres et formules varient d'ailleurs selon les auteurs; aussi M. Ageorges conclut-il fort judicieusement: « En matière d'alimentation du nourrisson, il nous est impossible, actuellement, de calculer une ration de façon mathématique; il faut donc se mettre en garde contre des idées trop théoriques, et s'inspirer plutôt de la pratique. »

Voici, au point de vue pratique, quelques excellents conseils donnés par l'auteur: il importe naturellement de bien connaître les quantités de lait indiquées par les pédiatres comme nécessaires à un nourrisson de tel ou tel âge; on adoptera, par exemple, les chiffres donnés par M. Méry ou par M. Terrien: mais ces chiffres ne serviront que de point de départ, de ration base, lorsqu'on voit un enfant pour la première fois; on les fera ensuite varier, en plus ou en moins, d'après la courbe du poids de l'enfant et aussi d'après la courbe de taille. A propos de la taille, M. Ageorges rappelle le coefficient indiqué par MM. Variot et Lassablière: en multipliant le nombre de centimètres de la taille par le coefficient 16 pour les six premiers mois et par le coefficient 15 pour les six mois suivants, on obtient très exactement le chiffre qui servira de point de départ pour la ration alimentaire.

M. BRELET.

PHYSIOLOGIE

Etude expérimentale sur les fonctions de la glande thymique. (Alex. Mac LENNAN. *The Glascow med. Journ.*, août 1908, vol. LXX, n° 2, p. 97 [avec 7 figures].) — Dans cet article très complet sur la question, l'auteur débute par un rapide historique des recherches antérieures, puis expose ses expériences personnelles.

Après des essais infructueux sur de jeunes chats et des lapins, il est arrivé à enlever les deux lobes thymiques chez de très jeunes lapins. Il décrit avec détails la technique à suivre: anesthésie à l'éther, ablation de l'extrémité supérieure du sternum et des deux premiers cartilages costaux, ablation rapide des deux lobes thymiques séparés avec soin de la thyroïde, le danger est d'ouvrir les plèvres qui ne sont pas plus épaisses que des « bulles de savon » et en rapport intime surtout avec le lobe droit. L'animal résiste à l'ouverture d'une plèvre; mais l'ouverture bilatérale entraîne la mort rapide. Après l'ablation de la glande, les côtes sont rapprochées par des fils de soie passés sous leurs extrémités. En quelques jours la restauration se fait complète si bien que sans une marque spéciale les animaux opérés ne se distinguent pas des témoins. Ils sont aussi plus vigoureux et plus voraces, et présentent une plus grande résistance à la maladie. L'examen de la moelle osseuse et celui de la rate ont donné des résultats négatifs. L'examen des os par contre montre que chez les animaux sans thymus le cartilage est épaissi et présente selon toute évidence une plus grande activité de croissance.

Chez quatre animaux rachitiques, l'ablation du thymus fut suivie de la guérison dans deux cas.

Enfin, chez les opérés, le thymus était plus petit et moins coloré, l'atrophie des espaces glandulaires était certaine. On se souvient que l'ablation de la thyroïde est suivie de l'atrophie du thymus. Ces deux faits montrent l'étroit rapport qui unit les deux organes. Sur deux des extirpations de la glande pratiquées par Mac Lennan chez l'homme, il a trouvé la glande en continuité avec le lobe gauche de la thyroïde. L'importance de cette relation apparaît dans certaines maladies, l'ablation de la thyroïde est suivie de mort subite dans certaines formes de maladie de Basedow, et à l'autopsie on trouve un thymus augmenté de volume. Mais si dans de tels cas le thymus trop volumineux avait été enlevé au préalable, la thyroïdectomie aurait été sans danger.

Cette augmentation de volume du thymus serait aussi la cause de la mort subite signalée chez les enfants dans certains cas particuliers (anesthésie chloroformique, injection de sérum, administration d'un bain, etc.) et constituant ce que les Allemands ont dénommé le « status lymphaticus ». Aussi chez les enfants présentant une saillie suprasternale dans l'inspiration, du tirage, de la toux spasmodique, on devra éviter ou surveiller spécialement l'anesthésie générale.

Dans la laryngite striduleuse, certains cas de crétinisme, l'ablation du thymus chez l'enfant a été tentée. Nicoll l'a pratiquée une fois, l'auteur trois fois. Les résultats ont été excellents.

M. LANCE.

CHIRURGIE

Varices rénales. (Paul M. PILCHER. *Ann. of Surg.*, vol. XLIX, n° 5, mai 1909, pp. 652-669.) — Fenwick le premier, en 1904, isola cette affection, qui avec les néphrites hématuriques semble devoir entamer considérablement le domaine des hématuries naguère encore dites essentielles; il en publia 3 cas: plus tard Whitney et Calot en relatèrent un autre, Mc Gowan un cinquième. Pilcher en apporte aujourd'hui deux, vus en moins d'un an. Il croit qu'il y a là une entité pathologique spéciale, une lésion angiomateuse des papilles rénales, d'étiologie et d'anatomie pathologique analogues à celles des varices de la jambe, du varicocèle, des varices œsophagiennes et des hémorroïdes. La veine rénale gauche passe en avant de l'aorte juste au-dessous de l'origine de l'artère mésentérique supérieure, elle est couverte par la troisième portion du duodénum et il n'y a pas de valvules dans les veines rénales, sauf des rudiments à l'embouchure de la veine cave.

Cliniquement, il s'agit d'une hématurie unilatérale sans autres symptômes, non douloureuse, non influencée par le repos, amenant par sa répétition une anémie parfois considérable. A l'exploration du rein, après incision, on trouve une papille angiomateuse au sommet, quelquefois saignant

encore. Pilcher dit qu'il y a une symptomatologie propre, mais rien dans son article n'indique sur quoi il se base. En fait, on peut seulement soupçonner une varice rénale quand on voit une hématurie sans cause chez un porteur d'autres manifestations variqueuses. Il est important de noter que la disposition angiomateuse peut n'être pas décelable à l'œil nu et être très nette au microscope.

Le traitement, suivant Pilcher, est la néphrotomie simple, non pas sur la ligne médiane, mais le long d'une ligne postérieure à celle-ci, passant par la rangée postérieure de calices et dite ligne de Brœdel. Brœdel a étudié en détail la disposition des artères et des veines dans le rein, et est arrivé à la conclusion qu'une incision le long de cette ligne épargne toutes les artères, mais sectionne six sur sept des rameaux collecteurs veineux qui passent d'arrière en avant, de telle sorte que la circulation veineuse se trouve reportée aux deux pôles. S'il y a angiome net, réséquer ou cautériser la papille. Puis suturer. Néphrectomie en cas d'échec ou quand une opération rapide et sans perte de sang est impérative d'emblée.

F. GARDNER.

Les Résultats des opérations pour cancer de la langue, bouche et maxillaire, au Massachusets general Hospital, 1890 à 1904. (Robert B. GREENOUGH, Charming C. SIMMONS et Robert M. GREEN. *The Boston med. and. surg. Journ.*, 6 mai 1909, vol. CLX, n° 18.) — Ce très important travail porte sur 172 cas observés par 19 chirurgiens différents. Un peu plus d'un tiers ont été jugés inopérables à leur entrée. Les 112 cas opérés ont donné une mortalité opératoire de 17,8 p. 100. Le cancer de la langue figure en tête avec 98 cas dont 62 ont été opérés avec une mortalité opératoire de 12,9 p. 100. Les causes de mort sont le shock combiné aux accidents septiques locaux ou généraux et la broncho-pneumonie. Les procédés opératoires où la section du maxillaire est employée (Lagenbeck, Syme) donne une mortalité bien plus élevée (30,7 p. 100) que l'excision par voie sous-maxillaire de Kocher (10 p. 100) ou l'ablation intra-buccale (5 p. 100). Il est vrai que cette dernière est réservée aux cas limités; mais l'incision de Kocher permet d'enlever la langue en entier avec ses ganglions, et d'éviter le shock qui donne toutes les opérations avec section du maxillaire. Chose très intéressante, dans 7 cas où la dissection du cou a été pratiquée, l'examen histologique a montré que les ganglions n'étaient pas cancéreux. Si on constate que les ablations en un temps avec large excision ganglionnaire donnent une haute mortalité opératoire, c'est un argument de plus en faveur de l'attente pour enlever les ganglions dans un deuxième temps.

La guérison après trois années d'observation a été obtenue dans 10 cas (17,2 p. 100). Aucun cas n'est mort ultérieurement de métastase. Les récidives sont en général rapides. Dans les cas de récidive après opération la survie obtenue est supérieure de cinq mois en moyenne aux cas non opérés.

A noter dans l'étiologie cette constatation qui va à l'encontre des données classiques qu'un seul malade avait eu la syphilis et qu'aucun cas de leucoplasie n'est indiqué.

Les cancers du maxillaire inférieur viennent en seconde ligne avec 40 cas, dont 28 seulement ont été opérés avec une mortalité opératoire de 35,5 p. 100 et 5 guérisons, soit 19,2 p. 100. La récidive est rapide quand elle survient. Ce qui frappe, c'est que lorsque l'intervention n'est pas limitée à une résection partielle du maxillaire qui donne de très bons résultats, lorsque le cas nécessite la résection d'une grande partie de l'os et surtout une dissection étendue du cou, la mortalité immédiate de shock et d'accidents septiques est très élevée. Comme pour la langue la production de métastase n'a pas été observée et pour les cas qui ont récidivé la survie a été plus longue que pour les cas non opérés. Dans 20 cas la présence de lésions dentaires ou d'appareils de prothèse a pu jouer un rôle dans l'étiologie.

Le cancer du maxillaire supérieur a été observé 14 fois avec 10 opérations sans décès opératoire, 1 guérison et 9 récidives. Les opérations ont été : 5 résections totales, 1 résection partielle, 4 opérations plus minimes. A remarquer cette absence de mortalité opératoire.

Sur les 11 cas de cancer de l'amygdale, 4 cas seulement ont été opérés, et un est vivant neuf ans après, les 3 autres ont récidivé mais avec une survie plus étendue que les cas non opérés.

Sur 9 cas de cancer de la muqueuse de la joue 8 cas ont été opérés et aucun n'a guéri. Tous étaient morts deux ans après l'intervention, 6 de récidive, 2 quelques heures après l'acte opératoire. On voit la gravité du néoplasme débutant dans cette région même avant son extension apparente aux ganglions et au maxillaire.

Cette statistique très détaillée est suivie d'un résumé des observations.

M. LANCE.

NEUROLOGIE

Contribution à l'anatomie et à la physiologie de l'hypophyse. (SANDRI. *Riv. d. patol. nerv. e ment.*, 1908, pp. 518-550, 3 fig.) — De même que le lobe épithélial, le lobe nerveux renferme des éléments glandulaires propres, possédant les caractères de l'activité glandulaire.

La portion antérieure et la portion postérieure du lobe épithélial se composent de types de cellules morphologiquement et fonctionnellement différentes.

Dans la portion antérieure, les aspects chromophile et chromophobe représentent seulement deux stades fonctionnels d'un même élément.

Outre sa fonction antitoxique, l'hypophyse sécrète un produit, qui, injecté aux animaux, agit sur la pression sanguine et sur les contractions cardiaques. Ce produit, sécrété par la portion postérieure du lobe épithélial (portion infundibulaire de certains auteurs), celle qui adhère au lobe nerveux. Outre son action cardio-vasculaire, ce produit a une action toxique.

La transplantation de l'hypophyse échoue toujours, même chez les animaux de même espèce.

L'ingestion prolongée de grandes quantités d'hypophyse de bœuf, produit, chez des souris en voie de croissance, un arrêt de développement, mais seulement à celles à qui on fait ingérer la partie active de la glande, les animaux ainsi traités ne présentent aucune altération du système nerveux ni des reins.

Les injections prolongées de lobes hypophysaires ne produisent des lésions rénales ou nerveuses que si l'injection renferme le principe actif. Il en est de même pour l'arrêt de développement, qui cesse d'être manifeste, si l'on vient à interrompre les injections. Cet arrêt temporaire du développement, obtenu, aussi bien par l'ingestion que par l'injection du principe actif de l'hypophyse, est probablement dû à sa toxicité.

L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

Du danger de la réinjection de sérum thérapeutique. (R. OTTO. *Ther. d. Gegenw.*, 11[e] fasc., nov. 1908, p. 498.) — En général l'auteur admet qu'il est possible de diagnostiquer une maladie du sérum par les symptômes suivants : apparition de l'exanthème (sept à quatorze jours) après l'injection, l'apparition primitive d'une efflorescence autour du point de piqûre, les engorgements ganglionnaires, le manque de symptômes des muqueuses.

La réaction qui se produit après la réinjection est plus rapide et renforcée; deux formes peuvent se présenter, la première apparaissant en quelques heures, la seconde en cinq ou sept jours. On peut observer dans ces cas de la fièvre, un exanthème, des symptômes articulaires, des œdèmes. La

susceptibilité individuelle peut réagir sous l'influence des plus petites doses. Aussi doit-on considérer, en pareil cas, la recherche expérimentale de G. Klemperer comme très utile pour confirmer le diagnostic.

On procédera en inoculant à un cobaye quelques centimètres cubes du sérum du patient puis, l'un des jours suivants, 3 à 5 centimètres cubes de sérum normal de cheval dans le péritoine. Le cobaye est-il malade, on l'oppose à une autre bête de contrôle traitée préventivement avec du sérum humain normal et on en déduit la présence de réactions organiques anaphylactiques chez le premier et par suite l'hypersensibilité du sérum.

L'auteur a publié antérieurement des recherches expérimentales démontrant que chez des cobayes le sérum à lui seul était capable de déterminer l'anaphylaxie, mais que la combinaison du sérum et du poison diphtérique augmenterait à un haut degré l'hyperactivité du sérum; d'autres auteurs auraient confirmé le fait.

R. Otto a alors cherché, dans le but d'étudier la maladie du sérum des réinjectés, à s'informer si une première inoculation de sérum avait été faite dans un but de prophylaxie chez tel patient ou au contraire si la première injection avait eu un but thérapeutique au cours d'une diphtérie. Dans ces derniers cas l'auteur put constater une hyperactivité du sérum et, chez un enfant traité une première fois et injecté, une réinjection donna lieu aux plus graves symptômes; une dose extraordinairement faible de sérum thérapeutique (0,8 centimètre cube) avait suffi pour déterminer un accès d'anaphylaxie.

L'auteur estime que de là résulte un intérêt très grand en ce qui concerne les injections prophylactiques; les patients manifestant une hypersensibilité au sérum sont ceux qui ont reçu dans un but thérapeutique une première inoculation.

P. VIOLLET.

LIVRES NOUVEAUX

Le Diagnostic fonctionnel du cœur (1), par le docteur JANOWSKI (de Varsovie).

Il est utile de savoir que les procédés employés en clinique pure ne donnent pas toujours une idée exacte de la capacité fonctionnelle du cœur. Aussi pour y parvenir serait-il nécessaire d'employer certaines méthodes d'exploration dont l'auteur nous apprend les techniques et les avantages. Le sphygmographe et surtout la sphygmographie combinée des vaisseaux et des diverses cavités cardiaques rendent de grands services. Mais c'est surtout la sphygmomanométrie que l'on devra utiliser pour cet examen. Elle permet de se rendre compte de la pression dans les artères à des distances différentes, de la résistance périphérique opposée au travail du cœur, etc. Il importe de soumettre le malade à certaines épreuves de marche, d'activité et de multiplier les examens avant et après ces exercices imposés au système circulatoire du patient.

Telles sont les conclusions dont l'auteur nous fait part et qui résultent des multiples explorations auxquelles il s'est livré. Tout cela est fort intéressant, plus peut-être pour le physiologiste que pour le clinicien. Mais l'ouvrage porte en sous titre « Etude clinique des méthodes modernes d'exploration du système cardio-vasculaire ». On y voit bien en effet la critique de quelques travaux allemands et même italiens, à ce sujet. On s'attendrait à trouver celle de quelques auteurs français. La notoriété de tous les élèves de Potain (que je ne nomme pas intentionnellement) n'a-t-elle pas dépassé nos frontières, ou leurs travaux ne sont-ils plus suffisamment « modernes »? Il y a cependant parmi eux des cliniciens dont les appareils de mesure sont dans toutes les mains. Ceci nous prouve une fois de plus combien nous avons tort de tant attacher d'importance à la bibliographie étrangère quand nos travaux sont écartés par nos voisins, soit systématiquement, soit par ignorance, jusque dans leurs ouvrages écrits dans notre langue.

J. FERRAND.

(1) Monographie de l'œuvre chirurgicale. — Paris, Masson.

Les régimes. Alimentation rationnelle dans la santé et la maladie (1), par F. DE GRANDMAISON.

Dans la première partie de ce volume, M. de Grandmaison expose, avec beaucoup de clarté, les généralités sur l'alimentation : les besoins de l'organisme, les aliments d'origine animale et végétale, leur préparation, les boissons sont successivement étudiés. La seconde partie est consacrée à l'étude de l'alimentation rationnelle dans l'état de santé: régime alimentaire du nouveau-né, de l'enfant, de l'écolier, de l'adulte et du vieillard. Peut-être pourrait-on regretter que la question du régime alimentaire du nouveau-né y soit un peu sommairement traitée; mais cette critique est à peine fondée, car l'alimentation du nouveau-né est devenue si complexe, qu'elle constitue un des chapitres les plus importants des livres d'hygiène infantile et de pédiatrie; l'exposer très complètement eût conduit M. de Grandmaison à donner une ampleur extrême à un volume par ailleurs très documenté et qui compte près de 300 pages. La troisième partie, la plus longue et la plus importante pour le médecin qui, dans l'état actuel de nos mœurs, est consulté beaucoup plus souvent pour guérir les malades que pour régler l'hygiène de ceux qui se considèrent, à tort ou à raison, comme en bonne santé, cette troisième partie traite de l'alimentation rationnelle dans les maladies aiguës ou chroniques; nous signalerons particulièrement l'étude du régime alimentaire dans la goutte, l'obésité et le diabète. Cet ouvrage nous paraît destiné à rendre de grands services, car on y trouve beaucoup d'idées directrices, beaucoup de conseils, basés sur une grande expérience des maladies de la nutrition et de la thérapeutique clinique.

M. BRELET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Maladies des enfants, par V. HUTINEL, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine; avec la collaboration de MM. BABONNEIX, BIGART, DARRÉ, JEANSELME, Pierre LEREBOULLET, LESNÉ, G. LEVEN, Louis MARTIN, P. MERKLEN, NOBÉCOURT, PAISSEAU, L. TIXIER, VITRY, Roger VOISIN. Tomes IV et V. L'ouvrage complet en 5 forts volumes grand in-8, avec fig. en noir et en couleurs et planches hors texte. — Prix : 100 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Tabes et les maladies systématiques de la moelle, par le docteur E. DE MASSARY. Un vol. in-18 jésus, cart. toile, 360 p., avec 28 fig. dans le texte. (Encyclop. scient. et Bibliothèque de neurol. et de psych.). — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Les Eaux minérales en tant que sérums artificiels. Etude expérimentale et clinique des eaux de la Bourboule en injections hypodermiques, par MM. G. BILLARD et P. FERREYROLLES. Une brochure in-8. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Maloine.

(1) Un vol. in-18. — Paris, A. Maloine.

SUITE DES SOMMAIRES

Normandie médicale. — (N° 14, 15 juillet 1908.) R. BRUNON : Alcool et tuberculose. — M. GUERBET : Théories actuelles concernant le « mécanisme de l'immunité ». — RAOULT (de Vernon) : Conférence faite à la Société de secours aux blessés militaires « la Croix-Rouge », le 2 juin 1909 (*suite et fin*). — Un geste élégant. — (N° 15, 1er août.) M. GUERBET : Théories actuelles concernant le « mécanisme de l'immunité » (*suite*). — M. CHAPUT : Hémostase opératoire sans ligatures.

Pédiâtrie pratique. — (N° 12, 5 juin 1909.) J. ROUX : Le rachitisme considéré comme complication des adénoïdites chroniques hypertrophiques et de leurs troubles intestinaux consécutifs. Son traitement. — P. DE SAGHER : Le diagnostic clinique précoce de l'hérédo-syphilis. — (N° 13, 15 juin.) Luigi CONCETTI : Sur deux cas de maladie de Barlow. — E. AUSSET : La morale sexuelle à l'Ecole. — (N° 14, 25 juin.) L. CHATEAU : A propos de l'emploi de la morphine en thérapeutique infantile, dans le croup en particulier. — A. JOVANE et C. PACE : Capsules surrénales et rachitisme (recherches cliniques et expérimentales). — (N° 15, 5 juillet.) V. DUBRON : Le professeur Budin. — HUTINEL : Péricardite pneumococcique. — HALIPRÉ et DELABROUSSE : Le méningisme dans la pneumonie des enfants. — (N° 16, 15 juillet.) KIRMISSON : L'appendicite. A propos de son diagnostic et de son traitement. — PAQUET : Rapport sur les fiches médicales. — BRELET : Signe de Koplick. Son importance pour le diagnostic précoce de la rougeole. — AUSSET : A propos du signe de Koplick. — (N° 17, 25 juillet.) MARFAN : I. Crises douloureuses lombo-abdominales; II. Bronchites à rechutes; III. Adénoïdisme et rachitisme; IV. Myxœdème infantile. — THIERS : Un cas de pylorospasme essentiel acquis du nourrisson (syndrome de Weill et Péhu). — OLMER : Œdèmes provoqués par le régime au cours des entérites de l'enfance. — (N° 18, 5 août.) ALLAIRE : Traitement de la paralysie infantile et des névrites avec réaction de dégénérescence, par l'électromécanothérapie. — CURTILLET et LAFONT : Un cas de fistule secondaire médiane congénitale du cou. — A. WEIL : Le traitement de la paralysie infantile? — WEILL et CHALLIER : Sténose hypertrophique du pylore, avec épaississement des parois gastriques généralisé à la totalité de l'estomac, chez un nourrisson. — BRIN : Enfoncement prononcé du pariétal gauche chez un nouveau-né. Crises d'épilepsie; parésie des membres droits. Redressement opératoire, guérison.

Presse médicale. — (N° 43, 29 mai 1909.) R. DEBRÉ : Les principaux caractères cliniques de la méningite cérébro-spinale. — GRYSEZ : La sérothérapie antiméningococcique. — P. DESFOSSES : Technique de la ponction lombaire. — L. LAGANE : Technique essentielle de la recherche et de l'identification du méningocoque de Weichselbaum. — A. CANTONNET : La sérothérapie locale dans les infections oculaires. — (N° 44, 2 juin.) P. RICHE : Plaies de poitrine et thoracotomie. — P. KOUINDJY : Traitement kinésithérapique des hémiplégiques. — (N° 45, 5 juin.) J. ROUBINOVITCH et H. PAILLARD : La mort subite dans la paralysie générale au début. — H. CHAPUT : Un procédé rapide de suture intestinale. La suture alternante. — (N° 46, 9 juin.) POZZI : Nouvelles expériences de sutures des vaisseaux de transplantation des organes et des greffes des membres du docteur Alexis Carrel. — F. LÉVY : Diagnostic des névralgies faciales. — (N° 47, 12 juin.) P. ALGLAVE : La résection totale précoce des varices essentielles superficielles des membres inférieurs. — MILHIT et CHABROL : La dothiénenthérie expérimentale. — (N° 48, 16 juin.) H. ROGER : Les oosporoses. — (N° 49, 19 juin.) A. FROUIN : Contribution expérimentale à la chirurgie de l'estomac. — (N° 50, 23 juin.) H. ROGER : Les oosporoses (*suite*). — (N° 51, 26 juin.) A.-B. MARFAN : Erythème noueux et tuberculose. — (N° 52, 30 juin.) Ch. DUCROQUET et P. LAUNAY : Paralysie infantile des muscles du pied. Son traitement par l'arthrodèse partielle. — (N° 53, 3 juillet.) M. GARNIER et L.-G. SIMON. L'infection du sang par les bactéries de l'intestin. — A. BROCA : Appendicite aiguë ou hernie étranglée. — (N° 54, 7 juillet.) P. BLANLUET : Les vomissements chloroformiques. — (N° 55, 10 juillet.) E. SERGENT : Diagnostic et traitement de l'insuffisance surrénale. — (N° 56, 14 juillet.) CAUSSADE et QUESTE : De quelques congestions-œdèmes pulmonaires localisées aux sommets des poumons simulant la tuberculose, et de quelques congestions pulmonaires densituberculeuses. — GAULTIER : Coprologie clinique. Ascaridiose intestinale ayant simulé un ulcère de l'estomac. — (N° 57, 17 juillet.) MAHÉ : La novocaïne en odontologie. — GLEY : L'antisepsie de la peau par la teinture d'iode en chirurgie expérimentale. — PONCET : Erythème noueux et tuberculose. — (N° 58, 21 juillet.) TARIPUY : L'opération césarienne itératite. — MARTINET : Les corps gras chez les hypersthéniques. — MAGITOT : A quel moment de la vie est susceptible de se produire pour la première fois le réflexe pupillaire à la lumière. — PAGE : Une antitoxine cérébrale. Sa préparation, son action, son mode d'emploi.

Revue de la tuberculose. — (N° 3, juin 1909.) S. ARLOING et F. DUMAREST : Contribution à l'étude du traitement spécifique de la bacillose par les agents de l'immunisation passive et active (sérums anti-tuberculeux et tuberculines). — R. VOISIN : Méningite tuberculeuse anormale chez une jeune épileptique. — L. TIXIER : Anémie grave de type pernicieux chez un tuberculeux. — F.-X. GOURAUD et L. KRANTZ : Valeur thérapeutique des tuberculines.

Revue de médecine. — (N° 6, 10 juin 1909.) P. LONDE : L'origine digestive des maladies de l'appareil respiratoire (4 fig.). — A. SÉZARY : Les caractères macroscopiques des glandes surrénales dans leurs états physio-pathologiques (4 fig.). — G. GUILLAIN et J. TROISIER : La formation des pigments biliaires, par hémolyse dans les séreuses, contribution à l'étude des ictères hémolytiques locaux. — L. BOUSQUET et H. ROGER : Contribution à l'étude thérapeutique des métaux colloïdaux, leur action sur les infections locales et les maladies de la nutrition. — A. CHAUFFARD : Camptodactylie aiguë d'origine gonococcique (1 fig.) — L. BERNARD : Pathologie générale de l'enfance d'après le docteur A.-B. Marfan. — (N° 7, 10 juillet.) GÉRAUDEL : Les variétés morphologiques de la cirrhose (8 fig.). — LAIGNEL-LAVASTINE Plan général de la pathologie du système nerveux sympathique (*suite et fin*). — LYON-CAEN : Les communications interauriculaires au point de vue anatomo-pathologique, physiologique et clinique (7 fig.). — REYNAUD : Considérations cliniques sur la fièvre bilieuse hémoglobinurique. — AUDIBERT : L'ictère pléiochronique éberthien.

Revue médicale de l'Est. — (N° 11, 1er juin 1909.) L. HEULLY : Un cas de pseudo-méningocèle traumatique bilatérale. — M. CONSTANT : L'accès de goutte. A quel moment faut-il donner la colchique? — (N° 12, 15 juin.) MIRAMONT DE LAROQUETTE : Action et emploi thérapeutiques de la douche d'air chaud. — P. PILLEMENT : La bibliothèque d'un médecin lorrain à la fin du XVIIe siècle ou les origines de la bibliothèque de la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson. — (N° 13, 1er juillet.) G. GROSS et LUCIEN : Tuberculose iléo-cæcale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LE SAMEDI 25 SEPTEMBRE 1909

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à Paris, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de *pansement, gazes* et *cotons antiseptiques, mackintosch, protective,* etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er octobre 1909.

Ces fournitures s'élèvent approximativement avant rabais à :

1er lot. *Gaze iodoformée au salol, boriquée,* 12 600 fr.

2e lot. *Ouate coton au salol et boriquée, mackintosh protective, lint boriqué,* 13 000 fr.

3e lot. *Ouate coton hydrophile.* La fourniture totale est évaluée à 100 000 kilogr., mais le même fournisseur ne pourra être déclaré adjudicataire de plus de la moitié de la fourniture.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Billets simples de France en Espagne. — Les principales gares du réseau P.-L.-M. (Paris, Dijon, Lyon, Marseille, etc.) délivrent des billets directs simples pour Barcelone.

Trajet rapide de Paris à Barcelone par le train de luxe bi-hebdomadaire « Barcelone-Express », composé de vagons-lits et d'un restaurants.

Consultez le Livret-Guide-Horaire vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares.

N° 99. — JEUDI 2 SEPTEMBRE 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 2 SEPTEMBRE 1909. — N° 99

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bensaude, Hallé, Rathery, Bourgeois, Schwartz, Chevassu, Duval, Cathala.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Alger. — M. le docteur Cabanes, professeur suppléant des chaires de chirurgie, est chargé du cours théorique d'accouchement pendant l'année scolaire 1909-1910.

— Nantes. — Un concours s'ouvrira le 15 novembre prochain pour une place de chef de clinique médicale.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Le *Journal officiel* vient de publier le décret suivant abrogeant le titre II du décret du 9 août 1907, relatif à l'avancement des médecins du service de santé de réserve et de l'armée territoriale, ainsi que toutes les dispositions contraires, contenues dans les décrets ou réglements antérieurs au présent décret :

« Article premier. — Les médecins aides-majors de deuxième classe du service de santé de la réserve sont promus au grade supérieur quand ils comptent quatre années de grade d'officier, et s'ils ont accompli deux périodes d'instruction avec ce grade.

Toutefois, le temps d'ancienneté exigé pour la promotion au grade supérieur est ramené à deux années, et le nombre des périodes réduit à une pour les médecins de réserve qui remplissent ou ont rempli l'une des fonctions énumérées ci-après :

Professeur titulaire ou professeur agrégé dans les Facultés de médecine, les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les Ecoles supérieures de pharmacie; professeur titulaire ou suppléant dans les Ecoles de plein exercice ou préparatoires de médecine et de pharmacie; médecin ou chirurgien des hôpitaux dans les villes où ces emplois sont donnés au concours; chefs de clinique ou prosecteurs nommés au concours dans les Facultés de médecine ou les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les médecins aides-majors de première classe du service de santé, appartenant à la réserve, quelle que soit leur origine, peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent six années de services dans le dernier grade et qu'ils ont accompli en cette qualité une période d'instruction.

Art. 3. — Les médecins-majors de deuxième classe du service de santé, appartenant à la réserve et provenant des anciens médecins de l'armée active, peuvent être promus médecins de première classe, s'ils comptent six années de services dans le grade, et s'ils ont accompli avec ce grade une période d'instruction.

Art. 4. — Les médecins aides-majors de deuxième classe du service de santé appartenant à l'armée territoriale, sont promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent quatre années d'ancienneté dans le grade et s'ils ont accompli deux périodes d'instruction avec ce grade.

Toutefois le temps d'ancienneté exigé pour la promotion au grade supérieur est ramené à deux années et le nombre des périodes réduit à une pour les médecins de l'armée territoriale qui remplissent ou ont rempli l'une des fonctions énumérées au troisième alinéa de l'article premier du présent décret.

Art. 5. — Les médecins aides-majors de première classe de la réserve ou de l'armée territoriale peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent six années de services dans le dernier grade et qu'ils ont accompli avec ce grade une période d'instruction.

Art. 6. — Les médecins-majors de deuxième classe, de la réserve ou de l'armée territoriale, peuvent être promus au grade de médecin-major de première classe du service de santé de l'armée territoriale lorsqu'ils comptent six années de services dans le dernier grade et qu'ils ont accompli une période d'instruction avec ce grade.

Art. 7. — Les médecins-majors de première classe de la réserve ou de l'armée territoriale peuvent être promus médecins principaux de deuxième classe dans l'armée territoriale lorsqu'ils comptent cinq années de grade et s'ils ont accompli une période d'instruction avec ce grade.

Les médecins-majors de première classe de la réserve ou de l'armée territoriale provenant des médecins militaires retraités sont dispensés de cette dernière obligation.

Art. 8. — Aucune période d'instruction n'est exigée pour la promotion des médecins de réserve ou de l'armée territoriale qui, lors du travail annuel d'avancement, ont été proposés pour le grade supérieur dans l'armée active.

Art. 9. — L'avancement a lieu au choix, sauf pour les

grade de médecin aide-major de première classe, qui est donné dans les conditions particulières prévues aux articles 1er et 4.

Art. 10. — L'aptitude des candidats à l'avancement est constatée d'après leur manière de servir au cours des périodes d'instruction, sans recourir à des examens spéciaux donnant lieu à la délivrance d'un certificat.

Art. 11. — L'ancienneté de grade des médecins de réserve et de l'armée territoriale est déterminée par la date du décret qui les a nommés à leur grade, soit dans l'armée active, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale, déduction faite des interruptions de service.

Le temps passé par ces officiers dans leurs foyers compte pour l'ancienneté de grade. Le temps passé dans la position hors cadres et le temps de la suspension sont déduits de l'ancienneté.

Art. 12. — Les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont inscrits au tableau d'avancement et peuvent en être rayés dans les mêmes formes que les médecins de l'armée active.

Art. 13. — En temps de guerre, les médecins de réserve et de l'armée territoriale peuvent obtenir de l'avancement dans les mêmes conditions que les médecins de l'armée active, mais au titre de la réserve et de l'armée territoriale. »

— Par décision du 27 août 1909 :

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Ramally, passe au 56e d'inf.; Paris, au 4e d'inf.; Bonthoux, aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie; Marmey, au 11e huss.; Lanteaume, à la place de Marseille; Hockwelker, aux sapeurs-pompiers de Paris; Dauthuile, au groupe d'artillerie de Rueil.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Montané, passe au 9e d'inf.; Gras, à l'école milit. préparat. d'inf. de Montreuil-sur-Mer; Lhomme, au 51e d'inf.; Miorcec, au 81e d'inf.; Martin, au 104e d'inf.; Dubois, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Limoges; Lannaux, aux hôpit. de la division de Constantine; Vielle, au 11e cuirass.; Simonin, au 1er drag; Roubaud, au 50e d'inf.; Sanson, au 2e zouaves; Charton, aux hôpit. de la division d'Oran; Baron, aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie; Hourtoulle, au 36e d'art.; Laforge, au 14e huss.; Bellot, au 102e d'inf.; Legrand, au 128e d'inf.; Bercher, aux hôpit. de la division d'Alger; Bonnenfant, au 130e d'inf.; Minouflet, aux hôpit. de la division de Constantine; Boisseau, au 13e cuirass.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — M. Garnier, passe au 27e drag.; Scherrer, au 3e génie; Audet, aux hôpit. de la division de Constantine; Momy, aux hôpit. de la division d'Alger; Gillouin, au 143e d'inf.; Sorlat, au 149e d'inf.; Graindorge, au 10e chass. à cheval.

— Liste des candidats nommés élèves à l'Ecole du service de santé militaire, à la suite du concours de 1909, avec indication des corps de troupes où ceux qui n'ont pas encore accompli un an de service militaire devront être incorporés (décision ministérielle du 28 août 1909) :

1. MM. Lacronique, Prunet, 18e d'art.; Melnotte et Poujol, 17e drag.; Géraudie et Rossinès, 18e d'art.; Bassargette, 1er chass. d'Afrique; Grand, Chaumet, 14e d'art. (batteries de Tarbes); Costedoat, 2e d'art.;

11. Grimal, Cousiné, Duffau, 24e d'art.; Delaye, 17e drag.; Jughon, 16e chass. à cheval; Camors, Courty, 2e d'art.; Welsch, Kosbem, 17e chass. à cheval; Salle, 18e chass. à cheval;

21. Bourgeois, 28e d'art.; Coffiney, 8e d'art.; Rousset, 16e chass. à cheval; Hollier, Retrouxey, 31e d'art.; Monteux, 38e d'art.; Plontz, Sorrel, 12e d'art. (batteries d'Algérie); Pambet, 4e chass. d'Afrique; Saltet de Sablet d'Estières,

31. Pélissier, 19e d'art.; Giguet, 6e d'art.; Convers, 1er chass. d'Afrique; L'Homel, 17e chass. à cheval; Vidal, 2e d'art.; Parouty, 14e d'art. (batteries de Bordeaux); Eysseric, 38e d'art.; Mauguère, 8e d'art.; Lhuissier, Singer,

41. Petit (P.), 29e drag.; Lhoste, 24e d'art.; Bertrand (M.), 18e chass. à cheval; Streissel, 1er drag; Nénon, 23e d'art.; Bouchet, 3e cuir.; Clément, 13e d'art. (batteries de Tunisie); Fossé, 14e chass. à cheval; Platet, 6e d'art.; Romain, 1er drag.

51. Guggenbühl, Lesbre, 16e chass. à cheval; Hassenforder, 6e d'art.; Perrier, 1er drag.; Massonnaud, Hassier, 5e d'art. (batteries de Besançon); Dionnet, 20e d'art.; Stefani, 38e d'art.; Arène, 13e d'art. (batteries de Tunisie); Galan, 23e d'art.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Beurnier, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Allard (de Marseille), Amblard (de Saintes), Archambault (de Tours), Arnal (de Paris), d'Azincourt (de Fontaines-en-Duesnois), Bazex (de Montestruc), Belgrand (de Paris), Bertrand (de Nogent-sur-Aube), Carguel (d'Olonzac), Charbonnier (de Limoges), Chavane (de Paris), Cortambert (de Bracieux), Diomo (de Paris), Dupret (de Groslay), Frenkel (de Paris), Lapalle (de Pau), Lépagnole (de Besançon), Levassort, Lièvre et Rattel (de Paris), Rey (de Charenton), Richard (de Lille), Sandras (de Lyon), Sérane (de Saint-Nectaire).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 22, 29 mai 1909.) Franke et Sabatowski : Sur la recherche du ferment protéolytique dans les fèces et son évolution quantitative.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 22, 29 mai 1909) F. Ardenne : Sur un cas d'ostéome du sinus frontal. — L. Dewatripont : Contribution à l'étude des rapports bactériologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales. — (N° 23, 5 juin.) H. Caboche : Sarcome ethmoïdal ; résection de l'ethmoïde par la voie paranasale supérieure ; propagation intra-cranienne. — (N° 24, 12 juin.) E.-J. Moure et Brindel : Obstruction nasale et surdité avec recherches anatomiques sur les rapports du cornet inférieur et de l'orifice tubaire. — (N° 25, 19 juin.) F. Furet : Sarcome de la fosse nasale ; opération de Moure. — A. Quadri : Tétanos de Rose, par corps étranger des fosses nasales. — (N° 26, 26 juin.) J. Molinié : Hémorragie du sinus caverneux. — (N° 27, 3 juillet.) A. Rivière : La forme aiguë des sinusites. — (N° 28, 10 juillet.) P. Jacques et Hautcheff : Ulcère streptococcique du voile. — (N° 29, 17 juillet.) Lavrand : Pathogénie et traitement de l'ozène. — Dewatripont : Contribution à l'étude des rapports bactériologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales (*suite*). — (N° 30, 24 juillet.) Sieur et Rouvillois : Traitement des malformations de la cloison nasale par les procédés sous-muqueux. — (N° 31, 31 juillet.) Bar : Le phlegmon diffus péri pharyngien ou maladie de Senator (observation nouvelle). — Mercier-Bellevue : Un cas de rhinolithe primitive. — (N° 32, 7 août.) Viollet : Polypes kystiques du nez à répétitions donnant lieu à des écoulements muqueux et abondants paraissant, par leur structure, avoir leur point de départ dans le sinus maxillaire.

CLINIQUE CHIRURGICALE

GOITRE MÉTASTATIQUE

AVEC TUMEUR SECONDAIRE DE LA CLAVICULE

Par M. le professeur JABOULAY.

Messieurs,

Vous avez eu l'occasion d'observer dans notre région lyonnaise un grand nombre de goitres et même de néoplasmes de la thyroïde, complication relativement fréquente de ces goitres. Il existe une forme intermédiaire dans laquelle la tumeur, tout en présentant les caractères cliniques locaux d'une tumeur bénigne, est capable de se généraliser à la façon des pires cancers. C'est à cette forme plus rare que l'on donne le nom de goitre métastatique et je vais vous en présenter aujourd'hui un exemple bien typique.

Le malade, cultivateur âgé de soixante ans, appartient à une haute région de l'Ardèche où les cas de goitres sont rares. Sa mère pourtant aurait fait exception et en aurait présenté un léger. Quant au sujet, dont le casier pathologique est vierge, il fait remonter à ces deux dernières années seulement l'apparition de sa tumeur qui, longtemps stationnaire, et parfaitement indolore, a subi un rapide accroissement depuis quatorze mois. A la suite d'un effort, le malade ressentit brusquement une vive douleur dans la clavicule droite, douleur qui s'atténua par la suite et lui permit toujours de travailler.

Mais depuis, en même temps que le goitre se développait, apparut une tuméfaction au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, qu'un médecin consulté rattacha à un cal douloureux de la clavicule.

Actuellement, le malade nous arrive se plaignant surtout de douleurs lancinantes dans la partie droite du cou, irradiées dans le membre supérieur droit, surtout à l'occasion des mouvements.

Examinons successivement la *tumeur cervicale* et la *tumeur claviculaire*.

Nous constatons au devant du cou une tumeur irrégulière constituée par deux masses juxtaposées, chacune du volume approximatif d'une mandarine. La première répond par sa situation à la ligne médiane au-dessous du larynx, au niveau habituel de l'isthme thyroïdien. Sa consistance est rénitente, uniforme, sa surface lisse et régulière. La seconde masse située à droite et au-dessus de la première est séparée d'elle par un sillon très net, quoiqu'il soit possible de mettre en évidence la continuité des deux. L'ensemble ainsi formé, mobile avec le larynx dans la déglutition, se rattache manifestement au corps thyroïde. Malgré leur volume, ces deux masses ne donnent pas lieu à des troubles de compression bien marqués, car la dyspnée n'est pas vive.

De même la déglutition est normale et le malade avale avec facilité tous les aliments.

Du côté du système nerveux, à part les douleurs — indice d'une compression des nerfs superficiels — on ne note rien de particulier. Vous savez en effet combien il arrive fréquemment, dans les cas de tumeur du cou, que soit le sympathique, soit le pneumogastrique, et souvent les deux, présentent des signes d'irritation. Il n'en est rien pour ce malade : ses pupilles sont normales, sans myosis ; on ne note pas de rétrécissement de l'ouverture palpébrale ; l'œil n'est ni enfoncé ni au contraire projeté en avant. Et de même on ne note aucun signe cardiaque : le pouls est régulier, de fréquence normale ; l'impulsion est de bonne amplitude.

On voit donc par là que l'on ne trouve aucun symptôme de basedowisme ni de compression occasionnée par les deux tumeurs superficielles.

Il n'en est pas de même de la tumeur claviculaire. Celle-ci, en effet, nettement séparée des deux autres, donne lieu à des phénomènes fonctionnels marqués, et sa situation explique en partie ces troubles. En palpant les parties antéro-latérales du cou, on la trouve en effet au niveau de la fourchette sternale, déjetée à droite, de telle façon qu'elle occupe l'articulation sterno-claviculaire; elle paraît s'étendre également sur les deux articulations chondro-sternales. Comme vous le voyez, et malgré qu'elle soit la dernière venue, son volume atteint presque celui des deux autres masses réunies.

Si l'on vient à l'examiner dans ses rapports avec les organes voisins, on voit qu'elle n'est pas influencée par les mouvements de déglutition, elle adhère fortement à l'os.

L'examen des mouvements du membre supérieur droit montre qu'ils sont très diminués, surtout ceux d'élévation et d'abduction. Au cours de ces recherches, l'on produit au niveau de la tumeur des craquements assez doux et qui rappellent la crépitation neigeuse.

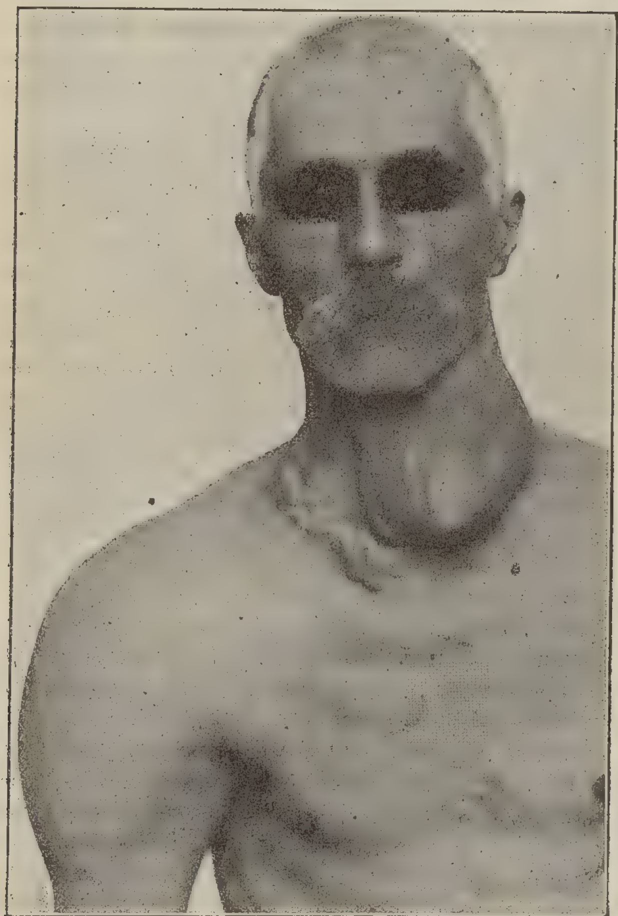
L'examen méthodique de la région carotidienne met en évidence, surtout à droite, un chapelet de ganglions peu volumineux, durs, peu distants les uns des autres et peu douloureux. Dans l'aisselle droite on sent également une masse allongée dont la consistance est en tout semblable à celle des ganglions carotidiens.

L'examen général du malade vous montre un homme vigoureux, sans aucun amaigrissement et dont les réflexes sont parfaitement normaux. Ses divers appareils viscéraux sont intacts et c'est à peine si dans le poumon droit on entend une expiration un peu prolongée due à un léger degré de compression. Les urines enfin sont normales.

En présence d'un tel tableau symptomatique, l'hésitation n'est pas permise et, du moins pour les tumeurs cervicales, on ne peut penser à autre chose qu'à une tumeur thyroïdienne. Leur consistance uniforme, leur encapsulisation, l'absence de symptômes de compression pourront faire porter le diagnostic de tumeur bénigne ou goitre bénin. Mais la malignité de ce néoplasme se révèle par la métastase indiscutable au niveau de la clavicule, car il serait extraordinaire qu'on fût en présence d'une tumeur claviculaire d'une autre nature que celle des tumeurs thyroïdiennes.

Vous savez d'ailleurs, messieurs, la fréquence des

métastases osseuses dans les goitres malins. Nous en avons observé plusieurs cas en divers points de la boîte cranienne, et vous vous rappellerez sans doute encore ce cocher venu, il y a quelque temps, pour une fracture histologique de l'humérus, premier signe de son cancer thyroïdien (voy. fig.).



On ne peut que porter, vous le devinez bien, un sombre pronostic et cela à cause de ces métastases, de ces embolies osseuses, si l'on peut s'exprimer ainsi. En effet, peut-être déjà ce malade présente-t-il dans son système osseux d'autres tumeurs en formation qui ne nous sont pas encore cliniquement décelables. Les métastases viscérales et surtout pulmonaires sont de conséquence encore plus grave.

Mais, outre ces dangers de métastases, le goitre peut prendre une allure locale, maligne, caractérisée par sa dureté et les signes de compression. Il peut se former un cancer thyroïdien asphyxiant le malade déjà anémié par l'évolution de sa tumeur

En somme quelque hypothèse que l'on envisage, c'est la mort plus ou moins rapide, et cela sans doute, en dépit de toute tentative chirurgicale.

P. S. — Et cependant nous avons tenté, vu l'état désespéré de ce malheureux, une intervention extrême. Pour que cette tentative fût logique, il fallait, escomptant l'unicité de cette métastase, extirper d'abord celle-ci, puis la tumeur primitive, et par une thyroïdectomie totale, à supposer qu'elle fût possible. C'est ce que j'ai donc tenté. A quinze jours d'intervalle, j'ai enlevé la clavicule droite, puis le corps thyroïde de ce malade.

L'ablation de la clavicule n'a (quoi qu'on en dise) aucun inconvénient pour le fonctionnement du membre supérieur, ainsi que mon malade l'a de nouveau montré. Cette opération s'est exécutée sans incident et j'ai pu énucléer de derrière le sternum, des masses molles, relativement encapsulées, à structure thyroïdienne. Quant à l'intervention sur la tumeur primitive, il n'en fut malheureusement pas de même. Après une laborieuse dissection de celle-ci et de ses ganglions, elle se rompit profondément, au ras de la trachée, à laquelle je dus laisser adhérente une plaque de tissu néoplasique.

Je ne conserve donc pas d'illusion sur le sort de ce malheureux qui quitta l'hôpital, cicatrisé et content, quelque temps après, mais que je n'ai pas revu depuis.

DE
L'ÉDUCATION PHYSIQUE [1]

Par le général Fr. CANONGE,
Docteur en médecine.

Evolution de l'éducation physique. L'école française, par M. G. Demenÿ. — Devançant de très peu le *Manuel d'exercices physiques et de jeux scolaires* publié sous la simple rubrique de « Ministère de l'Instruction publique », cet ouvrage en est comme le préambule, la justification scientifique. L'un est dépendant de l'autre, mais le second qui est purement pratique s'offre davantage à un examen détaillé auquel nous nous livrerons dans les limites restreintes que comporte cette étude.

Le nouvel ouvrage de M. G. Demenÿ mérite une attention sérieuse : en dehors de son caractère scientifique, qui rend bon nombre de passages, de parties même, très recommandables, et de l'intérêt justifié que soulève le nom de l'auteur, c'est le manifeste d'un chef d'école.

Toutefois, dès le début, nous avons le regret de contester l'épithète de « française » : elle n'est pas justifiée et ne saurait, quoi qu'on ait prétendu, résister à une simple observation.

Le colonel Amoros l'a déjà employée pour une méthode qui, à n'en pas douter, était de provenance allemande : nous l'avons dit, le procédé était habile dans un pays comme le nôtre où certains mots sont irrésistibles; l'étiquette fit accepter, pendant de trop longues années, le contenu.

De même, du moment où elle est *éclectique*, l'école de M. G. Demenÿ ne saurait être dénommée *française*; elle est, en effet, un mélange obtenu en fusionnant des mouvements empruntés en majorité à Amoros et à Ling : l'épithète d'éclectique est vraie, puisqu'elle caractérise un procédé; celle de française doit être écartée, quelque séduisante qu'elle soit et quelque espoir à longue portée qu'ait fondé sur ce prestige son parrain.

L'évolution de l'éducation physique a traversé,

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 79, p. 1003; 84, p. 1065; 91, p. 1150; 93, p. 1171.

pour M. G. Demenÿ, trois phases : une *phase empirique*; une *phase de tâtonnements*; une *phase positive et expérimentale*. Chacune d'elles fait l'objet d'un chapitre.

Le dernier est le plus digne d'attention, parce qu'il est, en général, purement scientifique, sinon nouveau. On lira donc avec intérêt et profit les pages relatives au « contrôle des résultats obtenus » à l'aide de mensurations et d'épreuves permettant d'établir la valeur physique de l'être humain : valeur *somatique*; valeur *physiologique*; valeur *mécanique*.

Des considérations judicieuses, de bons ou d'excellents conseils se trouvent dans les pages intitulées : « Classification physiologique des exercices »; — « Bases de la pédagogie dans une méthode positive d'éducation physique »; — « Règles pratiques pour réaliser un enseignement »; — « La leçon de gymnastique ».

Voilà pour la phase *positive*. La restriction faite plus haut « en général » se rapporte à cette incidente :

«... Dire par exemple qu'en développant mécaniquement le poumon on augmentera de ce seul fait la résistance à la fatigue est une *absurdité* si on n'augmente pas en même temps l'énergie morale en touchant au moi, à la volonté qui commande tout... (1) » Qui a prétendu le contraire et pourquoi n'avoir pas remplacé cet *on* par un nom?

La fin du volume est consacrée à la méthode expérimentale : elle est à lire avec le plus grand soin, parce qu'elle présente un groupement de faits et de procédés déjà connus, pour la plupart, grâce aux travaux de Marey et de M. Demenÿ lui-même; l'attention sera surtout plus ou moins retenue par les différentes *notes* relatives à la *station droite*, à la *courbure lombaire*, à l'*effort*, à la *fatigue du muscle dans les efforts statiques*, au *saut*, etc.

Tout ce chapitre, le troisième, est applicable, sans qu'il soit nécessaire d'insister, aux différentes méthodes d'éducation physique; sa lecture peut donc être utile à plus d'un : le langage de la science, lorsqu'il est pur de toute personnalité accusée ou même sous-entendue, ne saurait manquer de captiver.

Cette qualité fait parfois défaut — on aura le regret de le constater — dans les deux chapitres précédents. En outre, tout lecteur impartial se trouvera d'autant plus gêné par le souvenir de la chaude profession de foi de janvier 1903, à l'endroit de la méthode suédoise, que son signataire — qui était alors dans toute la force de son talent — n'a pas réussi, en 1909 (2), à justifier suffisamment une aussi flagrante contradiction (3); forcément, la valeur de son œuvre nouvelle se trouve, de ce fait, infirmée.

(1) *Evolution de l'éducation physique*, p. 162.

(2) M. G. Demenÿ affirme (p. 125) que le commandant Lefebure a supprimé « plusieurs passages » de sa *Préface*. Or, de son côté, le commandant affirme, de la façon la plus formelle (lettre en date du 15 août 1909), qu'il a reproduit *intégralement* « le texte *manuscrit* de M Demenÿ, ainsi que ses dernières corrections manuscrites sur les placards ayant servi au texte réduit définitif » *qu'il a encore en sa possession.*

(3) *Evolution physique*, p. 120 à 124.

M. Demenÿ est parti de cette idée qu' « on nous ressasse à *satiété* le nom de Ling », mais qu'on « ignore les noms de ses devanciers, on oublie les efforts qui ont été faits chez nous et les travaux remarquables qui ont préparé le terrain à la *véritable éducation physique, scientifique et française* (1) »... Il a donc consacré le premier chapitre de son ouvrage à un « rappel de l'héritage des prédécesseurs » qu'il appelle des *précurseurs*. En vérité, ils sont trop nombreux pour que tous méritent ce titre qui ne saurait être employé banalement : le lecteur, qui aura la curiosité légitime de les compter, n'en trouvera pas moins de 173, dont beaucoup seraient étonnés de se voir classés dans cette catégorie.

L'influence de quelques-uns des auteurs cités est admissible; il est non moins certain que, sans le génie de Ling, qui mit de l'ordre où, jusqu'à lui, il n'y avait que du désordre en gymnastique, tous leurs travaux seraient restés lettre morte, quoique M. Demenÿ ait cru pouvoir écrire ceci : « Ling avait espéré réaliser un système scientifique en dehors de l'art, il n'entrevit qu'une partie du problème, mais il n'était pas suffisamment préparé pour en donner la solution. Ses travaux littéraires sont seuls publiés et il mourut sans avoir pu mettre sur pied sa doctrine. Ce qu'on appelle système de Ling n'est pas son œuvre, mais celle de ses disciples... (2) »

Comme la bonne foi de M. G Demenÿ ne saurait être suspectée un seul instant, il est évident qu'il ignore — puisqu'il ne le dit pas — que Ling a laissé une œuvre écrite qui lui est bien personnelle, œuvre publiée en 1893. Ceci demande explication.

Ling a *dessiné lui-même tous les mouvements de sa gymnastique* en 720 figures. Dessinées un peu grossièrement, parfois naïvement, elles possèdent cependant une valeur physiologique très grande parce qu'elles représentent les attitudes et les mouvements de sa méthode : en effet, lorsqu'on place l'exécutant dans la tenue du mouvement indiqué, le mouvement détermine automatiquement une action physiologique sur une ou plusieurs des grandes fonctions vitales de l'économie dont la première est la respiration.

Non, Ling n'a pas laissé de livre sur sa méthode; mais, si l'on admet que, en gymnastique, la meilleure écriture est le dessin, et le meilleur livre un album, il a fixé, avec une grande précision, la méthode que son enseignement oral contribua, sans relâche jusqu'à sa mort, à mettre en valeur. La lettre que, sur le point de mourir, il adressa à son roi, est bien celle d'un chef d'école. Ses disciples ont publié cet enseignement; usant de leur droit strict, ils ont pu fixer certains points ou les développer, mais ils nous ont transmis fidèlement les principes mêmes (3).

L'album qui contient toutes ces figures a été publié à Stockholm, en 1893, grâce à la générosité d'une malade reconnaissante, une Américaine, sous le titre : *En Famling Gymnastika Ställningar och rorel-*

(1) *Evolution physique*, p. 8.

(2) *Evolution de l'éducation physique*, p. 17.

(3) C'est ainsi que Liedbeck et Georgü achevèrent et publièrent après sa mort son *Traité* sur les principes généraux de la gymnastique (Upsal, 1834-1840).

saformer utgifven of Kungl Gymnastika Centrallinstitutet i Stockholm, Stockholm 1893, Kungl. Boktryckeriet P. A. Norstedt et Söner.

Du format grand in-quarto, ce monument ne comprend pas moins de 120 planches dont chacune reproduit, en moyenne, 6 figures.

Il n'est pas hors de propos de faire remarquer incidemment — répondant ainsi à une objection sérieuse qui a été reproduite ici — que si la physiologie et le mécanisme des mouvements n'avaient pas encore réalisé, du vivant de Ling, les progrès qui ont fait la gloire de la seconde moitié du XIX[e] siècle, l'analyse du sang, la pneumologie, les recherches sur la physiologie du sang, etc., et même tous les travaux de recherche analytique du laboratoire donnent raison au génial Suédois. Dès lors, qu'importe que cette double science soit « toute française » ?

Là où tel s'est appliqué — non sans un mérite réel — à fixer la cinématographie du mouvement, Ling, par une sorte de divination, puis ses partisans qui le vérifièrent dans le laboratoire, en numérotant les globules du sang, ont vu, dans la méthode suédoise, une diététique, un remède (1).

L'historique concernant « les auteurs modernes » est intéressant, mais incomplet, puisque les noms du docteur Ph. Tissié et du lieutenant-colonel Coste qui ne sauraient être des inconnus pour son auteur, n'y figurent pas. Espérons du moins que le passage suivant, qu'il est permis de regretter au point de vue scientifique, n'a pas été inspiré par eux :

«... Cette manière de voir a pour conséquence naturelle l'éclectisme le plus large et une acceptation de tout ce que la pratique a consacré ; c'est la condamnation *du dogmatisme et du sectarisme intransigeant, mesquin et stupide* au moyen desquels les systèmes construits par des théoriciens prétendent mettre une barrière à notre activité et à notre évolution. Le droit d'imposer des règles à la nature humaine ne serait admissible que chez l'homme qui aurait la science infuse et serait infaillible ; on n'a pas encore rencontré cet être idéal, même en Suède, je le crois du moins. Nous ne ménagerons donc pas nos critiques aux auteurs qui prétendent avoir donné la solution *à des problèmes qu'ils n'ont pas même su poser*... (2) »

Il est évident que ce passage ne vise ni M. Charles Cazalet ni le docteur Lachaud...

Le même procédé a été employé dans un autre passage qui termine à peu près le chapitre :

«... Il faudrait être d'une ignorance et d'une prétention peu communes pour s'imaginer que l'on peut tout à coup, par caprice (?), bouleverser l'éducation d'un peuple et en changer totalement l'orientation. C'est pourtant le rêve d'ambition de *quelques éducateurs improvisés*. Que nous apportent-ils ? Nous aurons à le montrer par la suite ; pour le moment ils confondent l'éducation avec le pédantisme scolastique *parce qu'ils n'en saisissent ni la portée ni les bases naturelles*... (1) »

Le chapitre deuxième est consacré à la *phase de tâtonnements*. M. G. Demenÿ, après avoir parlé de l'intangibilité du dogme constitué par la méthode suédoise, cherché à justifier son revirement postérieur à 1903 (2) et rappelé sa scission avec le docteur Ph. Tissié et le commandant Lefebure, vante « l'admirable gymnastique d'application militaire française » due à Amoros, critique — comme c'est son droit — l'école de Joinville actuelle. Il étudie ensuite successivement le *Système suédois*, puis l'*Ecole française moderne* ; bornons-nous à une simple énumération des principales assertions produites.

Système suédois. — La méthode suédoise actuelle ne s'accorde pas avec la pratique de la vie ; — La légende de Ling ; — Il n'y a pas de système de Ling proprement dit ; — Dispute scolastique ; — Les disciples de Ling n'ont pas compris leur maître ; — Discussion relative aux « positions fondamentales » ; — ... « Purisme et vérité » ; — Lois naturelles de nos mouvements ; — ... Révolte du dogmatisme contre la nature ; — Ignorance des fonctions nerveuses ; — Souplesse à la suédoise ; — ... Mépris du plaisir et de l'utilité pratique ; — Erreurs de principe ; — L'effet local dépend de l'effet général ; — ... Le système suédois n'embrasse pas toute la matière de l'éducation.

« Nous venons, dit ensuite M. G. Demenÿ, de faire la critique sévère d'un système d'éducation qui veut s'imposer par la réclame et envahir le monde sans donner la preuve de sa valeur scientifique. Nous devons maintenant reconstruire ce que nous avons démoli, notre plan est prêt : l'*école française* moderne doit se substituer nécessairement à l'*école suédoise* qui ne veut pas progresser.

« La Suède n'a pas compris son initiateur, elle a, avec de bons principes, élaboré péniblement une œuvre indigeste et fausse. C'est à la France de ramener la clarté et de réparer le temps perdu... (3) »

On ne peut être qu'attristé en lisant de pareilles affirmations que contredisent cependant formellement les résultats obtenus en Suède, en Belgique et même en France.

M. G. Demenÿ ajoute : « Le moment est arrivé, il faut sortir du galimatias actuel et chercher définitivement une base dans l'étude de la nature que nous avons eu le grand tort de quitter un instant pour écouter les pédants et les scolastiques. »

Suit un parallèle dont la complaisance n'échappera à personne entre l'école française et le système suédois.

Nous nous bornerons, puisque nous allons nous occuper du *Manuel*, à reproduire, sans les discuter, certaines assertions :

« On nous fait remarquer que la *méthode française* coïncide en certains points avec la *méthode suédoise*. Cela est tout naturel et *résulte de son éclectisme*

(1) Le docteur Ph. Tissié l'a répété souvent : « L'hygiène est la thérapeutique des bien portants ; la thérapeutique est l'hygiène des malades. »

(2) *Evolution de l'éducation physique*, p. 42.

(1) *Evolution de l'éducation physique*, p. 111.

(2) « ... En combattant le système suédois, je combats une forme d'obscurantisme et de dogmatisme aveugle, je fais acte de justice et de progrès. » *Evolution de l'éducation physique*, p. 128.

(3) *Evolution de l'éducation physique*, p. 225.

même, le but de toutes les méthodes d'éducation étant de perfectionner la nature humaine et l'homme étant construit d'après un même plan. Le rapprochement et la coïncidence des deux méthodes a lieu nécessairement aux points bien démontrés et bien précis... (1) »

« La méthode française, prenant son point de départ dans la nature elle-même, n'a pas de limite dans son évolution; elle doit se développer sans cesse au fur et à mesure de la naissance des connaissances nouvelles... (2) »

« La méthode suédoise n'a pas un but franchement défini, son objet ne ressort pas nettement de son enseignement, il est terne et flou, sans flambeau directeur... (3) »

« Dans le système suédois, le perfectionnement consiste surtout dans la correction de moyens pédagogiques tracassiers, n'embrassant pas les choses utiles dans l'application... (4) »

« La méthode suédoise d'un rigorisme et d'une intolérance sans bornes quand il s'agit de l'exécution de ses formes pures d'exercices se tait sur les mouvements utiles naturels, et pour lesquels nous sommes construits, les seuls que nous devrions raisonnablement apprendre... (5) »

« Pour les Suédois, les exercices sont complets quand ils s'adressent à toutes les parties du corps, pour l'école française le qualificatif de *complet* répond à toutes les fonctions et à toutes les aptitudes physiques... (6) »

« ... On n'avait vu dans mes travaux de laboratoire qu'une seule chose : ils gênaient le dogme suédois et peut-être aussi ceux qui s'en faisaient un marchepied; cela paraissait une raison suffisante pour les supprimer. Si les créations qui en sortaient avaient quelque valeur, il était loisible d'en dépouiller l'auteur par la suite... (7) »

« Mais on aura beau faire, les vérités ne sont jamais perdues, la France nous délivrera encore une fois du joug de la scolastique étroite et des dogmes de ces métaphysiques d'un nouveau genre. Cela tournera à la confusion de ceux qui voilent la lumière avec des affirmations erronées et s'efforcent d'arrêter un mouvement généreux qui n'est pas à leur profit... (8) »

Rapprochons de ces assertions d'autres formulées dans le chapitre III; la seconde a été déjà reproduite :

« Le corps humain n'est pas une juxtaposition d'organes isolés et fonctionnant à part : la vie est un ensemble de fonctions qui se pénètrent et s'entr'aident (9) ». Nous ne sachions pas qu'aucun médecin, pour lequel « toutes les fonctions sont solidaires et sont mises en jeu simultanément dans tout exercice », ait jamais prétendu le contraire.

(1) *Evolution de l'éducation physique*, p. 227.
(2) *Id.*, p. 228.
(3) *Id.*, p. 228.
(4) *Id.*, p. 228.
(5) *Id.*, p. 228.
(6) *Id.*, p. 230.
(7) *Id.*, p. 242.
(8) *Id.*, p. 244.
(9) *Id.*, p. 259.

« ... Dire par exemple qu'en développant mécaniquement le poumon on augmentera de ce seul fait la résistance est une absurdité si on n'augmente pas en même temps l'énergie morale en touchant au moi, à la volonté qui commande tout. » Qui a commis cette « absurdité » ? Ce n'est assurément pas le docteur Ph. Tissié, anatomiste, physiologiste et psychologue qui, appréciant à leur juste valeur les travaux de laboratoire, serait un candidat sérieux à la fonction d'*ingénieur biologique*, dont M. G. Demenÿ propose la création en la justifiant ainsi :

« ... Ce n'est donc ni le savant pur, ni le mécanicien, ni le chimiste, ni le physicien, ni le biologiste, ni même le médecin qui sont actuellement préparés à cette fonction d'éducateur... Cette fonction est à créer, elle tient le milieu entre le savant et le praticien (1). » Quel sera le titulaire?

Ce n'est pas quitter M. G. Demenÿ que d'étudier le *Manuel* de 1909 publié sous les auspices du ministère de l'Instruction publique. Tout autorise, en effet, à croire qu'il en a été le principal rédacteur : le faire et la bonne foi irréductible sont bien ceux du *Guide du maître* et des *Règlements militaires de 1891 et de 1902.*

Manuel d'exercices physiques et de jeux scolaires, etc. (juin 1909). — C'est acte de justice que de reconnaître l'effort considérable qu'a exigé la rédaction de ce travail. L'introduction est excellente puisqu'elle contient... d'excellents passages; toutefois, on a le regret de constater que, comme dans les deux Manuels précédents (1891 et 1902), il y a une brusque solution de continuité entre la théorie et la pratique; c'est du moins ce que nous allons nous efforcer de prouver.

Incidemment, faisons remarquer que le rapport revêtu, à la date du 23 juillet 1906, de la signature du général Mercier-Milon (2), ne respire pas la confiance et offre bien des restrictions, des hésitations qui étonnent. C'est ainsi qu'on y déclare que la Commission « est restée, pour ainsi dire, à l'entrée du chemin, faute de se sentir suffisamment outillée et armée pour le parcourir en entier » ; on est cependant en droit de croire que de 1906 à 1909, on a été à même de le parcourir en totalité. Sur ces entrefaites, le ministre de l'Instruction publique, obéissant à l'influence que l'on peut supposer, avait chargé le 14 novembre 1907, une Commission composée de six membres, dont M. G. Demenÿ et le colonel Derué, de rédiger le *Manuel*.

Avant de l'analyser, donnons deux sortes de renseignements.

Le docteur Ph. Tissié a nettement dégagé, dans son *Précis de gymnastique rationnelle*, les facteurs initiaux servant de base à l'exécution physiologique du mouvement, qui, comme il l'a dit excellemment, « ne se suffit pas à lui-même, mais doit être régi par une syntaxe ».

Le corps humain étant articulé et soumis à la loi

(1) *Evolution de l'éducation physique*, p. 357.
(2) Ce général remplaça, comme président de la Commission, le général Castex, lorsque, le 14 juillet 1905, celui-ci fut nommé général de division.

de la pesanteur, le principe de tout mouvement est la fixation du point d'appui des leviers appelés à entrer en jeu. Ceci posé, on distingue :

5 points d'appui ou positions fondamentales	1. Sur le pied, 2. A genou, 3. Assis, 4. Allongé sur le dos, 5. Suspendu à l'espalier (1).
5 facteurs du travail musculaire (2)	1. *Force* (calculée au gramme), 2. *Durée* de la séance (calculée à la minute), 3. *Rythme* ou cadence de mouvement (calculée à la seconde ou au dixième de seconde), 4. *Répétition* (calculée à la quantité des mouvements), 5. *Combinaison* (calculée à la qualité des mouvements soigneusement numérotés),
12 parties physiologiques de la séance	Voir ci-dessous.

En second lieu, il est indispensable que les lecteurs de MM. G. Demenÿ et Lachaud aient très présent à l'esprit le plan de la leçon-type de Ling parce qu'il sert de base à tout l'enseignement physique suédois : reproduisons-le donc, d'après le docteur Ph. Tissié, pour les mettre à même de comparer.

Cette leçon comprend douze parties :

Dans la première, les exécutants entrent en œuvre à l'aide de la mise en train de la *circulation de retour* par des mouvements de marche, d'élévation sur la pointe des pieds et de respiration (3).

Deuxième partie : mouvements de *tête* pour la mise en train de la circulation céphalique (3).

Troisième partie : mouvements des *bras* pour obtenir la plus grande amplitude de la cage thoracique et l'élargissement du champ pulmonaire.

Quatrième partie : mouvements des *jambes* pour augmenter la circulation sanguine, *après* obtention de la plus grande amplitude des poumons et des mouvements du tronc.

Cinquième partie : *en arrière* pour l'entraînement des muscles extenseurs de la colonne vertébrale : le diaphragme peut ainsi mieux fonctionner grâce à une plus grande fixation des deux premières vertèbres lombaires sur lesquelles il prend, par ses piliers, un point d'appui.

Sixième partie : *en avant* pour le plus grand développement de la cage thoracique à son sommet et à sa partie moyenne supérieure.

Septième partie : par *côté*, à *droite* et à *gauche* par des extensions en *éventail* pour le plus grand développement des parties latérales de la cage thoracique.

Huitième partie : mouvements s'adressant spécialement à l'*abdomen* par la torsion des muscles de la ceinture abdominale.

Neuvième partie : mouvements combinés et généralisés en *équilibre stable* et en *équilibre instable* s'adressant plus spécialement aux noyaux médullaires et aux localisations cérébrales pour l'entraînement du système nerveux.

Dixième partie : elle comprend les jeux et les exercices sportifs accompagnés ou non du chant : sauts, suspension aux agrès, lutte, course, grimper aux cordes jumelles, aux doubles perches, etc.

Nota. — Le corps, ayant été mis en fonction *circulatoire*, *respiratoire*, *digestive*, *nerveuse*, par les neuf parties précédentes, est tout prêt à donner son maximum d'effort dans des mouvements libres appelés à provoquer, à des degrés divers, une plus grande circulation, une plus grande respiration, une plus grande digestion, une plus grande innervation ; cette partie est *excitante*.

Onzième partie ; mouvements des bras, de la tête, des pieds : cette partie est *sédative*.

Douzième partie : mise en place des exécutants avec des mouvements de marche semblables à ceux de la première partie.

En résumé, les neuf premières parties consistent en exercices préparatoires ; la dixième est excitante, la onzième est sédative, la dernière est réservée à la mise en place et aux mouvements du début.

On se rend compte que la leçon-type de Ling, qui devrait servir de modèle, comporte une mise en train progressive permettant au cœur et aux poumons de fournir sans fatigue le maximum d'efforts dans la dixième partie consacrée aux jeux et aux sports qui essoufflent, puisqu'ils détermiuent avec excès l'afflux du sang dans le cœur et dans les poumons.

Cette leçon aboutit peu à peu, on le voit, par une série d'approches savamment calculées, à un point culminant où l'effort est produit intensivement, sans qu'il y ait eu d'à-coups, sans irritation des centres nerveux, sans essoufflement trop violent ni sans sueur abondante.

A ce *crescendo* succède, on l'a compris, un *decrescendo* constitué par des exercices qui calment : c'est ainsi que les mouvements des bras, de la tête, des pieds, qui ramènent la circulation vers la périphérie, soulagent le cœur en le dégageant par dérivation, en élargissant le champ pulmonaire rendu plus élastique par les exercices préparatoires des neuf premières parties de la leçon. Aussi, lorsqu'elle prend fin, si elle a été bien donnée, l'exécutant se trouve-t-il plus fort, plus souple, plus reposé et plus calme qu'au commencement.

Le *Manuel* de 1909 ne donne : ni une division raisonnée du travail, ni les cinq positions fondamentales qui figuraient dans le règlement militaire de 1902, ni les cinq facteurs du travail musculaire, ni les douze parties physiologiques de la séance de Ling ; en outre, il n'indique point les fautes à éviter.

L'auteur a bien songé à répartir les mouvements

(1) Mur articulé sur lequel s'étalonne la colonne vertébrale

(2) La *puissance*, c'est-à-dire que le travail du muscle est fonction de la *résistance* segmentaire alourdie, au besoin, d'un poids pour faire une plus grande opposition à la puissance ; mais *puissance* et *résistance* sont fonction du point d'appui.

(3) La première et la deuxième parties assurent une meilleure *circulation de retour*.

dans le *Plan général de la leçon de gymnastique* (1) entre les grandes fonctions de l'économie; toutefois, cette répartition n'est ni complète, ni exacte, ni vraiment physiologique. Une analyse même rapide ne permet pas d'y trouver une idée directrice enchaînant les diverses parties; le tout est assez enchevêtré: le fil conducteur a été volontairement lâché; on va souvent quelque peu à l'aveuglette.

A ce plan se rattachent sept séries dont chacune comprend: 1° la nature des exercices; 2° leur but, les effets à obtenir.

La progression des exercices n'est pas nettement indiquée. Il eût fallu, au lieu de le briser, adopter franchement le cadre harmonique de la leçon-type de Ling, de façon à obten r un *crescendo*; au contraire, l'harmonie physiologique a été rompue.

Le sport est mêlé aux exercices ordinaires, apparemment dans l'intention d'égayer la leçon.

En plaçant dans la deuxième série des mouvements de lutte, de canne et de boxe, comme l'a fait le rédacteur, on provoque, dès le début de la leçon, ce qui est irrationnel, une circulation trop active pour un champ pulmonaire qui n'a pas été suffisamment élargi par les exercices précédents; aussi essoufflent-ils.

Force nous est d'insister. La majeure partie de ce que renferme le *Manuel* de 1909 est suédois. Exemples, les figures 35 à 43, 56, 103, 164, 165, 172, 191, 225 à 228, 232, 235, 237, 240, 248 à 251, 252 à 256, 276, 279, 308, 439, 464, 465, 467 à 471, 473, 474, 477 à 481, 495.

Par contre, les figures 57, 58, 62, 64, 179, sont du suédois adultéré.

La figure 198 est suédoise aussi, mais le mouvement est mauvais: bien exécuté, il devrait décongestionner; or, il congestionne.

On se demande ce que viennent faire, au milieu des mouvements suédois qui sont excellents, les mouvements indiqués par les figures 100, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112 et 114: ils sont douteux ou n'entrent pas dans l'ordre physiologique rationnel du mouvement.

Les exercices de boxe (figures 116 à 134) devraient être placés, non au commencement, mais à la dixième partie (si elle existait).

Dans le même ordre d'idées, les exercices d'équilibre à la poutre devraient figurer dans la neuvième partie de la leçon du *Manuel*.

On se demande encore ce que font, au milieu des mouvements suédois les figures 155, 166 et 169: tout amorosiennes, elles détruisent les effets des mouvements précédemment indiqués.

Les exercices du saut sont défectueux; il semble qu'on n'a pas compris la valeur éducative de cet exercice.

Enfin, divers agrès ont été conservés à tort.

L'éclectisme offre certains avantages; mais le désir de contenter un certain nombre de personnes doit s'effacer devant l'intérêt général: la vérité physiologique doit primer tout.

Or, dans le nouveau *Manuel* domine la préoccupation de contenter:

Les Suédois auxquels ont été faits de larges emprunts;

Les Suisses avec le *Vindas* rétabli après avoir été sous-entendu, pendant de longues années, sur les Manuels précédents;

Les gymnastes français amorosiens, avec les agrès tels que: la planche à établissements (figures 453, 455, 456 et 457) qui impose cependant un mouvement très congestif; la barre fixe (figures 195, 366, 445, 449); les barres parallèles (figures 397, 408, 413, 416, 417).

Le rédacteur du *Manuel* s'est manifestement inspiré de la leçon-type de Ling, puisqu'il a organisé des exercices s'adressant notamment aux attitudes défectueuses, à l'ampliation du thorax, à la respiration, à la circulation aux muscles du dos et de l'abdomen pour arriver à faire effacer les épaules, les fixer à obtenir l'ampliation de la poitrine, à faire rentrer le ventre.

Or, dans l'application pratique, beaucoup d'exercices figurant au *Manuel* rapprochent en avant les moignons des épaules, resserrent la poitrine, n'effacent pas le ventre, tels que:

Les exercices de lutte des figures 108, 110, 111, 112 et 114;

L'exercice de poulie de la figure 138;

Les exercices de suspension des figures 153, 154, 157, 160, etc.

Certes, voici un examen rapide et fait quelque peu à bâtons rompus; il permet du moins d'émettre des doutes sérieux — exception faite pour l'introduction — sur la valeur d'un *Manuel* (1) qui est le dernier mot de la Commission interministérielle et que le « ministère de l'Instruction publique » a revêtu de son étiquette manifestement impersonnelle.

A double tendance suédoise et amorosienne, il constitue, à n'en pas douter, une œuvre hybride appelée à procurer des résultats d'autant plus médiocres, mauvais même, que le niveau scientifique des maîtres appelés à l'enseigner sera moins élevé; incapables de corriger les erreurs qu'il contient, ils se règleront fatalement, en raison de leur insuffisance même — ce qui est humain — bien plutôt sur la lettre que sur l'esprit.

(*A suivre.*)

(1) *Manuel*, p. 6.

(1) Le docteur Ph. Tissié a, le premier, trouvé la notation schématique consistant à exprimer le mouvement par un simple trait formant silhouette; le *Manuel* l'a adoptée éclectiquement; il eût été bon d'indiquer la provenance.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CROUP (2)

Le diagnostic différentiel entre le croup et les *corps étrangers* des voies aériennes se fera surtout par les commémoratifs; en cas de corps étrangers, on apprend que la dyspnée a débuté en pleine santé, pendant le jour et à l'état de veille.

Le *spasme de la glotte* survient par accès, et dans l'inter-

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 93, p. 1177; 96, p. 1212.

valle la respiration est normale; les caractères de la voix ne sont pas modifiés. Très souvent les accès sont précédés ou accompagnés de convulsions généralisées ou de contractures tétaniformes des extrémités; le spasme de la glotte ne serait pas, en effet, d'après Escherich, une affection locale du larynx; il devrait être décrit avec la tétanie ou l'éclampsie.

L'œdème des replis aryténo-épiglottiques (ancien œdème de la glotte) est secondaire à une laryngite intense, à une lésion chronique du larynx, à une anasarque ou à l'ingestion d'un liquide bouillant. La voix est peu altérée; au toucher, on trouve une turgescence des replis, une sorte de phimosis de l'orifice supérieur du larynx (Marfan).

La *laryngite hérédo-syphilitique* survient dans les premiers mois de la vie, alors que le croup est exceptionnel. La voix a un son particulier comparé à celui d'une trompette d'enfant.

Dans la plupart des cas, toutes ces hypothèses peuvent être facilement écartées; reste alors à reconnaître s'il s'agit d'un cas de croup, de laryngite striduleuse, ou de certaines laryngites qui déterminent une dyspnée à la fois paroxystique et continue, mais qui ne sont pas diphtériques. Avec la *laryngite striduleuse*, autrefois appelée faux croup, on ne peut confondre le croup dans les cas typiques; le faux croup débute brusquement au milieu de la nuit par une dyspnée violente d'emblée, par un accès de suffocation avec tirage; après ce paroxysme, il ne persiste pas de dyspnée continue; la voix et la toux sont rauques, bruyantes et ne sont pas éteintes; tous ces caractères s'opposent nettement au mode de début, à la dyspnée, aux modifications de la voix et de la toux qu'on observe dans le croup. Mais, en pratique, on rencontre des cas dans lesquels ces caractères sont moins nettement marqués et alors, il est plus prudent de considérer le malade comme atteint de croup et de faire une injection de sérum.

Une *laryngite intense primitive* avec œdème sous-glottique et ulcérations peut donner les mêmes symptômes que le croup; cependant, en règle générale, la voix n'est pas éteinte; le tubage ou la trachéotomie sont parfois nécessaires; le diagnostic est presque impossible sans examen bactériologique. Il en serait de même pour une *laryngite membraneuse non diphtérique*; ces laryngites sont rares et ne constituent que 1 à 2 p. 100 des laryngites membraneuses (Variot et Glover).

Les *laryngites de la rougeole* ne donnent habituellement que de l'enrouement et une toux aboyante à la période d'invasion; quelquefois des accès de suffocation se produisent plus ou moins nombreux; enfin, des ulcérations peuvent se former dans le larynx. Le diagnostic avec le croup est très difficile, car dans les hôpitaux d'enfants rougeole et diphtérie sont fréquemment associées; l'examen bactériologique est indispensable.

Dans la *varicelle*, on a signalé une laryngite suffocante varicelleuse précédant l'éruption cutanée.

Dans tous ces cas douteux, il conviendra de faire un *diagnostic bactériologique*; mais avant d'en connaître les résultats, on traitera toujours les malades comme s'ils étaient atteints de croup. Si le malade a une angine, on prélèvera l'exsudat amygdalien pour y rechercher le bacille de Lœffler; sinon, il faut aller recueillir du mucus avec une spatule au voisinage de l'épiglotte pour faire un ensemencement; il sera utile aussi de rechercher le bacille diphtérique dans les sécrétions nasales. Un résultat négatif ne permet pas d'affirmer qu'il ne s'agit pas de diphtérie; pour avoir la certitude, il faut aussi ensemencer le contenu du tube laryngien après extubation (Marfan).

PRONOSTIC. — Le pronostic du croup dépend du degré de l'intoxication générale, de la coexistence d'une broncho-pneumonie ou d'une diphtérie trachéo-bronchique, du moment de l'intervention opératoire; il a été considérablement amélioré par la sérothérapie anti-diphtérique, et, de plus, le sérum a évité le croup à un grand nombre d'enfants atteints d'angine diphtérique; le pronostic est d'autant plus favorable que la première injection a été faite plus tôt. On tiendra compte aussi de l'âge du sujet (le croup étant plus grave chez les enfants âgés de moins d'un an et chez les adultes); de la situation sociale (influence nocive du milieu hospitalier). A l'hôpital des Enfants Malades, la mortalité est de 16 à 20 p. 100.

TRAITEMENT. — PROPHYLACTIQUE. — C'est l'injection du sérum anti diphtérique aux enfants atteints de rougeole, aux malades ayant une angine ou un coryza diphtériques.

CURATIF. — On fera des injections de *sérum anti-diphtérique* le plus tôt possible; on les renouvellera s'il en a été déjà fait, et à dose suffisante, 20 centimètres cubes au minimum.

Le malade sera maintenu dans une atmosphère de vapeur d'eau; le cou sera entouré d'une cravate de tarlatane trempée dans de l'eau très chaude et qu'on changera souvent. On peut aussi donner quelques antispasmodiques (bromure, antipyrine, codéine), et même de la morphine (Lesage), mais avec prudence; pas de vomitifs.

Quand le croup suit, malgré tout, sa marche, ou quand on est appelé à la seconde période seulement, il faut lever l'obstacle laryngé par une intervention chirurgicale : tubage ou trachéotomie.

A quel moment faut-il opérer? Si on ne voit le malade qu'à la période d'asphyxie, il faut toujours opérer, même s'il est en état de mort apparente. Quand on est appelé plus tôt et qu'on peut choisir son moment, il ne faut pas attendre la période d'asphyxie; on interviendra lorsque le tirage est intense et que, depuis environ une heure, il subsiste très marqué, sans aucun répit (Marfan), lorsque le sterno-cléido-mastoïdien est en contraction permanente (Bayeux); ces symptômes apparaissent à la fin de la deuxième période, au moment pré-asphyxique. Quelquefois, un accès de suffocation violent et prolongé nécessite une intervention plus précoce. Dans quelques cas, il faut savoir temporiser, si le malade a déjà reçu du sérum, s'il est âgé de plus de six ans.

Tubage ou trachéotomie? — Le tubage est l'opération de choix; la trachéotomie est l'opération de nécessité que l'on fait seulement quand une raison s'oppose au tubage (Marfan). A l'hôpital, le tubage doit toujours être préféré; en ville et surtout à la campagne, lorsque l'enfant tubé ne peut être constamment surveillé pour être, en cas d'urgence, immédiatement détubé, quelques auteurs conseillent la trachéotomie; d'autres prétendent que les risques courus par un enfant tubé et non surveillé sont encore moins grands que les risques auxquels expose la trachéotomie. Donc, en règle générale, on pratiquera le tubage; mais on aura toujours l'instrumentation nécessaire à la trachéotomie; car parfois, chez un sujet qui asphyxie, si l'introduction du tube aggrave la dyspnée en refoulant une fausse membrane, il faut faire aussitôt une trachéotomie; parfois encore on est amené à faire une trachéotomie secondaire, quand le tube est fréquemment rejeté, ou quand des ulcérations laryngées entretiennent le spasme et ont nécessité la présence d'un tube dans le larynx pendant quinze jours. Chez un malade à la période ultime d'asphyxie et en état de mort apparente, il faut pratiquer d'emblée une trachéotomie. Pour la technique du tubage et de la trachéotomie, les soins consécutifs, les accidents et complications, voir les Classiques.

BIBLIOGRAPHIE. — SEVESTRE et MARTIN. *Traité des maladies de l'enfance*, t. I; — MARFAN. *Leçons cliniques sur la diphtérie*, 1905; — NOBÉCOURT. *Précis de médecine infantile*; — GRENET. *Pratique médico-chirurgicale*; — HUTINEL. *Les maladies des enfants*, t. I.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Nº 100. — SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1909. — Nº 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H, ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Nous rappelons que le concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1909-1910) et la nomination aux places d'élève interne en médecine, vacantes le 1er mai 1910, aura lieu le lundi 20 décembre 1909, à midi précis, *dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville.*

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du mardi 2 novembre au mardi 30 novembre inclusivement.

— Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bensaude et Duval, qui acceptent; Hallé, Rathery, Bourgeois, Schwartz, Chevassu et Cathala, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

MESURES PRÉVENTIVES CONTRE LE CHOLÉRA. — Le ministre de l'Intérieur a prescrit, à titre préventif, les mesures suivantes, en vue d'éviter l'importation en France du choléra qui sévit actuellement en Russie et en Hollande :

« Toute personne venant d'une région contaminée de choléra et qui présente en arrivant à la frontière française des symptômes suspects de cette maladie (vomissements, diarrhée), est retenue à la gare frontière par le commissaire spécial et placée dans un local isolé jusqu'à l'arrivée d'un médecin immédiatement requis.

Si le médecin estime que ladite personne n'est pas atteinte de choléra, elle est admise à continuer sa route. Dans le cas contraire, le commissaire spécial, de concert avec l'autorité municipale, assure sans délai le transport du malade dans un local, requis au besoin à cet effet, où de l'avis du médecin l'isolement peut être réalisé dans les conditions les plus confortables pour le malade et les plus efficaces au point de vue prophylactique.

Le préfet, avisé télégraphiquement, envoie sur place, par les moyens les plus rapides, le délégué départemental, ou à son défaut un médecin spécialement désigné à cet effet, qui dès son arrivée prend en mains l'exécution de toutes les mesures nécessaires à l'isolement et à la prophylaxie.

Toute personne venant d'une région contaminée de choléra qui, en cours de route, présente les mêmes symptômes suspects est, dans le plus bref délai possible, isolée dans un compartiment que tous les autres voyageurs doivent quitter; tous les agents de l'exploitation sont tenus d'intervenir d'urgence pour assurer l'exécution des prescriptions ci-dessus et tous les voyageurs doivent se conformer à leurs injonctions. Au premier arrêt du train dans une gare où réside un commissaire spécial, la personne malade est isolée par les soins de ce fonctionnaire.

Toute personne, qui arrivant dans une gare française d'une région contaminée de choléra présente des symptômes suspects, est soumise aux mesures édictées plus haut.

Les voitures qui auraient été occupées par un malade atteint de choléra ou considéré comme suspect de choléra sont évacuées et désinfectées dans le moindre délai.

Est prohibée l'entrée en France par la frontière de terre, en provenance des régions contaminées :

1° De linge sale, de hardes, vêtements ou literie souillés, en dehors du cas où ils seraient transportés comme bagages;

2° Des chiffons et drilles, à l'exception des chiffons comprimés qui sont transportés comme marchandises en gros par ballots cerclés;

3° Des fruits et légumes poussant dans le sol ou au niveau du sol.

Toute personne, qui loge un ou plusieurs voyageurs venant directement de régions contaminées ou ayant quitté celles-ci depuis moins de huit jours, est tenue d'en faire la déclaration dans les vingt-quatre heures de l'arrivée au maire de la commune, et à Paris au préfet de police ou à la mairie de l'arrondissement.

Tout cas de maladie soupçonnée d'être le choléra doit être immédiatement déclaré à la mairie, soit par le médecin qui en constate l'existence, soit, à défaut, par le chef de famille, par les personnes qui soignent le malade ou par celles qui le logeraient. Pour Paris, cette déclaration est faite à la préfecture de police ou aux mairies.

Sur l'ordre du maire, et de concert avec le médecin, toute personne atteinte d'une maladie qui est reconnue ou qui est soupçonnée être le choléra est immédiatement et rigoureuse-

ment isolée, et toutes mesures de prophylaxie sont prises sur-le-champ à son égard et à l'égard des personnes de son entourage. »

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 19, 13 mai 1909.) CHVOSTEK : Diagnostic et traitement de la tétanie. — KRAJUSCHKIN : Immunisation contre la rage au moyen de substance cérébrale normale. — SCHLESINGER : Sur la symptomatologie critique de la névrose d'accident. — SCHERESCHEWSKY : Culture du spirochæte pallida. — JANSEN : Sur le traitement de la tuberculose du larynx par la lumière solaire. — ORHAN Bey : Le traitement local par la quinine des foyers tuberculeux. — BARON-ENGELHARDT : Un cas de rupture du cœur. — JOACHIM : Sur le traitement de l'alopécie par les rayons ultra-violets. — SCHÆFER : Sur les dangers du procédé de stase de Bier. — (N° 20, 20 mai.) CHVOSTEK : Diagnostic et traitemnnt de la tétanie (*suite*). — ALEXANDER : Sur les intoxications par le bismuth et sur un succédané inoffensif pour la radiologie. — EHRMANN et LŒDERER : Sur la fonction du pancréas dans l'achylie et l'anacidité gastriques. — SCHWEIDEMÜHL : Jugements sur l'alimentation carnée comme facteur de maladies dans l'ancien temps et actuellement. — ROMMELER : Bacilles paratyphiques dans la glace de transport des poissons de mer. — DOBBELIN : Contre-temps dans l'opération radicale de la hernie inguinale d'après Kocher. — HERZENBERG : Contribution à l'adénome vrai de l'ombilic. — LEHMANN : Remarques sur un cas d'exophtalmie unilatérale. — SENATOR : Traitement de la tuberculose du larynx par le sérum antituberculeux de Marmorek. — HEIRTUNG : Dispositif pour faciliter l'enroulement et la fenestration des bandes plâtrées.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 20, 18 mai 1909.) MUCH et HOLZMANN : Une réaction dans le sang des aliénés. — BRUNS : Quels facteurs fixent la grosseur du cœur. — OPPENHEIM et KRAUSE : Contribution à la neurochirurgie. — KAMM : Infection du porteur de bacilles typhiques par le bacille typhique lui-même. — KRENCKER : Agglutination typhique et tuberculose. — HOLZAPPEL : Sur le traitement de la paroi abdominale pendant la grossesse et sur le lever précoce des accouchées. — HERZER : Nouveau traitement du syndrome de Ménière. — KOLLBRUNNER : Sur le traitement de la gonorrhée. — HERRMANN : Enfants de paralytiques. — KNAUER : Expériences pratiques sur la gale. — (N° 21, 25 mai.) SCHWARTZE : Trois communications sur l'otologie. — KEHR : L'importance de la réaction de Commidje dans les indications opératoires de la lithiase biliaire. — VULPIUS : Sur le traitement des paralysies des extrémités supérieures. — KAYSER : Sur le mode de dissémination de la typhoïde dans une ville. — SPIRO : Sur le cuivrage des conserves. — GÖTT : Sur l'asynergie cérébelleuse dans le changement de regard. — SLUKA et SARFL : Un cas de Kala-azar. — DESSAUER : Epreuves Röntgen instantanées. — NEISSER : Importance de la réaction de Wassermann dans la pratique. — OPPENHEIM et KRAUSE : Contribution à la neuro-chirurgie. — (N° 22, 1er juin.) ERB : La « phrénocardie » de M. Herz est-elle une cardioneurose bien délimitée? — BÖHME : Sur l'immunopsonine tuberculeuse. — FLEISCHER : La coloration brun verdâtre de la périphérie de la cornée comme symptôme d'une maladie générale. — BAYER : Deux cas particuliers d'aspiration de corps étrangers. — BERGER : La suppression du lait du matin pour les nourrissons. — KNOOP : Troubles graves de l'accouchement après fixation du vagin. Opération césarienne. — DÖLGER : Nouveautés dans le domaine de l'exploration fonctionnelle de l'oreille. — SIEGWART : Importance pronostique de l'hémolyse des streptocoques. — KOTHE : Sur la méthode de recherche de l'image neutrophile du sang. — KAYSER : Sur le mode de dissémination de la typhoïde dans une ville. — OPPENHEIM et KRAUSE : Contribution à la neuro-chirurgie.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 19, 9 mai 1909) ARANY : Le traitement du diabète. — HILLEBRAND : Contribution à la morphologie des dents humaines. — LEHR : Le traitement par le gaïacol et le maltocol. — (N° 20, 16 mai.) MARER : Cas cliniques. — FABRETIUS : L'hôpital d'ophtalmologie de Brasso en 1908. — HILLEBRAND : Contribution à la morphologie des dents humaines (*suite*).

Province médicale. — (N° 24, 12 juin 1909.) TÉDENAT : Les pyomètres. — PELLIER : L'épithélioma des ouvriers du goudron. — (N° 25, 19 juin.) TEISSIER : Valeur séméiotique de l'albuminurie chez les diabétiques. — (N° 26, 26 juin.) JABOULAY : Une sarcosporidie à spores naviculaires dans un cancer du sein. — LAFFORGUE : Bronchite fétide à proteus vulgaris, suite d'ecthyma. — J. TRÉMOLIÈRES : Traitement des prolapsus génitaux. — (N° 27, 3 juillet.) ALBERTIN et DESGOUTTES : Exophtalmos pulsatile; ligature de la carotide primitive, guérison. — AZÉMA : Nystagmus-myoclonie. — (N° 28, 10 juillet.) J. TAPIE : Myxome récidivant de la cuisse. — FUSTER : Hernie inguinale de la trompe par glissement. — (N° 29, 17 juillet.) Ch. VIANNAY : Un cas d'artérite avec gangrène; tentative infructueuse de traitement chirurgical. — C. DAMBRIN : Kystes dermoïdes du plancher buccal. — (N° 30, 24 juillet.) G. RAUZIER : La thérapeutique moderne des hémorragies. — (N° 31, 31 juillet.) JABOULAY : Evolution de la cancéro-sporidie. — A. CHARRIER : Les injections de cocaïne dans la réduction des fractures. — (N° 32, 7 août.) Van BOGAERT : Quelques remarques cliniques sur une épidémie de scarlatine. — E. CONSTANTIN : Sur la fulguration des tumeurs; technique et résultats.

Revue de chirurgie. — (N° 6, 10 juin 1909.) E. FORGUE et G. MASSABUAU : L'éléphantiasis tuberculeux, à propos d'un cas d'éléphantiasis tuberculeux de la vulve (avec 5 fig. et 2 pl.). — P. RECLUS et A. SCHWARTZ : Les exostoses du calcanéum (12 fig.). — E. QUÉNU et G. KÜSS : Etude sur les luxations du métatarse (luxations métatarso-tarsiennes), du diastasis entre le premier et le deuxième métatarsien (*suite*) [10 fig]. — G. COTTE : Traitement chirurgical du cancer des voies biliaires (7 fig.). — X. DELORE et C. THÉVENET : Résections intestinales dans la hernie étranglée (5 fig.). — P. MOCQUOT : La réanimation du cœur (*fin*). — (N° 7, 10 juillet.) JUDET : La greffe des articulations (18 fig.). — GUISEZ et ABRAND : Etude œsophagique et clinique de la tuberculose de l'œsophage (7 fig.). — GUILLAIN et HOUZEL : Etude clinique et expérimentale sur une lésion pédonculaire par balle de revolver (4 fig.). — SOLIERI : L'entérocléisis épiploïque dans les processus ulcératifs aigus de la dernière anse de l'iléon. — GANGOLPHE et THÉVENET : Entorse du genou par abduction et rotation externe, arrachement de l'insertion supérieure du ligament latéral interne (4 fig.). — QUÉNU et KÜSS : Etude sur les luxations du métatarse (luxations métatarso-tarsiennes), du diastasis entre le premier et le deuxième métatarsien (*suite et fin*) [16 fig.]. — VALENCE : Abcès du foie et expectoration biliaire (*suite et fin*). — PATEL et CHALLIER : Les tumeurs du cordon spermatique (*suite*).

(*Voir la suite, p. 1262.*)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES FISTULES BRONCHO-BILIAIRES

Par MM. R. DUPONT,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris,
et L. LYON-CAEN,
Interne des hôpitaux de Paris.

Sous le nom de fistules broncho-biliaires, nous étudierons les communications permanentes entre les canaux biliaires et les bronches, se traduisant cliniquement par une expectoration continue ou intermittente de bile.

I

Etiologie. — Les *traumatismes* ne causent que tout à fait exceptionnellement des fistules broncho-biliaires. On ne signale pas de plaies intéressant le poumon et le foie et ayant amené une communication entre les bronches et les canaux biliaires.

Les *contusions* de l'hypocondre droit peuvent donner lieu à la lésion qui nous occupe, et, bien que le cas de Graham reste unique, il nous semble intéressant de le reproduire ici : un homme robuste et bien constitué reçoit un coup de pied de cheval dans l'hypocondre droit; deux heures après, il a une hémoptysie abondante. Dans les jours qui suivent, apparaissent des signes de pneumonie et d'épanchement pleural à la base droite; en même temps survient une expectoration biliaire abondante; le malade mourut rapidement et l'autopsie ne fut pas pratiquée. Il est regrettable que Graham ne nous ait pas donné plus de détails sur ce fait rare. Y eut-il formation d'abcès sous-phrénique ayant perforé le diaphragme? C'est là l'hypothèse qui nous semble la plus plausible. Nous verrons, en effet, que c'est le plus souvent à la faveur d'un processus inflammatoire accompagné d'une réaction purulente que se produit l'ulcération bronchique, cause de la fistule.

Un grand nombre d'*affections hépatiques* peuvent donner lieu à des fistules broncho-biliaires, mais toutes n'agissent pas avec la même fréquence.

En effet ce sont surtout celles intéressant directement les canaux biliaires (primitivement ou secondairement) qui se compliquent de fistule broncho-biliaire.

La *lithiase* est donc à placer en tête de l'étiologie. Graham sur 10 cas en trouve 8 dus à la lithiase, Courvoisier 10 sur 18 autopsies, enfin dans une statistique récente Klauber en rassemble 26 sur 41 cas de fistules broncho-biliaires.

Après la lithiase viennent les *kystes hydatiques* (2 sur 10 cas de Graham, 6 sur 18 de Courvoisier). Ici la lésion peut se produire sans que le kyste soit suppuré, ce qui est très rare, ou après suppuration. Nous sommes alors ramenés au cas suivant : à savoir les *abcès* du foie.

On sait que ces abcès reconnaissent des origines diverses, nous ne parlons ici que des grands abcès dysentériques (tropicaux); les autres, abcès d'origine appendiculaire par exemple, ne sont pas signalés comme causes de fistules broncho-biliaires.

L'un de nous vient de rapporter à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'un cas de fistule broncho-biliaire due à une *syphilis hépatique et pulmonaire* évoluant simultanément et ayant donné lieu à une perforation du diaphragme par une caverne biliaire sous-phrénique.

Des cas analogues ont été signalés par Galvagni, Delépine et Sisley.

Mac Donald cite le cas suivant : un homme syphilitique est pris de dyspnée avec expectoration bilieuse accompagnée de décoloration des matières fécales. Ce malade guerit par le traitement spécifique et il est permis de se demander si la syphilis n'était pas en jeu dans deux cas de Courvoisier et dans un autre de Laboulbène.

II

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique des fistules broncho-biliaires est difficile à faire, étant donnée la rareté des autopsies pratiquées.

La cause de la fistule ne paraît pas jouer un rôle important au point de vue anatomique et il semble que, d'une manière générale, on puisse rapporter schématiquement les différentes lésions observées à l'un des types suivants :

1° Il y a adhérences entre le diaphragme et le poumon d'une part, le foie d'autre part; ouverture du diaphragme et communication directe entre les canaux biliaires et les bronches. C'est ce qui se produit quand la collection hépatique siège sur la face convexe du foie et non loin de la ligne médiane. Ces adhérences se font peut-être plus facilement à ce niveau, parce que le diaphragme y est relativement immobile, dans le sens antéro-postérieur.

2° Les adhérences existent, mais entre le diaphragme et la plèvre ou le péritoine. Il se forme alors une collection suppurée, soit entre le poumon et le diaphragme, soit entre le diaphragme et le foie (collection sous-phrénique), soit de part et d'autre. La bile penetre dans les bronches après s'être déversée dans ces abcès (cas de Weiler).

Ce fait se produit surtout quand la collection occupe un siège périphérique, la mobilité du diaphragme dans le sens antéro-postérieur au niveau des sinus empêchant l'accolement phrénico-pulmonaire de se faire.

L'orifice diaphragmatique peut être large et, dans ce cas, l'expectoration biliaire est continue, ou bien au contraire il est punctiforme; il y a alors un véritable abcès en bouton de chemise, et l'expectoration biliaire est intermittente, une certaine pression demeurant nécessaire pour permettre à la bile de passer dans la cavité thoracique. Le diaphragme peut aussi être perforé en plusieurs points, prenant alors un aspect en écumoir. Reste à étudier la communication proprement dite et l'état des organes à son niveau.

Du côté du poumon, on peut arriver à l'orifice assez facilement en sectionnant les bronches de

(1) Reproduction interdite.

proche en proche : mais en général au niveau du point où se fait la communication la bronche est dilatée ; il peut exister une véritable caverne remplie ou tapissée de bile et c'est dans cette cavité que s'ouvre une bronche.

On note souvent autour de cette région une zone congestive assez étendue en cas de suppuration active, une zone de sclérose en cas de suppuration ancienne.

La bile, par elle-même, agit probablement assez peu sur le tissu pulmonaire; elle irrite les muqueuses bronchiques.

Cependant on a cité, à la suite de fistules broncho-biliaires, de la gangrène pulmonaire (Tackorel), de la tuberculose (Naunyn, Eschenhagen, Schlesinger).

Ce qui se passe *du côté du foie* est variable d'après la cause de l'affection.

En présence d'un abcès sous-phrénique, il est quelquefois difficile de découvrir le point hépatique perforé (Lancereaux et Nermod) et on ne trouve qu'une masse purulente entre le foie et le poumon droit (Laboulbène).

1° Etudions d'abord les effets de la *lithiase* :

a. Du fait de la présence d'un calcul, les canaux biliaires sont extrêmement distendus ; il en résulte la formation d'une poche biliaire qui peut s'ouvrir dans les bronches (cas de Eichler, de Mayo-Robson).

Le calcul, cause du mal, peut être rendu par expectoration (Colvée, Vissering, Mac Donald) ou par les selles (Félix).

b. Ailleurs la lithiase agit en favorisant des phénomènes de suppuration. Il y a alors :

α. Soit des abcès angiocholitiques occupant la surface convexe de l'organe;

β. Soit, et beaucoup plus souvent, une cholécystite (Dénucé, Mondard, Edith, Vermorel). Dans ce cas existe en général une large communication entre la vésicule et le poumon (Laboulbène, Schlesinger).

Qu'il s'agisse de lithiase aseptique ou non, la fistule une fois constituée persiste longtemps encore après que les calculs ont été évacués spontanément ou par une intervention chirurgicale (Eschenhagen, Smith et Rigby), mais peu à peu, l'obstacle étant levé, le cours de la bile se rétablit et la fistule se tarit.

2° Les kystes hydatiques *non suppurés* peuvent-ils donner lieu à des fistules broncho-biliaires ? La chose est possible, étant données les cholerragies dont ils sont quelquefois le siège. La guérison en est rapide, suivant qu'il y a eu ou non de la suppuration secondaire.

3° Les abcès du foie s'ouvrent souvent dans les bronches ; nous ne nous occupons ici que du déversement dans les bronches de la bile ; nous n'avons donc pas à étudier l'ouverture des abcès proprement dits. Mais il arrive qu'à la suite de la vomique résultant de l'abcès apparaisse une expectoration biliaire ; il s'agit alors de l'ouverture dans la cavité de l'abcès d'un canal biliaire ou d'une cholerragie secondaire *ex vacuo*. Dans ce cas la fistule vient du lobe droit ; on sait en effet que les abcès du foie siègent presque toujours dans ce lobe.

4° Les gommes syphilitiques du foie propagées au poumon sont rares; quand il se produit une fistule broncho-biliaire, c'est que la gomme a ulcéré un canal biliaire ; il se forme une caverne biliaire qui s'infecte secondairement et, si elle siège près du diaphragme, perfore celui-ci et gagne une bronche; il en était ainsi dans notre cas et celui de Galvagni.

Dans tous ces cas, la fistule aboutit en général au poumon droit. Cependant Simons cite un cas où la fistule s'ouvrait dans une bronche gauche : un trajet fistuleux partait du lobe droit du foie et traversait le médiastin. Cayley rapporte un cas semblable, mais ici il s'agissait, chose plus vraisemblable, d'un abcès du lobe gauche qui était venu s'ouvrir dans une bronche gauche.

III

Symptômes. — Les *prodromes* sont, on le conçoit, très différents suivant les causes ; ils correspondent aux signes de la lésion hépatique primitive, ou de la lésion pleurale et pulmonaire secondaire. Ils peuvent être de date très ancienne et avoir cessé complètement pendant très longtemps; le malade de Mayo Robson avait eu une crise de *colique hépatique* neuf ans avant l'apparition des signes de fistulisation broncho-biliaire ; celui de Félix, trois ans avant.

Au lieu d'une crise de colique hépatique franche, le malade a pu avoir des coliques vésiculaires anciennes ou récentes faisant place à des signes de cholécystite ou de péricholécystite suppurée.

Le *début* est en général annoncé par l'apparition des signes, soit d'une collection suppurée sous-phrénique ou pleurale, soit d'une affection pulmonaire ; quelquefois il se fait par une vomique ou une expectoration biliaire.

Il peut sembler brusque ; des calculs vésiculaires par exemple n'ont pu donner lieu qu'à une crise de colique hépatique (Weiler, Mayo Robson) très ancienne ou même n'avoir donné lieu à aucun symptôme; un kyste hydatique a pu ne pas attirer l'attention du malade avant sa suppuration.

Dans ce cas-là, le malade est pris d'un point de côté droit avec fièvre et subictère, ce qui a pu dans certains cas faire croire à une pneumonie à forme biliaire (Eichler, Weiler, Mayo Robson).

La maladie peut au contraire débuter d'une façon lente et progressive de plusieurs façons.

Aux signes de l'affection hépatique primitive se surajoutent ceux d'une infection ou d'une suppuration : il y a de la fièvre, de la douleur nettement hépatique (Schlesinger), mal localisée à droite, ou bien diaphragmatique, elle indique l'existence d'un abcès sous-phrénique.

Les signes du début de la fistulisation peuvent au contraire être surtout pulmonaires : c'est ou de la toux, ou des hémoptysies (Klauber, Graham, Dreschfeld) pouvant s'accompagner d'amaigrissement et de signes physiques locaux rappelant la tuberculose pulmonaire.

L'*expectoration biliaire*, qui est le signe pathognomonique, se produit au bout d'un temps variable après les phénomènes décrits ci-dessus : vingt jours (Weiler), un mois (Graham), six mois (Mayo Robson), quatre mois (Schlesinger).

Au lieu d'être précédée par ces symptômes subjectifs ou objectifs, l'expectoration biliaire peut apparaître brusquement (l'affection hépatique ou pulmonaire étant restée latente).

S'il y a une grande quantité de bile expectorée, on est en présence d'une *vomique biliaire* qui, la plupart du temps, survient à la suite de l'évacuation d'une collection purulente (d'un kyste hydatique suppuré souvent) par cholerragie ex vacuo : la vomique purulente peut être déjà colorée légèrement en jaune ocre par de la bile, mais bientôt elle cesse et est remplacée par une expectoration jaune ocre avec reflets rougeâtres caractéristiques.

Si la vomique biliaire survient d'emblée, sans avoir été précédée de suppuration, elle est en général colorée en vert : cela est probablement dû à ce que, dans ce cas, elle a déjà séjourné depuis quelque temps dans une cavité où elle a eu le temps de s'oxyder.

Au lieu de se traduire par une vomique, la fistule broncho-biliaire peut ne se traduire simplement que par *une expectoration biliaire* : ce sont des crachats muco-purulents, de bronchite, qui se colorent peu à peu en jaune ocre ou jaune d'œuf, puis en jaune vert, puis en vert (cas personnel); cette coloration teinte en entier les crachats et il est impossible par l'étalement de séparer macroscopiquement les parties colorées des parties incolores.

Cette expectoration est plus ou moins abondante suivant les cas.

Elle est quelquefois entrecoupée de débâcles purulentes, de débâcles de bile pure, et alors, fait intéressant, la bile à peu près pure colorée en vert est évacuée en très grande quantité; à la suite il se produit une amélioration, le malade a même quelquefois la sensation d'avoir évacué une collection thoraco-abdominale; puis l'expectoration bilieuse recommence : celle-ci est d'abord jaune ocre (couleur nettement différente de celle des crachats hémoptoïques, comme nous avons pu l'observer dans notre cas personnel); c'est la couleur de la bile fraîche non encore oxydée; ce jaune ocre fonce peu à peu pour devenir du vert; il semble qu'à la suite de l'évacuation de la grosse collection biliaire, de la bile fraîche continue à « suinter » pour ainsi dire dans la caverne biliaire ; cette bile ne s'évacue que très lentement par la bronche et a le temps de s'oxyder.

Au point de vue *fonctionnel*, cette expectoration s'accompagne de phénomènes particuliers locaux que ressentent toujours les malades : le liquide expectoré a une amertume très désagréable en même temps qu'une sorte de douceur veloutée; cette amertume irrite le pharynx, augmente la toux, provoque des nausées et des vomissements; aussi souvent, quand il y a mélange de bile ou de crachats bilieux avec des aliments liquides, peut-on se demander s'il y a expulsion de bile par vomique ou vomissement; souvent le malade ne peut pas renseigner d'une façon précise.

Les différentes réactions de la bile dans ces crachats, celle de Grinbert, sont faciles à obtenir si on dissout ces crachats dans de la potasse ou soude étendue.

La réaction des acides biliaires est plus difficile à rechercher.

A l'examen microscopique, certains auteurs ont cru retrouver des cellules hépatiques ou des cellules de revêtement des canaux biliaires. On peut apercevoir les cristaux de bilirubine colorés en jaune ou de bileverdine en vert.

Cette expectoration biliaire est un phénomène très frappant qui attire l'attention du malade et du médecin; elle entraîne par elle-même d'autres symptômes : ces nausées incessantes, ces vomissements empêchent le malade de s'alimenter; en ajoutant à cette cause d'inanition les lésions hépatiques et pulmonaires, on comprend que l'*amaigrissement* et la *cachexie* s'accentuent de plus en plus.

L'ictère est inconstant, varie suivant la cause; dans le cas de Félix, il y avait décoloration des matières fécales survenue au moment de l'expectoration biliaire; au bout de vingt jours, celle-ci cessa spontanément en même temps qu'un gros calcul fut évacué par les selles, accompagné d'une débâcle de pus fétide.

Les urines contiennent souvent des pigments biliaires, de l'urobiline si le foie est malade (cas personnel).

En cas d'ictère persistant, on peut voir survenir toutes ses conséquences.

Mais, après l'expectoration biliaire, c'est l'examen du foie et surtout l'examen thoracique qui donneront des signes importants, au point de vue du diagnostic et du siège de la lésion.

Examen de l'hypocondre droit. — Le foie est souvent augmenté en totalité, présente une ou des tuméfactions localisées.

La vésicule biliaire peut être douloureuse, augmentée de volume et fluctuante, s'il y a une cholécystite en cause.

L'*examen thoracique* décèle l'existence d'une cavité sous-phrénique ou pleurale.

Quelquefois on aperçoit une voussure à la base du poumon. Il y a en arrière de la matité de la base du poumon droit se confondant avec la matité hépatique.

Les vibrations y sont abolies en général.

A l'auscultation, il y a une abolition complète du murmure vésiculaire (obs. Fouché).

Ou bien, le plus souvent, on entend des râles muqueux dans les deux tiers inférieurs du poumon droit; ils sont très nombreux, à bulles grosses et moyennes, disparaissant souvent ainsi que la matité après une expectoration abondante (Laboulbène, cas personnel).

Au milieu de cette tempête de râles, il semble que le murmure vésiculaire normal soit aboli ; pour certains auteurs, il y aurait un souffle amphorique dans la région hépatique supérieure, souffle qui serait pathognomonique de la fistule.

Il y a en plus des râles de bronchite disséminés dus probablement à l'action irritante de la bile sur les bronches.

IV

Evolution. — L'expectoration de bile continue plus ou moins abondante (300 à 700 grammes par vingt-

quatre heures dans certains cas). Souvent il y a des alternatives; dans notre cas il y avait des journées entières sans expectoration, comme si la fistule s'était refermée.

La *mort* se produit par épuisement, cachexie, par troubles digestifs provenant de ce qu'une partie de la bile est déviée et ne peut servir : cependant il semble bien que cette cause soit moins importante qu'une autre :

1° A cause du rôle vicariant possible d'autres sécrétions du tube digestif (pancréas);

2° Parce qu'une partie de la bile expectorée est peut-être déglutie à nouveau; il est possible que dans ce cas la bile ait une action antagoniste sur le suc gastrique.

L'état du foie est très important : s'il est altéré en totalité (angiocholite ancienne, syphilis) on conçoit que l'organisme réagisse mal.

La lésion pulmonaire en général, malgré les opinions anciennes, ne semble pas progresser, la fistule une fois établie, sauf l'existence simultanée d'affections du foie et du poumon : c'est le cas de certaines syphilis; la bile n'amène probablement pas de sphacèle, elle agit uniquement sur les bronches par les phénomènes catarrhaux.

Laboulbène, Colvée, Vissering ont cité des cas de *guérison spontanée*, par expectoration d'un calcul; Cattani, Félix, par expulsion du calcul dans les selles.

Mac Donald cite un cas de guérison par le traitement spécifique.

Quand la fistule est causée par un kyste hydatique, la guérison est très fréquente.

Enfin actuellement, d'assez nombreux cas existent de guérison par intervention sur les voies biliaires dans les cas d'abcès lithiasique ou sur l'abcès luimême (kyste hydatique et abcès dysentérique).

V

Diagnostic. — Avec quoi peut-on confondre l'expectoration biliaire?

Nous avons vu l'expectoration biliaire représentée sous deux formes :

1° Vomique biliaire ou expectoration de bile plus ou moins mélangée de pus.

Dans ce cas il faut savoir distinguer cette vomique biliaire *verdâtre* d'un vomissement de bile; cela est assez difficile quelquefois, surtout à cause des nausées et des vomissements provoqués par le passage de la bile dans le pharynx.

2° Expectoration biliaire vraie faisant quelquefois suite à la vomique, formée de crachats de *coloration jaune ocre* ou jaune d'œuf; dans certains cas il faut savoir les distinguer des crachats pneumoniques rouillés ou jus de pruneau. Cela a de l'intérêt pour deux raisons :

Le début clinique d'une fistule broncho-biliaire peut être assez brusque pour simuler celui d'une pneumonie, et si à l'ensemble des signes s'ajoute encore l'expectoration, on voit qu'on peut, assez facilement au moins au début, errer sur le diagnostic.

D'autre part l'expectoration biliaire peut être précédée d'hémoptysie (Klauber, cas personnel, Graham), à tel point que Schultze, à propos d'un cas où l'expectoration biliaire faisait suite à des crachats hémoptoïques, se demandait si la bilirubine n'était pas due dans ce cas à une transformation locale de l'hématoïdine des crachats hémoptoïques en bilirubine.

Dans notre cas nous avons pu remarquer un changement très net de coloration entre les deux sortes de crachats, les uns couleur abricot, les autres d'un jaune d'or fauve, éclatant, devenant progressivement verts au bout de quelques jours; en même temps la malade ressentait une amertume tout à fait spéciale dans la bouche à l'expectoration de ces crachats, amertume qui n'existe pas pour les crachats hémoptoïques.

Du reste l'examen thoraco-abdominal du foie et du poumon viendra confirmer le diagnostic et en même temps nous indiquer la cause.

Mais cet examen peut faire croire à une *caverne tuberculeuse* associée à une tuberculose hépatique ou péritonéale. Alors le diagnostic est extrêmement difficile : la localisation de préférence au sommet dans la tuberculose, l'examen bactériologique des crachats, la notion d'une cause de fistule possible, la teinte des crachats servent à élucider le diagnostic.

Dans la *lithiase biliaire*, il y a eu souvent des antécédents de colique hépatique, de colique vésiculaire ou d'ictère. D'après l'histoire du malade on peut supposer l'existence d'un abcès angiocholitique de la partie médiane du lobe droit ouvert directement dans les bronches; s'il y a ictère par rétention avec décoloration des matières, on a affaire à un calcul du cholédoque.

On recherchera aussi si la vésicule biliaire est douloureuse à la palpation ou fluctuante, la collection est alors devenue un abcès sous-phrénique avant de s'ouvrir.

S'il s'agit d'un *kyste hydatique*, on a, avant l'ouverture, une tuméfaction localisée du foie, tuméfaction qui est devenue douloureuse et amène de l'élévation de température; dans le liquide de la vomique se retrouvent des membranes d'hydatides (peau de raisin) et à l'examen microscopique on peut retrouver des vésicules filles et des scolex. Si le kyste hydatique s'ouvre sans avoir suppuré il est rare que la communication se fistulise. Le séro-diagnostic de fixation de Weinberg sera d'un assez grand secours.

Les *abcès du foie* sont le plus souvent dysentériques; avant de s'ouvrir la réaction pulmonaire peut très bien simuler la tuberculose caverneuse, car les signes généraux sont aussi accentués; ce qui aide au diagnostic c'est l'état du foie, la notion de la dysenterie ancienne ou du séjour dans les pays chauds, l'expectoration bilieuse avec absence de bacilles.

La *syphilis hépatique* s'accompagne d'un foie très gros, dur, irrégulier, ficelé, avec ascite et circulation collatérale, antécédents spécifiques.

L'affection peut simuler une tuberculose pulmonaire et hépatique, mais l'absence de bacilles dans les crachats, l'intermittence des vomiques biliaires serviront à assurer le diagnostic.

La *radiographie* pourra servir à indiquer le siège

de la collection hépatique, mais non sa nature; dans notre cas personnel, la gomme du foie à l'écran donnait l'aspect d'une collection liquide.

VI

Traitement. — Le traitement médical est symptomatique.

Il consiste à diminuer la toux par l'opium;

A conseiller le repos horizontal qui peut favoriser la fermeture de la fistule, mais qui est très désagréable aux malades.

Il y a des cas de guérison spontanée quand l'écoulement de bile était peu abondant (Félix, Graham).

Mac Donald cite un cas de fistule ayant guéri par le traitement spécifique.

Traitement chirurgical. — D'après ce que nous avons vu en étudiant l'anatomie pathologique des fistules broncho-biliaires, il est facile de comprendre comment devra être conçu leur traitement chirurgical.

Attaquer directement le foyer thoracique peut être tentant, mais n'est pas rationnel. Eichler le fit et son malade mourut. On n'y aura recours que dans les cas où les signes physiques permettront de constater l'existence d'une vaste cavité purulente endo-thoracique et où l'affection hépatique se sera en réalité transformée en affection pleuro-pulmonaire.

En règle générale, il faut s'adresser à la cause de la fistule, la supprimer, et le cours de la bile se rétablira peu à peu de lui-même. Nous sommes donc ramenés au traitement de l'affection hépatique.

S'agit-il d'un abcès du foie, il faut l'inciser et le drainer largement.

Si l'on est en présence d'une complication de la lithiase, on se trouve ramené au traitement de celle-ci : recherche et ablation des calculs après ouverture de la vésicule, ou cholédocotomie si un gros calcul est senti dans le canal.

Il faut ensuite assurer le drainage des voies biliaires :

La cholécysto-entérostomie ne nous semble pas très indiquée. Graham qui l'a employée une fois a eu un cas de mort. Cette opération qui fait communiquer les voies biliaires avec l'intestin ne nous semble bonne que dans les cas où l'obstacle ne peut être levé, c'est presque une opération de nécessité, un pis-aller, qui ne doit guère être fait que dans les cas de cancer du pancréas.

La cholécystostomie a donné un bon résultat à Klauber.

Rigby fit après l'ablation d'un calcul du cholédoque un drainage de ce canal et obtint une guérison.

Il semble que c'est au drainage de l'hépatique qu'il soit préférable de recourir selon la technique de Kehr, récemment précisée chez nous par Gosset, l' « hépaticus drainage » agissant en effet sur les canaux dès leur sortie du foie. Mayo Robson l'a pratiqué dans un cas et la fistule se tarit rapidement.

BIBLIOGRAPHIE

Bristove. *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1858, LX, p. 285. — Mandard. *Des calculs biliaires*, Th. de Paris, 1854. — Cayley. *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1866, XVII, p. 160. — Tuchwell. *Id.*, 1870, XXI, p. 223. — Rouis. *Suppurations endémiques du foie*, 1868, p. 250. — Heitler. *Wien. med. Presse*, 1873, n° 25. — Viollet. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* — Schultze. *Virchows Arch.*, 1874, LXI, p. 130. — Barth et Roger. *Traité pratique d'auscultation*, 1874, p. 173. — Laboulbène. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1875, p. 271; — *Union méd.*, Paris 1875. — Berdinel. *Gaz. heb.*, 1876, p. 646. — Simmon *Amer. Journ. of the med. Sc.*, 1877, p. 469. — Green. *The Lancet*, 1878. — Dreschfeld. *The Lancet*, 1879. — Dénucé. *Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire*, Th. de Paris, 1880. — Cayet. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1881, p. 581. — Edith. *Boston med. and surg. Journ.*, 1882. — Caylet. *Progrès méd.*, 1885, p. 130. — Gaston. *Brit. med. Journ.*, 1885, t. I, p. 325. — Fouché. *Fistules hépato-bronchiques consécutives à la lithiase biliaire*, Th. de Paris, 1885. — Graham. *Trans. of the assoc. of amer. phys.*, 1886. — Havilland Hall. *Brit. med. Journ.*, 1886. — Morvan. Th. de Bordeaux, 1888. — Thiroloix. *France méd.*, 1888. — Riedel. *Saint-Pétersbourg med. Wochens.*, 1888. — Cayet. *Fistules biliaires hépato-bronchiques*, Th. de Paris, 1888. — Cattani. *Gazz. med. ital. Lombard.*, 1888, XLV, p. 305. — Carter. *Brit. med. Journ.*, 1889. — Debergue. *Migration des abcès du foie*, Th. de Montpellier 1889 — Delepine Sisley. *Sem. méd.*, 1890, p. 415. — Macdonald. *The Lancet*, 1890, II, p. 973. — Adam. *Brit. med. Journ.*, 1890. — Colvée. *Méd. mod.*, 1890, n° 21 p. 405. — Courvoisier. *Beiträge z. Pathol. and Chir. der Gallew*, Leipzig 1890. — Harley. *Xe Congrès intern. de méd.*, Berlin 1890. — Rose. *O. Zeits. f. Chir.*, Bd. XXXI, 1891, p. 485. — Naunyn. *Klinik der Cholelithiases*, Leipzig 1892. — Vissering. *Münch. med. Wochens.*, 1896, p. 567. — Langenbuch. *Chir. der Leber u. Gallenbler Deuts. chir.*, hef. XLVc, 1894-1897. — Graham. *Brit. med. Journ.*, 1897, I, p. 1397. — Perret. *Suppurations des kystes hydatiques du foie*, Th. de Paris, 1897. — Hoppe Seyler. *Cholelith. in Nothnagel Spez. Pathol. u. Therapie*, Bd. XVIII, 1899. — Auréjac. Th. de Montpellier, 1898-1899. — Mc Leod. *Brit. med. Journ.*, 1er sept. 1900. — Fontan. Migration thoracique des abcès du foie, *Revue gyn.*, mars 1900. — Perrier. *Fistules hépato-bronchiques*, Th. de Montpellier, 1900. — Laferrère. *Abcès dysentériques du foie et des poumons*, Th. de Lyon, 1900. — Galvagni. *Clin. mod.*, Firenze 1900. — Benès. *Abcès du foie*, Th. de Montpellier, 1901. — Radsiewsky. *Mitth. aus den Grenz.*, 1902, Bd. IX, s. 659. — Gœbel. *Egypt med.*, 1902, n° 9. — Godlec. *Lancet*, 24 mai 1902. — Weiler. Abcès sous-phrénique bilieux, *Wien. klin. Wochens.*, 1902. — Eschenhagen. *Deuts. med. Wochens.*, année XXVIII, 1902, s. 538. — Félix. *Correspond. f. Schw. Ærzte*, 1903, n° 8, p. 250. — Smith et Rigby. *Brit. med. Journ.*, 1903, II, p. 313. — Eichler. *Berl. klin. Wochens.*, 1905, n° 44a, p. 97; — *Id.*, p. 550. — Mayo Robson. *Prakt.*, London 1905. — Schlessinger. *Mitth. aus den Grenzg.*, Bd. XVI, 1906, p. 240. — Gœbel. *Id.*, Bd. XV, 1906, p. 521. — Loison. *Revue de chir.*, 1906. — Valence. Cholerragies, *Revue de chir.*, 1906. — Terrier. Cholerragies, *Revue de chir.*, 1906. — *Rupture de la vésicule biliaire dans la lithiase.* Th. de Lyon, 1905-1906; — *Cholerragie dans les kystes hydatiques*, Th. de Lyon 1906-1907. — Klauber. *Arch f. klin. Chir.*, 1907, p. 486-502. — Foucault. Abcès dysentériques, *Arch. de méd. navale*, 1908. — Bruhl et Lyon-Caen. Gomme syphilitique du foie ayant causé une fistule broncho-biliaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 AOUT 1909)

Vaccination antituberculeuse des bovidés. — M. RAPPIN indique les résultats qu'il a obtenus en vaccinant des bovidés avec des bacilles tuberculeux atténués par le fluorure de sodium. En faisant agir des solutions convenablement titrées de ce composé soit directement sur les bacilles humains et bovins, sans modification préalable, soit après leur avoir fait subir un certain degré de dégraissage suivant les méthodes usuelles, on peut enlever toute virulence aux bacilles et ménager l'activité des corps bacillaires de telle manière que l'injection des bacilles ainsi modifiés est encore susceptible de susciter de la part de l'organisme les réactions d'immunisation.

Sur les glucoses urinaires et les organes affectés, cause de leur apparition. — M. F. LANDOLPH.

Les capsules surrénales et les échanges entre le sang et les tissus. — MM. J. ATHANASIU et A. GRADINESCO ont déjà montré que la circulation artificielle avec le liquide de Locke s'accompagne toujours d'une forte infiltration de ce liquide dans les tissus. Cette infiltration ne se produit pas si on ajoute au liquide de Locke de l'adrénaline à 1 p. 5 à 10000. En partant de cette constatation, MM. Athanasiu et Gradinesco ont étudié les modifications du sang et des échanges respiratoires chez les animaux (chat et chien) après extirpation des capsules surrénales. Dans le sang ils ont trouvé d'une façon constante une augmentation progressive du nombre des globules rouges. Il s'agit là d'une concentration du sang à la suite du passage de son plasma dans le tissu conjonctif interstitiel et dans les cavités séreuses. Les échanges respiratoires diminuent d'une façon progressive durant la période de survie des animaux décapsulés. La mort des animaux privés de capsules surrénales serait due à l'arrêt des échanges entre le sang et les tissus.

Contribution à l'étude de l'indosé urinaire chez les diabétiques. — MM. H. LABBÉ et G. VITRY.

(SÉANCE DU 17 AOUT 1909)

Influence de la réaction des milieux sur le développement et l'activité protéolytique de la bactéridie de Davaine. — Mlle Eléonore LAZARUS.

Sur les mitochondries des fibres musculaires du cœur. — M. Cl. REGAUD.

(SÉANCE DU 23 AOUT 1909)

Sur un poison élaboré par la levure. — M. A. FERNBACH.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur le diagnostic de l'intoxication saturnine par l'examen du sang. (Arno TRAUTMANN. *Münch. med. Wochens.*, 6 juillet 1909, n° 27, p. 1371.) — Grawitz et Hamel ont les premiers signalé la présence dans les globules rouges des saturnins de granulations basophiles : ils ont montré que ces granulations existent même fréquemment chez des sujets travaillant dans le plomb et ne présentant pas encore de signes d'intoxication.

P. Schmidt a montré que ces granulations basophiles se rencontrent également dans les globules rouges de sujets non saturnins, mais présentant des anémies de causes diverses : tuberculose, malaria, carcinome, etc.

Trautmann, dans le présent travail, a cherché quelle valeur peut avoir la présence de granulations basophiles dans les globules rouges pour le diagnostic du saturnisme. Ses recherches ont porté sur 100 sujets bien portants dont la teneur du sang en hémoglobine était supérieure à 85 p. 100, sur 100 sujets anémiques avec moins de 80 p. 100 d'hémoglobine et sur 233 ouvriers travaillant dans le plomb.

Sa technique était la suivante : 1° fixation des préparations de sang sec dans l'alcool absolu pendant au moins 15 minutes ; 2° coloration avec la solution de Nemson (borax, 5 ; bleu de méthylène, 2 ; eau distillée, 100) pendant dix secondes ; 3° lavage rapide à l'eau et dessiccation.

Il est arrivé aux résultats suivants :

Chez les non saturnins anémiques ou bien portants on peut constater la présence de granulations basophiles dans les globules rouges, mais dans 2 p. 100 des cas seulement on comptait plus de 100 hématies granuleuses sur 1 million d'hématies et le chiffre le plus élevé qu'on ait pu constater est de 283 hématies granuleuses sur 1 million.

Au contraire, chez les ouvriers travaillant dans le plomb, la proportion d'hématies granuleuses est beaucoup plus considérable. Chez tous les sujets ayant présenté des signes manifestes d'intoxication saturnine (coliques, paralysies, liseré, etc.), le chiffre des hématies granuleuses dépassait de beaucoup 100 pour 1 million (5682 dans un cas). C'est chez les peintres en bâtiments qu'on trouve plus fréquemment un chiffre élevé d'hématies granuleuses (plus de 100 pour 1 million chez 41 p. 100 des peintres).

Le nombre des globules rouges à granulations basophiles présente chez une même personne des oscillations et il est bon de répéter les examens.

Trautmann pense que chez les personnes exposées à l'intoxication saturnine l'examen du sang constitue une médication prophylactique précieuse : lorsque le chiffre des globules rouges granuleux dépasse 100 pour 1 million on doit craindre l'intoxication et Trautmann pense que cette intoxication est certaine quand ce chiffre atteint 300 pour 1 million. Il est donc possible par ce moyen de diagnostiquer l'intoxication saturnine, avant l'apparition des grands symptômes caractéristiques par le seul examen du sang, et de soustraire à temps l'individu menacé à une profession nuisible.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Relations des vaisseaux anormaux du rein et de l'hydronéphrose. (MAYO, BRAASCH et MAC CARTHY. *Amer. Journ. med. Assoc.*, vol. LII, n° 18, 1er mai 1909, p. 1383-1388.) — Un article sortant de la clinique des Mayo a toujours derrière lui des statistiques personnelles respectables, sinon imposantes. C'est ainsi que 27 observations d'hydronéphrose sont apportées ici dans un effort d'élucider le rôle si discuté des vaisseaux anormaux dans la genèse des rétentions rénales.

Mayo trouve significatif que, dans 20 de ces 27 cas, il y avait des vaisseaux anormaux et que toujours l'obstruction siégeait là où ces vaisseaux croisaient l'origine de l'uretère. La dimension des vaisseaux variait de la grosseur d'une aiguille à tricoter à celle d'une radiale. Dans la plupart des cas (exactement dans 18), il s'agissait d'une bifurcation prématurée de l'artère rénale ; dans les trois quarts des cas, l'artère passait en avant de l'uretère, dans l'autre quart elle passait en arrière. La pression de l'artère sur l'uretère ou les adhérences joignant les deux organes semblaient tout à fait suffisantes pour obstruer l'uretère. Le fait que la dilatation commençait juste au niveau du croisement, et que la guérison fut amenée par la section de l'artère semble à Mayo, avec la

fréquence, qu'il ne peut considérer comme entièrement et toujours due à une coïncidence, un argument probant en faveur du rôle pathogénique de ces vaisseaux. Quelquefois des adhérences entre l'uretère et le vaisseau sont seules à blâmer, et la libération externe suffit. Mais, dans les autres cas, il faut couper l'artère. Ceci, étant donné la distribution des artères du rein, ne nous semble pas toujours très prudent. On a vu la nécrose du pôle inférieur après pareille section. Mieux vaudrait une uretéro-néostomie.

Dans 9 cas, Mayo fit une uretéro-pyéloplastie à la manière de Fenger: suture transversale d'une incision longitudinale portant sur l'uretère et le bassinet; dans 3 autres, une uretéro-pyélo-néostomie typique. Dans 2 cas de grosses hydronéphroses infectées, il pratiqua la néphrectomie.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Processus régénératifs et dégénératifs du système nerveux central consécutifs à des lésions aseptiques. (O. Rossi. *Riv. d. patol. nerv. e ment.*, 1908, pp. 482-518, 12 fig.) — L'auteur a sectionné à des chiens la moelle épinière et le nerf optique, dans son trajet intra-cranien. Les recherches histologiques auxquelles il s'est livré aboutissent aux conclusions suivantes :

Dans la moelle, la substance blanche montre une activité régénératrice assez intense et rapide, aboutissant à la formation de fibres jeunes, qui, sans rapport avec aucun élément cellulaire spécial, parcourent la cicatrice conjonctive. Plus tard, non seulement la régénération s'arrête, mais les fibres régénérées sont atteintes par le processus dégénératif. L'auteur laisse actuellement ouverte la question de savoir si les lésions dégénératives peuvent être comblées par la prolifération névroglique, et si la régénération peut alors reprendre.

Pour le nerf optique, la régénération se fait seulement dans le tronçon rétinien, d'où proviennent les fibres, rien ne permet de penser à l'auto-régénération des fibres isolées de leur centre.

L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

Influences modificatrices de l'évolution tuberculeuse. Recherches expérimentales (1), par MM. LANNELONGUE, ACHARD et GAILLARD.

Depuis plusieurs années, MM. Lannelongue, Achard et Gaillard ont entrepris une série de recherches expérimentales sur le rôle que jouent diverses influences dans l'évolution de la tuberculose. Leurs expériences consistent à inoculer simultanément, de la même manière et avec la même dose de virus, un grand nombre de cobayes mâles, à les partager en plusieurs lots de même poids et de même nombre, dont les uns servent de témoins, tandis que les autres sont soumis à certaines conditions. Voici les principaux résultats de ces recherches :

A propos des rapports de la tuberculose et des traumatismes, et des expériences de Max Schüller, il faut faire les plus grandes réserves; la tuberculisation expérimentale des foyers traumatiques est exceptionnelle; chez l'homme, le traumatisme ne représente le plus souvent qu'une action éveillant et rendant manifeste un foyer latent.

Il n'est pas de climat qui prémunisse contre la tuberculose; il n'en est pas non plus qui s'oppose à ses progrès. Ni le froid modéré, ni les variations légères de température n'ont d'influence marquée sur l'évolution de la tuberculose; mais les variations thermiques, brusques et considérables, précipitent la marche de l'infection. L'inhalation d'un air chargé de poussières hâte d'une façon évidente la mort des cobayes; la fatigue, l'alimentation insuffisante et l'intoxication alcoolique produisent le même résultat ; au contraire, les animaux soumis à une suralimentation azotée résistent plus longtemps.

Chez l'animal, aussi bien que chez l'homme, le terrain et l'aptitude individuelle ont une influence très nette pour déterminer la modalité des lésions et régir la marche générale de l'infection.

MM. Lannelongue, Achard et Gaillard exposent ensuite les résultats qu'ils ont obtenus chez le cobaye tuberculeux avec un sérum provenant d'animaux soumis à l'action d'une toxine extraite du bacille tuberculeux humain; ce sérum d'âne, injecté comme curatif après la tuberculisation des cobayes, a produit de bons effets, les cobayes témoins ayant toujours été beaucoup moins résistants.

M. BRELET.

(1) In-16. — Paris, Masson et Cie.

Les Scolioses. Essai de pathogénie (1), par le docteur Gérard MONOD.

Aux théories mécaniques de la scoliose tend à se substituer aujourd'hui l'idée de la scoliose maladie générale. La vérité est peut-être dans une conception moins absolue. On conçoit qu'un affaiblissement général des résistances rachidiennes, un ramollissement du squelette, produisent, sous l'influence de la pesanteur une exagération des courbures normales, des cyphoses et des lordoses. A l'origine d'une déviation latérale, il faut une asymétrie entre les deux côtés du plan saggital médian. La scoliose est toujours l'expression de deux choses : d'une asymétrie rompant l'équilibre rachidien, et d'une déformabilité particulière des éléments rachidiens qui, anormalement plastiques, se laissent modeler par les forces mécaniques, ou qui, fonctionnellement actifs, s'adaptent aux conditions mécaniques nouvelles.

Au point de vue pathogénique, il y a des cas où l'asymétrie est suffisante pour produire la déviation avec ses lésions caractéristiques : troubles statiques du côté du bassin ou des membres inférieurs, troubles musculaires asymétriques, et surtout lésions primitives du rachis, portant sur les os, les disques, les articulations. Ces lésions primitives sont de nature traumatique, inflammatoire, trophique (beaucoup des scolioses dues à des maladies nerveuses jusqu'ici confondues avec les scolioses paralytiques, reconnaissent cette origine) et enfin, plus souvent qu'on ne le croit, sont congénitales (scolioses héréditaires et familiales, malformations de plus en plus nombreuses révélées par la radiographie).

Dans d'autres cas, il existe une cause générale d'affaiblissement rachidien (états névropathiques, infectieux, tuberculeux ou autres, troubles de la nutrition, etc.); et des causes d'asymétrie, légères, échappant même complètement parfois, mais permanentes ou prolongées, suffisent à produire les déviations. Les attitudes scolaires ne semblent pas jouer le rôle capital qu'on leur a attribué. (Enquête dans les écoles de Lyon avec examen de 3207 enfants.) Mais à l'adolescence, âge d'activité physiologique énorme du rachis, la moindre cause de moindre résistance retentit sur la colonne vertébrale.

Telles sont les idées qui se dégagent de l'étude mécanique, anatomique et clinique entreprise par le docteur Gérard Monod, et illustrée de 54 photographies, radiographies et schémas, avec l'examen de nombreuses pièces squelettiques, et des expériences personnelles sur la flexibilité du rachis du nouveau-né, sur la rotation de l'axe rachidien, etc.

L. GAYARD.

(1) In-8 de 265 pages, 54 figures. — Paris et Lyon, Maloine.

Les Névroses (1), par Pierre Janet.

Dans ce livre de la Bibliothèque de philosophie scientifique, l'auteur a rassemblé les résultats de ses recherches et ses idées générales sur les névroses. Avec avantage il y a condensé ses interprétations personnelles et résumé les conceptions antérieurement exposées dans de très volumineux ouvrages.

La première partie est consacrée aux symptômes névropathiques en général : idées fixes et obsessions, amnésies et doutes, troubles du langage, chorées et tics, paralysies et phobies, troubles de la perception, des instincts et des fonctions viscérales. Dans la deuxième, l'auteur décrit les états névropathiques, les crises nerveuses et les stigmates des névroses.

Par une synthèse purement psychologique, il réunit ces syndromes sous deux chefs et oppose ainsi l'un à l'autre un état mental hystérique et un état mental dit psychasténique. Sans vouloir discuter ce que cette synthèse a de schématique et de contraire à la nosologie psychiatrique, signalons comme le plus intéressant de ce volume, le dernier chapitre où l'auteur expose sa conception d'ensemble des névroses et où il interprète celles-ci comme des maladies de l'évolution des fonctions.

P. CAMUS.

SUITE DES SOMMAIRES

Revue neurologique. — (N° 10, 30 mai 1909.) M. et Mme Déjerine : Contribution à l'étude des localisations motrices spinales dans un cas de désarticulation scapulo-humérale remontant à l'enfance. — Brissaud et Bauer : Sur les troubles de la motilité dans la maladie de Thomsen. — (N° 11, 15 juin.) I. Rossi et G. Roussy : Etude anatomique d'un quatrième cas de sclérose latérale amyotrophique à propos des localisations motrices corticales. — A. Thomas : De quelques altérations des racines antérieures dans le tabes. — (N° 12, 30 juin.) W. Mestrezat et E. Gaujoux : Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse (essai d'établissement d'une formule chimique). — (N° 13, 15 juillet.) Lenoble et Aubineau : Un cas de névrose singulière familiale (myoclonie) avec glycosurie et crises épileptiformes. — Janischewsky : Un cas de maladie de Parkinson avec syndrome pseudo-bulbaire et pseudo-ophtalmoplégique. Quelques considérations sur la pathogénie de cette maladie. — (N° 14, 30 juillet.) P. Merle : Atrophie musculaire progressive spinale, syphilitique (2 fig.). — Rauzier et Rimbaud : Hémisection traumatique de la moelle, syndrome de Brown-Séquard. — Parhon et Goldstein : Un cas d'idiotie amaurotique type Tay-Sachs (1 fig.). — Lévi Bianchini : Sur les variétés cliniques de la démence primitive (dementia præcox).

Semaine gynécologique. — (N° 25, 22 juin 1909.) R. Pichevin : A propos de l'anesthésie. — (N° 26, 29 juin.) R. Pichevin : Traitement médical des fibro-myomes. — (N° 27, 6 juillet.) R. Pichevin : La fixation rétro-utérine des ligaments ronds, à travers le mésotérium ou opération de Baldy. — (N° 28, 13 juillet.) R. Pichevin : La castration, peine légale et moyen thérapeutique. — (N° 29, 20 juillet.) R. Pichevin : A propos de la colpotomie. — (N° 30, 27 juillet.) R. Pichevin : La blennorragie latente de la femme. — (N° 31, 3 août.) R. Pichevin : Du traitement de la métrite cervicale d'origine puerpérale ou blennorragique.

Tribune médicale. — (N° 17, 24 avril 1909.) Gérard et Lemoine : De l'auto-protection de l'organisme par les lipoïdes. — Vaquez et Lecomte : Injections intra-veineuses de strophantine. — (N° 18, 1er mai.) Maurice Page : Un cas de syphilis cérébrale héréditaire. — (N° 19, 8 mai.) Paul Sainton : Les nains. — (N° 20, 15 mai.) Ch. Laubry et Parvu : La réaction de Wassermann dans les anévrismes de l'aorte avec considérations sur l'étiologie des anévrismes. — (N° 21, 22 mai.) Laignel-Lavastine : Deux cas d'infection éberthienne biliaire. — (N° 22, 29 mai.) L. Brocq : Traitement des dermatoses par les eaux minérales et par les climats. — (N° 23, 5 juin.) L. Brocq : Traitement des dermatoses par les eaux minérales et par les climats (*suite*). — L. Durey : La carbonisation des tissus par l'air chaud en chirurgie. — (N° 24, 12 juin.) P. Ménétrier et R. Mallet : Méningite cérébro-spinale a méningocoques. — L. Brocq : Traitement des dermatoses par les eaux minérales et par les climats (*fin*). — (N° 25, 19 juin.) Salva Mercadi : Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac et du duodénum. — (N° 26, 26 juin.) A. Zimmern : Valeur réelle de la fulguration. — (N° 27, 4 juillet.) P. Merklen : De l'énusérie hypogénésique des enfants. — H. Mauban : Contribution à l'étude de l'action thérapeutique du bicarbonate de soude sur la cellule hépatique. — (N° 28, 11 juillet.) M. Lœper : Les fausses tumeurs spasmodiques du gros intestin. — (N° 29, 17 juillet.) Cailliau : Séro-diagnostic de la syphilis et déviation du complément. — (N° 30, 24 juillet.) P. Ménétrier, G. Legros et R. Mallet : Hyperplasies et métaplasies épithéliales expérimentalement produites chez le rat par l'action réitérée des rayons X. — (N° 31, 31 juillet.) Ch. Laubry et Parvu : Artério-sclérose généralisée de l'artère pulmonaire.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 19, 13 mai 1909.) Stejskal : Sur l'ictère hémolytique et sur les processus hémolytiques dans cette affection et dans l'anémie pernicieuse. — Ulmann : La conception anatomo-clinique de l'artério-sclérose dans son rapport avec certaines modifications de la peau. — Reines : Tentatives d'irritation dans un cas de pemphigus et dans un cas d'exanthème bulleux pemphigoïde (premier stade du mycosis fungoïde). — Rowly : Sur le défaut de sensibilité des tendons dans le tabes. — Odelga : Un cas d'anévrisme triple des artères fémorales. — (N° 20, 20 mai.) Neuburger : Leopold Auenbrugger. — Biedl et Braun : Sur la pathogénie de l'artério-sclérose expérimentale. — Paschkis : Fonction rénale et prostatectomie. — Ultzmann : Deux cas de kyste hydatique monoloculaire du corps thyroïde. — Ulmann : La conception anatomo-clinique de l'artério-sclérose dans son rapport avec certaines modifications de la peau (*suite*). — (N° 21, 27 mai.) Pmeles : Sur la clinique et la pathogénie des douleurs uratiques. — Zweig : Sur le cardiospasme. — Biernacki : Recherches cliniques et expérimentales sur la constipation chronique habituelle. — Toyosumi : Sur la nature des substances fixant le complément dans la syphilis. — Weleminsky : Sur l'épiphora idiopathique d'origine nasale. — Berliner : Sur le pronostic de la poliomyélite antérieure aiguë. — (N° 22, 3 juin.) Kutschera : Le développement en hauteur dans le traitement thyroïdien du crétinisme endémique. — Novotny : Sur les ulcérations du palais dans le typhus abdominal. — Gross et Bunzel : Sur la présence de substances précipitant la lécithine et fixant le complément dans le sang des éclamptiques. — Frank : Expériences sur la narcose. — Frisch : Sur le traitement de l'anus contre nature.

(1) Un vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, E. Flammarion.

Le Directeur-gerant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Nº 101. — MARDI 7 SEPTEMBRE 1909. 82e ANNÉE. MARDI 7 SEPTEMBRE 1909. — Nº 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bensaude, Duval, Hallé, Rathery, Schwartz, Chevassu, Cathala, qui acceptent, et Bourgeois, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le jeudi 28 octobre 1908.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 16 octobre, à quatre heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1901, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie), ou une composition d'histologie; *b.* une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements. — Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention *assez bien* au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

CONGRÈS MÉDICAL DE BUDAPEST. — Le Congrès international de médecine a décerné le prix de Paris (3000 francs) au docteur Bordet (de Gand) et le prix de Moscou au professeur Hertwig (de Berlin) en reconnaissance de leurs travaux scientifiques.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-quatrième semaine, 729 décès, au lieu de 763 pendant la semaine précédente et au lieu de 819, moyenne ordinaire de la saison.

La variole n'a causé aucun décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 2).

La rougeole a causé 13 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins n'a pas cessé de diminuer depuis six semaines, il est encore de 132, au lieu de 165 précédemment (moyenne 102).

La scarlatine est devenue rare, elle n'a causé que 1 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 53; il s'élevait à 75 pendant la semaine précédente (moyenne 98).

La coqueluche a causé 1 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 2).

La diphtérie a causé 3 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 38, au lieu de 29 pendant la semaine précédente (moyenne 42).

La diarrhée infantile a causé 65 décès de 0 à 1 an, au lieu de 59 pendant la semaine précédente (moyenne 98).

En outre, 16 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 65 décès, au lieu de 84 pendant la semaine précédente (moyenne 78).

La phtisie pulmonaire a causé 162 décès (moyenne 175).

Il a été signalé en outre 1 cas de méningite cérébro-spinale épidémique.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLX, n° 16, 22 avril 1909.) Benjamin TENNEY : Un cas de cystostomie sous-pubienne; trois cas de tumeurs de la vessie. — James R. TORBERT : Les hémorragies intra-craniennes des nouveau-nés. — Benjamin S. BARRINGER : Le séparateur vésical de Luys. Deuxième description de 41 cas (2 figures). — Isador H. CORIAT : Une forme particulière de maladie nerveuse familiale ressemblant à une sclérose disséminée et survenant chez les enfants. — W. H. WATTERS et C. A. EATON : Les vaccins de la fièvre typhoïde (4 courbes). — Edgar M. HOLMES : Epilepsie succédant à un abcès de l'orbite. — (N° 17, 29 avril.) Daniel Fiske JONES : Hydronéphrose intermittente avec description de 4 cas (10 fig.). — James Homer WRIGHT et Oscar RICHARDSON : Le tréponème pâle dans l'aortite syphilitique. Cinq cas dont un avec anévrisme (5 fig.). — John C. BERRY : Le traitement de l'obstruction du conduit lacrymal (1 fig.). — (N° 18, 6 mai.) Robert B. GREENOUGH, Channing C. SIMMONS et Robert M. GREEN : Les résultats des opérations pour cancer de la langue, bouche et mâchoire, au Massachusetts general hospital, de 1890 à 1904 (4 tableaux, 162 obs.). — George Cheever SCHATTUCK : Quelques notes prises au hasard pendant un voyage médical. — Daniel Fiske JONES : L'hydronéphrose intermittente. Description de 4 cas (suite du n° 17, p. 529) [4 fig. dans le texte]. — *Supplément.* James B. AYER : Etude sur la circulation des ganglions intra-cérébraux (avec 24 figures dont une en couleur). — (N° 19, 13 mai.) Robert L. DE NORMANDIE : Abcès du sein. Description de sept cas traités par la méthode d'aspiration de Bier. — Walter WESSELHŒFT : Les signes d'intoxication par le café et les moyens d'y remédier. — Robert AMORY : Etude sur le café comme boisson. Son emploi et son abus. — L. C. KINGMANN : Un cas d'imperforation anale. — Daniel Fiske JONES : Hydronéphrose intermittente avec la description de 4 cas (suite du n° 17, p. 529 et fin du n° 18, p. 582 ; tableau de 116 cas opérés).

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 21, 27 mai 1909.) HEUBNER : Sur le diagnostic différentiel des fièvres exanthématiques aiguës. — FLEISCHMANN et WJASMENSKY : Sur la thérapeutique intra-veineuse par le strophantus. — GUDZENT : Influence du radium sur les urates. — ROTHSCHILD : Sur la tuberculine mêlée. — KLEINE : Nouvelles observations scientifiques sur le développement des trypanosomes dans les glossines. — RENNER : Sur les hémiplégies passagères dans la migraine. — HOFLMAYR : Le gynoval. — GRANIER : Sur les fractures typiques des os de la base de la main. — BRANDENBERG : Un cas de chylurie avec glycosurie. — JACOBY : Influence des myomes utérins sur l'accouchement. — SCHMINKE et STÖBER : Critique de la réaction colorante de Schürmann pour la syphilis. — MEIROWSKY : La méthode de Schürmann de recherche de la syphilis par une réaction colorante. — (N° 22, 3 juin.) LEUBE : Sur le traitement de l'ulcère gastrique. — CORNET : Respiration et travail du cœur. — TREIBMANN : Sur le traitement de l'empyème. — KRON : Nerfs périphériques et accident. — SCHABAD : Chorée chronique après migraine. — PROTER et GRIEMERT : L'épreuve de la tuberculine de Pirket chez les nouveau-nés et leurs mères. — GALAMBOS : Sur la valeur de la réaction colorante dans la syphilis. — HERMANN : Le rouge écarlate dans la perforation du tympan.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 23, 8 juin 1909.) SCHWARTZE : Trois communications du domaine de l'otologie. — JACOBI : L'influence de la suppression de la surveillance médico-policière de la prostitution sur la diffusion de la syphilis à Fribourg en Brisgau. — MERKEL : Sur la connaissance de la tuberculose primitive de la muqueuse nasale. — BAERMANN et ECKERSDORF : Sur les entérites croupales. — DOMARUS : Sur la question de la pseudoleucémie médullaire. — FORSSELL : Sur la röntgenologie des mouvements prostatiques endogènes. — KAPPIS : Volvulus de l'intestin grêle après appendicite et appendicectomie. Laparotomie. Guérison. — KASPAR : Sur la sténose hypertrophique du pylore chez les nourrissons. — LINHART : Nouveau davier pour l'extraction des molaires inférieures. — MATHES : Suture indolore. — TAEGE : Le fer comme succédané du bismuth en radioscopie. — RICHTER : Un nouveau transformateur de courant. — KOPP : Sur l'importance du séro-diagnostic de la syphilis dans la pratique. — BÖHME : Sur l'immunopsonine tuberculeuse. — (N° 24, 15 juin.) SCHWARZ : Sur la désensibilisation contre les rayons Röntgen. — BAUER : La transmsision passive de l'hypersensibilité à la tuberculose. — Hoppe SEYLER : Sur la signification diagnostique des souffles diastoliques dans la dilatation aortique. — JOHN : Expériences cliniques sur les injections intra-veineuses de suprarénine dans le collapsus grave du cœur et des vaisseaux. — LABHARDT : Contribution au traitement des hémorragies du post-partum. — MARTIN : La stérilisation des femmes enceintes tuberculeuses par extirpation totale de l'utérus gravide et des annexes. — GEBELE : Rapports entre les accidents et les tumeurs. — NEUMANN : Un procédé bon marché et commode pour couper les appareils plâtrés. — LOSSEN : Courbure cicatricielle et raideur de la main gauche après une brûlure au troisième degré. Transplantation de la peau de la cuisse; guérison avec mobilité de la main. — (N° 25, 22 juin.) HAUCK : Sur la question de la valeur clinique de la réaction de Wassermann. — JANSSEN : Sur la mise en valeur des forces protectrices naturelles de la cavité abdominale dans le traitement de l'appendicite et de la péritonite diffuse par perforation. — THEILHABER : Sur la nature des tumeurs utérines. — BETTMANN : Traitement interne des dermatoses par les sels de chaux. — ZEICK : Sérothérapie de la méningite épidémique. — SCHEUER : Un cas de masturbation chez la femme dû à un prurit génital. — BORCHARDT : Un cas de tumeur du foie avec lévulosurie. — LIEBERMANN : Sur Helgoland et la fièvre des foins. — MUSKAT : Bottines à pied plat sans pièces internes. — KRUMMACHER : Soins de l'ombilic chez le nouveau-né. — MÜHLENKAMP : Conséquence de deux corps étrangers symétriques du nez. — LABHARDT : Contribution au traitement des hémorragies du post partum. — (N° 26, 29 juin.) H. LÜDKE : L'utilisation pratique de la réaction de fixation du complément. — CONRADI : Sur le contenu en germes des organes. — OBERSN : Sur les blessures par courant électrique. — GUTZEIT : Importance de l'hémorragie intra-péritonéale dans les plaies pénétrantes de l'intestin. — BULLINGER : Sur la réaction par la pommade de Moro. — BINGEL : Sur l'action d'une injection intra-cutanée de toxine diphtérique sur la peau et sur la teneur en antitoxine du sérum chez l'homme. — SCHOTT : Dilatation du cœur ou tumeur du cœur. — LISCHKE : Nouveau pansement compressif pour les ulcères de jambe. — LEHMANN : Quelques emplâtres utiles. — BRÜNING : Une machine simple à appareil plâtré. — KWILECKI : Une modification du procédé d'Esbach. — JANSSEN : Sur la mise en valeur des forces protectrices naturelles de la cavité abdominale dans le traitement de l'appendicite et de la péritonite diffuse par perforation.

(*Voir la suite, p. 1274.*)

LE MASSEUR ET L'ORDONNANCE

Par M. MAURICE FAURE,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Vice-président du Syndicat des médecins kinésithérapeutes de France.

La loi française de 1892 sur l'exercice illégal de la médecine ne connaît pas le masseur : cela veut dire que celui-ci n'a pas plus qualité pour donner des soins (quels que soient ces soins) que n'en peut avoir le premier venu, masseur ou non. Par suite, les appellations : masseur diplômé, masseur autorisé, masseur des hôpitaux, etc., n'ont aucun sens. N'importe qui peut les prendre, et elles ne confèrent aucun droit.

En fait, d'ailleurs, le masseur est bien, en effet, n'importe qui : un ancien militaire, un gendarme, le professeur de gymnastique du collège voisin, un photographe, un musicien, etc. Il s'est fait masseur comme il s'est fait infirmier, parce que les circonstances de la vie lui ont donné l'occasion de masser ou d'être garde-malade. Interrogez-le sur son éducation, il vous dira qu'il a appris son métier chez un médecin, dans un hôpital, auprès d'un malade, etc. Dans la presque totalité des cas, le médecin, l'hôpital, le malade, ne lui ont jamais appris quoi que ce soit, pour la bonne raison qu'ils ne savaient pas eux-mêmes ce qu'il leur a demandé d'enseigner. D'ailleurs, combien y a-t-il de personnes, en France, qui savent simplement que le massage, appliqué au traitement des maladies, est une technique longue, compliquée, difficile, et qu'il est absolument impossible à un individu sans culture médicale de faire ce que la très grande majorité des médecins ne peut même pas faire, parce que la médecine, et particulièrement la thérapeutique physique (en y comprenant la chirurgie), a pris un développement tellement intense, rapide et brillant, que la spécialisation étroite est tout à fait indispensable aux techniciens ? Et nous prenons ici le mot de « masseur » dans son sens général et habituel, c'est-à-dire que nous désignons par là le gymnaste, le rebouteur, le magnétiseur, etc., bref, tous ceux qui, selon l'opinion populaire, guérissent en imposant les mains.

L'état rudimentaire de l'opinion dans notre pays n'a pas échappé aux étrangers plus avancés et, dans ces dernières années, on a vu s'abattre sur la France une véritable nuée de masseurs et gymnastes de toutes nationalités. Russes, Polonais, Allemands, Suédois forment la plus grande partie de cette troupe d'invasion. Au regard du public, le terme de « Suédois » a même pris un sens générique, et sert à désigner tous les masseurs étrangers. Bien plus, l'on voit aujourd'hui des Français se dire Suédois, pour pouvoir plus facilement placer leurs manipulations.

Parmi ces étrangers, il en est qui ont fait quelques études dans des établissements allemands ou suédois. Ces établissements, qui n'ont pas d'analogues en France, se rapprochent assez de notre école de gymnastique militaire de Joinville : ils forment des instructeurs civils et militaires qui enseignent l'éducation physique dans les lycées et collèges, et au régiment. Dans ces établissements, on apprend aussi une gymnastique médicale et des manipulations, qui jouent à la fois un rôle hygiénique et thérapeutique pour certaines affections.

Il n'est pas douteux que les élèves de ces écoles n'aient une préparation très supérieure à celle de nos masseurs français, ce, pour la bonne raison que nos masseurs français n'en ont généralement aucune. Mais (et c'est là ce qui les rend plus dangereux) la demi-culture de ces masseurs étrangers, leur supériorité par rapport aux autochtones, le prestige qui s'attache en France à tout ce qui paraît une science exotique et inconnue, la longanimité des tribunaux, la tolérance des syndicats médicaux, ont développé, chez ces étrangers, une confiance en eux qui n'a d'égale que leur ignorance des sujets qu'ils prétendent traiter. Il n'y a pas une maladie qui leur échappe ! Ce qui s'explique fort bien, car ils sont absolument incapables de distinguer une maladie d'une autre.

Il ne faut cependant pas trop médire d'eux : toutes les fois qu'ils ont bien voulu être les aides de médecins instruits, toutes les fois qu'ils ont accepté de mettre au service d'une pensée (qui leur fait défaut) leurs qualités de discipline, de méthode, d'endurance, toutes les fois qu'ils ont appliqué aveuglément les manœuvres qu'on leur a enseignées, en les répétant pendant le temps et avec la force prescrits, ils ont été très utiles. Bref, les manœuvres qu'ils connaissent sont bonnes, mais ils sont incapables de discerner les cas qui leur correspondent, d'établir la hiérarchie de ces manœuvres et de ces cas. Ils peuvent appliquer les mêmes exercices, les mêmes manipulations à des malades semblables ou différents, ils peuvent répéter indéfiniment et ponctuellement les mêmes manœuvres aux mêmes sujets, mais ils ne peuvent connaître ces sujets, parce qu'ils ne sont pas cliniciens, parce qu'ils ne connaissent ni malades, ni maladies, parce qu'une sélection, une progression, une adaptation journalière de traitement à une séméiologie changeante est tout à fait en dehors de leurs habitudes et de leur compétence.

Mais, pour les raisons indiquées plus haut, la situation d'aide ne leur est jamais apparue que comme transitoire et exceptionnelle. Elle n'a été généralement acceptée par eux que durant le temps nécessaire pour apprendre la langue française et se faire des relations dans notre pays. En fait, et pour prendre les choses comme elles sont, en France, les masseurs, et particulièrement les masseurs dits « suédois », se comportent d'habitude comme des médecins exerçant ouvertement leur profession dans une clientèle personnelle, exactement dans les mêmes conditions qu'un médecin kinésithérapeute français. Ce qui les différencie seulement, c'est que l'un a donné les garanties exigées par la loi française pour exercer, et que, par suite, la loi lui en confère le droit ; tandis que l'autre est, au regard de la loi, le premier venu.

*
* *

C'est pour ces raisons qu'est intervenu le truc de l'ordonnance.

Comment — lorsque, par extraordinaire, un syndicat médical ou un parquet s'avisent de poursuivre l'un de ces pseudo-médecins — éviter les sanctions pénales et se couvrir du manteau de la légalité?

Le fait de soigner ne peut être contesté, puisque, d'une part, la clientèle est composée de malades et, d'autre part, les manœuvres pratiquées sont incontestablement des soins donnés en vue de guérir ou d'améliorer une maladie. D'autre part, la loi ne distingue pas (et n'a pas à distinguer) de quelle catégorie de soins il s'agit. Ce qui caractérise l'illégalité ce n'est pas de donner un produit pharmaceutique, ou de faire une opération chirurgicale, un massage, une séance d'électricité ou de gymnastique médicale, c'est de pratiquer *habituellement* l'une quelconque de ces thérapeutiques, sans être muni du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français.

L'exercice illégal étant évident, lorsque le praticien n'a pas le dit diplôme, il s'agit de lui en prêter un et l'on s'y prend ainsi :

1° Il y a tout d'abord le truc grossier employé non seulement par le masseur, mais encore par la somnambule, le magnétiseur, le marchand de plaques et de ceintures électriques. Le malade est reçu par le charlatan. Le traitement est prescrit et appliqué. Mais il y a, dans l'appartement, un docteur en médecine, un vrai, que sa profession n'a pu faire vivre et qui, pour ne pas mourir de faim donne, pour 150 francs par mois, sa signature aux ordonnances du charlatan, ou les écrit lui-même sous l'inspiration de celui-ci. Ce malheureux est un simple scribe, un employé modeste et fécond. Inutile d'insister sur le spectacle attristant que sa misère nous donne.

2° Il y a le truc ordinaire employé plus spécialement par le masseur. Celui-ci se rend à domicile : il est, en apparence, l'humble serviteur du médecin. Il le visite et le quémande. Il proteste de son zèle, de ses scrupules. On ne saurait trouver plus fidèle second et plus précieux auxiliaire. Seulement, si l'on examine les choses d'un peu plus près, on voit que ce bon apôtre mène souvent sa clientèle et le médecin à peu près à sa guise. Il sait prendre sur ses malades plus d'empire que ne le fait le médecin, et il n'a pas, d'ailleurs, pour l'arrêter, les scrupules du médecin honnête. Par suite, le médecin le ménage et traite avec lui d'égal à égal. Parfois, ce masseur est un électeur influent dans sa commune, et le médecin, qui est conseiller général, maire ou député, le protège et le défend. Les services que ce masseur peut rendre au médecin sont très variés. Il est parfois un rabatteur de clientèle; parfois il partage sa recette avec celui qui lui envoie des clients, etc. En ce cas, le malade adressé par le médecin au masseur, ou par le masseur au médecin, s'en tire avec quelques consultations et une ordonnance du médecin, et un traitement du masseur, et le tribunal, perplexe, se demande s'il doit acquitter l'un et l'autre.

C'est qu'en effet, le médecin. muni de son diplôme, n'a de comptes à rendre à personne au sujet de la capacité des aides qu'il emploie. S'il lui plaît de faire opérer une appendicite par sa cuisinière, il le peut. Si le malade guérit, nul n'a rien à dire. En l'espèce, le masseur cherche à passer pour un aide; il renvoie la responsabilité au médecin, et le truc n'est dangereux que s'il y a accident.

3° Il y a enfin le truc élégant. Le masseur est installé, il a un établissement, il reçoit, il examine, il palpe, il ausculte, on l'appelle docteur, il est un maître spécialiste. Mais il sait que la loi le guette, et il a pour amis un ou des médecins, heureux, d'ailleurs, de se lier à un homme si comme il faut et qui a d'aussi belles relations. Lorsque le masseur a réglé le traitement d'un malade, il l'envoie prendre l'avis d'un de ses amis médecins, qui rédige une ordonnance conforme aux désirs du masseur. Et, au jour de l'expiation, le masseur exhibe devant le tribunal le paquet d'ordonnances qui établit, à ses yeux du moins, qu'il n'a pas exercé la médecine, mais qu'il a simplement fait ce qu'un médecin a ordonné.

Dans le premier cas, la complicité du médecin n'est pas déguisée et la jurisprudence établit que l'exercice illégal n'est pas couvert. La loi, en effet, dit (art. 16, § 3) : « Exerce illégalement la médecine, toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi. » Donc, dans le cas présent, le délit d'exercice illégal est aggravé et il y a deux coupables au lieu d'un. Et l'on ne peut qu'implorer la clémence du tribunal pour le malheureux médecin que la misère a poussé à commettre une indignité.

Dans le deuxième cas, il est évident que l'on se moque agréablement de la magistrature et du public. Oui ou non, le masseur est-il l'aide du médecin ou son complice ? S'il est un aide, il faut qu'il se place dans les conditions de l'aide. La loi les définit ainsi (art. 16, *fin*) : « Les dispositions du paragraphe I du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux garde-malades. » Le masseur est-il élève en médecine ? Il doit alors produire ses inscriptions régulières dans une faculté. — Est-il garde-malade, et a-t-il été placé, en cette qualité, par un médecin auprès d'un malade ? Tout cela s'établit par des témoignages, et il est bien évident qu'il n'y a pas de rapport entre les situations réciproques d'un médecin, d'un garde-malade et d'un malade, telles que la loi les prévoit, et l'industrie du masseur aidé du médecin, telle que nous venons de l'étudier.

Dans le troisième cas, la comédie est d'une telle évidence qu'il n'est même pas nécessaire de la discuter.

Du reste, l'on se tromperait si l'on pensait qu'à cet égard les tribunaux manquent de critique et donnent systématiquement dans le panneau qu'on leur tend. Trois jugements du tribunal correctionnel de la Seine (12 février 1902, 10 mai 1905, 24 mars 1908) établissent les points suivants :

S'il existe une sorte d'association entre l'empirique et le docteur en médecine, ou si l'empirique joue, par rapport au docteur, un rôle prépondérant, ou si

l'intervention du docteur permet à l'empirique d'exercer illégalement la médecine, ou si le concours du docteur a pour effet de soustraire l'empirique aux prescriptions de la loi, *les deux complices sont ensemble condamnés*.

Quant aux ordonnances, elles apparaissent au tribunal comme la démonstration de l'aveu fait par le masseur qu'il n'a point le droit de pratiquer autrement que sur l'ordre et sous la responsabilité du médecin. (Tribunal correctionnel de la Seine, 10 mai 1905.) C'est donc cet ordre et cette responsabilité qu'il faut établir, dans les conditions que la loi a indiquées.

* * *

Comment, du reste, pourrait-on attribuer à l'ordonnance, en pareil cas, une importance considérable? Conçoit-on quelqu'un, qui consulterait un docteur en médecine pour se faire délivrer une ordonnance portant l'indication « se faire opérer d'une hernie », et irait ensuite se faire opérer de la dite hernie par un charlatan, lequel prétendrait se couvrir par l'exhibition de l'ordonnance du médecin? Conçoit-on un malade, rapportant de chez son médecin une ordonnance de produits chimiques, et allant faire préparer sa potion chez le droguiste, lequel prétendrait se couvrir aussi par l'ordonnance du médecin? Comment une ordonnance de médecin pourrait-elle conférer à un masseur, ou à tout autre empirique, le droit de donner des soins kinésithérapiques indiqués sur ladite ordonnance, alors qu'elle ne confère pas le droit au droguiste de préparer la potion, ou au rebouteur celui d'effectuer l'opération, également indiquées sur ladite ordonnance?

Il est bien évident qu'il n'y a là qu'un jeu destiné à masquer la vérité, et celle-ci est que la *responsabilité d'un traitement appartient à celui qui le fait*. Or, le masseur n'a pas qualité pour prendre une telle responsabilité. C'est le chirurgien, l'électricien, le kinésithérapeute, qui sont responsables de leur opération. Leurs aides ne peuvent être que temporaires, placés auprès d'un malade déterminé, pour un traitement déterminé, dont les modifications quasi-journalières doivent être indiquées, pratiquées et surveillées par l'opérateur lui-même. Le jeu qui consiste à considérer l'ordonnance comme une sorte de délégation, transmettant à un tiers des pouvoirs que la loi seule peut conférer, en imposera sans doute à un public ignorant de ces questions, mais non pas à des magistrats chargés de connaître et d'appliquer la loi.

Et, comment un médecin, qui n'a vu un malade que pour l'examiner et lui donner une ordonnance, pourrait-il connaître le traitement kinésithérapique fait ensuite et ailleurs par une autre personne? Comment pourrait-il donner loyalement sa garantie et accepter honnêtement la responsabilité de ce traitement? Que penser de la conscience professionnelle d'un médecin qui revendiquerait, dans ces conditions, la « direction » d'un traitement et tenterait de couvrir l'empirique détenteur de son ordonnance?

Bref, en cette matière, l'ordonnance, entre les mains du masseur, n'est qu'un truc : le médecin qui accepte de couvrir par elle l'exercice illégal est nécessairement ignorant ou complice; et le juge, appelé à statuer sur de telles espèces, atteindra le masseur, et pourra rechercher le médecin.

MÉDECINE PRATIQUE

A PROPOS DE L'EMPLOI DE LA MORPHINE EN THÉRAPEUTIQUE INFANTILE (COQUELUCHE)

Par G. Mouriquand,

Chef de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Lyon.

Que M. Brelet nous permette d'ajouter quelques mots au très intéressant article de médecine pratique qu'il vient de publier ici même sur « l'emploi de la morphine en médecine infantile » (1). Nous n'envisagerons qu'un des côtés de son emploi dans le traitement de la coqueluche. Depuis que M. Triboulet l'a préconisée dans cette affection, des controverses se sont élevées et la valeur de cette thérapeutique reste encore assez discutée — comme M. Brelet l'indique — pour que tout document, apportant quelque fait précis au débat, mérite d'être connu.

Dès que le traitement morphinique fut indiqué, nous l'avons employé avec mon maître M. le professeur Weill, à la clinique infantile, sur les divers cas de coqueluche qui se sont alors présentés à nous, une dizaine. La morphine fut généralement bien supportée, mais le résultat des injections fut douteux : atténuation légère de la durée des quintes dans quelques cas, absence d'effets dans d'autres. Dans les cas graves, nous sommes donc revenus à notre pratique habituelle : le traitement par les inhalations d'oxygène (2), pensant avec MM. Hutinel et Merklen, que la thérapeutique opiacée n'était guère favorable dans cette affection.

Depuis ces essais infructueux, j'ai eu l'occasion de traiter par la morphine un cas de coqueluche avec spasmes glottiques sévères que je crois devoir rappeler ici en deux mots (3), tant les effets du traitement y furent nets et satisfaisants.

Il s'agissait d'une enfant de dix-huit mois qui, au cours d'une hypercoqueluche, était prise de quintes violentes généralement accompagnées de spasme glottique. Le spasme cédait généralement vite et une rapide inhalation d'oxygène dissipait la cyanose. L'enfant fit au cours de sa coqueluche une poussée grave de broncho-pneumonie qui mit une première fois sa vie en danger et qui atténua de façon très manifeste le nombre et l'intensité des quintes.

L'emploi systématique de l'oxygène suivant la méthode de Weill écarta ce danger, la dyspnée disparut, la température tomba. Dès le lendemain de l'amélioration, les quintes réapparurent avec le spasme glottique violent. Au cours d'un de ces spasmes, qui jeta l'enfant dans une apnée absolue, une longue respiration artificielle avec traction rythmée de la langue et bain sinapisé furent nécessaires pour la rappeler à la vie. Devant une telle menace nous songeâmes à l'action antispasmodique de la morphine et nous en fîmes administrer 0,004 milligrammes dans un lavement d'eau tiède.

Un quart d'heure après l'enfant reposait secouée de temps à autre par les quintes, dont l'intensité — nous soulignons ce point — ne fut pas atténuée, mais qui ne furent plus suivies à aucun moment de spasme de la glotte. Une tendance au spasme ayant reparu le surlendemain, l'administration de

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 96, p. 1210.

(2) V. Weill et G. Mouriquand. Traitement des coqueluches graves par les inhalations systématiques d'oxygène, *Rev. d'hyg. et de méd. inf.*, octobre 1908.

(3) G. Mouriquand. *Lyon méd.*, avril 1909.

0,002 milligrammes dans un lavement d'eau tiède l'écarta tout à fait. Nous nous refusâmes, malgré les instances de la famille étonnée du résultat, à renouveler nos injections, craignant de jeter l'enfant dans un état d'adynamie préjudiciable à sa défense respiratoire. Après une période de sept jours de calme complet, la broncho-pneumonie primitive réapparut avec des manifestations plus graves qui emportèrent l'enfant.

Dans notre cas, ni l'oxygène, ni le bromure de K à haute dose (0,75 centigrammes par jour) ne purent enrayer le spasme glottique. Seule la morphine eut une action sédative immédiate et écarta tout danger d'asphyxie. Comme nous l'avons noté, les spasmes disparurent absolument mais les quintes gardèrent leur intensité, montrant que dans notre cas la morphine avait une action quasi-spécifique non contre la coqueluche elle-même, mais contre le spasme glottique qu'elle entraînait.

Nous pensons que, dans des cas semblables où, comme dans la plupart des hypercoqueluches, la broncho-pneumonie est menaçante, il faut savoir être réservé et manier la morphine avec prudence. Elle ne doit être alors qu'un médicament d'urgence, une arme contre le spasme. Les enfants sont plongés après l'injection dans une somnolence plus ou moins marquée, suivant les cas, pendant laquelle les moyens de défense contre l'infection respiratoire sont réduits au minimum.

Comme dose, 0,004 paraissent à dix-huit mois une dose forte, 0,002 ont pu suffire. Pour que l'action soit moins brutale, peut-être convient-il d'employer dans de pareils cas la voie rectale (morphine dans 50 centimètres cubes d'eau tiède) qui agit ainsi avec une rapidité très suffisante.

ANALYSES

MÉDECINE

1° Sur la casuistique de la colibactériémie. 2° Sur le diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde. (WIENS. *Münch. med. Wochens.*, 11 mai 1909, n° 19, p. 962.) — Les cas de septicémie à colibacilles diagnostiqués pendant la vie par l'ensemencement du sang sont encore assez rares dans la littérature médicale. Aussi est-il intéressant de mentionner les six observations nouvelles, issues de la clinique médicale de Breslau et publiées par Wiens : au point de vue symptomatologique ces septicémies ne présentent rien de bien particulier, mais il importe de noter le point de départ de l'infection dans les différents cas. Dans une observation il s'agissait de septicémie puerpérale; dans deux cas le point de départ de l'infection a été les voies biliaires, et dans trois cas l'intestin enflammé enfla. Chez deux sujets seulement atteints d'entérite aiguë grave, origine de la bactériémie, la guérison est survenue. Dans les 4 autres observations la colibactériémie s'est terminée par la mort.

Les milieux de culture employés ont été l'agar mélangé avec le sang et coulé en plaques de Petri, et l'eau peptonée dextrosée que l'auteur a recommandée antérieurement pour l'hémo-culture.

Il publie en même temps les résultats qu'il a obtenus en ensemençant le sang des typhiques en eau peptonée dextrosée : ces résultats seraient meilleurs qu'avec le simple bouillon ordinaire, ou l'eau peptonée simple, ou la gélose coulée en plaques.

A. LEMIERRE.

Les clinodactylies. Camptodactylie. Déviations des doigts en varus et valgus. (L. DUBREUIL-CHAMBARDEL. *Gaz. méd. du Centre*, avril-juillet 1908 et Paris, Vigot frères, éditeurs, 1908). — Les clinodactylies, ou déviations des doigts, sont antéro-postérieures ou latérales. Les déviations antéro-postérieures, caractérisées par la flexion des phalanges, constituent la camptodactylie; les déviations latérales ont une variété en varus, si le doigt est dévié vers le bord radial de la main, et une variété en valgus, s'il est tourné vers le bord cubital.

La camptodactylie, ce terme a été créé par le professeur Landouzy en 1885, est la déformation en crochets des doigts; il existe une flexion permanente et irréductible de la phalangette sur la phalangine ou, plus souvent, de la phalangine sur la phalange. Cette déformation est fréquente; M. Dubreuil-Chambardel l'a trouvée dans la proportion de 13 p. 100 sur une série de plus de 300 sujets; tous les doigts peuvent être déviés, mais c'est de beaucoup l'auriculaire qui est le plus fréquemment camptodactylique; ordinairement la déviation existe aux deux mains, plus accentuée du côté droit. Plusieurs théories pathogéniques de la camptodactylie ont été proposées : stigmate neuro-arthritique, processus de rétraction d'origine tuberculeuse, sclérose d'origine infectieuse, théorie dégénérative. D'après M. Dubreuil-Chambardel, la camptodactylie est due à une légère variation anatomique de la tête de la phalange et à une courbure exagérée du corps de l'os; il en résulte une déformation de l'articulation phalango-phalangienne.

Parmi les clinodactylies latérales, l'auriculaire varus, l'annulaire varus, l'index valgus sont très fréquents; l'index varus, l'auriculaire valgus sont exceptionnels; les déviations du pouce sont aussi très rares. Il s'agit de déformations portant essentiellement sur les extrémités distales. Toutes ces malformations sont héréditaires, congénitales, bilatérales et coïncident fréquemment avec des déviations homologues des orteils. M. Dubreuil-Chambardel attribue les clinodactylies à une altération du point primitif d'ossification des phalanges.

L. BABONNEIX.

Infections hématogènes aiguës unilatérales du rein chez des personnes en bonne santé apparente. (Farrar COBB. *Ann. Surg.*, vol. XLVIII, n° 5, nov. 1908, pp. 680-702.) — Huit cas, dont six personnels, sont rapportés ici. L'affection est connue, mais pas assez. L'infection du rein par embolie septique se voit dans l'infection purulente; elle frappe les deux reins. L'infection par bactéries circulant dans le sang ne frappe généralement qu'un seul rein; elle se voit au cours des diverses infections, mais aussi, et c'est là l'important, beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit chez des personnes en bonne santé apparente. Le rein droit est plus souvent atteint (5 contre 3), les femmes sont plus sujettes que l'homme (7 contre 1).

Le tableau clinique, à début brusque, simule l'appendicite ou la cholécystite aiguës ou une perforation stomacale. Puis la maladie peut prendre une allure chronique. Il semble qu'une anomalie obstructive du rein ou de l'uretère ou un petit calcul soient nécessaires pour l'arrêt des bactéries. L'agent le plus souvent en cause est le colibacille. C'est celui que Cobb a trouvé dans tous ses huit cas.

Dans les cas fulminants, tout fait songer à une affection abdominale aiguë. La seule chose qui puisse faire penser au rein est la *sensibilité à la pression dans l'angle costo-vertébral*, signe constant. Si l'urine ne montre pas de sang, ou de cylindres hématiques, ou du pus, le diagnostic est presque impossible. Heureusement la plupart des cas sont moins aigus et l'on a le temps de recourir à la cystoscopie et à la radiographie. Dans les cas très aigus, où l'on ne peut arriver à se faire une opinion vite, Cobb préconise une boutonnière abdominale pour se rendre compte de l'état du rein malade, de celui de son congénère et de celui des autres organes abdominaux.

Traitement purement opératoire : néphrectomie d'emblée dans la plupart des cas, ou bien néphrotomie et drainage, parfois suffisants, avec néphrectomie secondaire, si besoin est.

F. GARDNER.

CHIRURGIE

Le cancer de la langue. (Alexander Don. *The Practit.*, avril 1909, n° 490, vol. LXXXII, n° 4, p. 468.) — Dans ce travail très étendu l'auteur donne l'histoire clinique complète du cancer de la langue. Il expose surtout longuement la technique opératoire de l'ablation en un temps ou deux temps par voie sous-mentonnière. Il montre qu'on peut ainsi enlever toute la langue sans section temporaire du maxillaire inférieur. Celle-ci cause un shock important, augmente les difficultés de suture de la muqueuse, et compromet la réunion par première intention. C'est donc une grande chance d'infection de plus. Elle rend aussi l'alimentation même à la sonde très difficile.

A. Don insiste aussi longuement sur l'importance des soins pré et post-opératoires : remise en état des dents et gencives, lavages, entraînement du malade à supporter la sonde stomacale, soins de propreté après l'opération pendant les vomissements chloroformiques, position à donner au malade, technique de l'alimentation. On évitera ainsi une partie des morts opératoires qui sont dues au shock d'opérations étendues d'emblée, ou à des accidents septiques et pulmonaires évitables. Il pense qu'avec ces précautions les opérations complètes doivent donner une mortalité opératoire de moins de 20 p. 100.

Butlin dans une statistique de 333 cas donne une mortalité totale de 12,7 p. 100, qui est de 7 p. 100 quand la langue seule a été enlevée, et 22 p. 100 avec ablation des ganglions, et 25 p. 100 lorsque le maxillaire a été divisé. La statistique des cas personnels de Butlin donne pour 129 cas une mortalité opératoire de 10 p. 100, alors que celle de l'opération de von Bergmann est de 17,6 p. 100. Warren a obtenu 12,9 p. 100. Si on considère le nombre des cas n'ayant pas récidivé au bout de trois ans, Warren donne 17 p. 100, Butlin estime ses guérisons à 25 p. 100.

Où l'on observe le plus de divergences, c'est sur le siège de la récidive. Butlin dit que 70 p. 100 des récidives se font dans le plancher de la bouche, von Bergmann donne le même chiffre pour les ganglions. Sauf Deanesly qui considère que la récidive locale est l'exception, tous les auteurs l'admettent soit dans la cicatrice, soit dans les ganglions; les métastases sont très rares. M. LANCE.

Traitement opératoire des fractures du col du fémur chez l'adulte. (Carleton P. Flint. *Ann. of Surg.*, vol XLVIII, n° 5, nov. 1908, pp. 729-747.) — Le traitement opératoire est indiqué quand le traitement non opératoire ne donne pas de consolidation ou que la nature de la fracture est telle que la consolidation sous ce traitement n'est pas probable. Le grand âge est une contre-indication. L'absence d'union osseuse avec forte union fibreuse n'est pas une indication opératoire.

I. Ne jamais opérer une fracture *engrenée* chez les vieux. Chez les jeunes, on peut avoir à les opérer s'ils s'accompagnent de douleur et d'impotence et qu'on ne puisse les désengrener par manipulation. Dans ces cas, c'est à l'*ostéotomie sous-trochantérienne rectiligne ou cunéiforme* qu'il faut avoir recours. On peut aussi pratiquer la résection de la tête, si elle est tellement déformée qu'elle devient gênante. Mais toujours attendre avant d'opérer, assez longtemps pour que la circulation se soit rajustée aux nouvelles conditions.

II. Ne jamais opérer d'emblée une fracture *non engrenée* chez un adulte robuste, à moins que le fragment de la tête ne se soit complètement retourné, ce qui est rare. Essayer tout d'abord de l'abduction avec appareil plâtré; le clouage est inutile et risque d'infecter. Si, après deux mois et demi à trois mois, il n'y a pas d'union, opérer. Si le fragment articulaire est petit, la *résection* est l'opération de choix, car la circulation est insuffisante presque toujours. La tête apparaît, ischémique, blanc jaunâtre, si on la gratte un peu à la curette, elle ne saigne pas, contrairement à ce qui se passe sur le fragment diaphysaire. Si la circulation est, par hasard, bonne, laisser la tête et l'encheviller.

Chez les sujets âgés, mais en bon état, il faut réséquer la tête, mais plus précocement, car ils n'ont pas le temps de faire les frais d'un long traitement.

III. La fracture du *milieu du col du fémur* chez les sujets robustes donne d'ordinaire une consolidation avec le traitement non sanglant. Après trois mois sans union, il faut opérer et encheviller les deux fragments avec une cheville d'os de bœuf. Celle-ci s'absorbe en dix mois et vaut mieux que le métal qu'il faut toujours extraire ultérieurement. Le clouage n'a pas d'avantages. Il faut immobiliser longtemps, un an au moins, dans le plâtre d'abord, avec des tuteurs ensuite, et ne pas laisser porter le poids du corps sur la hanche atteinte.

A l'opération, dans les cas anciens, on trouve souvent des formations kystiques contenant un liquide analogue à ceux des vieux foyers de fracture. Ces kystes empêchent une bonne réunion et sont une indication de résection. D'une façon générale, dans les cas anciens, la résection est la meilleure technique aussi bien chez les jeunes que chez les vieux. Tous les cas datant de plus d'un an en sont justiciables.

En somme, les indications sont complexes : l'âge du malade, l'ancienneté de la lésion et la nature de la lésion les font varier dans chaque cas ; mais *grosso modo*, on peut dire : essayer du traitement non sanglant chez les jeunes quand une union osseuse semble devoir en résulter. S'il échoue, enchevillonner quand on le peut, car cela donnera l'union osseuse cherchée et une jointure mobile; si l'on ne peut, par suite des conditions anatomiques du fragment détaché, réséquer celui-ci et chercher l'ankylose. Chez les vieux en bonne condition, opérer vite; chez ceux d'état précaire, s'abstenir.

L'incision recommandée est une incision externe à angle obtus, ouvert en avant et en bas. La branche supérieure, oblique, va de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet du trochanter, où commence l'incision inférieure vertébrale. On récline le tenseur du fascia lata en avant, et ainsi l'on découvre l'articulation. F. GARDNER.

OPHTALMOLOGIE

Les opacités traumatiques passagères du cristallin et leur importance médico-légale. (M. A. Terson (de Paris). Congrès d'ophtalmologie, mai 1909.) — Après une observation d'opacité transitoire due à un coup de poing, M. A. Terson signale un accident du travail où un coup de corne non perforant entraîna des opacités cristalliniennes qui mirent plus de deux mois à disparaître. Il rappelle l'historique de cette curieuse et rare affection, en étudie le mécanisme qu'il attribue à un œdème mécanique de la lentille et montre que la forme des opacités (points, stries, grillages, étoiles, anneaux, etc.), est trop variable pour que la configuration et l'architecture normale des fibres du cristallin soient seules en cause. Il élimine le diagnostic avec une cataracte traumatique avec résorption rapide du cristallin et étudie à fond le pronostic au point de vue des accidents du travail. Ces opacités passagères succèdent à une contusion, parfois à une perforation ou même à une piqûre profonde du cristallin. Le pronostic se base sur la forme et la durée de l'opacité, son origine, la nature de la plaie, l'existence possible d'un corps étranger et surtout l'âge du malade, généralement jeune.

Ces faits doivent être connus des praticiens, de façon à éviter des erreurs de diagnostic et de pronostic dans les certificats initiaux et même, plus rarement, dans les certificats tardifs, car il y a là un syndrome simulateur de cataracte traumatique; et cependant le cristallin récupère toutes ses propriétés physiques et biologiques. L. GAYARD.

VARIÉTÉS

L'HYGIÈNE : AUTREFOIS ET AUJOURD'HUI,

Par le docteur André Lombard.

Tel qui se plaint aujourd'hui de passer quelques heures dans un confortable wagon de chemin de fer a tôt oublié qu'il y a quelques années il mettait un temps presque double à faire le même trajet et ne jouissait que d'un confort bien moindre. Il a surtout oublié que les chemins de fer sont d'invention récente ; que la diligence était seule à la disposition de la génération qui l'a précédé et bientôt les divers modes de locomotion plus rapide encore qui seront mis à la portée de tous lui feront croire qu'il avait bien du mal à vivre quand ceux-ci n'existaient pas.

Dans la vie fiévreuse d'aujourd'hui, a-t-on seulement le temps de penser, ne perd-on pas, à regarder ainsi derrière soi, un temps qui serait mieux utilisé à aller de l'avant ? En dehors de spécialistes ou d'esprits cultivés, on oublie trop facilement la marmite de Papin. N'entre-t-on point dans la vie pour oublier les sottes études que l'on a faites au collège? Au reste, à quoi cela sert-il ? Il est bien certain cependant qu'à propos des multiples applications de la vapeur que chacun de nous voit journellement, si beaucoup savent ce qu'est la vapeur elle-même, il en est d'autres qui ne réfléchissent plus à ce que fut la géniale découverte de Papin. Cependant l'histoire des sciences est, de nos jours, trop en honneur pour que nos contemporains méritent à ce propos un brevet d'ignorance. Mais la vie devient si rapidement de l'automatisme qu'il est bon que chacun de nous fasse, de temps en temps, une pause et s'interroge. Même pour les menus événements de la vie nous sommes incapables de réfléchir d'une façon continue et nous faisons dans les rues le trajet accoutumé sans faire attention aux actes que cela nécessite. Sans doute ne faut-il pas se plaindre de cette prédominance de l'inconscient ou du subconscient sur le conscient, qui laisse à notre esprit plus de temps pour penser à d'autres choses. Il est cependant intéressant de regarder derrière soi, et c'est une curiosité bien naturelle que de réfléchir à chacun des actes de la vie. Nous pensons bien que nous ne vivons plus comme autrefois et la mode changeante nous rappelle bien que la coupe de nos vêtements varie un peu chaque année; c'est assez pour penser que tout ne se fait point toujours de la même façon. Nous savons bien que c'est Jean Nicot qui a importé le tabac en France, mais quand a-t-on commencé de fumer, au lieu de priser ou de mâcher le tabac ? Enigme pour beaucoup.

Si nous voulions, pour chaque menu fait, faire une enquête personnelle, cela nous éloignerait trop sans doute de nos occupations habituelles; aussi faut-il savoir gré au docteur Cabanès d'avoir, pour nous, fait ces recherches et donné la réponse aux points d'interrogation que pose notre ignorance ou notre érudition insuffisante.

Depuis longtemps, sinon depuis toujours, on a étudié le passé et cherché à discerner les mobiles des actions humaines quand leurs auteurs étaient des conducteurs de peuples. On a aussi étudié des personnages de moindre importance; mais c'est toujours faire œuvre de psychologue. Or la psychologie ne doit pas seule accaparer nos facultés d'observation, car l'homme ne vit pas seulement de sa vie propre intellectuelle ; il faut, pour bien le voir et le comprendre, le placer dans son cadre; il faut surtout animer les objets qui l'entourent, les objets qu'il a aimés ou qui, du moins, lui furent familiers.

> Objets inanimés, avez-vous donc une âme
> Qui s'attache à notre âme et la force d'aimer?

C'est presque du fétichisme que ce culte du souvenir, et une nécessité que le besoin de savoir ce que faisaient nos ancêtres dans certaines circonstances de la vie. S'il en fallait une preuve, il suffirait de voir le succès qu'obtient telle exposition du costume par exemple, ou le musée Carnavalet d'une façon constante. Car l'histoire des menus objets de la toilette quotidienne, comme celle des améliorations apportées au bien-être est pleine d'enseignements.

Ouvrez les *Mœurs intimes du passé*, vous y trouverez une foule de détails qui jamais ne sont sans intérêt. Peut-être aurez-vous lu cela quelque part, mais ces détails sont épars dans des correspondances ou des mémoires.

Lucrèce nous dit combien il est agréable de contempler, de la terre ferme, un vaisseau battu par la tempête ; c'est du même œil satisfait que nous pouvons penser à la façon dont nos aïeux se garantissaient du froid : pas de cheminées d'abord, mais des réchauds, des « chauffedoux », des braseros ; puis on voit apparaître les cheminées et les poêles ; cheminées qui fument et poêles qui sentent mauvais. Ce n'est point seulement ainsi dans les demeures des manants et des vilains, mais dans les châteaux seigneuriaux, dans les résidences royales, dont les fenêtres ferment mal et au travers desquelles siffle à travers les grandes pièces l'aigre bise d'hiver.

Etait-on au moins mieux garanti dans le jour ? Non point; on s'enveloppait les pieds de paille, et les étoffes chaudes et légères n'étaient pas connues, auxquelles on suppléait par de nombreux vêtements superposés. Il n'est que les lits que l'on savait chauffer avec une bassinoire ; elles étaient plus ou moins armoriées, plus ou moins luxueuses. Mais ceux qui ont voyagé dans le Midi de la France ont pu les voir encore employées et les apprécier, car les perfectionnements du chauffage moderne n'existent pas encore partout, et la bassinoire a encore des fervents et des reconnaissants.

Nos soldats eux-mêmes sont, en campagne, mieux protégés du froid que ne l'était le bon roi Henri, qui reposait la nuit sur le corps de trois soldats étendus et, quand il faisait grand froid, en faisait coucher un autre sur lui.

Le mouchoir est aujourd'hui un objet indispensable à tout homme bien élevé, mais il n'en a pas toujours été ainsi et le docteur Cabanès a tenté d'en écrire l'histoire, qui intéressera à la fois les hygiénistes et les simples curieux.

Quand les femmes d'autrefois avaient parmi leurs principaux devoirs d'éloigner de leur mari les puces et autres bestioles, certes les soins de propreté corporelle n'étaient pas très grands. Avec l'usage du rasoir on commença à se laver la figure. De la saleté d'alors Erasme nous a laissé un tableau sincère dans sa cruelle description du collège de pouillerie de Montaigu, et la lecture de Rabelais nous montre que la peinture n'a point été exagérée ; au reste, ne nous décrit-il pas le peigne de Grandgousier qui ne devait certes pas être inutile !

Apulée et Pline le Jeune, sous une forme différente, nous ont dit le soin que l'on prenait autrefois de la bouche; on brossait ses dents ; on prenait soin de celles qui étaient cariées et on remplaçait les mauvaises, mais l'art dentaire subit une éclipse. Quand saint Louis mourut, à cinquante-cinq ans à peine, il n'avait plus aucune dent; Charles VII, François Ier, Henri IV avaient de fort mauvaises dents ; Louis XIV avait une bouche en très vilain état; il perdit presque toutes ses dents qui ne furent pas remplacées. Cependant, et peut-être à cause de cela, au temps du grand roi, comme on l'avait fait de tous temps, on se servait de cure-dents en métal ou en bois; on se rinçait aussi la bouche après les repas, mais hors de table.

Quand on laisse les enfants manger à leur guise, on se rend compte de la façon dont mangeaient nos ancêtres ; ils se servent surtout de leurs doigts, puis l'usage de la cuiller leur devient familier, et il semble souvent que la fourchette leur est un objet inutile et encombrant. Ils nous donnent ainsi le tableau des repas d'autrefois. Ils oublieraient facilement cependant de se laver les mains, et nous voyons que, dans

l'antiquité grecque et romaine, jusqu'à la Renaissance, on se lavait les mains avant les repas, non sans un certain cérémonial. Faut-il croire que, dans leur jugeotte, les enfants estiment ce soin inutile ? Car aussi dès que la fourchette fit son apparition, l'on se crut dispensé de se laver les mains. Les cuillers étaient en effet depuis longtemps en usage que la fourchette était encore un objet de luxe; à la mort de la reine Clémence de Hongrie (1328) on ne trouve qu'une fourchette d'or; une seule à la mort de la reine Jeanne d'Evreux; Charles V avait bien des fourchettes, mais pour faire les grillades, non pour manger. Dès le XIII[e] siècle, on se servait exceptionnellement de fourchettes; au XIV[e] siècle elles sont d'un usage plus courant. Mais qui a lu Saint-Simon voit combien l'usage en est encore restreint à la cour du grand roi, et combien un repas se passe avec saleté. Au reste, si la fourchette est commode, n'est-il pas beaucoup de nos contemporains, et non des moins raffinés, qui affirment qu'il n'est rien de tel que les doigts pour manger des pommes de terre frites ou même de la salade ?

C'est ainsi que chaque objet, le crachoir, le vase de nuit, le bidet, et bien d'autres encore ont une histoire; ils n'ont pas toujours été connus. Leur apparition marque-t-elle un progrès ? Il le faut croire si le progrès consiste en autre chose que se créer des besoins, s'il consiste dans l'amélioration de la vie. Et il est tout à fait curieux de voir, selon la mode du temps, tel objet ou tel meuble prendre un aspect plus pratique ou plus élégant. Ce n'est pas le moindre charme non plus des estampes et des gravures d'autrefois que de nous laisser un instantané de la vie et de nous montrer comment nos aïeux se chauffaient, comment ils se lavaient les mains, comment ils se tenaient à table. C'est pourquoi tout ouvrage qui traite de la vie du passé plaît par les reproductions qu'il en donne. Mais que serait cette œuvre si l'on ne pouvait comparer avec le présent? Or, au point de vue de l'hygiène, sommes-nous plus avancés que nos devanciers ? Peut-être, mais cela ne veut pas dire que nous ayons lieu d'être bien satisfaits ou bien fiers, car, à n'envisager que la propreté des rues, et des rues de Paris, on ne peut s'empêcher de faire cette réflexion qu'il y a toujours de la boue; quand elle n'est pas due à la pluie, on s'efforce d'en faire en arrosant. On urinait dans les escaliers de Versailles et du Louvre sous nos rois; qui pourrait affirmer qu'on ne crache pas dans les escaliers de l'Ecole de médecine au XX[e] siècle?

Malgré tout, nous nous accommodons de la saleté relative qui choque souvent nos voisins.

Cependant les livres d'hygiène sont plus que jamais en faveur; tout le monde parle d'hygiène; chacun croit que la propreté, que l'hygiène date d'hier; que nous sommes bien supérieurs à nos devanciers. Il suffira de lire *les Mœurs intimes* pour voir que cette prétention est un peu exorbitante. Cet ouvrage constitue en effet une introduction à l'hygiène moderne, au moins une revue de l'hygiène fort instructive, n'en pourrait-on tirer que cette conclusion que les besoins de l'humanité sont toujours, dans leur essence, semblables dans tous les temps; ils ne subissent d'autres modifications que celles que leur infligent des croyances nouvelles, mais, en réalité, ils sont toujours les mêmes et seuls diffèrent parfois les moyens mis en œuvre pour les satisfaire. Ajouterai-je que, quand une amélioration est réalisée, vite on s'aperçoit qu'elle est insuffisante, on en désire une autre et pour bien des choses nous ne faisons pas mieux qu'autrefois.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

LIVRES NOUVEAUX

Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medizin im In-und Auslande (1) [revue annuelle sur les progrès de la médecine interne en Allemagne et à l'étranger], publié sous la direction de EBSTEIN, SCHREIBER et RIGLER. *Rapport sur l'année 1902-1903.*

Ce livre est le premier volume d'une publication qui ne peut manquer de rendre les plus grands services à ceux qui veulent trouver rapidement la bibliographie complète d'une question. Ce premier volume est divisé en neuf parties consacrées : 1° aux maladies constitutionnelles; 2° maladies des reins et voies urinaires; 3° affections d'origine traumatique; 4° cancer; 5° affections de l'appareil locomoteur; 6° maladies du sang; 7° maladies de l'appareil respiratoire; 8° maladies de l'appareil circulatoire; 9° maladies du tube digestif et de ses annexes.

Les analyses constituent la moindre partie de cet ouvrage : elles sont toujours très succintes. La majeure partie est consacrée aux indications bibliographiques, classées avec méthode et recueillies avec une grande impartialité dans les littératures allemandes et étrangères. Il est à souhaiter que la publication de cet ouvrage se poursuive avec rapidité, et que les indications bibliographiques consacrées uniquement à l'année 1902-1903 concernent bientôt les périodes plus rapprochées de nous. Il est certain que cela représente un labeur considérable; mais s'il est vite mené à bien, ce nouveau Jahresbericht sera une des mines les plus riches où les travailleurs pourront puiser. A. LEMIERRE.

Les Fonctions nerveuses. — Les Fonctions bulbo-médullaires (2), par le professeur W. BECHTEREW.

Ce livre fait partie de la bibliothèque de physiologie que comporte l'encyclopédie scientifique publiée sous la direction du docteur Toulouse.

Il est le premier d'une série de cinq volumes sur les fonctions nerveuses, écrits par le professeur Bechterew et où seront exposées toutes les questions de la physiologie des centres nerveux. Le plan d'ensemble repose sur la division du système nerveux central en plusieurs régions.

Ce tome commence par un chapitre de considérations générales sur les méthodes d'investigation physiologique et sur les propriétés communes de conductibilité et d'activité du système nerveux. Après l'étude des racines, la moelle est réunie au bulbe, vu les relations étroites de plusieurs fonctions de l'un et de l'autre et la continuité de leurs systèmes conducteurs. L'analyse des réflexes isolés ou coordonnés, et des centres spinaux et bulbaires qui les conditionnent, constitue naturellement ici la partie la plus importante.

Cet ouvrage, enrichi des données d'une vaste bibliographie, principalement russe et allemande, reste cependant très original, car il repose en grande partie sur les recherches personnelles du professeur Bechterew et sur celles faites depuis de nombreuses années dans son laboratoire. P. CAMUS.

(1) Premier volume de 776 pages. — Leipsig, Werner Klinkhardt, édit.

(2) In-18 cartonné de 372 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

SUITE DES SOMMAIRES

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 22, 30 mai 1909.) ONODI : Sur la valeur de l'éclairage électrique et radiographique des sinus frontaux. — PFEIFER : Remarques sur l'article de Nassauer : « Le traitement de la leucorrhée ». — FISCHER : Le traitement rationnel des fractures osseuses. — HILLEBRAND : Contribution à la morphologie des dents humaines. — (N° 23, 6 juin.) V. SZABO : Sur l'endométrite et son traitement. — WEIN : Le rôle de l'anesthésie régionale en stomatologie. — HILLEBRAND : Contribution à la morphologie des dents humaines (*suite*).

Therapie der Gegenwart. — (Mai 1909, 5e fasc.) Max ROTHMANN : De la thérapeutique des paralysies cérébrales. — G. JANS : Histoire et critique des pneumothorax artificiels dans la tuberculose pulmonaire. — G. G. WILENKO : De l'action du glutarsäure sur le phlorizindiabète. — Adolphe ZAGINSKY : Sur la nervosité infantile et les enfants nerveux. — W. BUSSE : De nouvelles méthodes anesthésiques. — (Juin, 6e fasc.) Oscar WANDEL : De la question de la thérapeutique par la gélatine. — H. E. KNOPF : De la thérapeutique respiratoire de l'asthme. — Leo JACOBSOHN : Complications tardives des abcès du rein après exécution d'opérations. — Oskar KOHNSTAUM : Vue d'ensemble. Conception de l'hystérie de Babinski. — B. LAQUER : Recherches de thérapeutique clinique de Paul Ehrlich.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 10, 30 mai 1909.) LEPAGE : Rapport à l'Association générale des médecins de France sur les sociétés commerciales qui intéressent le médecin à ses prescriptions. — (N° 11, 15 juin.) ROUSSEAU : Intra-dermo-réaction à la tuberculine. — (N° 12, 30 juin.) COLLEVILLE : Purpura télangiectasique dans la cavité buccale, simplex sur la face et les membres avec hémorragie rénale, le tout consécutif à un ébranlement traumatique du mésencéphale chez un artério-scléreux. — (N° 13, 15 juillet.) A. BERTEAUX : Fistule traumatique du canal de Stenon; — Un cas de polydactylie héréditaire. — (N° 14, 30 juillet.) COLLEVILLE : Acroparesthésie des membres thoraciques.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 23, 10 juin 1909.) STRÜMPEL : L'importance de la clinique médicale pour l'éducation médicale générale. — EITNER et STŒRK : Recherches sérologiques dans la tuberculose du poumon et de la peau. — FALK : Recherches nouvelles sur la question de l'artério-névrose par l'adrénaline et sa réalisation expérimentale. — MAREK : Névrite optique consécutive à des métrorragies incoercibles, guérie par extirpation totale de l'utérus par voie vaginale. — GOBIET : Sur les plaies opératoires du canal thoracique. — (N° 24, 17 juin.) ROTHBERGER et WINTERBERG : Papillottement de l'oreillette et arythmie perpétuelle. — JEGUNOFF : Sur l'influence des injections intraveineuses de sérum anticholérique sur l'évolution du choléra. — MOSZKOWICZ : Sur les anastomoses intestinales aseptiques. — THALER : Sur l'utilisation des dosages d'antitrypsine dans les affections puerpérales. — EPPINGER et HESS : Sur les troubles respiratoires dans le tabes. — ROSMAINT : Sur la question de l'examen du sens des couleurs pour les chemins de fer. — (N° 25, 24 juin.) MAYERHOFER et PRIBRAM : La paroi intestinale comme membrane osmotique dans l'entérite aiguë et chronique. — FRANK : Sur la technique de l'extirpation sous-péritonéale de la vésicule biliaire. — SCHÜTZ et VIDEKY : Sur le traitement des affections phlycténulaires de l'œil fondé sur leur étiologie. — GUTFREUND : Sur les corpuscules du trachome. — REIS : Les corpuscules du trachome et les recherches actuelles sur l'étiologie du trachome. — GLASER : Recherches physico-chimiques sur la source sulfureuse de Spalato. — (N° 26, 1er juillet.) MAYERHOFER et PRIBRAM : Tentative d'alimentation des nouveau-nés avec du lait de femme conservé. — GLAESSNER : Les glycosuries non diabétiques. — KUSCHIER : Sur le traitement opératoire du carcinome du larynx. — FRANK : Un instrument pour la pose d'anastomoses gastriques et intestinales. — HECHT et WILENKO : Sur la recherche du spirochæte pallida avec le procédé de l'encre de Chine. — (N° 27, 8 juillet.) HIRSCHL et PÖTZL : Sur l'état des différents sérums et globules rouges humains dans l'hémolyse par le venin de Cobra. — FALK et TEDESKO : Nouvelles recherches sur le diagnostic de l'expectoration. — HULLES : Contribution au traitement opératoire de la névralgie du trijumeau. — KUSCHIER : Sur le traitement opératoire du carcinome du larynx. — (N° 28, 15 juillet.) PFEIFFER et FINSTERER : Sur la présence dans le sérum des cancéreux d'un anticorps anaphylactique dirigé contre leur propre tumeur. — FRANZ : Résultats d'une observation de plusieurs années sur la tuberculine employée comme moyen de diagnostic chez les soldats. — SCHWARZWALD : Sur la réaction de précipitation d'après Porgès. — KELLING : Statistique sur la fréquence des vers intestinaux chez les cancéreux du tube digestif. — TURNOWSKY : La pseudo-paralysie douloureuse transitoire des enfants. — SCHÜLTZ : Sur un cas de tumeurs multiples particulières de la peau. — GLAS : L'importance de la rhinologie et de la laryngologie pour le diagnostic et la thérapeutique internes. — (N° 29, 22 juillet.) PALTAUF : Sur la pathogénie de la rage chez l'homme. — KRAUS, PÖTZL, RANZI et H. EHRLICH : Sur l'action du venin de cobra sur les globules rouges de l'homme et des animaux dans les cas normaux et pathologiques. — HERZ : Sur la question de la leucémie mixte. — FRANK : L'opération de la hernie crurale par la voie inguinale. — GSCHMEILDER : Sur l'opération radicale de la hernie crurale d'après Roux et sur ses résultats. — ROSENFELD : Sur l'obtention de lait pour la nourriture des nouveau-nés débiles avec du lait de femme conservé d'après Meyerhofer et Pribram. — BACHER : Diagnostic précoce des sténoses intestinales par les rayons Röntgen. — FALTA : Sur les glycosuries non diabétiques. — (N° 30, 29 juillet.) FALTA : Nouvelle communication sur l'action sur les échanges des glandes à sécrétion interne. — V. STEJSKAL et GRÜNWALD : Sur les rapports entre la combinaison de l'acide glycuronique et du camphre et la fonction normale du foie. — RAUBITSCHECK : Sur la connaissance de l'hémoagglutination. — V. RIJDYGIER : Contribution à l'hémorragie survenant à la suite d'une perforation de l'aorte par un corps étranger enclavé dans l'œsophage. — PORGES : Suture du nerf médian un an après la blessure. — LUDWIG et ZDAREK : Recherches chimiques et physiques sur l'eau minérale de la source Donati à Rohitsch-Sauerbrunn. — (N° 31, 5 août.) EPPINGER et ROTHBERGER : Sur l'analyse de l'électro-cardiogramme. — HAUSMANN : Symptômes abdominaux palpatoires de la maladie de constitution asthénique. — SHIOTA : Sur l'appendice vermiforme dans le lymphatisme. — LAUB et NOVOTNY : Sur les substances fixant le complément dans la tuberculose. — BARDACH : Emplâtre élastique. — (N° 32, 12 août.) KÜRT : Sur quelques symptômes cliniques de l'hypertrophie du ventricule gauche. — REINES : Sur les rapports de la sclérodermie avec la tuberculose. — KÖNIG : Pourquoi faut-il préférer la modification de la réaction de Wassermann de Hecht, à celle de Stern. — WINIWARTER : Contribution clinique à la connaissance de l'appendicite et de l'étranglement de l'appendice dans un sac herniaire. — SLÏVINSKY : Sur un cas de formation de tumeurs multiples.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 102. — JEUDI 9 SEPTEMBRE 1909. 82e ANNEE. JEUDI 9 SEPTEMBRE 1909. — N° 102.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **4 fr. 50.**	— 6 mois : **8 fr.**	— 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE..	3 mois : **7 fr.**	» — 6 mois : **13 fr.**	— 1 an : **25 fr.**

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Bensaude, Hallé, Rathery, Bourgeois, Schwartz, Chevassu, Duval et Cathala.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 6 septembre 1909, les médecins aides-majors de deuxième classe élèves sortis de l'école d'application du service de santé militaire dans l'ordre ci-dessous, qui détermine leur rang d'ancienneté dans le grade de médecin aide-major de deuxième classe (art. 24 du décret du 29 octobre 1898), ont reçu les affectations suivantes :

MM. Collignon, hôpital militaire du Val-de-Grâce (bactériologie); Maisonnet, hôpital militaire du Val-de-Grâce (diagnostic chirurgical spécial); de Lagoanère, hôpital de Bordeaux; Surin, hôpital Villemanzy à Lyon; Fidon, hôpital de Marseille; Pernod, 30e d'infanterie; Baur, hôpital Saint-Martin à Paris; Roudouly et Demeriac, hôpital de Versailles; Théobalt, hôpital Bégin à Saint-Mandé; Duband, hôpital de Versailles; Abel, hôpital de Nancy; Rivay, 90e d'infanterie; Hauvuy, hôpital Saint-Martin à Paris; Salinier, hôpital de Toulouse; Bressot, hôpital Saint-Martin à Paris; Poulhès, hôpital de Toulouse; Chéneby, hôpital Bégin à Saint-Mandé; Hirtzmann, hôpital de Nancy; Rollin, hôpital Bégin à Saint-Mandé; Beaufort, 11e bat. de chass. à pied; Fradourat, hôpital de Marseille; Peltier, hôpital de Lille; Pélissier, hôpital de Toulouse; Lafforgue, hôpital de Marseille; Gallès, hôpital de Bourges; Avril et de Brisson de Laroche, hôpital de Rennes; Brizon, hôpital du camp de Châlons; Le Mansois Duprey, hôpital de Belfort; Jullian, hôpital de Briançon; Grenot, salles militaires de l'hospice mixte d'Epinal; Doniol, 138e d'infanterie; Allenet, 159e d'infanterie; Xambeu, hôpital du camp de Châlons; Tartavez, 4e cuirassiers; Merlat, salles militaires de l'hospice mixte de Toul; Xemard, hôpital et place de Toul; Roux, hôpital du camp de Châlons; Wateau, salles militaires de l'hospice mixte et place de Verdun; Vendeuvre, 153e d'infanterie; Péré, hôpital et place de Toul; Malgat, 115e d'infanterie; Schangel, hôpital de Belfort; Minguet, hôpital et place de Toul; Druard, salles militaires de l'hospice mixte de Langres; Pellet, hôpital de Belfort; Lelorme et Clot, salles militaires de l'hospice mixte et place de Verdun; de Labonnefon, 155e d'infanterie; Legrand, hôpital de Bastia; Chanoine, 70e d'infanterie; Belbèze, 13e bat. de chass. à pied; Basse, 161e d'infanterie; Bornecque, salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel; Tricolet, hôpital de Maubeuge; Godard, salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel.

LES BUREAUX D'HYGIÈNE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — D'après la loi de 1902, les villes au-dessus de 20000 habitants doivent posséder un bureau d'hygiène chargé de prendre les mesures sanitaires et de veiller à leur exécution dans l'étendue de leur commune.

Mais seize communes des plus importantes du département de la Seine protestent contre la transformation que l'administration prétend imposer à leurs bureaux d'hygiène, afin de les rendre conformes aux dispositions de la loi de 1903. Elles se plaignent des frais que cette transformation entraînera et aussi d'être obligées de mettre un médecin à la tête de chaque bureau. Nous ne pouvons pas, déclarent les maîtres de ces communes, renvoyer le fonctionnaire qui a jusqu'ici dirigé notre bureau d'hygiène, sous prétexte qu'il n'est pas docteur en médecine.

Pour tout concilier, le préfet de police avait imaginé de respecter les positions acquises. Seulement, il exigeait que les directeurs non pourvus du diplôme fussent assistés d'un médecin dans l'exercice de leurs fonctions.

Le Conseil d'hygiène vient de refuser de sanctionner un tel compromis. Il estime impossible que des docteurs soient mis dans les bureaux d'hygiène, sous les ordres de directeurs qui ne posséderont pas la compétence professionnelle des premiers. Et dans un ordre du jour voté à l'unanimité, il a, « se plaçant uniquement au point de vue des intérêts de la santé publique, considéré que l'organisation actuelle des bureaux d'hygiène du département était à certains égards insuffisante ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre collègue et ami, M. le docteur Georges-Henri Herbet, chirurgien des hôpitaux de Paris.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — COURS COMPLÉMENTAIRE ET PRATIQUE (deuxième série) DE NEUROLOGIE, sous la direction de M. le professeur F. RAYMOND,

avec la collaboration de MM. Claude, professeur agrégé de la Faculté; Huet, chef du laboratoire d'électrothérapie à la Salpêtrière; Lejonne et Rose, anciens chefs de clinique à la Salpêtrière; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux; Lhermitte, chef de laboratoire; Touchard, chef de clinique.

Le cours commencera le lundi 27 septembre 1909, à quatre heures et demie. Il comprendra trente leçons.

Les leçons auront lieu tous les jours à la clinique Charcot, à quatre heures et demie, sauf le dimanche. Chaque leçon sera accompagnée de présentation de malades, d'exercices de séméiologie et de diagnostic, par les élèves.

Ce cours constituera une revision complète de la neurologie.

Le droit d'inscription est fixé à 80 francs.

Des certificats d'assiduité seront délivrés à la fin du cours.

Pour renseignements et communication du programme détaillé, s'adresser à M. Touchard, chef de clinique à la Salpêtrière.

Seront admis, les docteurs et étudiants français et étrangers, titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit. — Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secretariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLX, n° 22, 3 juin 1909) Thomas Dwight : Calcification étendue des fausses membranes pleurales causant une incurvation de la colonne vertébrale. — Peter Hunter Thompson : L'étiologie et le diagnostic de l'iritis. — Edgar Garceau : Un cas de glomérulo-néphrite chronique dans lequel une double décapsulation avait été pratiquée (2 tableaux). — Nathaniel R. Mason et John T. Williams : Le placenta prævia. Analyse de 155 cas accouchés dans les hôpitaux de Boston pendant les trente-cinq dernières années (2 tableaux). — B. Swayne Putts : Observations sur l'exercice dans la tuberculose pulmonaire. — Charles F. Denny : Appendicectomie. Rupture du petit intestin. Résection avec anastomose termino-terminale (4 fig.). — (N° 23, 10 juin.) Francklin W. White : Comparaison de l'emploi du gaïac et de la benzidine pour la recherche des hémorragies invisibles dans les maladies du tube digestif (1 tableau). — J. C. Hubbard : Les relations de la rate et de la résistance à l'infection. — W. P. Cones : L'inspection médicale des écoles à Boston, ses limites actuelles et les possibilités pour l'avenir. — Cassius C. Rogers : Le rétrécissement du rectum (8 fig.). — John H. Cunningham : Amputation d'un bras par l'anesthésie locale à la cocaïne.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 26, 26 juin 1909.) Studzinsky : Sur la question du massage abdominal dans les affections cardiaques.

Deutsche medizinische Wochenschrift — (N° 23, 10 juin 1909.) Westphal : Nouvelles observations sur le phénomène de la pupille observé dans la stupeur catatonique avec une tentative d'explication de la rigidité pupillaire catatonique. — Aronsohn : Le syndrome de Kurrakow après une commotion cérébrale. — Müller de la Fuente : Pseudo-paralysie agitante hystérique. — Dibbelt : La théorie des maladies infectieuses. — Pickert : Sur la résistance naturelle à la tuberculine. — Conradi : Un nouveau procédé de stérilisation. — Boruttau : Nouveaux progrès en physiologie — Wessely : L'action de l'adrénaline sur l'œil énucléé de la grenouille et sur l'iris isolé des animaux à sang chaud. — Focke : La poudre de digitale est-elle meilleure que son infusion? — Cohn : Sur un dispositif pour placer les tampons vaginaux. — (N° 24, 17 juin.) Klingmüller : Le traitement des affections prurigineuses — Wilms : La distinction entre l'obtérutation par corde et l'iléus par obturation ou strangulation est elle justifiée? — Kayser : Sur la modification de nos intentions et de nos devoirs en chirurgie de guerre. — Koeppe : Sur l'état actuel de la nutrition des nourrissons sains et malades par le babeurre. — Stuhl : Difficultés naturelles de l'allaitement. — Schmidt : Sur la question de l'interruption de la grossesse par les rayons Röntgen. — Montenbrück : Sur un cas d'hydropisie aiguë de la vésicule biliaire dans la scarlatine. — Lehmann : Péritonite par perforation par appendicite observée sur moi-même.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 24, 13 juin 1909.) Jendrassik : Leçon d'ouverture. — Haberen : Sur la physiologie et la pathologie de la prostate. — Zwillinger : Sur l'hypopharyngoscopie et sa valeur pratique. — Hillebrand : Contribution à la morphologie des dents humaines. — (N° 25, 20 juin.) Zwillinger : Sur l'hypopharyngoscopie et sa valeur pratique. — Jendrassik : Leçon d'ouverture. — Habberen : Sur la physiologie et la pathologie de la prostate. — Hillebrand : Contribution à la morphologie des dents humaines. — (N° 26, 27 juin.) Haberen : Sur la physiologie et la pathologie de la prostate. — Epstein : Sur l'évolution historique du jugement et du traitement des aliénés. — Hillebrand : Contribution à la morphologie des dents humaines. — (N° 27, 4 juillet.) Epstein : Sur l'évolution historique du jugement et du traitement des aliénés. — Haberen : Sur la physiologie et la pathologie de la prostate. — Hillebrand : Contribution à la morphologie des dents humaines. — (N° 28, 11 juillet.) Brezowszky : Nos nouvelles expériences sur la réaction de Wassermann. — Nassauer : Le traitement à sec de la leucorrhée. — Hillebrand : Contribution à la morphologie des dents humaines. — (N° 29, 18 juillet et n° 30, 25 juillet.) Navratil : Laryngo-trachéotomies. — Safranek : Sur la balnéothérapie des maladies des voies respiratoires. — V. Brezowsky : Nos nouvelles expériences sur la réaction de Wassermann. — (N° 31, 1er août.) V. Navratil : Laryngo-trachéotomies. — Safranek : Sur la balnéothérapie des maladies des voies aériennes avec considération particulière sur les villes d'eaux de Hongrie. — (N° 32, 8 août.) V. Navratil : Laryngo-trachéotomies. — Safranek : Sur la balnéothérapie des maladies des voies aériennes avec considération particulière sur les villes d'eaux de Hongrie. — (N° 33, 16 août.) V. Navratil : Laryngo-trachéotomies. — Safranek : Sur la balnéothérapie des maladies avec considération particulière des villes d'eaux de Hongrie.

Semaine médicale. — (N° 23, 6 juin 1909.) Raymond Tripier et J. Paviot : Rôle de la péritonite sous-hépatique dans la pathogénie des hernies abdominales. — (N° 24, 16 juin.) Lhermitte : De la valeur sémiologique des troubles de la sensibilité à disposition radiculaire dans les lésions de l'encéphale. — (N° 25, 23 juin.) L. Cheinisse : Les hémorragies post-grippales. — (N° 26, 30 juin.) G. Marinesco : Sur l'aphasie hystérique. — (N° 27, 7 juillet.) Félix Rose : Le traitement chirurgical de la paraplégie spasmodique : l'opération de Förster. — (N° 28, 14 juillet.) De Bovis : Comment exécuter une pubiotomie. — (N° 29, 21 juillet.) Klippel : Classification biologique des névroses et des psychoses. — (N° 30, 28 juillet.) Landolfi : Un nouveau signe de l'insuffisance aortique : l'hippus circulatoire.

DE LA DYSTOCIE LIÉE AU CORDON

Par Henri BERTIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

Le cordon ombilical peut présenter des variations anatomiques diverses : il peut être trop court ou trop long ; il peut, par sa disposition même, être un obstacle à l'expulsion normale du fœtus et nécessiter une intervention au cours du travail : c'est le cas des circulaires et des procidences.

I. Cordons courts. — Nous plaçant à un point de vue pratique, nous n'insisterons pas sur les cas de brièveté du cordon extrêmement accentuée qui s'accompagnent, en général, de malformations embryonnaires : ces faits rentrent dans le cadre de la tératologie. Il nous suffira de rappeler les rares cas de fœtus adhérant directement au placenta, dans lesquels d'ailleurs l'enfant présentait un arrêt de développement de la région ombilicale : le cas de Mauriceau, qui put voir un cordon gros comme un bras de fœtus, et les exemples moins rares de cordons gros comme deux doigts ou gros comme le pouce. Dans de telles conditions, on conçoit que le cordon puisse constituer un obstacle à l'accouchement; en outre, l'enfant est en général expulsé prématurément et non viable.

A côté de ces types de cordons, courts et volumineux, il existe toute une série d'intermédiaires jusqu'au cordon normal, dont la longueur varie, d'après les statistiques de Tarnier, entre 45 et 60 centimètres. C'est qu'en effet, lorsqu'on envisage le cordon comme facteur de dystocie, on est amené à considérer sa longueur relative et sa longueur absolue : il faut tenir compte du point d'insertion du placenta dans l'utérus et du mode d'implantation du cordon sur le placenta. Un cordon court avec insertion marginale et placenta prævia peut devenir suffisant et permettre facilement l'expulsion, qui deviendrait pénible, ou même impossible, pour une même longueur du cordon mais accompagnée d'attache centrale du cordon et d'insertion du placenta sur le fond de l'utérus, ou au-dessus du segment inférieur. Si l'on admet qu'une longueur de 10 centimètres sépare l'orifice du col de l'anneau de Bandl et si l'on évalue à 8 centimètres le rayon du placenta, on voit que la longueur relative du cordon ombilical est augmentée de 18 centimètres, lorsque ces deux facteurs sont combinés : insertion marginale du cordon et insertion vicieuse du placenta. La variété de présentation est également importante à ce point de vue et les mensurations de Tarnier ont mis en évidence la nécessité d'une plus grande longueur du cordon dans les présentations du siège. Enfin l'expulsion du fœtus, dans les cas de cordon court, est rendue plus facile par l'extensibilité du cordon : d'après Tarnier et Leray, le cordon s'allonge de 1 centimètre par décimètre pour une traction de 500 grammes.

Le cordon peut encore être raccourci par des circulaires que nous aurons à étudier plus loin; c'est là une cause importante de brièveté relative. Beaucoup plus rares sont les dystocies, liées soit à des adhérences du cordon au fœtus ou au placenta (Tessier), soit à des nœuds du cordon qui, parfois nombreux, peuvent diminuer d'autant sa longueur. Ces nodosités, d'ailleurs, se produisent surtout dans les cas de cordons longs, et l'on peut dire qu'ils n'offrent d'intérêt que parce qu'ils peuvent, rarement il est vrai, être le siège de compressions et favoriser la procidence du cordon qu'ils entraînent. Nous citerons, à titre de rareté, les tumeurs du cordon et les anévrismes qui se développent sur son trajet, déterminant des hémorragies et la mort du fœtus plutôt qu'ils ne gênent l'expulsion (Desneux, Pluskal).

Symptômes. — Il est impossible de faire le diagnostic de brièveté du cordon avant le travail, et, souvent même, c'est seulement après la délivrance que la constatation d'un cordon court permet d'expliquer certains phénomènes qui, au cours du travail, avaient pu attirer l'attention. Dès le début du travail, ces malades se plaignent parfois, comme l'a noté Wigand, d'une douleur fixe, siégeant en général à la partie supérieure et latérale de l'utérus; souvent elles souffrent de douleurs au niveau des reins. Les contractions sont de courte durée et surviennent à intervalles irréguliers; le travail est long, la dilatation du col se fait mal, quoique les douleurs soient très vives.

Cependant la tête s'engage peu à peu et descend lentement, la dilatation se complète; mais bien souvent, la tête s'appliquant mal sur le col, celui-ci s'œdématie. Enfin, quand la dilatation est complète, on note que la malade pousse mal, car les douleurs utérines, toujours vives, cessent souvent au bout d'un temps très court. Si, par le toucher, on suit l'évolution de la tête, on la sent descendre pendant la contraction, puis remonter dès que la contraction cesse, à la façon d'une balle fixée à un fil élastique. Enfin, assez souvent, on voit le sang s'écouler par saccades dans l'intervalle des contractions : ce fait est en rapport avec un décollement partiel du placenta.

L'accouchement peut se terminer spontanément; plus souvent, le travail se prolonge, le périnée se distend mal, les bruits du cœur se modifient, parce que le placenta se décolle, et l'on est fréquemment obligé de faire une application de forceps. Si cette extraction est simple quand le cordon présente plus de 25 centimètres, il n'en est plus de même quand la tige funiculaire est plus courte; diverses complications peuvent alors survenir.

Le *décollement du placenta* est fréquent, se traduisant au cours du travail par des hémorragies et par la souffrance du fœtus.

L'*inversion utérine* se produit quand on pratique l'application de forceps et que le cordon étant très court et inséré au fond de l'utérus, le placenta est très adhérent.

La *déchirure d'un vaisseau du placenta* s'observe surtout dans les cas d'insertion vélamenteuse. Le diagnostic de cette rupture est presque impossible, et on pense à une hémorragie d'origine utérine; néanmoins on devra craindre cette complication,

lorsque le toucher permettra de constater des pulsations au niveau de la poche des eaux.

Quant à la *rupture du cordon*, c'est au cours d'une application de forceps qu'elle se produit, traduite par un craquement que ressent la mère et que l'opérateur peut parfois entendre ; cette sensation de rupture est suivie d'extraction facile du fœtus. Il faudra, dans ces cas, terminer rapidement l'accouchement.

La brièveté du cordon peut avoir comme conséquence une présentation anormale, qui viendra compliquer le pronostic : elle favorise la *déflexion de la tête*, la *position transversale du fœtus* ou la *présentation du siège*. Le fait est important, car l'extraction du siège dans les cas de cordon court se termine souvent par la mort du fœtus. On ne peut faire l'anse au cordon ; celui-ci est tiraillé et parfois rompu ; enfin le dégagement des bras et la manœuvre de Mauriceau sont souvent pénibles, et le cordon étant comprimé et tiraillé, la mort du fœtus en est la conséquence. Il faudra donc, comme le conseille Brindeau, ne pas transformer un sommet en siège par version podalique, quand on prévoit que le cordon est court ou quand la main, introduite dans l'utérus, constate le fait directement.

II. Des circulaires du cordon. — Sur 3587 accouchements, dit Meyer, 685 enfants naissent entravés de circulaires. Ceux-ci peuvent entourer un membre quelconque ou le cou ; ce sont les circulaires du cou qui sont les plus fréquents et les plus intéressants. Ils peuvent d'ailleurs être disposés de façon variable, être uniques ou multiples, coexister au niveau du cou et d'un membre, suivant des combinaisons plus ou moins complexes (huit de chiffre autour du tronc, Guéniot).

Dans les grossesses univitellines, il est fréquent de constater l'enroulement des cordons (Kusstner, Winckel, Newmann, Geisler).

Or ces anomalies du cordon sont importantes à deux points de vue : elles peuvent gêner le travail, en raccourcissant le cordon de façon parfois considérable ; d'autre part, par la compression que les circulaires subissent ou exercent, ils sont susceptibles de déterminer des accidents variables : amputations de membres et surtout mort du fœtus, quand les circulaires siègent au cou. Cependant il ne faut pas exagérer l'importance des circulaires dans la mortalité du fœtus : d'après Chantreuil, on n'observerait qu'une mort pour 120 circulaires. Ce sont en effet les circulaires multiples qui aggravent le pronostic ; or ils sont relativement rares : le plus souvent, le circulaire est unique ; quelquefois, il en existe 2 ; il est beaucoup moins fréquent d'en constater 3 ; enfin, à titre de rareté, on en a cité 5 (Strasmann), 6 (Campbell, Brindeau), 7 (Baudelocque), 8 (Credé), 9 (Gray).

Symptômes. — Avant le travail, divers symptômes peuvent attirer l'attention et faire sinon diagnostiquer, du moins soupçonner une anomalie dans la disposition du cordon ; Charrier, Winckel ont pu sentir à la palpation les battements du cordon au niveau du plan dorsal du fœtus, dans des cas de circulaires autour du tronc.

L'auscultation révèle assez fréquemment dans les cas de circulaires l'existence de souffles funiculaires, que l'on reconnaîtra à ce fait qu'ils sont synchrones aux bruits du cœur de l'enfant. Parfois, l'examen montrera dès ce moment l'état de souffrance du fœtus : irrégularité des bruits du cœur, lenteur ou accélération, qui confirmera la possibilité de circulaires du cordon. Mais il faut dire que, en général, les divers signes que nous venons de voir font défaut, et ce n'est qu'au cours du travail et, souvent même, seulement lorsque la tête sort des organes génitaux, que le diagnostic est fait par le toucher ou la constatation directe.

Cependant, si l'on suit attentivement l'évolution du travail, on peut constater des modifications qui font émettre la possibilité d'une brièveté du cordon ; nous ne reviendrons pas sur ces signes précédemment décrits. Le travail est long, la dilatation se fait mal et la tête opère ces mouvements si particuliers de descente et d'ascension à chaque contraction. De plus, et c'est là un fait que l'on constate fréquemment, la tête, lorsqu'elle est en position postérieure, n'opère pas son mouvement de rotation.

Ici, comme dans le cas de brièveté primitive, on est souvent forcé d'intervenir par une application de forceps : lorsque la tête est saisie en occipito-iliaque droite postérieure, il est parfois difficile de la faire tourner. Nous avons pu voir un cas de ce genre dans le service de M. Potocki : il s'agissait d'une présentation de la face, qui évoluait très lentement et présentait le mouvement de va-et-vient que caractérisait un retrait dans l'intervalle des contractions. Une application de forceps fut nécessaire et nous fîmes une prise oblique en mento-iliaque droite postérieure ; nous eûmes alors de grandes difficultés pour opérer le mouvement de rotation et amener la tête en mento-pubienne Le forceps ayant un peu dérapé au cours de ces manœuvres, l'extraction fut terminée par une seconde prise directe ; mais au moment où nous placions notre branche gauche pour la nouvelle application, il nous fut aisé de constater que la tête avait opéré un double mouvement d'ascension et de rotation, qui l'avait presque ramenée dans sa position primitive.

Non sans difficulté, un gros enfant de 4 kilos environ fut extrait, que l'on ne put ranimer et qui présentait trois circulaires autour du cou. Nous avons pu nous assurer, par un examen immédiat des circulaires, que ceux-ci étaient orientés dans un sens tel que le mouvement de rotation que nous imprimions à l'aide du forceps tendait à constituer un quatrième circulaire, ce qui nous explique probablement le retour de la tête en situation primitive, après la première application de forceps.

Pronostic. — Les circulaires peuvent être la cause de complications diverses : raccourcissant le cordon, ils vont pouvoir déterminer au cours du travail un décollement prématuré du placenta, une rupture du cordon, l'inversion utérine ; mais il est des accidents liés à la disposition même du cordon qui peut être comprimé par la présentation fœtale, ou qui peut, au contraire, dans les cas de circulaires serrés autour du cou, comprimer la partie fœtale qu'il en-

toure; la mort de l'enfant en peut être la conséquence.

Il est intéressant de noter qu'avant le début du travail ce sont les circulaires lâches qui sont les plus dangereux; ils forment, en effet, une arcade autour de l'occiput, et chaque fois qu'une contraction vient appliquer celui-ci au détroit supérieur, le cordon est comprimé entre ces deux plans résistants.

Au cours du travail, au contraire, ce sont les circulaires serrés qu'il faut craindre, et ils sont d'autant plus dangereux qu'ils sont plus nombreux, parce qu'ils rendent d'autant plus longue l'extraction d'un fœtus déjà souffrant. En outre, la compression du cordon au niveau des circulaires est plus facile dans ce dernier cas.

S'il s'agit d'une présentation du sommet, la compression du cordon a lieu entre le cou et l'arc du pubis ou au niveau du col utérin. Dans la présentation de la face, le mécanisme en est différent, et c'est entre l'occiput et la nuque qu'est serré le cordon : c'est là, précisément, ce qui fait la gravité des circulaires compliquant une présentation de la face. Dans un sommet, même très fléchi, le cordon trouve toujours aisément à se loger sous le menton; il n'en est pas de même dans la présentation de la face : souvent il s'agit alors d'un gros enfant; la rotation ne se fait pas et la tête ne descend pas, parce qu'elle est insuffisamment défléchie. La première indication est donc, en général, d'exagérer la déflexion de la tête, soit dans un premier temps de l'application de forceps, soit en introduisant un doigt dans la bouche. Or, la conséquence en est la compression inévitable du cordon, qui arrête la circulation d'autant plus aisément que le nombre des circulaires est plus nombreux.

Enfin, l'enfant peut souffrir non pas parce qu'il y a compression du cordon, mais par suite de la striction du cou par les circulaires serrés. La mort peut en être la conséquence, mais ces cas sont rares. Quel est le mécanisme de cette strangulation du fœtus? Il s'agit là évidemment d'un phénomène d'ordre purement circulatoire : c'est la compression des vaisseaux du cou qui détermine la stase ou l'anémie au niveau des centres cérébraux et bulbaires.

Cette étude nous montre l'importance des circulaires du cordon et la difficulté d'un diagnostic précis. C'est souvent quand la tête sort de la vulve que le doigt trouve les circulaires que l'on n'avait fait que soupçonner. Il faut alors essayer de les desserrer pour les passer par-dessus la tête. Si la longueur du cordon est insuffisante, on élargira la boucle suffisamment pour que le corps du fœtus puisse passer au travers. Enfin si la striction est telle que l'on ne puisse passer le cordon par-dessus les épaules, on fera la section du cordon entre deux pinces, car on ignore quel est le bout fœtal; puis on extrait rapidement l'enfant.

Dans les présentations du siège, le cordon est moins facilement comprimé; c'est la difficulté de descente qui attire l'attention : il faut alors songer à la possibilité d'une anse de cordon passant entre les cuisses du fœtus, la rechercher, la sectionner et terminer rapidement l'accouchement.

Enfin, nous rappellerons dans cette étude des dystocies liées au cordon, que *c'est lui qui rend sombre le pronostic des présentations du siège*, quand l'enfant est un peu volumineux. Il ne faut pas oublier que, dès que l'ombilic apparaît à la vulve, le cordon est comprimé au détroit supérieur dans toute extraction du siège, d'où la nécessité d'une extraction rapide par la manœuvre de Mauriceau. Si, pour une raison quelconque, celle-ci est pénible et traîne en longueur, la tête comprime le cordon, et très souvent l'enfant naît en état de mort apparente.

III. Procidence du cordon.— Si l'excès de longueur du cordon n'est pas en général cause de dystocie, du moins il prédispose à certains accidents, dont l'importance est capitale par la gravité qu'ils affectent bien souvent.

Nous avons vu que la trop grande longueur du cordon prédispose aux circulaires; mais surtout les auteurs s'accordent pour admettre qu'elle est un facteur de procidence.

La procidence du cordon est une des complications les plus graves, puisque, bien souvent, si l'on n'intervient pas à temps, la mort du fœtus est fatale.

Les anciens ont longtemps méconnu l'importance des procidences; Portal et Mauriceau sont les auteurs des premières observations qui relatent l'issue du cordon au devant de la présentation fœtale; cet accident était appelé indifféremment prolapsus ou procidence.

Mme Lachapelle, dans son neuvième mémoire, traite des procidences en général et des procidences du cordon en particulier : c'est le terme qu'elle adopte, réservant le mot de prolapsus pour désigner la chute des organes maternels. Nœgele, Stolz, Schuré différencient nettement la procidence selon qu'elle se constitue avant ou après la rupture de la poche des eaux.

Jacquemier décrit trois stades : le cordon est dans la poche des eaux, dans le vagin, à la vulve. Il est classique de distinguer deux stades dans la descente du cordon avant la rupture des membranes : si l'anse vient se placer à côté de la partie fœtale sans la dépasser, on est en présence d'une latérocidence (Budin) ou d'un procubitus (Pinard). Quand le cordon est dans la poche des eaux, il s'agit d'une présentation du cordon.

La fréquence des procidences du cordon est variable selon les statistiques des différents auteurs : Mme Lachapelle, 1 pour 380 accouchements; Stolz, 1 pour 69; Michaelis, 1 pour 92; Churchill, 1 pour 221; Depaul, 1 pour 116; Tarnier, 1 pour 86.

Etiologie. — Wigand et Michaelis avaient déjà mis en évidence le rôle du segment inférieur dans le maintien du cordon au-dessus de l'anneau de Bandl; c'est la théorie qui fut défendue surtout par Nœgele (de Heidelberg).

Pour cet auteur, il n'y a pas de procidence si le segment inférieur s'applique bien sur la présentation, et c'est le peu d'intensité des contractions du segment inférieur qu'il incrimine pour expliquer la

chute du cordon. Si ces faits théoriques sont discutés, du moins, au point de vue pratique, on peut avec Brindeau considérer que la procidence commence dès que le cordon a dépassé l'anneau de Bandl; elle est amorcée, car le cordon, au lieu d'être logé dans la dépression thoraco-abdominale et par suite protégé contre les contractions de l'utérus, se trouve fatalement comprimé par la présentation qui tend à s'engager.

Ce sont ces faits qui expliquent la fréquence des procidences chez les multipares dont la laxité des tissus facilite l'insuffisance de l'accommodation. L'existence d'un fibrome prævia pourra être une amorce, mais surtout, il faudra se souvenir que, selon l'expression de M[me] Lachapelle, les procidences s'appellent, et que fréquemment c'est la descente d'une main au devant de la tête qui prépare la chute du cordon.

Les statistiques d'Elsässer et de Labelle mettent en évidence l'influence de l'excès de longueur du cordon, qui a tendance à être entraîné du fait de sa pesanteur, et c'est dans ce sens qu'agissent également les nœuds du cordon.

Le maximum de prédisposition à la procidence est réalisé, comme le montre la clinique, par la coexistence d'un cordon long avec insertion marginale ou vélamenteuse et placenta prævia. C'est dans ces cas que la procidence est fréquemment irréductible.

Une autre cause, dont la valeur est indéniable, est l'excès de liquide, qui rend le fœtus plus mobile, capable par conséquent de se déplacer pour livrer passage au cordon; et d'autre part, permet au flux rapide d'entraîner celui-ci. Les mêmes considérations expliquent la fréquence plus grande des procidences du cordon dans les accouchements prématurés, l'enfant, petit et mobile, produisant mal l'occlusion du détroit supérieur.

Cette occlusion insuffisante du détroit supérieur par la présentation, dont le rôle est capital dans l'étiologie des procidences, explique l'intérêt que présentent à ce point de vue les bassins viciés, les tumeurs du segment inférieur et, surtout, le placenta prævia.

La présentation de l'épaule est une cause également importante; Baudelocque et Flamand ont même proposé de désigner sous le nom de présentation du ventre ou présentation de la région ombilicale certains cas dans lesquels l'enfant était placé transversalement dans l'utérus avec issue du cordon au dehors.

Rappelons enfin que toute manœuvre intra-utérine facilite la procidence.

Dans cette étiologie complexe, deux facteurs étiologiques sont particulièrement importants : le rétrécissement du bassin et l'insertion basse du placenta.

L'insertion vicieuse est cause de rupture précoce de la poche des eaux, et celle-ci a comme conséquence l'entraînement du cordon, s'il n'y a pas accommodation.

Et nous sommes amenés à considérer avec le professeur Pinard, que toutes les causes de procidence se ramènent à *une seule : le défaut d'accommodation pelvienne pendant le travail.*

Symptômes et diagnostic. — Le diagnostic de procidence du cordon est évident quand le cordon est dans le vagin, mais il faut alors se demander immédiatement si l'enfant est mort ou vivant.

On saisira le cordon entre deux doigts et on en recherchera les battements; mais il faut bien savoir que la constatation de disparition des battements du cordon pendant quelques instants ne suffit pas pour que l'on puisse diagnostiquer la mort de l'enfant; il faudra, dans ces cas, ausculter attentivement.

Il est plus délicat de reconnaître la procidence du cordon avant la rupture de la poche des eaux. Le cordon est perçu sous la forme d'un cordon souple, arrondi, mobile, animé de battements rapides et non synchrones au pouls de la mère, ce qui permet de les distinguer des pulsations vaginales.

Il est particulièrement important de rechercher la présence du cordon dans la poche des eaux, lorsque déjà un membre fait procidence.

La seule difficulté véritable sera de distinguer les battements du cordon de ceux que transmettent à la poche des eaux les vaisseaux épanouis du cordon dans le cas d'insertion vélamenteuse.

Enfin, dans les cas de procubitus, on pourra sentir le cordon sur les parties latérales de la tête, lorsque, pour appliquer le forceps, on introduira largement la main dans les voies génitales. Cette exploration, que l'on doit toujours faire, permettra de refouler le cordon et d'éviter ainsi de le saisir avec la tête dans les branches du forceps.

Le diagnostic des procidences du cordon est d'un intérêt majeur, car, en présence de cette complication, il convient d'intervenir immédiatement, la mort du fœtus étant souvent fatale quand l'accouchement est abandonné à lui-même.

Quel est le mécanisme de la mort de l'enfant dans ces procidences ? Les opinions sont multiples.

Smellie, Guillemot, Velpeau accusent le refroidissement du cordon.

En réalité, cette théorie, complètement abandonnée, a fait place à celle qui fait intervenir la compression du cordon par la présentation. Comment agit cette compression ?

Adolph, Faust, Fréteaux, Capuron admettent que l'enfant meurt par apoplexie du cerveau et du poumon : la veine, ayant un calibre plus considérable que les artères, serait plus facilement comprimée; le sang continue donc à arriver aux organes et ne peut retourner au placenta : d'où congestion dans les divers organes, cerveau, poumon en particulier.

D'autres auteurs, Mittelhäuser, Siebold, Wigand, Deneux admettent au contraire que ce sont les artères qui sont comprimées et que la mort est due à l'anémie ou à la syncope.

D'après Tarnier, il y aurait en réalité compression en masse des divers organes du cordon, et c'est par asphyxie que meurt le fœtus, parce que le sang ne circule plus librement. La face est plus souvent violacée que pâle et décolorée; les cavités du cœur sont remplies de sang noir; le cœur, le poumon et le foie sont congestionnés.

Pronostic. — A l'heure actuelle, grâce à l'intervention précoce, le pronostic des procidences du cordon est moins sombre qu'autrefois. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les statistiques des différents auteurs, pour constater que de 75 p. 100 la mortalité est tombée à 35 p. 100, grâce à la réduction méthodique du cordon.

Clarke a observé 49 morts sur 66 cas, soit 74 p. 100.

Collins a observé 73 morts sur 97 cas, soit 75 p. 100.

Michaelis a observé 20 morts sur 27 cas, soit 74 p. 100.

Tarnier a observé 10 morts sur 29 cas, soit 34 p. 100.

Varnier a observé 7 morts sur 29 cas, soit 25 p. 100.

A la clinique Baudelocque, jusqu'en 1893, il y eut 24 morts sur 74, soit 32 p. 100; de 1893 à 1900, 34 sur 93, soit 36 p. 100.

Traitement. — La procidence du cordon doit donc toujours être considérée comme un facteur important de dystocie; il convient de ne rien négliger pour la prévenir, et, quand elle s'est produite, pour parer aux complications qu'elle peut entraîner.

On la prévient en réduisant méthodiquement la procidence des petits membres, qui sont, nous l'avons vu, une amorce pour la chute du cordon.

On surveillera toujours l'écoulement du liquide dans le cas d'hydramnios, afin de pouvoir opérer immédiatement la réduction du cordon qui peut être entraîné; il sera avantageux, dans ces cas, de pratiquer artificiellement la rupture de la poche des eaux à dilatation complète, afin de régler avec la main l'écoulement du liquide amniotique.

Quelle est la conduite à tenir, lorsque la procidence est constituée?

Mauriceau semble être un des premiers qui ait tenté la *rétropulsion manuelle* du cordon. Mais en présence de nombreux insuccès, certains de ses successeurs préfèrent la *version* ou *le forceps hâtivement appliqué*. « C'est en vain qu'on se flatte, dit Levret, de réduire le cordon ombilical, puisqu'on ne peut jamais le maintenir réduit. » Baudelocque se range à cet avis.

Hueter, Michaelis défendent la réduction, que l'on doit tenter, d'après ces auteurs, sans s'occuper de l'état des battements du cordon, qui peuvent réapparaître quand la réduction est maintenue.

C'est alors qu'est imaginée toute la série des instruments destinés à remonter le cordon au fond de l'utérus : simple sonde de caoutchouc ou instrument de Scholler plus compliqué, formé de deux tiges de baleine qui constituent un anneau en se réunissant à leur partie supérieure. De multiples modifications ont été apportées à ces appareils; mais il semble que ce soit la rétropulsion manuelle qui ait conservé le plus de partisans. « La main et les doigts, écrit Mme Lachapelle, sont des instruments plus simples et bien plus utiles. » C'est également la méthode manuelle que préfère le professeur Pinard.

Pour réussir dans l'application de cette méthode, il faut en suivre exactement les règles.

La principale condition de succès consiste dans l'introduction *complète* de la main dans les organes génitaux; il faut en effet porter le cordon 3 ou 4 centimètres au-dessus du promontoire, jusqu'à ce qu'il ait dépassé la grande circonférence céphalique, c'est-à-dire qu'il faut porter le cordon à 16 centimètres de profondeur environ, et cette condition est surtout nécessaire lorsque la dilatation est incomplète.

On a proposé diverses positions de la femme, destinées, suivant certains auteurs, à faciliter la réduction : position latérale pour certains, genu-pectorale pour d'autres. Il ne semble pas que cette précaution ait procuré de grands avantages.

Par contre, il est avantageux de tenter la réduction pendant que la poche des eaux est encore intacte; il est plus facile, dans ces conditions, de refouler la tête et de remonter le cordon, qui est très mobile. Suivant le degré de dilatation, on introduira deux ou trois doigts dans le col, et toujours il faut avoir soin d'opérer dans l'intervalle des contractions. Lorsque le cordon sera remonté, il faudra ausculter fréquemment.

Lorsque la poche des eaux se rompt avant que la dilatation ne soit complète, il faut tout d'abord réduire le cordon, puis maintenir la réduction à l'aide d'un ballon de Champetier qui aura pour effet, faisant office de poche des eaux artificielle, de compléter la dilatation.

Ainsi on peut, quand le bassin est normal et très peu vicié, voir l'accouchement évoluer sans incident; la tête s'engage derrière le ballon et la procidence ne se reproduit pas. Mais s'il existe un rétrécissement notable du bassin, il faut recourir à une application de forceps parfois insuffisante et que l'on est alors obligé de compléter par une symphyséotomie.

Enfin quand la procidence est irréductible d'emblée, la mort du fœtus est presque fatale; on pourra cependant obtenir un enfant vivant en pratiquant la version si la dilatation est complète.

En présence de la gravité de ces accidents, Couvelaire et Potocki ont proposé la césarienne dans les procidences graves.

Couvelaire, examinant les statistiques de Baudelocque, constate que 5 fois sur 6 la mort de l'enfant est la conséquence de l'impossibilité de soustraire le cordon à la compression, en attendant que la dilatation soit suffisante pour permettre l'extraction par voie naturelle avec ou sans symphyséotomie.

Or ce que l'on ne peut attendre des pelvitomies avant la dilatation complète, on est en droit de l'espérer de l'opération césarienne.

Pour ces auteurs on doit, en définitive, considérer 2 cas :

1° Quand la procidence est irréductible, quelle que soit la disproportion entre la tête fœtale et le bassin, il convient de pratiquer d'urgence l'opération césarienne;

2° Lorsque le cordon est réductible, mais qu'il existe une disproportion entre la tête fœtale et le bassin maternel, la césarienne précoce paraît préférable à la symphyséotomie tardive, aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. *Précis d'obstétrique.* — TARNIER et CHANTREUIL. *L'art des accouchements.* — CHANTREUIL. Th. de Paris. — *Dict. Dechambre.* Art. CORDON. — MAURICEAU. *Traité des maladies des femmes grosses*, t. II. — PUZOS. *Traité des accouchements*, Paris 1759. — *Nouveau dict. de méd. et de chir. prat. Jaccoud.* — DEPAUL. *Leçons de clinique obstétricale.* — CAZEAUX. *Traité de l'art des accouchements*, 1840. — BARD et BRINDEAU. *La pratique des accouchements.* — DEVILLIERS. Nouvelles recherches sur la brièveté du cordon et la compression du cordon ombilical, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1860-1861. — HIRTZ. *La brièveté native ou accidentelle du cordon ombilical peut-elle dans quelques cas retarder l'accouchement?* rapport Capuron à l'Acad. de méd., 7 oct. 1844. — GUILLEMOT. Procidence et brièveté du cordon, *Journ. univ. des sc. méd.* — DUDAN. Prolapsus du cordon ombilical, *Revue de méd.*, 1826. — SCHURÉ. *De la procidence du cordon ombilical pendant l'accouchement*, Th. inaug. de Strasbourg, 1855. — PLUSKAL Hemorragie produite par rupture de varices du cordon, *Œsterr. med. Woch.*, 1846. — TAXILES. Etranglement d'un fœtus par cordon, *Arch. gén. de méd.*, t. II. — HEBENSTREIT. *Funiculi umbilicalis humani pathologia*, Lipsiæ 1757. — VARNIER. *Revue prat. d'obstét. et d'hyg. de l'enf*, nov. 1890. — NŒGELE *De prolapsu funic. umbil.*, Heidelberg 1839. — SCHULTER. *Zur therap. des prolaps. funic. umbil.*, 1880. — VORTMANN. *Ueber den Vorf der Nabelschnur.*, 1860. — KLEIN. *De funicul. umbil. procid.*, Bonnæ 1837. — Mme LACHAPELLE. *Pratique des accouchements*, 1825, t. III. — LEBOVICZ. *Ueber den Vorf der Nabelschnur. bei Beckenendelage*, Berlin 1870. — MAYGRIER. *Progrès méd.*, juin 1887. — COMMANDEUR. *Province méd.*, 1900. — MICHAELIS. *Clinique de Kiel*, 1833. — GALLOT. *Rétropulsion manuelle du cordon dans les procidences*, Th. de Paris. — CAYROL. *Diagnostic de la brièveté du cordon ombilical*, Th. de Paris. — FABIGNON. *Rupture spontanée du cordon ombilical*, Th. de Paris. — PERROSSIER. *Procidences et procubitus à la clinique Baudelocque*; — *Bull. de la Soc. d'obstét.*, janv. 1909, communication de Couvelaire.

SOCIETES SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 AOUT 1909)

L'épreuve de l'ammoniurie expérimentale chez l'épileptique. — MM. J.-E. FLORENCE et P. CLÉMENT. L'épreuve de l'ammoniurie expérimentale, telle que l'ont préconisée MM Gilbert et Carnot, consiste dans l'ingestion de 4 à 6 grammes d'acétate d'ammoniaque : on constate alors que chez les individus sains la plus grande partie de ce corps s'élimine à l'état d'urée. MM. Florence et Clément ont fait subir à cette épreuve une modification portant sur la quantité de sel administré; ils ont donné de 10 à 30 grammes d'acétate d'ammoniaque en doses réparties sur trois, quatre et cinq jours. Dans les urines de vingt-quatre heures, l'urée et l'ammoniaque ont été dosées par le procédé de Florence et contrôlées un grand nombre de fois par la méthode de Folin; l'azote total a été dosé par le procédé de Kjeldahl-Henninger. Voici les conclusions auxquelles ils sont arrivés :

Chez l'épileptique bromuré l'élimination est entièrement comparable à celle de l'individu sain sans le moindre retentissement sur les accès; chez l'épileptique non bromuré, une élimination surtout très marquée d'ammoniaque coïncide avec l'apparition d'attaques plus fréquentes. Les sels ammoniacaux paraissent donc très nettement, comme l'a déjà montré Guidi, provoquer les accès.

ANALYSES

MÉDECINE

Les diarrhées saisonnières liées à la mauvaise alimentation de la vache laitière. (AUSSET. *La Pédiatrie prat.*, 15 nov. 1908, p. 271.) — Depuis plusieurs années, M. Ausset observe, chaque mois d'octobre, une recrudescence des cas de diarrhées infantiles avec quelques caractères bien particuliers. Ces caractères sont l'absence habituelle de fièvre, la persistance du bon état général si les phénomènes intestinaux ne se prolongent pas trop longtemps ; il s'agit toujours d'enfants nourris au biberon, et ces troubles intestinaux, qui résistent aux médications et aux règles hygiéniques classiques, disparaissent avec un changement de lait. Ces diarrhées doivent en effet leur origine à un lait toxique ; vers le mois d'octobre, dans la région du Nord, on alimente les vaches laitières avec des pulpes, drèches et tourteaux conservés en silos pendant l'été, et quand cette provision de pulpes s'épuise, on leur donne des feuilles de betteraves et un certain chou violet. Le lait des vaches ainsi nourries est toxique; M. Ausset signale aux pouvoirs publics cette question de l'alimentation des vaches laitières, qui doit préoccuper les puériculteurs.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Péricardite suppurée. (Ellsurrth ELIOT. *New-York surg. Soc.*, 28 déc. 1908.) — La pyopéricardite est généralement secondaire à une infection générale qui domine le pronostic; rarement elle résulte d'une infection directe traumatique. Le péricarde tout entier est généralement transformé en une seule cavité pyogénique; mais quelquefois il y a cloisonnement. Il peut y avoir un abcès derrière le cœur et rien devant.

Le diagnostic est obscur quand la péricardite se développe au cours d'une autre infection. Les signes physiques d'un épanchement péricardique ressemblent beaucoup à ceux d'une dilatation cardiaque.

Un examen du sang, montrant une leucocytose élevée, a alors beaucoup de valeur. En présence d'une leucocytose élevée, la ponction exploratrice est permise. Il est vrai que celle ci présente des risques. L'aiguille peut pénétrer dans le cœur d'autant plus que celui-ci est refoulé en avant et est placé par conséquent en avant du foyer principal du pus. La pointe de l'aiguille peut déchirer le tissu cardiaque; elle peut inoculer le trajet en dehors du péricarde. De fait, Burtenshaw relate un fait où l'aiguille pénétra d'abord dans le ventricule droit, d'où s'écoulèrent 300 grammes de sang, mais cela n'empêcha pas le malade de guérir. Sur 100 cas de paracentèse du péricarde colligés par Meldon en 1897, il n'y eut qu'une mort par déchirure du ventricule droit. Donc, le danger n'est pas aussi considérable qu'on le croit; et si tout est prêt pour une intervention immédiate en cas de besoin, la ponction exploratrice est une manœuvre permise. Le point de ponction doit être un point juste en dedans de la limite extérieure de la matité précordiale. Les recherches anatomiques faites au moyen de la distension artificielle du péricarde par de l'eau ne s'appliquent pas intégralement aux distensions suppurées. En choisissant ainsi le point, on risque moins de léser le cœur qui est déplacé en avant, qu'en ponctionnant à un point fixe le long du bord du sternum. Le danger d'ouverture de la plèvre est réduit par le fait qu'il y a eu souvent une inflammation plastique de voisinage. Il ne faut pas oublier que la ponction peut quelquefois rester blanche, même quand il y a beaucoup de pus dans le péricarde. Si donc cela arrive, la continuation des symptômes d'insuffisance respiratoire et cardiaque justifie l'intervention.

Celle-ci est celle de toute collection purulente : évacuation et drainage. La technique la plus anciennement préconisée,

celle de la trépanation du sternum n'a jamais été employée. Celle de Robert, taille d'un lambeau comprenant les quatrième, cinquieme et sixième cartilages costaux est excellente, mais demande un peu plus de temps que d'autres, ce qui est beaucoup dans les interventions de ce genre. Allingham et quelques autres chirurgiens anglais se sont servis de la voie « épigastrique ». L'incision est faite à travers l insertion supérieure du grand droit de l'abdomen, et creusée dans l'angle costo-xiphoïdien à travers le diaphragme jusqu'au péricarde. Elle évite certainement la plevre et draine au point déclive. Mais elle demande vingt minutes. Le danger d ouvrir le péritoine est théorique ainsi que celui d'hémorragie provenant des branches terminales de la mammaire interne. La voie d'accè la plus simple et la plus rapide est donnée par une incision oblique parallèle au grand axe du cœur avec résection de l'extrémité sternale du cinquième où du sixième cartilage costal, section du péricondre et du triangulaire du sternum. Le péricarde est ouvert aux ciseaux entre deux pinces, assez pour laisser passer un doigt. On laisse le pus s'écouler lentement On lave, si on a le temps, en veillant à ce que le liquide s'écoule en totalité. On fixe si l'on peut le péricarde à la peau, ce qui n'est pas toujours possible. On draine mais il y a des variations considerables quant à la tolérance du péricarde pour les drains. Il faut opérer tous les cas non absolument moribonds.

Un cas personnel est relaté; 21, avec 6 morts, publiés depuis 1900 sont sommairement analysés; avec 47 antérieurs, cela porte à 69 le nombre total de cas opérés aujourd'hui publiés. F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Contribution à l'étude de la syndactylie. (A. Romagno-Manoia. *Riv. di pat. nerv. e mentale*, p. 252-259, 6 fig., 1909.) — Etude d'un malade de cinquante-quatre ans. présentant la syndactylie des troisième et quatrième doigts des deux mains par soudure des deuxième et troisième phalanges, les premières et les métacarpiens étant seulement rapprochés, comme le montre la radiographie. Aux pieds, les deuxième et troisième métatarsiens sont rapprochés. arrivant au contact par leur extrémité distale, le quatrième est rapproché du troisieme, le cinquième en abduction. La théorie de Rabaud, attribuant la syndactylie à une altération de l'évolution normale des cellules, paraît la plus vraisemblable, le sujet ayant des signes de dégénérescence : crâne oxycéphale, front étroit, fuyant, pavillons des oreilles grands, à lobules sessiles, hypertrichose de tout le corps, notamment de la région lombo-sacrée. L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

Clinique thérapeutique du praticien [2e partie] (1), par MM. H. Huchard et Ch. Fiessinger.

Le tome Ier de cet ouvrage a obtenu un grand succès dans le corps médical; ce nouveau volume est inspiré de la même idée directrice : mettre le praticien, non pas en face de la maladie diagnostiquée, mais du symptôme; dépister le cadre nosologique et le traitement pour un signe morbide commun à vingt affections distinctes. Un exemple : le mal de tête; toutes les déductions qu'un médecin avisé doit faire en présence de ce si banal symptôme, toutes les erreurs thérapeutiques qui peuvent être la conséquence d'un examen clinique incomplet sont successivement passées en revue, et il en est ainsi pour les points de côté, les vomissements, les gros foies, les grosses rates, etc. Signalons une innovation heureuse : M. Noël Fiessinger a écrit, pour cet ouvrage, un chapitre très clairement précis d'hématologie et de cytologie pratiques; c'est la première fois, croyons-nous, que ces recherches, faites surtout jusqu'ici dans les seuls hôpitaux et centres scientifiques, sont exposées dans un livre destiné aux praticiens; la technique préconisée par M. Noël Fiessinger est facile à suivre; les formules hématologiques et cytologiques qu'elle permettra d'obtenir pourront aider à résoudre bien des problèmes obscurs de diagnostic. L. BABONNEIX.

(1) In 8. — Paris, A. Maloine.

La Cellule nerveuse (1), par G. Marinesco.

Le premier volume est consacré à la structure normale de la cellule nerveuse. Après un chapitre d'historique, et deux autres consacrés à la morphologie et au volume de la cellule nerveuse, l'auteur passe longuement en revue chacune de ses parties : éléments chromatophiles, neurofibrilles et connexions interneuronales, structure du noyau, réseaux et anastomoses, canalicules endocellulaires, enfin, les diverses inclusions cellulaires, granulations colorables, centrosome, granulations colorées, pigment noir, pigments jaunes, cristalloïdes, le réseau spécial, dans la région pigmentée de la cellule nerveuse. Puis, il aborde successivement l'embryologie, la nutrition et l'évolution, l'involution et la sénescence. Ensuite vient la physiologie des neurofibrilles et du neuroplasma, des corps chromatophiles du corps cellulaire; un chapitre est consacré à la théorie de la polarisation dynamique; un autre, à celle de l'amiboisme et de la plasticité des neurones; un autre, enfin, particulièrement intéressant, envisage les modifications morphologiques pendant les différents états : repos, activité, fatigue.

Le deuxième volume est intitulé : cytologie pathologique; l'auteur décrit les phénomènes de réaction et d'atrophie du cytoplasma et du noyau provoquées par l'arrachement des nerfs, les atrophies, expose la loi de Waller, puis il étudie les altérations produites par les variations expérimentales de la pression osmotique, par les agents traumatiques, thermiques, toxiques, la rage, les toxines alimentaires, l'inanition, l'action combinée de plusieurs agents nocifs, les lésions de l'anémie, celles décrites sous le nom de neuronophagie, enfin, les altérations cadavériques de la cellule nerveuse. De nombreuses figures en noir illustrent cet ouvrage, où on trouvera largement résumés les travaux et opinions de l'auteur. L. ALQUIER.

Technique radiothérapique (2) [encyclopédie des Aide-mémoire], par M. Bordier.

Ce travail est surtout une revue critique des recherches faites et des méthodes employées pour l'évaluation qualitative et quantitative des rayons de Röntgen. L'exposé des recherches personnelles de l'auteur y tient une place importante.

Quelques pages sont tout d'abord consacrées aux indications et contre indications de la radiothérapie et au matériel nécessaire au radiothérapeute. L'auteur compare ensuite entre elles et étudie successivement les données fournies par le radiochromomètre classique, par les chromomètres de Maury, de Belot, le voltmètre de Bergonié, le radiosclèromètre de Villard, et dans l'ordre quantitatif, par les appareils de Holzknecht, Freund, Sabouraud et Noiré, Bordier, etc.

Un chapitre sur les principes généraux de la technique radiothérapique termine l ouvrage.

Sans adopter toutes les conclusions de l'auteur relatives aux appareils de mesure, il faut reconnaître que ce petit volume très clair résume nettement ce qu'il faut actuellement au moins savoir pour faire de la radiothérapie d'une manière scientifique, c'est-à-dire précise, et médicale, c'est-à-dire utile. LEGROS.

(1) 2 vol. de l'encyclopédie du docteur Toulouse, de 500 pages chacun. — Paris, O. Doin

(2) Paris, Masson et Cie; Gauthier-Villars.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIE INFANTILE

DÉFINITION. — C'est une affection caractérisée cliniquement par une paralysie plus ou moins localisée, flasque, précédée d'une période fébrile ; anatomiquement par des lésions des cellules des cornes antérieures de la moelle : c'est donc une poliomyélite antérieure aiguë infantile.

ÉTIOLOGIE. — I. **Causes prédisposantes.** — 1° AGE. — C'est une affection de la *première enfance* ; apparaissant le plus souvent entre douze et dix-huit mois, elle débute exceptionnellement après trois ans.

2° L'HÉRÉDITÉ névropathique et l'hérédo-syphilis ont été invoquées, et elles peuvent en effet prédisposer le système nerveux à une infection.

3° La dentition n'est qu'une cause d'appel à l'infection.

II. **Causes déterminantes.** — 1° C'est l'INFECTION. Il est certain en effet depuis les travaux de Strumpell et de Pierre Marie que la paralysie infantile est due à une localisation médullaire d'une infection générale. En effet :

1. *Cliniquement.* — *a.* Elle débute par les symptômes de toutes les infections de l'enfance, souvent au déclin d'une fièvre éruptive ou des oreillons ; *b.* on a vu des épidémies de paralysie infantile ; *c.* des épidémies de paralysie infantile avec des cas de méningite cérébro-spinale ; *d.* d'autres (épidémie du Canada) atteignant plusieurs adultes sous la forme de paralysie spinale aiguë, et Pierre Marie identifie les deux affections qui sont l'une et l'autre des poliomyélites antérieures infectieuses aiguës.

2. *Anatomiquement.* — *a.* Dans le liquide céphalo-rachidien on a trouvé plusieurs fois des lymphocytes et divers microbes : staphylocoque, diplocoque, méningocoque (à rapprocher des épidémies mixtes de paralysie infantile et de méningite) ; *b.* dans la moelle on n'a pas trouvé de microbes, mais des lésions infectieuses des vaisseaux.

3. *Expérimentalement.* — On a déterminé des poliomyélites aiguës antérieures avec paralysie atrophique à début fébrile par injection intra-veineuse de cultures ; dans ces cas il y avait des microbes dans la moelle.

2° Quel est l'AGENT CAUSAL ? Il est inconnu, peut-être unique, probablement multiple. Ce serait alors des espèces banales ou les microbes inconnus des fièvres éruptives.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° **Moelle.** — 1. LÉSIONS RÉCENTES. — a. *Substance grise.* — On y trouve, surtout par l'examen microscopique des coupes sériées, des *foyers de ramollissement dans les cornes antérieures.* Uniques ou multiples, jusqu'à quatre échelonnés en chapelet, ils peuvent être uni ou bilatéraux. S'étendant en moyenne sur 1 ou 2 centimètres ils peuvent avoir jusqu'à 10 centimètres de hauteur. Ils siègent surtout dans la région dorso-lombaire, mais on peut en trouver dans toute la moelle et jusque dans le bulbe et le cerveau. Dans ces foyers, les *cellules motrices* sont atrophiées, souvent granulo-graisseuses avec des noyaux difficiles à colorer et des prolongements plus ou moins disparus. Les *petits vaisseaux* dans ces zones sont distendus par des hématies et des corps granuleux ; leurs parois sont infiltrées, parfois on trouve de l'endartérite oblitérante. La partie voisine des cornes postérieures est rarement lésée.

b. *Substance blanche.* — Elle est parfois intacte ; plus souvent le foyer de ramollissement empiète sur les cordons antérolatéraux (segmentation de la myéline, multiplication des noyaux). P. Marie a montré que cette extension était due à l'*origine vasculaire du ramollissement.*

La lésion primitive est artérielle et la localisation des lésions correspond à un territoire vasculaire. C'est ainsi qu'on trouve des foyers de la zone antéro-interne correspondant à une artère du sillon antérieur, et de la zone antéro-externe correspondant à une artère du sillon radiculaire antérieur.

2. LÉSIONS ANCIENNES. — Il y a *atrophie médullaire.* Tantôt elle s'étend sur toute une moitié de la moelle. Tantôt elle se localise aux cornes antérieures formant là des zones grises translucides. A ce niveau les cellules ont disparu, les fibres nerveuses rares ; il y a hyperplasie conjonctive névroglique renfermant des vaisseaux à parois épaissies sclérosées : c'est une cicatrice.

La substance blanche est souvent atteinte ; il y a dégénérescence scléreuse des cordons antérolatéraux.

2° **Racines médullaires.** — Les postérieures sont normales. Les antérieures présentent des lésions variables, diminution du nombre des cylindraxes, sclérose périfasciculaire ; parfois aucune lésion appréciable.

3° **Nerfs.** — Ceux correspondant aux muscles paralysés sont atrophiés, avec dégénérescence d'un grand nombre de leurs tubes, différemment appréciée d'ailleurs par les auteurs.

4° **Muscles.** — Les altérations sont très marquées ; ce sont elles qui ont surtout frappé les premiers observateurs : complètement disparus, ils sont remplacés par une masse jaunâtre conjonctivo-adipeuse, et cette lipomatose interstitielle peut masquer à l'œil l'atrophie musculaire.

5° **Vaisseaux.** — Ils sont atrophiés et sclérosés.

6° **Squelette.** — Les os sont atrophiés, arrondis, sans empreinte marquée ; ralentis considérablement dans leur développement en longueur et en épaisseur, ils sont ainsi rendus plus fragiles et prédisposés aux fractures, que leur mauvaise nutrition rend plus difficiles à consolider.

En *résumé*, la paralysie infantile est le résultat d'une infection, dont l'agent peut être variable, dont le point d'élection semble favorisé par des conditions d'hérédité, aboutissant à la production dans des territoires vasculaires limités de foyer de myélite aiguë, dont la conséquence est la destruction des éléments atteints, destruction suivie de dégénérescence des éléments anatomiques, auxquels le segment médullaire atteint sert de centre trophique.

SYMPTOMES. — La paralysie infantile passe par deux phases successives. Dans la première, la paralysie apparaît après une période fébrile, envahit, puis régresse et s'installe à demeure dans certains muscles, c'est la période médicale. Dans la deuxième, par suite de la prédominance des antagonistes des muscles paralysés et atrophiés, des attitudes vicieuses puis des déformations articulaires apparaissent : c'est la période chirurgicale.

A. **Période de début.** — Il est généralement brusque et bruyant, mais sans rien de caractéristique.

La température monte à 39 ou 40 degrés et s'y maintient deux ou trois jours. Les troubles observés sont surtout gastro-intestinaux : état saburral, inappétence, diarrhée, vomissements ; et nerveux : abattement, somnolence, délire, céphalée. On voit souvent des convulsions localisées à la face (strabisme, grimacements) ou généralisées pouvant parfois aboutir à la mort. On a signalé des arthralgies vagues.

C'est donc la réaction de début de toutes les affections fébriles de l'enfance et en particulier de la méningite cérébro-spinale.

Dans d'autres cas, le début est insidieux, la paralysie apparaît d'emblée, on s'en aperçoit au réveil (paralysie du matin de West). Ou bien encore chez des enfants mal surveillés, ce n'est que longtemps après, quand apparaissent, principalement avec la marche, les troubles moteurs et les déformations, que les parents viennent consulter ; on peut alors parfois retrouver la trace du début fébrile. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 103. — SAMEDI 11 SEPTEMBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 11 SEPTEMBRE 1909. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES HOPITAUX DE LILLE. — L'Association a décerné le prix de médecine à M. Swynghedauw, interne de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques, et le prix de chirurgie à M. Vouters, interne de la clinique médicale de Saint-Sauveur.

MARINE. — Institution d'hygiène navale. — Le sous-secrétaire d'Etat vient d'instituer au chef-lieu de chaque arrondissement maritime un bureau d'hygiène navale semblable aux bureaux d'hygiène militaire des garnisons.

Ces bureaux d'hygiène seront composés du médecin directeur du service de santé, d'un capitaine désigné par le préfet maritime, d'un ingénieur en chef des constructions navales, d'un médecin en chef, d'un pharmacien de première classe, désignés par le préfet maritime, d'un médecin militaire de la garnison, enfin du médecin chargé du laboratoire de bactériologie du port; ils auront pour mission d'organiser la prophylaxie des maladies contagieuses, d'étudier sur place toutes les questions intéressant l'hygiène dans la marine et surtout de surveiller la qualité des eaux d'alimentation. Ces bureaux seront en rapport avec la commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie récemment instituée au ministère de la marine.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-cinquième semaine, 752 décès, au lieu de 729 pendant la semaine précédente et au lieu de 775, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La rougeole a causé 7 décès, au lieu de 13 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 67, au lieu de 132 précédemment (moyenne 42).

La coqueluche a causé 5 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (moyenne 2).

La diphtérie a causé 3 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 34, au lieu de 38 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

La diarrhée infantile a causé 62 décès de 0 à 1 an, au lieu de 65 pendant la semaine précédente (moyenne 59).

En outre, 19 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 75 décès, au lieu de 65 pendant la semaine précédente (moyenne 81).

La phtisie pulmonaire a causé 182 décès (moyenne 177).

Il a été signalé en outre 3 cas de méningite cérébro-spinale épidémique et 1 décès.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Semestre d'hiver de l'année scolaire 1909-1910 (amphithéâtre Cruveilhier de l'école pratique), cours libre sur la « Bioscopie médicale de l'estomac et de l'intestin par les rayons X, la coprologie et la recto-sigmoscopie ».

M. le docteur Kolbé, médecin consultant à Châtel-Guyon, ex-professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, fera dans le courant du semestre d'hiver de 1909-1910 un cours libre avec projections, présentation de radiographies, de calques, de dessins, de préparations macro et microscopiques, et d'appareils, avec exercices pratiques au microscope et sur le mannequin, sur la bioscopie médicale de l'estomac et de l'intestin par les rayons X, la coprologie et la recto-sigmoscopie.

Le cours comprendra quinze leçons et aura lieu à l'amphithéâtre Cruveilhier de l'école pratique, aux heures qui seront fixées ultérieurement.

Les élèves seront exercés individuellement aux travaux pratiques de la recto-sigmoscopie et de l'examen fonctionnel de l'intestin après régime d'épreuve.

Inscriptions, programmes et renseignements : chez M. le docteur Kolbé, villa Montmorency, Paris XVIe, et chez MM. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ADÉNOPATHIES DU MÉSENTÈRE

Par MM. P. BERTEIN et G. WORMS,
Médecins aides-majors de l'Armée.

I

Définition. — Le mot « adénopathie mésentérique » est un terme générique qui s'applique aux différentes inflammations ou dégénérescences des ganglions lymphatiques contenus dans le mésentère.

Ces ganglions, très nombreux, répartis entre les deux feuillets de la séreuse, sont les aboutissants des collecteurs lymphatiques de l'intestin grêle.

Leur disposition obéit à des règles assez fixes pour qu'il soit possible de les répartir en trois groupes, d'importance inégale (Poirier et Cunéo).

1° Certains placés sur le trajet des artérioles terminales émanées des dernières arcades anastomotiques sont contigus à l'intestin;

2° D'autres plus volumineux se trouvent placés sur le trajet des branches primaires de l'artère mésentérique;

3° Les derniers, enfin, sont situés autour du tronc principal de ce vaisseau.

De plus, comme l'ont particulièrement bien montré les recherches de Tixier et Viannay (2), un groupe important des ganglions de l'appendice vermiforme (groupe iléo-appendiculaire) siège au niveau de la base du méso-appendice, assez loin du cæcum, dans la terminaison du mésentère, de telle sorte que la circulation lymphatique de l'appendice se dirige pour une bonne part vers l'iléon et les ganglions mésentériques.

Le mésentère constitue ainsi une véritable éponge lymphatique sur laquelle retentiront toutes les lésions de l'intestin grêle.

II

Historique. — Jusqu'au XVIIe siècle, les altérations ganglionnaires étaient à peu près passées inaperçues. Ce n'est qu'incidemment et de façon fort obscure que des trouvailles d'autopsie renseignent sur une localisation possible de productions pathologiques au niveau du mésentère, mais le diagnostic n'en est jamais posé pendant la vie. Nous n'insistons pas sur cette période qui s'étend jusqu'à la découverte par Aselli, en 1622, des chylifères et des ganglions auxquels ils se rendent.

A cette époque, toutes les maladies du mésentère se résument dans les altérations des vaisseaux et ganglions lymphatiques.

Sydenham, en 1723, mentionne l'existence de tumeurs mésentériques chez l'enfant; mais il faut arriver à Morgagni (3) pour voir une méthode d'observation sérieuse apporter un peu de lumière dans ce chapitre de la pathologie. C'est lui qui le premier signale la généralisation aux ganglions mésentériques des tumeurs des organes voisins.

Sauvages (1) confondit toutes les adénopathies avec les lésions ganglionnaires strumeuses. Baumes (1787) a le mérite d'isoler nettement sous le nom de « carreau » la tuberculose ganglionnaire des enfants. Cette entité, depuis lors, est devenue classique. Les auteurs contemporains, parmi lesquels nous citerons Besnier (2), Lesné (3), Carrière (4) et son élève Hémery (5), se sont appliqués à en distraire les affections telles que la péritonite tuberculeuse, la tuberculose ulcéreuse de l'intestin, qui s'y trouvaient englobées à l'origine.

Jusqu'à notre époque, on s'était presque borné à l'étude du carreau; Portal (6), au commencement du XIXe siècle, essaya bien d'indiquer les principaux symptômes des tumeurs du mésentère qu'il divise en tumeurs squirrheuses, stéatomateuses, pierreuses, cancéreuses et hydatiques, mais son travail reste sans écho.

Les développements de la chirurgie viscérale contemporaine et la fréquence des laparotomies ont précisé nos connaissances sur ce sujet. En 1886, Augagneur (7) lui consacre son importante thèse d'agrégation, restée classique.

En 1892, Braquehaye (8) apporte de précieux documents concernant la dégénérescence des ganglions mésentériques, et en particulier leur transformation kystique.

Bégouin (9) [1898] fait du traitement de ces tumeurs le sujet d'un important mémoire.

Dans ces dernières années, l'on étudie surtout les adénopathies au cours de l'appendicite.

A côté de nombreux faits signalés à la Société de chirurgie (1900) par Ricard, Tuffier, G. Marchant, etc., paraissent les thèses d'Auguy (10) et de Bonjour (11). Quénu (12) [1902] attire l'attention sur l'existence d'une adénopathie mésentérique étendue au cours des appendicites aiguës toxi-infectieuses et en souligne la valeur pronostique.

Récemment enfin, Toussaint (13) insiste sur le danger des adénopathies suppurées au cours de la fièvre typhoïde et en tire certaines indications thérapeutiques fort importantes.

III

Etiologie. — L'intégrité des ganglions du mésentère peut être compromise par le fait d'une altération

(2) Tixier et Viannay. *Lyon méd.*, 1901.
(3) Morgagni. *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies*, 1760.

(1) Sauvages. *Nosologie méthodique*, t. II, p. 254.
(2) Besnier. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. GANGLIONS MÉSENTÉRIQUES.
(3) Lesné. In *Traité des maladies de l'enfance* (Grancher et Comby).
(4) Carrière. *Gaz. des hôpit.*, 1902.
(5) Hémery. Th. de Lille, 1901-1902.
(6) Portal. *Cours d'anatomie médicale*, Paris 1803, t. V.
(7) Augagneur. Th. d'agrég., 1886.
(8) Braquehaye. *Arch. gén. de méd.*, 1892.
(9) Bégouin. *Revue de chir.*, 1898.
(10) Auguy. *De l'adénopathie appendiculaire*, Th. de Lyon, 1901.
(11) Bonjour. *Des adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite*, Th. de Paris, 1901.
(12) Quénu. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1902.
(13) Toussaint. *Bull. de la Soc. de méd. mil. franç.*, 1907.

anatomique locale survenue dans l'aire du réseau lymphatique collecté par les ganglions, comme elle peut être troublée sous l'influence d'une maladie générale préexistante.

On peut rattacher à trois grands groupes les différentes variétés étiologiques :

1° Les adénites simples, inflammatoires, non tuberculeuses ;

2° Les adénites tuberculeuses ;

3° Les adénites cancéreuses, primitives et secondaires.

1° Adénites inflammatoires simples, non tuberculeuses. — Elles peuvent être déterminées par toutes les inflammations aiguës ou chroniques de la muqueuse intestinale, dont les radicules lymphatiques aboutissent aux ganglions du mésentère.

Le *jeune âge* s'y trouve tout particulièrement prédisposé, grâce à l'activité de son système lymphatique.

On les rencontre comme conséquence des entérites catarrhales, cholériformes, si fréquentes chez les enfants et si souvent prolongées dans leur évolution.

Dans l'*appendicite*, non seulement on les constate comme complication tardive d'une crise aiguë ou subaiguë, au cours d'opérations à froid [obs. de Felizet, Schwartz (1), Tuffier (2), Weiss (3), etc.], mais encore elles peuvent apparaître au moment de la crise elle-même, donnant pour ainsi dire la mesure de la gravité de l'infection (Quénu). Elles ont plus de chance encore d'être observées, lorsque l'appendice se trouve inclus dans la terminaison du mésentère [Bonnet (4)].

Presque toutes les affections générales d'une certaine gravité s'accompagnent d'adénite mésentérique : nous citerons le choléra, la peste, le typhus exanthématique, les fièvres éruptives, et tout particulièrement la dysenterie et la *fièvre typhoïde*, où l'adéno-mésentérite est étroitement liée à la lésion intestinale.

Dans la *syphilis* secondaire, bien que l'attention n'ait pas été spécialement attirée du côté des ganglions profonds, l'on trouve cependant relatées des observations prouvant que les ganglions du mésentère ne sont pas plus épargnés que l'ensemble du système lymphatique.

Oser (de Cracovie) [d'après Fournier (5)] a constaté, chez un homme de cinquante et un ans, ayant succombé au cours d'une syphilis maculeuse, de nombreuses ulcérations tout le long de l'intestin grêle, ainsi qu'une adénopathie mésentérique intense. C'est particulièrement dans la forme de syphilis intestinale qui revêt le masque de la dothiénentérie : la typhose syphilitique [Hayem et Tissier (6), Carrière (7)] que les ganglions correspondants aux ulcérations intestinales sont lésés.

(1) Schwartz. In Th. Ferry, Paris 1900.
(2) Tuffier. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1893.
(3) Weiss. *Revue de chir.*, 1893.
(4) Bonnet. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1907.
(5) Fournier. *Traité de la syphilis.*
(6) Hayem et Tissier. *Revue de méd.*, 1889.
(7) Carrière. La typhose syphilitique, *Gaz. des hôpit.*, 1901.

Toutes les entéropathies tertiaires, et spécialement les syphilides tuberculo-ulcéreuses, les gommes ulcérées dont le siège d'élection abdominal est l'intestin grêle, retentissent sur les ganglions, mais ceux-ci ne suppurent que rarement (Fournier).

Dans l'*actinomycose*, d'après Poncet et Bérard (1), les métastases lymphatiques sont rares, la propagation des lésions se faisant surtout par contiguité ou par la voie sanguine. Heller-Bargum (2) est le seul auteur qui ait signalé dans un cas l'engorgement notable des ganglions mésentériques et encore s'agissait-il d'infection secondaire sans actinomyces.

Dans la *lymphadénie*, l'adénopathie généralisée n'épargne pas le mésentère.

Il faut enfin signaler la *maladie d'Addison* comme une des affections où l'adéno-mésentérite est d'une fréquence remarquable.

2° Adénites tuberculeuses. — Elles constituent la variété la plus fréquente et la plus anciennement connue.

Elles existent chez presque tous les enfants tuberculeux, et lorsqu'on trouve la tuberculose dans l'un quelconque des organes, on la trouve presque toujours dans les ganglions du mésentère. Rilliet et Barthez (3) la signalent dans plus de la moitié de leurs autopsies, et Carrière chez 30 p. 100 des enfants tuberculeux.

Cette tuberculose mésentérique est en général secondaire à une tuberculose intestinale, péritonéale, pulmonaire ou ostéo-articulaire, et souvent, alors que les lésions primitives sont peu étendues, les ganglions sont infiltrés, caséeux : ce sont ces cas qui constituent le « carreau », affection propre à l'enfance. Beaucoup plus rarement, 2 fois sur 200 (Carrière), on trouve la tuberculose ganglionnaire sans lésion de l'intestin ni d'aucun autre organe. C'est la forme dite primitive; elle se rencontre à tous les âges avec une fréquence marquée entre un et cinq ans.

3° Adénopathies cancéreuses. — *a.* Il s'agit le plus souvent de tumeurs *secondaires* à un cancer abdominal, surtout à un cancer de l'intestin grêle. La métastase mésentérique s'observe dans 75 p. 100 des cas de sarcome et dans 5 p. 100 des cas d'épithéliome [Lecène (4)].

b. La rareté des tumeurs *primitives* des ganglions mésentériques est telle qu'Augagneur en met en doute l'existence.

Cependant on en a signalé quelques exemples qui paraissent incontestables [obs. de Stern, Fraundofer (5), Cinaglia (6), etc.]

Enfin, dans ce groupe peut prendre place la dégénérescence des ganglions mésentériques, aboutissant à la formation des kystes chyleux ou séreux. Ces

(1) Poncet et Bérard. *Traité de l'actinomycose.*
(2) Bargum. Inaug diss., Kiel 1884.
(3) Rilliet et Barthez. *Traité des mal. des enf.*, t. III.
(4) Lecène. *Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle*, Th. de Paris, 1904.
(5) Fraundofer. Inaug. diss., Munich 1901.
(6) Cinaglia. *Gaz. deg. osp. e delle clin.*, 1908.

tumeurs bien étudiées par Tillaux (1), Péan (2), Braquehaye (3) résulteraient de la dilatation des vaisseaux lymphatiques par oblitération primitive des canaux efférents.

IV

Pathogénie. — L'altération des ganglions du mésentère se produit par un mécanisme commun à toutes les adénopathies. Qu'elle soit infectieuse ou néoplasique, l'adénite résulte de la propagation par lymphangite intermédiaire du microbe ou de la cellule cancéreuse depuis l'ulcération intestinale jusqu'au territoire ganglionnaire correspondant.

Quelques exceptions sont à signaler, cependant : la propagation des lésions peut, en effet, s'effectuer, dans certains cas, par contiguité, quand le ganglion se trouve au contact d'un foyer péritonéal, par exemple.

Les agents pathogènes peuvent encore aborder le ganglion par voie sanguine, dans le cas de localisation ganglionnaire d'une maladie générale. Spillmann (4) et plus récemment Bérard et Patel (5) ont insisté sur la fréquence relative de ce mode de contamination, à propos de la tuberculose intestinale.

D'autres fois, enfin, les microbes pénètrent dans les voies lymphatiques sans léser la muqueuse. Les faits d'observation, tous les jours plus nombreux, relatifs surtout à d'énormes adénopathies du méso-appendice, sans altération de l'appendice lui-même [obs. de Quénu, G. Marchant (6), Massoulard, Michaux, Tuffier (7)], sont expliqués par les expériences bien connues de Cornet, Cornil, Dobroklowsky qui démontrent que des bacilles tuberculeux déposés à la surface d'une muqueuse saine peuvent pénétrer dans les ganglions correspondants sans laisser trace de leur passage.

Ce sont les leucocytes qui servent d'agents vecteurs aux germes microbiens (Tchistowitch). En 1902, Nicolas et Descos ont trouvé que trois heures après l'ingestion d'une grande quantité de bacilles tuberculeux, le chyle et la lymphe du canal thoracique en contenaient assez pour tuberculiser le cobaye.

Tout récemment enfin, à l'occasion de discussions relatives à l'origine digestive de la tuberculose, cette question a pris une grande importance. Calmette, Deléarde et Guérin (8), confirmant des faits observés par Vallée chez les bovidés, ont montré que l'infection des ganglions du mésentère précédait l'apparition des lésions d'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant et chez l'adulte.

D'une façon générale, l'action des microorganismes sur les ganglions mésentériques dépend à la fois de leur virulence et de la nature du terrain. C'est ainsi que la suppuration des ganglions serait plus fréquente dans les pays chauds (Algérie, Tunisie) en raison d'une particulière virulence du germe typhique [Simonin (1)].

Une observation de Sauvages incrimine même le traumatisme parmi les causes favorisant la pullulation du bacille de Koch dans le tissu ganglionnaire.

(1) Tillaux. *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris 1880.

(2) Péan. *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, 1886.

(3) Braquehaye. Loc. cit.

(4) Spillmann. Th. d'agrég., 1878.

(5) Bérard et Patel. *Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale.*

(6) *Bull. et mém. de la Soc. de chir de Paris*, 1900.

(7) *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1907.

(8) Calmette, Guérin et Deléarde. Communication à l'Académie des sciences, 7 mai 1906.

V

Anatomie pathologique. — Le volume des adénopathies est variable : parfois elles sont si peu développées qu'elles passent inaperçues au cours des interventions ou autopsies.

Cependant, l'examen soigneux du segment mésentérique en rapport avec la portion d'intestin malade permet le plus souvent de les déceler.

Adénopathies inflammatoires. — 1° *Non tuberculeuse.* — Dans l'*appendicite*, il ne faut pas s'attendre à les rencontrer strictement limitées aux territoires lymphatiques que l'anatomie a précisés.

Le plus souvent, il s'agit d'une masse unique, peu volumineuse, formée par l'accolement de plusieurs ganglions et ne franchissant pas la racine du mésentère.

Dans un cas d'appendicite gangréneuse, Quénu (2), cependant, a noté des ganglions remontant très haut jusqu'au contact de la colonne vertébrale.

L'aspect est celui des adénites en général : coloration rougeâtre, consistance ferme, au moins au début ; à l'examen microscopique, augmentation du nombre des leucocytes, épaississement des travées conjonctives, dilatation des capillaires.

L'inflammation se propage à la périphérie des ganglions (péri-adénite).

Les lésions évoluent soit vers la suppuration, soit vers la sclérose cicatricielle ; parfois elles aboutissent à la repération intégrale du tissu.

Dans la *fièvre typhoïde*, l'adénite est surtout marquée vers l'angle iléo-cæcal, car les ulcérations prédominent au niveau de la portion terminale de l'intestin grêle. Cependant, Siredey (3) l'a notée aussi dans certains cas de colo-typhus.

La réaction est précoce, et du sixième au huitième jour, le ganglion atteint le volume d'un œuf de pigeon (Siredey).

Outre les lésions banales citées plus haut, on remarque la présence, dans l'intervalle des travées conjonctives, de cellules spéciales comparées par Renaut (4) aux myéloplaxes, et qui, sans être l'apanage de la fièvre typhoïde [Rindfleisch (5)], se rencontrent surtout dans les ganglions typhiques. Ces éléments proviennent de la dégénérescence des cellules lymphatiques.

Le bacille typhique a pu être mis en évidence par Eberth, tantôt entre les cellules rondes, tantôt au voisinage des vaisseaux.

(1) Simonin. *Bull. de la Soc. de méd. mil. franç.*, 1907.

(2) Quénu. Loc. cit.

(3) Siredey. Th. de Paris, 1883.

(4) Renaut. *Bull. de la Soc. anat.*, 1874.

(5) Rindfleisch. *Traité d'histologie pratique.*

Le ganglion peut suppurer, surtout dans les formes graves observées en pays chauds (Simonin).

En dehors de l'appendicite et de la fièvre typhoïde, les adénopathies du mésentère n'ont pas fait l'objet d'études spéciales; aussi les documents anatomopathologiques sont-ils peu précis.

Dans la *diphtérie*, Bizzozero (1) a signalé des foyers nécrobiotiques atteignant principalement la zone périphérique des follicules.

Dans le *charbon intestinal*, les ganglions ont été trouvés volumineux, ecchymotiques, tuméfiés par un œdème gélatineux ou hémorragique.

Marchand (2), dans une observation, a noté que les lymphatiques afférents et le canal thoracique étaient remplis de pus.

Dans la *lymphadénie*, les ganglions sont mous, volumineux, leur structure complètement modifiée, et toute distinction entre les follicules et les sinus est devenue impossible.

2° *Adénites tuberculeuses*. — Leur développement est toujours plus considérable que dans l'inflammation banale. C'est ainsi que dans l'appendicite tuberculeuse la réaction ganglionnaire est plus accusée que dans l'appendicite ordinaire (3).

Elle se présente sous l'aspect de masses volumineuses, formées par la réunion de plusieurs ganglions, autour desquels se sont organisées des lésions de péri-adénite. Le tissu est parsemé de granulations grisâtres qui peuvent évoluer vers la caséification ou la sclérose, avec infiltration fréquente de sels calcaires.

3° *Adénites néoplasiques*. — a. *Primitives*. — Les observations en sont très rares et les détails histologiques insuffisants.

Par contre, les kystes chyleux qui en constituent une variété importante offrent une structure qui accuse leur origine lymphatique. Les coupes de la paroi montrent, en effet, au milieu des faisceaux fibreux, des fentes lymphatiques parfaitement organisées, du tissu réticulé et des follicules clos. Dans l'observation typique de Hlava (4), où il existait plusieurs kystes de dimensions variables, les plus petits montraient encore la structure intacte du ganglion.

b. *Secondaires*. — Les métastases ganglionnaires, parfois peu développées, acquièrent souvent un volume plus considérable que la tumeur qui leur a donné naissance [obs. de Pépin, Hammer, Mermet (5)].

La structure reproduit celle de la néoplasie épithéliale ou conjonctive originelle, accusant parfois avec plus de netteté le type anatomique auquel elle appartient.

VI

Symptomatologie. — La diversité étiologique des adénites du mésentère, leur grande variabilité de volume, font qu'il est difficile de dégager de l'examen des observations une symptomatologie d'ensemble bien définie.

Tout au plus, peut-on donner, de chaque variété en particulier, la physionomie qui semble lui appartenir. Celle-ci apparaîtra d'ailleurs constituée beaucoup plus des caractères de l'affection causale que des signes propres de l'adénite.

Il est nécessaire, en effet, que la réaction ganglionnaire atteigne déjà des proportions importantes pour révéler son existence. A vrai dire elle ne s'affirme et ne se reconnaît qu'au moyen d'un seul signe : la perception, à la palpation, d'une tuméfaction abdominale. Les autres symptômes, et en particulier la douleur et certains troubles fonctionnels, seront presque toujours confondus avec ceux de la maladie primitive.

Les phénomènes de compression, véritables complications, n'apparaissent, d'autre part, qu'à une période avancée de l'affection.

Ainsi, toutes les fois que l'atteinte lymphatique se bornera à la simple congestion avec légère hypertrophie des ganglions, elle n'imprimera aucune allure spéciale au complexus clinique et évoluera d'une façon absolument latente.

Adénites simples inflammatoires. — Ces considérations s'appliquent précisément à cette première variété où les ganglions n'atteignent qu'exceptionnellement un volume considérable.

Dans l'*appendicite*, le point de Mac Burney répondrait, d'après Jalaguier, à l'inflammation d'un ganglion de l'angle iléo-cæcal, et l'extension de la douleur en dehors de ce point serait le témoignage accusateur de l'extension ganglionnaire.

A l'appui de cette théorie, vient l'observation de Quénu qui, au cours d'une appendicite gangréneuse avec énorme mésentérite, constata que la douleur s'irradiait à toute la zone exactement superposable à celle où l'opération révéla l'existence de l'adénite.

Dans la *lymphadénie*, à localisation mésentérique prédominante, les phénomènes abdominaux sont au premier plan. Dans un cas de Gilbert (1), on constata des vomissements, du météorisme, de l'ascite avec circulation collatérale et hémorroïdes. La palpation faisait percevoir profondément une masse volumineuse, la rate était hypertrophiée. La mort survint par cachexie.

Le cas de Parmentier et Bensaude (2) est analogue au précédent.

Adénites tuberculeuses. — Elles présentent des allures personnelles assez caractéristiques, du moins les adénites primitives, pour constituer une véritable entité morbide.

Elles débutent insidieusement chez un enfant, héréditairement prédisposé, par des troubles digestifs, des douleurs abdominales continues ou paroxystiques, un gonflement du ventre plus ou moins appréciable.

A la période d'état, la palpation abdominale fait

(1) Bizzozero. *Beitr. z. path. anat. d. Dipht. Med. Jarbuch*, 1876.
(2) Marchand. *Virch. Arch.*, 1887.
(3) Hérisson. L'appendicite tuberculeuse, *Gaz. des hôpit.*, 1906.
(4) In Th. Klefstad-Sillouville, Paris 1891-1892.
(5) In Th. Lecène. Loc. cit.

(1) Gilbert. *Traité méd.* Brouardel et Gilbert, 1899, t. VI.
(2) Parmentier et Bensaude. *Bull. de la Soc. anat.*, 1895.

percevoir au voisinage de l'ombilic, s'enfonçant profondément vers la région prévertébrale, des masses dures, difficilement mobilisables et sensibles à la pression.

Ces paquets ganglionnaires peuvent passer inaperçus (Carrière). Marfan (1) prétend même n'avoir jamais pu les sentir cliniquement.

L'état général est celui des tuberculeux. La température, parfois normale, est le plus souvent irrégulière. L'évolution, très lente, tend communément vers la guérison.

Les adénites mésentériques, secondaires à la tuberculose intestinale sont, quelquefois, dans certaines formes décrites par Bérard et Patel sous le nom de *carreau entéro-péritonéal*, perceptibles à l'examen de l'abdomen.

Elles offrent alors ce caractère particulier d'être de consistance inégale en raison de l'emprisonnement, à l'intérieur de la tumeur, d'anses intestinales donnant la sensation de pseudo-fluctuation. Cette disposition explique, en outre, la matité en damier, obtenue à la percussion.

Adénites néoplasiques. — Elles ne se manifestent cliniquement que par deux symptômes principaux : douleur et tumeur.

Les phénomènes douloureux sont constants et offrent les aspects les plus variés; localisés au niveau de la région ombilicale, ils se montrent dès le début et surviennent de préférence par crises.

La tumeur apparaît en même temps que les sensations douloureuses ou plus souvent leur succède. Ses caractères objectifs n'ont rien que de banal. Augagneur attire cependant l'attention sur trois signes, déjà indiqués par Tillaux : mobilité très grande dans tous les sens, surtout s'il s'agit de kyste; situation sur la ligne médiane; zone de sonorité intestinale, à la percussion, en avant de la tuméfaction.

Ces symptômes de localisation n'ont le plus souvent qu'une valeur théorique; plus intéressante est l'étude des troubles dus aux compressions de voisinage.

L'examen des antécédents et de l'état général permettra parfois de déterminer la nature de la tumeur.

La rareté des cancers ganglionnaires primitifs est telle que la recherche d'une néoplasie viscérale latente devra toujours être soigneusement faite. Chez un malade de Poncet (2), dont toute l'histoire clinique se réduisait à la constatation d'une énorme tumeur du mésentère, l'autopsie montra un petit noyau sarcomateux de la tête de l'épididyme, passé inaperçu pendant la vie.

VII

Complications. — 1° Phénomènes de compression. — a. *Des veines.* — Circulation collatérale, ascite, deux symptômes fréquents au cours de l'évolution des tumeurs ganglionnaires. Le premier résulte de

(1) Marfan. *Traité des mal. des enfants.*
(2) Poncet. In Th. d'Augagneur.

la compression des veines mésentériques; le deuxième relève plutôt du caractère de malignité de la tumeur, car on a pu l'observer dans certains cas d'adénites peu volumineuses, incapables d'entraîner des troubles circulatoires.

b. *De l'aorte.* — Crampes douloureuses. Claudication intermittente (Rilliet et Barthez).

c. *Des nerfs.* — Douleurs sourdes. Asphyxie locale [cas de Lancereaux (1)].

d. *Des viscères.* — Etranglement intestinal par brides de péri-adénite [Guersaint (2)]. Compression de l'intestin et ulcération consécutive (Barthez).

2° Suppuration ganglionnaire. — Au cours des adénites inflammatoires simples ou tuberculeuses, le pus ganglionnaire peut déterminer autour de lui une réaction locale sous forme de péritonite circonscrite, ou se créer une issue, soit dans la grande cavité péritonéale, soit plus rarement dans l'intestin, à l'ombilic, aux lombes, dans le canal cholédoque [Goller (3)], dans la fosse iliaque.

VIII

Pronostic. — Les adénites inflammatoires disparaissent ordinairement avec les causes qui leur ont donné naissance.

Les adénites tuberculeuses sont, elles aussi, susceptibles de s'amender, mais le pronostic restera toujours très réservé en raison d'autres localisations possibles de la tuberculose.

Les adénites néoplasiques ont la gravité qu'elles tiennent de leur nature anatomique.

IX

Traitement. — Les adénites banales, ayant une grande tendance à la guérison spontanée, ne réclament pour ainsi dire jamais pour elles-mêmes d'autre médication que celle qui est dirigée contre l'affection causale.

Au contraire, les ganglions suppurés, trouvés au cours de laparotomies pour perforation typhique ou appendicite, doivent toujours être extirpés.

« Le chirurgien qui aura abandonné à leur évolution des abcès ganglionnaires, ne s'adressera-t-il pas un reproche quelque peu troublant au cas où les suites opératoires ne seraient pas favorables ? » (Toussaint.)

Le traitement général de la tuberculose suffit à combattre la localisation mésentérique de cette affection, exception faite des cas, véritablement chirurgicaux, où d'énormes paquets ganglionnaires occasionnent des troubles de compression.

Enfin, l'ablation est la seule thérapeutique qui convienne aux adénites néoplasiques. L'opération, toujours grave, consistera à faire, non seulement une résection cunéiforme du mésentère, comprenant tous les ganglions malades, mais encore une large entérectomie, autant pour enlever le néoplasme primitif que pour éviter le sphacèle intestinal (Béguin).

(1) In Th. d'Augagneur.
(2) Guersaint. In *Dict. de méd.*, art. carreau.
(3) Goller. *Deuts. med. Wochens.*, 1879.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(Budapest, 29 août-4 septembre 1909.)

Budapest, le 4 septembre 1909.

Le XVIe Congrès international de médecine vient de tenir ses assises à Budapest. Il fut nombreux, brillant et laborieux.

Aux quinze cents membres hongrois se joignirent deux mille médecins, venus des cinq parties du monde : cent Anglais, deux cents Américains, deux cent trente Russes, cinquante Japonais, des Cubains, des Mexicains, etc... Les Français et les Allemands étaient, les uns et les autres, près de trois cents ; peu s'en fallut même que les Français ne fussent les plus nombreux ; avertis au dernier moment de leur minorité, les Allemands battirent le rappel dans tout l'empire et purent égaler le nombre de leurs congressistes à celui de leurs rivaux.

Dans leur capitale, tant de fois rebâtie et cette fois si superbement, les Magyars ont offert à leurs hôtes une cordiale et fastueuse hospitalité. Partout accueillis avec empressement, les congressistes purent visiter tout à loisir les superbes cliniques qui coûtèrent à l'Etat hongrois plus de 25 millions de couronnes et dont le budget annuel atteint 2 millions et demi de couronnes ; les musées, dont, même en dehors des heures réglementaires, la porte s'ouvrait devant l'insigne du Congrès ; les sources thermales, calcaires et sulfureuses, déjà réputées du temps des Romains, et qui font de Budapest la plus grande ville d'eaux du monde ; les établissements industriels de toutes sortes, les fabriques de vins mousseux, etc.

Les femmes des médecins de Budapest, réunies en comité, sur l'initiative de Mmes de Bokay, de Herczel, la baronne Koranyi, s'occupèrent des femmes étrangères pendant les séances du Congrès et leur firent visiter la ville, le Bois de la Ville et les environs dans leurs propres voitures.

Les fêtes ne manquèrent pas aux congressistes. La veille du Congrès, le 28 août, une soirée au Musée des Beaux-Arts mit en rapport tous les congressistes ; ce fut une cohue babélique, bruyante et cordiale. Le lundi 30 août, la ville de Budapest recevait ses invités à la Redoute municipale ; accueillis par le préfet, M. Calmann de Fülepp, les congressistes pouvaient admirer les vastes salles, de style harmonieusement composite, et les heïduques au dolman rouge soutaché or, aux splendides aigrettes convoitées par bien des Parisiennes.

Le mardi 31, ce fut la « Soirée des Dames », offerte par le comité des dames hongroises à leurs invitées étrangères et à leurs maris, dans les salles du Musée royal hongrois de l'agriculture, pittoresquement bâti dans l'île du Bois de la Ville. Le lendemain, l'archiduc Joseph recevait, à la Hofburg qui domine Bude, les délégués des gouvernements, des villes, des universités, les rapporteurs, les journalistes médicaux ; il eut un mot charmant pour tous ceux qui lui furent présentés et particulièrement pour les chefs de la délégation française. L'on ne saurait énumérer toutes les réceptions auxquelles furent invités les congressistes : soirées données au Park-Club par le ministre de l'Instruction publique, comte Apponyi, au Bois de la Ville, par le baron et la baronne Koranyi, dîners offerts par les présidents des sections, etc. Nous avons tous été littéralement accablés de prévenances, d'attentions de toutes sortes.

Cependant, le Congrès avait été solennellement ouvert le dimanche matin 29, par l'archiduc Joseph, représentant S. M. l'empereur et roi. Les congressistes au complet, presque tous en habit ou en uniforme, remplissaient l'immense salle des fêtes de la redoute municipale. Sur l'estrade on se montrait l'archiduc en tenue de général autrichien, le bureau du Congrès, à l'exception de son président, le professeur Calmann Müller, malade, le comte Apponyi, ministre de l'Instruction publique, splendides dans leurs riches costumes de magnats, les présidents des délégations officielles, tous chamarrés des croix et barrés des grands cordons de leurs ordres nationaux ; et l'on regrettait que le professeur Landouzy, dont la renommée égale au moins celle de ses collègues étrangers, ne pût arborer qu'une croix d'officier de la Légion d'honneur au revers de son habit. Les délégués français, d'ailleurs, se signalaient plus à l'attention par leur renom justement acquis que par les décorations dont, en France, l'on récompense trop rarement le mérite des savants et les services rendus.

La séance commença aux sons de l'hymne hongrois, chant religieux entrecoupé de cris de guerre, d'un effet saisissant. Dans une allocution, lue en français, l'archiduc Joseph déclara le Congrès ouvert.

Messieurs,

C'est avec une satisfaction particulière que j'ai l'honneur d'ouvrir, en qualité de représentant de Sa Majesté, le XVIe Congrès international de médecine.

Messieurs,

Etre au service de l'humanité, nous consacrer avec toutes les forces physiques et les facultés intellectuelles — que Dieu nous a données — au bien-être de nos semblables, reste toujours le but idéal de notre existence. Nous ne pouvons nous passer les uns des autres, et la valeur individuelle de chaque homme augmente dans la mesure où son travail est plus profitable aux autres individus ou bien à l'humanité entière.

Or, ce qui est vrai pour l'individu est encore plus vrai pour une profession entière, et, à cet égard, tout homme pensant justement doit reconnaître qu'il y a peu de professions exerçant sur l'individu, sur la famille et, en dernière conséquence, sur toute la vie des Etats une influence aussi profonde et aussi étendue que l'influence, justement, de votre profession.

Tout être vivant a le désir et le droit d'être heureux, et de l'être le plus longtemps possible. Et ce n'est pas une vérité nouvelle que la condition fondamentale du bonheur sur cette terre est une vie saine, satisfaite et longue. Comme le bras et l'esprit vigoureux d'un père en bonne santé forment la condition préalable du bonheur de toute la famille, ainsi ce sont encore, en somme, la santé et la vitalité des générations successives qui constituent le bien-être des Etats et, par suite, de l'humanité.

Voilà pourquoi, messieurs, lorsque avec votre savoir vous vous efforcez de préserver des dangers la santé de l'individu, de guérir ses maladies et de restaurer sa capacité de travail, lorsque, en des efforts qui n'ont leurs pareils dans aucune

autre profession, vous cherchez à sauvegarder la totalité de la population contre ce qui menace la santé et la vie humaine, il faut que non seulement la reconnaissance des individus, mais encore la gratitude de la totalité des hommes vous soient assurées pleinement.

Le comte Apponyi, aussi beau qu'un Rembrandt dans son costume de magnat, dans le français le plus élégant et sans le moindre accent, souhaita la bienvenue aux congressistes et loua leurs travaux. C'est en français également que le professeur de Grosz, secrétaire général, lut son rapport sur les travaux préparatoires du Congrès. Après la proclamation des noms des présidents d'honneur du Congrès, les chefs des délégations étrangères, dans l'ordre alphabétique des pays qu'ils représentaient, prononcèrent leurs allocutions, presque tous dans leur propre langue, quelques-unes en français; le discours du professeur Landouzy fut salué par une triple salve d'applaudissements, adressés autant à la France, qu'à l'orateur qui la représentait

La France, on peut le constater sans partialité chauvine, a remporté à Budapest un grand succès de sympathie. Les Hongrois, très accueillants à tous les étrangers, redoublèrent d'affabilité pour les Français en toutes circonstances. Dans les assemblées officielles autant que dans les réunions privées, ils affectèrent d'employer la langue française; leurs invitations à toutes les réceptions furent libellées en français : le journal du Congrès était rédigé en quatre langues, en français d'abord, en allemand, en anglais et en italien. Une vive sympathie, née d'une similitude de caractère, a toujours uni les Hongrois et les Français, d'origines pourtant si différentes. La délégation française eut à cœur de maintenir et de fortifier la tradition. Le 28 août, avant la séance solennelle d'ouverture, elle allait, le professeur Landouzy à sa tête, déposer aux pieds du monument élevé à Semmelweis, une couronne de roses de France ornée d'un large ruban tricolore portant cette inscription : « A Semmelweis, dont le génie d'observation apprit au monde à terrasser la fièvre puerpérale. » Ce geste fut répété, deux jours après, par d'autres nations, dont l'imitation ne fit que souligner la délicate attention des Français. Dans l'après-midi du même jour, la délégation française rendait le même hommage à l'illustre hygiéniste Fodor, dont on inaugurait la statue.

La réputation scientifique des délégués français, le nombre et la valeur des rapports et des communications faites par nos compatriotes ont justement attiré l'attention. Sans observer l'admirable discipline des Allemands, soutenant de leurs applaudissements, dans toutes les sections, les communications germaniques, les Français, bien que plus individualistes et moins imbus de solidarité, ont su, sans trop de peine, dissimuler devant l'étranger leurs rivalités de clocher, leurs revendications personnelles. Peut-être eût-on pu obtenir des congressistes français plus de cohésion encore.

Le succès de la science française doit être en grande partie rapporté aux efforts de notre Comité d'organisation et particulièrement à l'autorité du professeur Landouzy. Il faut l'attribuer aussi au zèle averti et plein de tact du consul général de France en Hongrie, M. le vicomte de Fontenay, qui, renonçant au repos bien gagné des vacances, avait rejoint son poste pour recevoir et présenter partout ses compatriotes. Ayant installé au consulat une permanence où les médecins français pouvaient trouver tous les renseignements utiles, et fait ciseler pour eux un insigne spécial de très bon goût, M. de Fontenay sut grouper et utiliser tous les efforts et donner à une manifestation scientifique une réelle portée diplomatique. Et dans son artistique demeure, Mme la vicomtesse de Fontenay, par son charme et son élégance, sut nous faire retrouver, loin de Paris, un délicieux coin de la France. Nos compatriotes tinrent à visiter le home français, institution philanthropique très intéressante, fondée par M. et Mme de Fontenay, où des institutrices, gouvernantes et bonnes françaises, de passage à Budapest, trouvent un abri sûr, bon marché et familial. Avant de quitter la Hongrie, ils ont offert à Mme de Fontenay un objet d'art, en hommage de reconnaissance.

Au cours de ses séances, le Congrès a procédé à l'attribution du prix de Paris, décerné à Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Belgique, dont les travaux avec Gengou ont trouvé en clinique de si utiles applications, et du prix de Moscou, dont bénéficie Hertwig, le célèbre anatomiste et embryologiste berlinois. Il a, dit-on, créé un *Comité international d'études médicales complémentaires*, dont le but est de poursuivre l'instruction des praticiens, mais dont l'esprit et les moyens sont assez mal connus encore, et qui tiendra ses séances à Berlin. Il a nommé une *Commission permanente des congrès internationaux*, siégeant à La Haye, et composée des professeurs Pavy, Waldeyer, Maragliano, Muller et des docteurs Blondel et Winckebach; cette commission a décidé que le prochain Congrès se tiendrait à Londres en 1913.

La séance de clôture a eu lieu aujourd'hui, sous la présidence du comte Apponyi, ministre de l'Instruction publique. Les délégués des divers gouvernements ont chaleureusement remercié les représentants des pays hongrois pour l'accueil si cordial fait aux médecins étrangers, à leurs familles, et le professeur Landouzy, toujours applaudi, a vanté le rôle social de la médecine.

Nous résumerons, dans de prochains articles, les rapports et les principales communications présentés dans les différentes sections du Congrès. Tous font le plus grand honneur à la science française. Il importait que, dans un pays de culture germanique, le génie français se manifestât avec le plus d'éclat possible. C'est ce qui fut, et nous ne pouvons que nous en féliciter.

(*A suivre.*) FERNAND TRÉMOLIÈRES.

AVIS. — **Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.**

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE VÉSICATOIRE

Permettez à un petit praticien de campagne de venir dire son mot dans une question encore à l'ordre du jour, malgré la clôture solennelle prononcée par un maître illustre (1).

Exerçant depuis vingt et un ans, j'ai débuté par le mépris le plus absolu de la cantharide, mépris enseigné par mon excellent et très aimé maître le docteur Duguet.

Peu à peu j'ai observé, j'ai vu, et j'ai constaté le sourire ironique de vieux praticiens à l'énoncé de ma foi juvénile.

J'ai vu surtout, à ma très grande stupéfaction, des hydarthroses du genou guérir autour de moi en moins de quinze jours, par l'application de vésicatoires, alors que ma thérapeutique plus rationnelle et assurément plus scientifique par l'ignipuncture et la compression ouatée ne me donnait que des résultats fort éloignés et bien incertains.

J'ai vu — oui, cher maître — des pleurésies résister à des ponctions répétées... mais non le malade... alors que le pelé, le galeux, le vésicatoire guérissait.

Dame ! mes convictions se sont résorbées à leur tour — et j'ai cru à l'utilité du vésicatoire.

Je n'aurais certes pas l'outrecuidante prétention de m'élever contre l'éloquent et très documenté réquisitoire de notre illustre maître Huchard, mais pourtant qu'on m'accorde l'énoncé de quelques faits.

Sur une trentaine de pleurésies qui m'ont passé dans les mains depuis quatorze ans, j'en ai ponctionné trois — deux suivies de décès — toutes les autres, traitées par le vésicatoire, ont guéri, sauf trois ou quatre qui ont évolué vers la tuberculose.

Et à propos de cette maladie, j'estime qu'en présence d'un foyer nettement circonscrit, qu'il s'agisse de bronchite ou de congestion, voire d'une simple modification suspecte de l'acte respiratoire, un modeste vésicatoire de 4 à 5 centimètres carrés, laissé peu de temps, mais souvent répété, donne des résultats qui ne sont nullement à dédaigner et ne présente aucun des dangers de l'ignipuncture.

Quoi qu'il en soit, je m'élève énergiquement contre la légende des inconvénients prêtés à la cantharide maniée sagement, ainsi que doivent l'être tous les médicaments actifs du reste.

Il ne s'agit pas, certes, comme je l'ai vu, et c'est le seul cas où il m'eût été donné de prendre le vésicatoire en faute, d'appliquer en six jours six emplâtres pour poursuivre un foyer de broncho-pneumonie grippale, affection essentiellement nomade, comme on sait, qui s'obstinait à jouer à cache-cache avec le topique quotidien. Résultat : une néphro-cystite superbe avec anurie presque totale... pour laquelle je fus appelé.

Avouez que le malade ne l'avait pas volé, encore qu'il n'y fût pour rien. Il a d'ailleurs parfaitement guéri et de la néphrite et de la grippe (avec 6 vésicatoires !).

En résumé, le vésicatoire appliqué jusqu'à la vésication seulement (c'est-à-dire suivant les peaux et les régions de six à huit heures au plus) proprement pansé, sans enlèvement de la phlyctène, est un agent utile dans les processus chroniques, torpides, et en tout cas sans danger.

Dr LOUIS-J.-F. DUMONT,
Membre de la Société française de dermatologie.

(1) Huchard. *Thérapeutique clinique.*

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 31 juillet 1909.) Léon Gallez : Observation de deux cas de fracture d'apophyses transverses lombaires. — Léon Desguin : De la fracture unicondylienne du tibia à trait vertical. — Goris : Ostéosclérose progressive des os craniens.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juillet 1909.) Wiener : Appareil portatif pour l'ozonisation de l'eau. — Ducosté : Deux malades atteints de psychose maniaque dépressive. — Des Cilleuls : De l'hospitalisation communale ou cantonale des tuberculeux éliminés de l'armée. — Dervieux : Contribution à l'étude médico-légale du sperme. — Ginestous : La prévention de la cécité infantile par l'application de la loi Roussel. — (Août.) Afranio-Peixoto : Viol et médiumnité. — Perreau : Le secret médical dans les expertises et les actions de responsabilité. — Schoofs : Chauffage local par le gaz et l'eau combinés. — Ribierre : Diagnostic et pronostic des affections organiques encéphalo-médullaires d'origine traumatique.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (No 267, 10 août 1909.) Lejars : Le lavement électrique et ses indications. — (No 268, 25 août.) Duret : Quelques considérations sur la fulguration dans les cancers. — Juge : La pratique de la fulguration. Résultats sur 140 cas. Considérations qui en découlent.

Archives de médecine des enfants. — (No 9, sept. 1909.) Méry, Weill-Hallé et Parturier : Sérothérapie intensive dans le traitement des angines graves et des paralysies diphtériques. — Babonneix et Tixier : La leucémie chez le nourrisson.

Medizinische Blætter. — (No 22, 29 mai 1909.) Meyer : L'importance du froid et de l'humidité dans l'origine des maladies. — (No 23, 5 juin.) Gschwend : L'hyperémie active, une nouvelle méthode de traitement de la prostatite et de l'ovarite avec affections annexielles. — Schmid : L'acétopyrine.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (No 27, 6 juillet 1909.) L. Jacob : Contribution à l'importance clinique de la recherche de la quantité d'antitrypsine dans le sang. — G. Becker : La teneur en antitrypsine du sang en gynécologie. — Bauer : Une réaction particulière du sang du cordon ombilical des nouveau-nés. — Schneider : Sur l'étiologie de l'hémicranie ophtalmique. — Preiswerk : Contribution aux névralgies du trijumeau d'origine dentaire. — Trautmann : Sur le diagnostic de l'intoxication saturnine par le sang. — Wunder : Comment le médecin peut dans la salle de consultation fixer la teneur en sel et en urée de l'urine ? — Wolfrom : Sur les colloïdes, l'argent colloïdal et particulièrement le collargol de Crédé. — Mendler : Traitement opératoire des fractures. — Herwig : Un cas de main divisée bilatérale combiné à la syndactylie. — Dreyer : Sur la recherche du sang au moyen de l'épreuve de la torpentine-gaïac. — Hœrder : L'aspirateur de précision. — Francke : Marteau à percussion avec doigt de caoutchouc. — Stehlik : Application chaude vaginale à l'aide d'un nouvel appareil thermophore.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Bllets d'aller et retour (dits d'arrière saison) pour familles. 2e et 3e classes, pour toutes les stations thermales desservies par le réseau P.-L.-M., valables 33 jours avec faculté de prolongation. Délivrés du 1er septembre au 15 octobre, aux familles composées d'au moins de deux personnes voyageant ensemble.

Prix : La première personne paie le tarif général, la deuxième personne bénéfice d'une réduction de 50 p. 100, la troisième personne et chacune des suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Arrêts facultatifs.

Demander les billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

Voyages circulaires en Italie.— La Compagnie délivre toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes très variés, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie. La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

Ci-après, à titre d'exemple, l'indication d'un voyage circulaire au départ de Paris :

Itinéraire 81-A 2 : Paris, Dijon Lyon, Tarascon (ou Clermont-Fer-rand), Cette, Nîmes, Tarascon (ou Cette, Le Cailar, Saint-Gilles), Marseille, Vintimille, San Remo, Gênes, Novi, Alexandrie, Mortara (ou Voghera, Pavie), Milan, Turin, Modane, Culoz, Bourg (ou Lyon), Mâcon, Dijon, Paris.

(Ce voyage peut être effectué dans le sens inverse).

Prix : Première classe, 191 fr. 50; deuxième classe : 139 fr. 85.

Validité : 60 jours. Arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M. vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

N° 104. — MARDI 14 SEPTEMBRE 1909. 82e ANNÉE. MARDI 14 SEPTEMBRE 1909. — N° 104.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de Paris. — Concours de l'externat. — Liste des candidats :

Candidats militaires (38). — 1. MM. Adeline, Aubert (Jean), Aubin, Binard, Bonnamour, Boussin, Brissaud, Broca, Brossier,

11. Cabart-Danneville, Chatellier, Dehau, Festal, Gouriou, Greder, Guilmant, Jourdan-Corneille, Langagne, Maechler, Mage,

21. Martin, Mazuel, Mercier (Pierre), Mickaniewski, Million, Pauvert, Pérol, Perron, Poisvert, Poursain,

31. Riberolles, Romain, Schutzenberger, Serrand, Tuloup, Vallet, Viard (Paul), Vigot.

Première moitié. — *Première série* (100). — 1. MM. Ach, Alajouanine, Alibert, Alih, Mme Allart née Houdré, MM. Allendy, Allot, Andral, Andrieu (Raymond), Andrieu (Roger),

11. Andrieux (Albert), Anglès-Dauriac, Antonelli, Arbassier, Arbeit, Arnaud, Arnoux, Aubert (Raymond), Auclair, Auger (Maurice),

21. Auger (Robert), Augier, Aureille, Aussilloux, Auvigne, Babin, Mme Bachelet née Ducournau, MM. Bagot, Balizeaux, Balteau,

31. Barabeau, Barbare, Barbary, Barbier, Barbion, Basset, Baudouin (C.-J.-R.), Mlle Baumritter, Bavelaër, Bazin,

41. Beau, Beaud, Beaudouin (Henri), Mlle Beauvais, MM. Béchamp, Belloir, Bellon, Bénech, Benoits, Bergé,

51. Bergès, Bernard, Berrut, Bertaux, Berthelot, Berthet, Bertin, Bertin-Mourot, Bertrand, Besson,

61. Mlles Besson (Hélène), Besson (Marianne), MM. Bieulac, Bigot, Binet, Mlle Bitchounsky, MM. Blanchon, Bléteau, Boirac, Boissier,

71. MM. Boncompain, Bonnerot, Bonpland, Boraud, Bordenave, Bordet, Bortnowski, Bouchet, Mlle Boudeille, MM. Bougault,

81. Bouillette, Boulanger, Boulin, Boulland, Bourdier, Bourgeois, Bourgon, Boussaguet, Boussi, Brachat,

91. Mlle Braïlovsky, MM. Braine, Bralez, Brawarsky, Breger, Breitman, Bretégnier, Briens, Brincat, Brindeau.

Deuxième série (100). — 1. MM. Broqua, Brot, Broussin (André), Broussin (Pierre), Bruant, Brunon, Brunot, Buchet, Bureau, Mlle Burgard,

11. MM. Caillet, Calas, Callot, Capdevila, Capponoff, Caracostea, Carpanetti, Casares, Catrice, Cavaillès,

21. Chaffaut, Chamfeuil, Chamorro, Champavère, Chanut, Chapelain, Chaperon, Charbonnier, Charlet-Reyjal, Charon,

31. Charpy, Chataignon, Chatenaud, Mlle Chauvet, MM. Chavasse-Frétaz, Chenain, Chenet, Mlle Cherechewski-Louboff, MM. Chéron (Louis-H.-M.), Chéron (L.-C.-D.-A.),

41. Chevalérias, Chevallereau, Chevalley, Chevallier, Chick, Mlle Chrurson, MM. Clap, Cléret, Clouzeau, Cluzel,

51. Collette, Colombier, Combes, Combourieu, Constantin, Cornet, Cornil, Coronado, Corrèges, Costantini,

61. Coudert, Coudray, Couraud, Courbe, Coutisson, Couvreux, Crétin, Cumenge, Cumine, Daban,

71. Dalbanne, Dantrelle, Danziger, Dapas, Dardanne, Dauvert, David, Davila, Dax, Déchambre,

81. Defiol, Delamare, Delhomme, Dellac, Delort, Delpy, Demony, Mlle Denis, MM. Déresse, Derriey,

91. Desanges, Descottes, Desplantez, Desprairies, Destremont, Détourbe, Dezac-Derceq, Didier (Marcel), Didier (Raymond), Dohen.

Troisième série (100). — 1. MM. Dom, Dombrowski, Doniol, Dossin, Doumenge, Drapier, Dubois, Dubos, Dubourg, Dubroca,

11. Duclos, Ducrohet, Dugué, Dujardin, Dulac, Dumet, Duneau, Dunoyer, Dupuy (Lucien), Dupuy (Henri),

21. Durand (Marcel), Durand (René), Durier, Du Souich, Duvelleroy, Echavarria, Ecot, Ermoulovitch, Errard, Evrard,

31. Fabre de Parrel, Fafalio, Faivre, Falliès (Henri), Falliès (Georges), Farhat, Fatou, Fauconnier, Faugeron, Faure,

41. Fauvet, Mlle Feighine, M. Fieux, Mlle Flamberg, MM. Fleurot, Fontaine (L.-M.-F.), Fontaine (Lucien), Fontaine (Valère), Fortineau, Fouquet,

51. Fourot, Fradkine, Frémont, Fresney, Fritz, Froment, Fumet, Gallerand, Gallois, Galvaing,

61. Gambier, Garach, Gauchon, Gaujard, Gauthier, Gehard, Gerbay, Mlle German, MM. Gibert, Gignoux,

71. Gillard, Gille dit Dehelly, Gineste, Girard, Giroux, Godard, Mlle Goldenfann, MM. Gondal, Goudet, Gourcerol,

81. Gourvitch, Grabois, Gras, Gremeaux, Grèze, Grigaut, Grille, Grillet, Grisoni, Gros,

91. Guennou, Guibert, Guillard, Guillemet, Guillemot, Guillouet, Gustin, Guyot, Haddad, Mlle Halberstadt.

Quatrième série (24). — 1. MM. Hamonic, Hartemann, Hartglass, Hatry, Mlle Herszlick, MM. Hervier, Hiblot, Hilaire, Houlbert, Hourquet,

11. Hude, Huette, Humbert, Husson, Hutinel, Imbert, Jacquemin, Mlle Jacquey, MM. Jallet, Janet,

21. Jars, Jéanne, Joanny, Jolivol.

DEUXIÈME MOITIÉ. — *Première série* (100). — 1. M. Jousseaume, Mlle Jouvin, MM. Joyes, Jullien, Kahn, Mlle Kaufmann, MM. Khérouvimoff, Kopelman, Mlle Krassovska, MM. Labbée,

11. Lacaze, Lacroix, Laffineur, Lafont, Laloux, Lamarque, Lambert, Lamy, Lancereaux, Langlet,

21. Lapique, de Lapize, Larrousse, Lascaux, Lascombe, Lathière-Lavergne, Latour (André), Latour (Louis), Latour (Robert), Laugier,

31. Lautier, Lavat, Lavaux, Lebossé, Lebrun (Charles), Lebrun (Maxime), Lecerf, Lecharpentier, Leclerc (Pierre), Leclercq (André),

41. Mlle Le Conte, MM. Ledoux, Lefèvre (Gaston), Lefèvre (Pierre), Lefort (Alix), Lefort (Robert), Lefort (Emile), Mlle Lefschetz, MM. Léger, Le Gouellec,

51. Legras, Le Hello, Lehmann (Louis), Lehmann (Raymond), Lemoine, Lepage (Constant), Lepage (René), Leprévost, Lequien, Leroy (Paul),

61. Leroy (Jean), Leroy (Maurice), Lesage, Lesellier, Lespinasse, Lethuillier, Mlle Letnikoff, MM. Leuvrais, Levent, Levère,

71. Levinsohn, Lévy, Lhomme, Mlle Libermann, MM. Lidy, Liénard, Mlle Lifschitz, MM. Lipschitz, Logeais, Loiseau,

81. Longevialle, Lorillou, de Lostanges-Beduce, Loubrieu, Lugnier, Luizy, Lumière, Mabille, Maindrault, Maire,

91. Major, Malet, Malleterre, Malmezat, Mandras, Marais, Marc, Maréchal, Margerin, Marié.

Deuxième série (100). — 1. MM. Marion, Marquet, Mlle de Marsilly du Verdier, MM. Martin de Laubrie, Martinez, Masson, Mathelin, Mauranges, Menville, Mercier (Jacques),

11. Merlin, Meyerson, Michel (Amédée), Michel (Henry), Migne, Misrachi, Mitton, Mladenoff, Modiano, Moing,

21. Mollet, Monnot (Georges), Monnot (Paul), Monprofit, Mora, Mordret, Morel (André), Morel (Paul), Moriec, Morin (Paul),

31. Morin (Pierre), Morlot, Mlle Moulard, MM. Mouriès, Mugel, Muguet, Neau, Netter, Neyraud, Nicollon des Abbayes,

41. Noblet, Nora, Nounez, Oberlin, Ohier, Olivieri, Ollier, Oulié, Papadato, Paramonoff,

51. Parturier, Patriarche, Patrikios, Paulin, Pautet, Pechdo, Pelletier, Peltier, Pina, Penot,

61. Penoyée, Pépin, Perrier, Perrin (Henri), Perrin (Robert), Perrin-Maréchal, Perrussel, Persillard, Pesnel, Petet,

71. Petit, Petitjean, Peyre, Peyrot, Picard (Pierre), Picard (René), Pichon, Pierrot, Pigney, Pinard,

81. Pinel, Mme Piness née Lifschitz, MM. Plaisant, Plichet, Plumey, Poisson, Poissonnier, Polony, Mlle Pommay, MM. Pommereau,

91. Popesco-Pascan, Mlles Popelin, Popoff, MM. Porcheron, Pouey, Prévost, Proust, Provost, Puifferrat, Quantin,

Troisième série (100). — 1. MM. Quériaud, Quézel-Ambrunaz, Rabeau, Rabreau, Mlle Rachewski, MM. Radovanovitch, Raimbault, Rameau, Raphaël, Récamier,

11. Réglade, Renard, Renardier, Resmond, Rey, Richoux, Rigoulet, Riol, Rivet, Roberti,

21. Robillot, Robin, Robinson, Rocher, Mlles Romme, Rosenblum, MM. Rousse, Rousset, Roussillon, Roustan,

31. Roy, Royer, de Rymon, Sadoun, Sagardoy, Saint-Yves-Ménard, Salase, Salis, Salles, Salmont,

41. Salomon, Salvarelli, Mlles Samet, Sapogenik, MM. Sasportès, Savidan, Scheikevitch, Schlemmer, Mlle Schmerling, MM. Schoux,

51. Schulmann, Schwartz, Sébald, Sémenoff, Mlle Sempé, M. Sénèque, Mlle Sériot, MM. Sfez, Sibot, Sienra,

61. Silvestre, Simard, Simon, Simonnet, Slanka, Solal, Souplet, Stavropoulo, Sthème de Jubécourt, Suarez de Mendoza,

71. Suffrin, Szper, Taphanel, Tarrius, Mlle Tasserie, MM. Tassigny, Texier, Mlle Tgrigoriantz, MM. Thévenard, Tiphine,

81. Tortat, Toulouse, Toupance, Toupet, Tournadour d'Albay, Tourneix, Tribout, Triollet, Ullmann, Vacher,

91. Valiadis (Jean), Valiadis (Nestor), Valleton, Vautier, Vautrain, Vauzanges, Verdenal, Verdure, Vérillotte, Vernon.

Quatrième série (24). — 1. MM. Viala, Viard (Ferdinand), Viard (Marcel), Vidal, Vigderovitch, Vigouroux (A.-V.-H.), Vigouroux (Jacques), Villetard de Laguérie, Vincant, Vincent,

11. Violet, Mlle Wahl, MM. Wallon, Walther, Weill, Weiss, Wilmoth, Woirin, Wolff, Wurtz (Pierre),

21. Wurtz (Jacques), Yoyotte, Zermati, Zuretti.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le jury du concours pour deux places d'aide d'anatomie est composé de MM. les professeurs Gentes, Viault, Coyne, Villar et de M. le docteur Aubaret, chef des travaux anatomiques.

Les candidats sont MM. Flèche, Lhuerre, Beurois, Seguy, Thomas, Dufour, Sicé, Chevalier.

HONORAIRES MÉDICAUX. — Le Syndicat des médecins de la Vienne a récemment envisagé la question des honoraires attribués aux consultations entre les médecins de Poitiers et ceux du département de la Vienne. M. Bessonnet a soumis aux membres du syndicat la proposition suivante, qui a rallié la majorité des suffrages :

« Quand un médecin conviendra avec un malade d'appeler un confrère en consultation, si le malade demande ce que cette consultation lui coûtera, le médecin traitant fixera un chiffre approximatif, basé sur la situation du malade et la distance, à la condition que ce chiffre ne soit pas inférieur à 2 francs par kilomètre pour ce qui concerne le consultant seul.

« Ce chiffre comprendra les honoraires du médecin consultant et ceux du médecin traitant s'élevant sensiblement au cinquième de ceux du médecin consultant.

« Exemple : un médecin de Poitiers est demandé par un confrère pour voir un malade à 20 kilomètres ; il devra réclamer 50 francs, soit 2 fois 20 = 40 + le cinquième de cette somme pour le traitant, c'est-à-dire 48 ou 50 francs.

« Au moment de la consultation, les médecins consultant et traitant s'entendront ensemble sur les bases ainsi fixées, et quand le médecin consultant présentera sa note au malade, cette note comprendra les honoraires du médecin traitant et les siens, sans indication permettant au malade de savoir quelle indemnité son médecin ordinaire a pu toucher. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Goguel et Pierre Olivier (de Bordeaux).

Conférences sur la prophylaxie des maladies vénériennes, par LE RAY. Un vol. de 162 p. — Paris, A. Maloine.

Balnéo guide en Suisse, par DE LA HARPE. Un vol. de 288 p. — Paris, A. Maloine; Lausanne, Librairie nouvelle.

SYNDROME DE COAGULATION MASSIVE

ET DE

XANTHOCHROMIE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

DANS UN CAS DE SARCOME DE LA DURE-MÈRE

Par MM. A. BLANCHETIÈRE et P. LEJONNE.

(Travail de la clinique et du laboratoire du professeur Raymond à la Salpêtrière.)

Depuis les travaux de MM. Frouin, Babinski, Cestan et Ravaut, Sicard et Descomps, l'attention a été attirée sur un état particulier du liquide céphalo-rachidien, rencontré le plus ordinairement dans des cas de paraplégie spasmodique et caractérisé par la coagulation en masse et la coloration jaune du liquide céphalo-rachidien. On a tendance à l'heure actuelle à considérer ce syndrome comme caractéristique *d'une lésion inflammatoire méningomyélitique* (1). Nous avons eu l'occasion d'observer un liquide céphalo-rachidien analogue, différent toutefois par certains caractères sur lesquels nous insisterons, en particulier par l'absence de tout élément cellulaire, *dans un cas de paraplégie spasmodique due à un sarcome de la dure-mère rachidienne de la région dorsale, sans lésion de méningite appréciable.*

Voici d'abord l'observation anatomo-clinique du malade :

Il s'agit d'un homme âgé de soixante-six ans entré le 8 mai 1907 pour une paraplégie spasmodique, dans le service du professeur Raymond à la Salpêtrière.

Jusqu'en 1904, il avait exercé le métier de cultivateur puis était venu à Paris comme homme de peine dans un restaurant. Dans ses antécédents il n'y a à noter que des fièvres paludéennes qu'il a présentées à l'âge de huit ans et qui depuis n'ont jamais récidivé. Il n'est ni éthylique, ni syphilitique.

L'affection actuelle débuta en janvier 1907 au milieu d'une santé excellente par des crampes et de la faiblesse du pied droit; quand le malade était couché, son pied se mettait en rotation externe; une quinzaine de jours plus tard les mêmes phénomènes se montrèrent au pied gauche. Peu de temps après et simultanément les deux jambes se prirent à leur tour, tantôt isolément, tantôt toutes les deux à la fois, elles se pliaient brusquement, mais néanmoins il pouvait encore marcher avec des béquilles.

Un médecin lui appliqua des pointes de feu à la partie inférieure de la colonne vertébrale et lui ordonna le repos au lit.

Très rapidement l'impotence des membres inférieurs devint absolue; le malade consulta alors à la Salpêtrière où il fut admis en mai 1907.

Examen du 20 mai 1907. — Le malade présente une *paraplégie spasmodique* typique accompagnée de gros troubles de la sensibilité.

On peut dire que toute la moitié supérieure du corps au-dessus de la septième vertèbre dorsale est absolument normale.

Au point de vue moteur, du côté des membres inférieurs, aucun mouvement spontané n'est possible, sauf quelques très légers mouvements d'adduction des jambes; le malade peut se mettre sur son séant, mais il est obligé de s'aider des bras.

La résistance aux mouvements provoqués est un peu mieux conservée. C'est ainsi qu'à la cuisse les extenseurs et les adducteurs paraissent jouir d'une force à peu près normale, tandis que la résistance des fléchisseurs et des abducteurs est nulle.

En ce qui concerne les muscles rotateurs, il y a quelque différence entre les deux côtés, les rotateurs en dedans sont à droite moins mauvais que du côté opposé; les rotateurs en dehors sont très pris à droite et à gauche.

Les divers muscles de la jambe et du pied n'offrent aucune résistance.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont très vifs des deux côtés; il existe du clonus de la rotule, même parfois spontanément, le signe de Babinski est nettement en extension, par contre le phénomène d'Oppenheim se produit en flexion.

Il y a abolition totale des réflexes crémastériens et abdominaux.

Au point de vue de la sensibilité, les grosses modifications de la sensibilité objective contrastent avec le peu de troubles de la sensibilité subjective. C'est ainsi que la paraplégie s'est installée insidieusement, sans douleurs, et qu'à l'heure actuelle, à part quelques douleurs de constriction au niveau du bas-ventre, le malade ne souffre pas.

Au contraire la sensibilité objective est profondément troublée dans toute la moitié inférieure du corps; au point de vue du tact, le malade présente une hypoesthésie considérable et fait de grossières erreurs de localisation sur tous les membres inférieurs et le tronc jusqu'à une région correspondant à peu près au neuvième segment dorsal; pour la température et pour la douleur il y a anesthésie absolue sur toute la moitié inférieure du corps, remontant à peu près jusqu'à la limite supérieure du dixième segment dorsal, au-dessus est une bande d'hypoesthésie occupant le territoire de D IX et de D VIII.

Les sensibilités profondes (sens des attitudes, sensibilité osseuse) sont également abolies dans les mêmes régions.

Il existe quelques troubles des sphincters : le malade sent mal le besoin d'uriner et est obligé de pousser fréquemment pendant la miction. Il sent bien passer les urines.

On n'observe aucun trouble viscéral; on ne réveille aucune douleur au niveau de la colonne vertébrale, ni par la percussion forte, ni au moyen du tube chaud; pourtant deux apophyses épineuses, la neuvième et la douzième dorsales semblent un peu saillantes.

La ponction lombaire pratiquée le 22 mai 1907 montre un liquide jaune citrin, coagulant en masse. Centrifugé, il ne renferme que quelques très rares lymphocytes.

Autant le diagnostic du syndrome paraplégie spasmodique et la localisation des phénomènes pathologiques au niveau des huitième et neuvième segments médullo-radiculaires dorsaux étaient faciles chez ce malade, autant il était délicat de préciser la cause et la nature de l'affection.

Les résultats de la ponction lombaire venaient encore compliquer le problème; malgré la présence d'un liquide jaune coagulant en masse, l'examen cytologique négatif, comme d'ailleurs toute l'histoire clinique du malade écartait l'idée d'une de ces inflammations méningées décrites par MM. Frouin, Sicard et Descomps, etc.

On pouvait hésiter entre trois hypothèses : la saillie de quelques apophyses épineuses dorsales faisait penser à des troubles nerveux consécutifs à un mal de Pott, mais la colonne vertébrale n'était pas douloureuse et le malade n'était nullement bacillaire. L'idée d'une tumeur de la moelle ou de ses enveloppes était plus séduisante, mais il était bien difficile de l'adopter entièrement en l'absence de tout phénomène douloureux. Restait l'hypothèse d'une myélite transverse de cause indéterminée.

(1) SICARD et DESCOMPS. Syndrome de coagulation massive, de xanthochromie et d'hématolymphocytose du liquide céphalo-rachidien, *Gaz. des hôpit.*, 20 oct. 1908.

Evolution de l'affection jusqu'à la mort. — Le *28 mai*, une deuxième ponction lombaire montre un liquide absolument semblable à celui de la première ponction.

18 juin. — L'état du malade est stationnaire, la spasmodicité a toutefois augmenté et il existe des crampes très douloureuses dans les membres inférieurs.

Troisième ponction lombaire : même liquide qui coagule encore plus vite que les fois précédentes.

5 juillet. — Le malade se plaint de quelques douleurs en ceinture.

Quatrième ponction lombaire : une partie du liquide est inoculée dans le péritoine d'un cobaye.

L'animal sacrifié le 26 juillet ne présente pas trace de tuberculose.

29 juillet. — La contracture des membres inférieurs est intense, surtout à droite où il est maintenant impossible de mettre en évidence l'exagération des réflexes et la trépidation spinale.

Les crampes ont augmenté et s'accompagnent de mouvements de flexion des jambes.

Les troubles de la sensibilité objective n'ont pas varié.

8 octobre. — Quatrième ponction lombaire : le liquide présente toujours la coloration jaune citrin et la coagulabilité presque instantanée.

27 octobre. — Cinquième ponction lombaire : liquide analogue.

6 janvier 1908. — Il commence à se montrer un certain degré d'atrophie musculaire, marquée surtout au niveau de la cuisse gauche. La miction est devenue assez difficile. Du côté du rectum, le malade sent mal passer les matières.

L'état reste le même pendant tout le courant de l'année 1908.

24 septembre. — Sixième ponction lombaire.

30 septembre. — Septième ponction : le liquide présente toujours les mêmes caractères que dans les ponctions précédentes.

21 novembre. — Pour combattre la contracture des membres inférieurs et les douleurs intenses qu'elle occasionne, le docteur Fernand Lévy fait au malade une injection intrarachidienne de sels de magnésium.

A la suite, rétention d'urine disparaissant au bout de quarante-huit heures. La contracture et les douleurs diminuent très notablement, mais reparaissent aussi intenses au bout de sept à huit jours.

5 décembre. — Deuxième injection de sels de magnésium, suivie d'une amélioration passagère.

6 février 1909. — L'état local du malade reste à peu près le même. L'atrophie musculaire au niveau des membres inférieurs tend toutefois à augmenter.

L'état général s'altère, le malade se nourrit mal et se cachectise.

Il meurt le 23 mars 1909.

Examen anatomique. — L'autopsie a été pratiquée environ trente heures après la mort, le cadavre ayant été formolé.

Le liquide céphalo-rachidien, examiné à ce moment, ne présentait qu'une coloration jaune extrêmement atténuée, il renfermait une proportion de fibrine et d'albumine beaucoup moins considérable ; on y trouvait enfin un nombre colossal d'éléments, globules rouges, poly et mononucléaires, grandes cellules à plusieurs noyaux prenant mal les divers colorants, etc.

L'encéphale était absolument sain; la colonne vertébrale était indemne de toute altération. La lésion consistait en une tumeur de la dure-mère ayant la forme et les dimensions d'une grosse olive, située à la face dorsale de la moelle qu'elle comprimait au niveau des septième, huitième et neuvième segments dorsaux. Il semblait y avoir à ce niveau adhérence entre la dure-mère et la face dorsale de la moelle, cependant après quelques légères tractions la dure-mère se décollait facilement.

Il n'y avait pas trace de méningite, mais trois ou quatre noyaux secondaires pie-mériens un peu plus gros que des têtes d'épingle, situés à la face dorsale de la moelle un peu au-dessous de la tumeur principale.

Nous publierons ailleurs l'examen histologique détaillé. Disons seulement que la tumeur était un sarcome à petites cellules rondes renfermant de très nombreux vaisseaux gorgés de sang et présentant dans son épaisseur des hémorragies multiples.

La moelle était comprimée surtout à la région postérieure. L'examen histologique confirmait l'absence de méningite.

Plusieurs points nous paraissent intéressants dans cette observation anatomo-clinique. Tout d'abord les *caractères particuliers du liquide céphalo-rachidien* observé pendant la vie du malade grâce à la ponction lombaire.

Sept ponctions lombaires nous ont toutes montré un liquide jaune citrin coagulant tellement vite que le caillot formé obstruait l'aiguille et que pour retirer une certaine quantité de liquide, on était obligé de la désobstruer en y passant un mandrin.

Le coagulum, détaché des parois du tube où on le recevait au moyen d'une baguette de verre étirée, se rétractait fortement, laissant exsuder le liquide qu'il renfermait dans ses mailles. Reçu et maintenu cinq minutes dans un tube chauffé à 58 degrés, il ne prenait plus en masse, mais on pouvait lui rendre son pouvoir coagulant soit par addition de liquide neuf, soit par addition de sérum sanguin. Les précipitants des sels de calcium empêchaient également la coagulation qu'on pouvait de nouveau provoquer par une addition suffisante de $CaCl^2$.

L'examen histologique du liquide défibriné au moyen de perles de verre, puis centrifugé, n'a toujours montré que quelques très rares éléments lymphocytaires, jamais plus de deux ou trois lymphocytes par champ microscopique à l'immersion.

Jamais on n'a observé de globules rouges ni d'autres éléments anormaux.

La composition chimique de ce liquide a été examinée à trois reprises (1) :

Substance dosée p. 1 000.	PONCTION DES 27 oct. 1907.	PONCTION DES 24 sept. 1908.	PONCTION DES 30 sept. 1908
Densité	»	»	1,015
Extrait sec	»	»	45
Substances minérales	»	»	9
Chlorures (en NaCl)	»	7,39	7,55
Urée	»	»	0,59
Fibrine	1,70	1,61	1,63
Globulines	8,08	27,25	27,66
Albumine vraie	17,42		

L'examen spectroscopique n'a jamais donné les bandes caractéristiques de l'hémoglobine, le liquide examiné sous une épaisseur de 20 millimètres éteignait la partie droite du spectre jusqu'au vert inclusivement.

On voit à quel point ce liquide diffère par sa composition chimique du liquide céphalo-rachidien nor-

(1) Les caractères particuliers de ce liquide ont déjà fait l'objet d'une communication de notre part à la Société de biologie (séance du 15 mai 1909).

mal tel qu'il paraît constitué d'après les recherches récentes (1). Si par sa couleur, sa coagulabilité rapide il se rapproche de celui qu'on a parfois trouvé dans certaines inflammations méningées (Frouin, Cestan et Ravaut, Sicard et Descomps, etc.), il se différencie radicalement par l'absence de tout élément cellulaire; jamais, nous le répétons, nous n'avons observé plus d'un ou deux lymphocytes par champ microscopique à l'immersion, jamais de globules rouges, ni même de vieux stromas globulaires plus ou moins déformés.

Un deuxième caractère particulier à ce liquide c'est qu'il s'est montré à peu près *identiquement le même* au cours de sept ponctions lombaires échelonnées du 22 mai 1907 au 30 septembre 1908; il est vrai qu'un examen pratiqué post mortem le 24 mars 1909 a donné des résultats différents, mais dans l'intervalle le malade avait subi deux injections intra-rachidiennes de sels de magnésium et nous pensons qu'il n'y a pas à tenir compte de ce dernier examen. En tous cas pendant seize mois le liquide n'a guère varié, ni d'aspect, ni de constitution chimique, la rapidité de sa coagulation a simplement diminué. Or, dans les cas observés par les auteurs, c'est un des principaux caractères que « la variabilité constatée dans les observations de disparition et de réapparition relativement rapide chez un même malade de ce type humoral morbide (2) ».

Nous ferons remarquer que le mécanisme de la coagulation de ce liquide céphalo-rachidien est *absolument analogue à celui de la coagulation du sang* : 1° par refroidissement le liquide ne coagulant pas, l'échauffement du liquide refroidi faisait réapparaître la coagulation; 2° le liquide chauffé cinq minutes à 58 degrés ne coagulait plus, mais rendu de nouveau actif par un peu de liquide neuf ou de sérum sanguin, il coagulait de nouveau; 3° traité par l'oxalate d'ammoniaque le liquide ne précipitait pas, réactivé par du chlorure de calcium, il précipitait de nouveau.

Or, ce sont là trois des grands caractères que présente la coagulation du sang.

Le cas que nous publions ici est à notre connaissance le premier où les éléments d'un liquide céphalo-rachidien spontanément coagulable aient été cliniquement dosés d'une façon un peu précise, les auteurs qui nous ont précédé s'étant contentés de dire que le liquide était rapidement coagulable sans chercher à déterminer exactement à quels matériaux était due cette rapide coagulation.

Le deuxième point intéressant dans notre observation, c'est la constatation d'un pareil liquide céphalo-rachidien au cours d'une *tumeur des méninges*, dans l'espèce un sarcome de la dure-mère. Disons en passant que, au point de vue clinique, il était bien difficile d'affirmer l'existence de cette tumeur, en l'absence de toute douleur spontanée, sauf quelques légères douleurs en ceinture d'apparition tardive et de violentes crampes dues à la contracture exagérée des membres inférieurs.

Nous ne pouvons donc admettre complètement l'opinion émise par MM. Sicard et Descomps dans leur remarquable article :

« Supposons, disent ces auteurs, que le diagnostic causal d'une paraplégie soit indécis et que l'hésitation se limite à une méningomyélite ou à une compression médullaire par tumeur. Si la ponction lombaire révèle le syndrome humoral décrit plus haut (coagulation massive, xanthochromie et hémolymphocytose du liquide céphalo-rachidien), on pourra en inférer qu'il ne s'agit pas d'une tumeur limitée proprement dite, fibrome, sarcome, psammome, kyste, etc., mais d'un processus de méningomyélite syphilitique ou tuberculeux, plus diffus, se développant sur une assez grande étendue. Cette constatation prendra tout son intérêt au cas de discussion opératoire. »

Or, nous venons de montrer que la coagulation massive et la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien peuvent exister, sans méningite, dans le cas de compression médullaire par tumeur. Il n'y a donc pas là un signe différentiel nouveau favorisant le diagnostic et en définitive pour établir celui-ci c'est encore à l'*histoire clinique* du malade et à l'*examen cytologique du liquide céphalo-rachidien* qu'il faudra avoir recours.

Nous serons très réservés au sujet de la *pathogénie* d'un pareil liquide céphalo-rachidien; il est bien évident que ni la théorie proposée par MM. Cestan et Ravaut (hémorragie venant compliquer un foyer de méningomyélite en activité), ni celle soutenue par MM. Sicard et Descomps (inflammation méningée circonscrite par un processus symphysaire, compression vasculaire et œdème local consécutif), ne peuvent expliquer le cas qui nous occupe. Bien que l'examen spectroscopique n'ait pas décelé les traces de l'hémoglobine et que nous n'ayons jamais trouvé ni globule rouge, ni débris globulaire, nous pensons que ce liquide était d'origine hémorragique : ses caractères chimiques sur lesquels nous avons insisté nous permettent de le supposer. Nous avons de plus été très frappés en examinant microscopiquement la tumeur de la dure-mère par les nombreux vaisseaux et les hémorragies interstitielles qu'elle renfermait.

Comment expliquer, dans ce cas, la permanence durant seize mois des caractères physiques et chimiques de ce liquide ? Peut-être s'est-il agi de petites hémorragies presque continuelles, d'un véritable suintement sanguin venu de la tumeur, mais alors, pour expliquer l'absence d'hémoglobine et de globules rouges, il faudrait supposer un état spécial du liquide céphalo-rachidien probablement modifié par des sécrétions venues du néoplasme. Il nous est donc impossible d'affirmer quelle est l'origine des substances anormales constatées dans ce liquide (1).

(1) W. Mestrezat. Contribution à l'étude chimique du liquide céphalo-rachidien, *Journ. de physiol.*, 15 mai 1909.

(2) Sicard et Descomps. Loc. cit.; — W. Mestrezat et H. Roger. Syndrome de coagulation massive, de xantochromie et d'hémato-leucocytose du liquide céphalo-rachidien, *Soc. de biol.*, 19 juin 1909.

(1) Dans une communication récente, MM. Mestrezat et Roger (*loc. cit.*) pensent qu'il pourrait s'agir d'une « transsudation des principes du plasma sanguin qui s'effectue au niveau des éléments sarcomateux habituellement très vasculaires ».

Pour conclure, à côté du *syndrome dit de Frouin* (Sicard et Descomps) qu'on rencontre dans certaines paraplégies spasmodiques reconnaissant pour origine une inflammation méningomyélitique, il faut faire une place à un syndrome assez analogue, observé par nous pour la première fois, caractérisé également par la coagulation massive et la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, mais différent du syndrome de Frouin par l'absence d'hématolymphocytose.

Ce syndrome s'accompagne également de paraplégie spasmodique, mais il reconnaît pour origine non une inflammation méningée mais une tumeur des enveloppes de la moelle.

Donc, dans un cas de paraplégie spasmodique, si l'on hésite entre une méningomyélite ou une compression médullaire par tumeur, il n'y a pas à faire fond pour un diagnostic ou une discussion opératoire sur la coagulation massive et la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien ; il est probable que dans notre cas une opération précoce eût sauvé le malade.

MÉDECINE PRATIQUE

L'INSUFFISANCE SURRÉNALE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

Les capsules surrénales paraissent jouer, en physio-pathologie, un rôle considérable dont on commence seulement à entrevoir les divers aspects. Dans des Traités didactiques, qui datent seulement de quelques années, la pathologie de ces capsules ne comporte qu'un chapitre, celui de la maladie d'Addison. Aujourd'hui, on décrit non seulement la tuberculose capsulaire, mais encore des surrénalites aiguës, des surrénalites chroniques, des hémorragies des capsules surrénales (1). Les surrénalites aiguës s'observent surtout au cours des maladies infectieuses et se traduisent par un syndrome plus ou moins complet d'insuffisance surrénale.

Une des premières observations a été publiée en 1902 par M. Sergent (2) : un homme jeune, alcoolique, entre à l'hôpital pour une pneumonie ; au quatrième jour de cette pneumonie, le malade devient somnolent et déprimé, le pouls est mou ; quelques heures plus tard, cet homme meurt subitement et, à l'autopsie, on trouve une congestion intense des capsules surrénales avec des foyers hémorragiques dans l'une d'elles. Des faits analogues furent signalés dans la bronchopneumonie (Sicard), dans la rougeole (Ribadeau-Dumas et Bing), dans diverses maladies infectieuses (Bossuet); on les trouvera relatés dans l'article de MM. Lœper et Oppenheim, qui ont eux-mêmes apporté une importante contribution de recherches nouvelles à la pathologie surrénale; il faut encore citer les travaux de MM. Sergent et Bernard. Tout récemment, une leçon de M. le professeur Hutinel, une communication de MM. Martin et Darré à la Société médicale des hôpitaux ont encore montré l'intérêt clinique de ce syndrome d'insuffisance surrénale, dont on peut parfois faire le diagnostic et dont on peut améliorer le pronostic par l'opothérapie.

Déjà, en étudiant les principales causes de mortalité de la diphtérie depuis la sérothérapie, M. Martin (3) avait rappelé que Roux et Yersin ont constaté des lésions des capsules surrénales chez des cobayes qui succombent à l'intoxication diphtérique expérimentale, et cet auteur faisait remarquer que les troubles gastro-intestinaux, l'hypotension, l'hypothermie avec collapsus, signes précurseurs de la mort subite ou rapide à la convalescence de la diphtérie, constituent un syndrome qui ressemble absolument à celui de l'insuffisance surrénale. Dans d'autres cas, les symptômes sont moins intenses, mais leur groupement encore assez caractéristique. Il en était ainsi dans l'observation publiée par MM. Martin et Darré (1) : une femme de vingt-six ans a une diphtérie grave, elle est traitée énergiquement par des injections de sérum de Roux; les symptômes locaux et l'état général s'améliorent, quand surviennent, neuf jours après le début de la maladie, une asthénie profonde, une prostration extrême; le pouls est petit, faible et dépressible; la tension artérielle s'abaisse à 9,5; cette asthénie et cette hypotension artérielle ayant été attribuées à l'insuffisance surrénale, on décide de soumettre la malade à la médication opothérapique, en lui donnant chaque jour 90 centigrammes d'extrait surrénal en trois cachets; les résultats de cette médication confirmèrent le diagnostic, car l'asthénie et la tendance aux syncopes disparurent très rapidement; toutefois l'abaissement de la pression artérielle persista pendant quelques jours ; après une convalescence encore troublée par des accidents sériques et par une paralysie diphtérique, la malade finit par guérir complètement.

Le même syndrome d'insuffisance surrénale a été observé par M. le professeur Hutinel, dans la scarlatine (2). Chez une fillette d'une dizaine d'années, au cours d'une scarlatine grave, plusieurs symptômes attirèrent l'attention sur les capsules surrénales : c'était d'abord une dépression des forces, une asthénie extrême; l'enfant, effondrée sur son lit, était incapable non seulement d'un effort, mais de tout mouvement; c'étaient ensuite les troubles de la fonction cardiaque et de la tension artérielle ; celle-ci tomba jusqu'à 7,5; les bruits du cœur étaient faibles, irréguliers, très rapides; le pouls petit. Il existait aussi des douleurs abdominales, vagues, profondes, dans les flancs et à la partie supérieure de l'abdomen, des nausées et des vomissements ; le tableau clinique se compléta même par l'apparition d'une coloration brune de la peau ; enfin, on pouvait produire facilement le signe de la ligne blanche surrénale décrit par Sergent. En présence de cette hypotension et de ces divers symptômes, M. Hutinel fit prendre à l'enfant, chaque jour, XVI gouttes d'une solution d'adrénaline au millième; la dose fut ensuite abaissée à XII, puis à X gouttes. Sous l'influence de l'adrénaline, l'enfant sortit de sa torpeur et la tension artérielle se releva immédiatement.

Ainsi donc, dans la plupart des infections graves, des signes d'insuffisance surrénale peuvent se montrer, à un degré d'intensité d'ailleurs très variable et qui correspond sans doute au degré des lésions provoquées par l'infection dans les capsules. Quelquefois, les symptômes affectent un caractère de haute gravité et leur pronostic est presque fatal ; les éléments de ce syndrome, bien décrit par Sergent et Bernard, sont les douleurs abdominales et lombaires, l'anorexie, les vomissements, la diarrhée profuse, l'abattement avec hypothermie, la petitesse du pouls, la tendance au collapsus ou l'agitation avec délire; la terminaison se fait presque toujours par la mort subite ou rapide. Mais dans d'autres cas, les signes de l'insuffisance surrénale sont moins nombreux

(1) Lœper et Oppenheim. *Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales*, 1906.

(2) Sergent. *Presse méd.*, 1er octobre 1902.

(3) L. Martin. *Bulletin méd.*, 1908, p. 382.

(1) Martin et Darré. Insuffisance surrénale au cours d'une diphtérie grave. Opothérapie, guérison, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1909, p. 830.

(2) Hutinel. Syndrome d'insuffisance surrénale au cours de la scarlatine, *Bulletin méd.*, 17 mars 1909. — Voir les articles d'Aubry, *Gaz. méd. de Nantes*, 3 juil. 1909; et de Sergent, *Presse méd.*, 10 juil. 1909.

et moins inquiétants ; ils se réduisent parfois à l'asthénie et à l'hypotension artérielle. Alors, si le pronostic est toujours un peu sombre, il n'est cependant pas désespéré, car c'est dans ces circonstances que l'opothérapie peut rendre les plus grands services. On prescrira l'extrait de capsule surrénale ou la solution d'adrénaline au millième, et on assistera parfois à une amélioration très rapide. C'est, en particulier, dans la diphtérie, qu'il faut surveiller de très près le fonctionnement des glandes surrénales. En associant l'opothérapie surrénale à la sérothérapie, on parviendra peut-être à triompher des accidents graves de certaines diphtéries malignes (Martin et Darré). Quelques auteurs ont même conseillé de donner systématiquement de l'adrénaline dans tous les cas de diphtérie grave.

M. BRELET.

ANALYSES

MÉDECINE

Dangers que font courir au porteur de bacilles typhiques ses propres bacilles typhiques. (W. Kamm. *Münch. med. Wochens.*, 18 mai 1909, n° 20, p. 1011.) — Les porteurs chroniques de bacilles typhiques ne constituent pas seulement un danger pour leur entourage. Il est maintenant certain que les bacilles qui végètent dans les voies biliaires, l'intestin ou tout autre point de l'organisme de ces sujets, peuvent déterminer des réinfections graves et parfois mortelles.

Lévy et Kayser ont déjà publié, en 1907, un cas de réinfection générale par le bacille d'Eberth, ayant déterminé la mort (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 10, p. 115).

Kamm publie le résultat de l'autopsie de deux aliénées porteuses chroniques de bacilles typhiques.

La première succomba à une pneumonie et l'on put isoler le bacille typhique de la bile, du parenchyme hépatique et du duodénum : l'autopsie ayant été faite tardivement on n'a pu constater dans les autres organes que du colibacille et il est difficile de dire si dans ce cas une septicémie éberthienne est survenue qui a pu jouer un rôle dans l'évolution de la maladie. Mais dans la seconde observation concernant également une aliénée depuis longtemps porteuse de bacilles, la réinfection de l'organisme par le bacille d'Eberth n'est pas douteuse : ce microorganisme put être isolé non seulement de la vésicule et des voies biliaires ainsi que de gros calculs contenus dans la vésicule, mais également du foie, de la moelle osseuse, de la rate et des poumons. Ajoutons qu'il existait de plus un carcinome en évolution de la vésicule biliaire ayant même donné quelques noyaux hépatiques. Kamm fait ensuite allusion à un cas absolument identique observé tout récemment par Fehrs à l'Institut bactériologique de Sarrelouis : les porteurs de bacilles ont donc peut-être à compter encore avec un danger autre que la réinfection générale, avec la dégénérescence cancéreuse de la vésicule biliaire et l'on suit facilement la filiation des accidents : fièvre typhoïde, infection chronique éberthienne de la vésicule biliaire avec lithiase, et finalement cancer de la vésicule.

Kamm rapporte également l'histoire d'un homme qui présenta deux mois après une fièvre typhoïde, un abcès costal qui s'ulcéra et donna naissance à une fistule qui continua de suinter. Huit mois après la fièvre typhoïde le pus de cette fistule contenait du bacille d'Eberth en culture pure et le sujet présenta une réinfection générale, sans doute partie du foyer costal et démontrée par l'ensemencement du sang.

Enfin, Kamm fait allusion à une observation de Meyer et Ahreiner concernant une femme qui souffrit, dix ans après une fièvre typhoïde, d'une pyélite suppurée ayant nécessité une intervention chirurgicale : dans le pus se trouvaient des bacilles typhiques.

Ainsi donc, les bacilles typhiques latents dans l'organisme constituent un grand danger pour le porteur de bacilles lui-même : partis des voies biliaires où ils se cantonnent le plus fréquemment, ils peuvent provoquer une nouvelle septicémie comme le démontrent les observations de Lévy et Kayser, de Kamm, et aussi des observations de Busse dans lesquelles cette réinfection semble s'être produite sous l'influence d'autres maladies générales, notamment de la tuberculose. Mais aussi la persistance des bacilles dans les voies biliaires ou dans les voies urinaires n'est pas non plus sans de graves inconvénients dont les observations citées dans le présent article montrent la réalité.

A. LEMIERRE.

Les tubercules du foie chez le vieillard. (A. Monnier. *Gaz. méd. de Nantes*, 10 oct. 1908, p. 801.) — La fréquence des tubercules hépatiques chez le vieillard n'a pas encore été signalée. M. Monnier a observé une série de cas cliniquement assez obscurs et qui ont été expliqués à l'autopsie et à l'examen microscopique du foie par une tuberculose hépatique. Il s'agit de vieillards, tousseurs de longue date, souvent qualifiés de catarrheux et d'emphysémateux, mais en réalité atteints de tuberculose pulmonaire, qui dépérissent inopinément, présentent des troubles digestifs tels que de l'anorexie, du tympanisme, de la diarrhée; la langue est sèche, les urines deviennent rares, contiennent parfois des pigments biliaires. On fait alors le diagnostic d'urémie ou de quelque cancer viscéral ; ces malades succombent rapidement dans la cachexie et le marasme. A l'autopsie on trouve, au sommet des poumons, des tubercules souvent fibreux; par l'examen macroscopique du foie, il est exceptionnel de constater la présence de tubercules; mais au microscope, on voit une cirrhose insulaire discrète au niveau de l'espace porte et des néoformations tuberculeuses sous forme soit de cellules embryonnaires en traînées ou en nodules, soit de tubercules franchement caséeux ou fibro-caséeux. Le processus tuberculeux commence à l'amas embryonnaire et n'atteint pas toujours le tubercule caséeux. A ces lésions s'ajoute quelquefois un élément congestif, un foie cardiaque en miniature ; c'est alors le foie cardiaque et tuberculeux sénile. Les recherches de l'auteur sur les tubercules du foie chez le vieillard ont été ensuite poursuivies par M. Cassard qui a publié un travail d'ensemble sur cette question. (Th. de Paris, juillet 1908.)

M. BRELET.

CHIRURGIE

Luxations récidivantes du nerf cubital. (Farrar Cobb. *Ann. of Surg.*, vol. XLVIII, n° 3, sept. 1908, p. 409-419.) — La vraie luxation du nerf en avant de l'épitrochlée est rare, mais la subluxation jusqu'au sommet de cette saillie osseuse est assez commune. La fréquence de la luxation complète est d'environ 1,5 p. 100, mais la proportion de ces cas causant des symptômes pénibles est très faible, et la subluxation ne cause jamais de douleurs.

Cobb, en neuf ans, a opéré deux cas. C'est tout ce qu'un observateur particulièrement intéressé a pu trouver dans la clientèle d'un très grand hôpital.

Il y a des luxations congénitales ayant des causes prédisposantes : laxité des tissus, moindre hauteur de l'épitrochlée, diminution de l'angle que fait le cubitus avec l'humérus dans l'extension (laquelle dernière cause est considérée comme importante par les Allemands, mais guère par Cobb). Mais ces cas congénitaux ne sont pas intéressants, car ce sont des cas sans symptômes. Les cas intéressants, ceux que l'on doit opérer parfois, sont tous d'origine traumatique, et résultent d'un déchirement aponévrolique et du comblement de la gouttière par des lambeaux de muscle. On ne doit opérer que les cas graves s'accompagnant d'impotence marquée, jamais pour le simple fait de la luxation. L'opération la plus simple est la

meilleure. Remettre le nerf en place et le recouvrir d'un lambeau fibreux pris au triceps. Les opérations plus compliquées, évidement de l'os, dissection d'un lambeau périostique sont inutiles.

Il y a aujourd'hui vingt-trois opérations publiées.

F. GARDNER.

Lavage et drainage des vésicules séminales à travers les canaux déférents. (W. Belfield. *The Practit.*, sept. 1908, n° 483, vol LXXX, n° 3, p. 432.) — Belfield décrit une nouvelle méthode de traiter l'infection gonococcique des vésicules séminales. Le canal déférent est amené près de la peau du scrotum, et maintenu là par une aiguille courbe passée en dessous de lui. Sous anesthésie locale, une incision de 12 millimètres de longueur permet de découvrir le canal déférent, et d'ouvrir sa lumière par une incision longitudinale ou transversale. Une aiguille à pointe mousse de seringue hypodermique est introduite dans l'incision, et on injecte le liquide choisi. Celui-ci suit le canal, traverse l'ampoule, distend la vésicule séminale. Si c'est nécessaire, l'ouverture du canal est suturée à la peau et une fistule établie pour le temps voulu.

L'auteur recommande le lavage et drainage de vésicules séminales dans les cas suivants :

1° Infection gonococcique chronique des vésicules séminales avec ou sans écoulement;

2° Suppuration chronique du canal séminal chez les individus d'âge moyen ou les vieillards (prise en général par erreur pour de l'hypertrophie de la prostate);

3° Epididymite à rechutes, qui résulte de l'invasion répétée de l'épididyme par une infection permanente des vésicules séminales et de l'urètre postérieur;

4° Inflammation aiguë des vésicules séminales, gonococciques ou autres.

La première injection ne dépassera pas 2 centimètres cubes, mais, si l'inflammation persiste, la quantité peut en être graduellement augmentée.

M. LANCE.

Péritonite chez les enfants, sans foyer d'origine décelable. (Charles N. Dowd et *alii. New-York surg. Soc.*, 14 oct. 1908.) — Il s'agit plus particulièrement de péritonites à streptocoques. Il n'y a guère moyen de faire un diagnostic précoce; il n'y a que peu de rigidité abdominale. Les vomissements sont répétés, mais à part cela, les symptômes sont des plus vagues, et quand un diagnostic est fait, il est généralement trop tard pour intervenir. Très rare chez l'adulte, ce type de péritonite est assez fréquent chez l'enfant. Anatomiquement, il se fait remarquer par l'abondance du pus et surtout de l'exsudat fibrineux. A la culture, on ne trouve que du streptocoque à l'état de pureté. Dowd en a vu récemment quatre cas; un seul guérit. Il en cite 16 autres dans la littérature récente et a entendu parler de plusieurs autres.

Hotchkiss et Eliot ont chacun vu cinq de ces péritonites sans cause appréciable chez l'adulte. Ici encore le pronostic est grave. L'un des cas d'Eliot eut même deux opérations pour péritonite de ce genre en six semaines. Erdmann a vu chez l'enfant trois cas avec deux morts, Walker deux cas avec une mort et Blake plusieurs cas dont aucun ne guérit. Il attire l'attention sur la possibilité d'une affection intrathoracique méconnue, comme il le vit deux fois, mais les cas cités par les autres ayant été autopsiés, il ne semble guère probable que cette cause ait pu échapper.

Il reste donc acquis qu'il y a un type de péritonite, grave et insidieux où la recherche la plus attentive ne décèle pas de cause. Ce type n'est pas très rare chez l'enfant. Donc, si le chirurgien, après avoir bien cherché, ne trouve pas et que son malade meure, cela ne veut pas dire qu'il aurait dû ou qu'il aurait pu faire mieux.

F. GARDNER.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PRINCIPAUX CAS D'EXERCICE ILLÉGAL DE LA KINÉSITHÉRAPIE

1° Médecins étrangers pratiquant en France le massage et la gymnastique médicale, sans être pourvus du diplôme français d'Etat.

2° Masseurs et gymnastes diplômés d'instituts étrangers (non reconnus en France), particulièrement suédois.

Les délinquants de cette catégorie étant généralement appelés « docteur » par leur clientèle, et se faisant passer auprès d'elle pour des médecins spécialistes, usurpent un titre auquel ils n'ont aucun droit et sont passibles de peines plus graves.

3° Masseurs et gymnastes pourvus de diplômes d'instituts français. Il y a lieu de faire remarquer que l'emploi de toute thérapeutique étant légalement réservé aux seuls médecins, aucun certificat d'études ou diplôme ne peut conférer à qui que ce soit d'autre le droit de faire de la kinésithérapie.

4° Masseurs français ou étrangers non pourvus de diplômes : infirmiers, garde-malades, professeurs de gymnastique, etc.

Dans ce cas, il n'y a pas généralement usurpation du titre de docteur; il s'agit en somme de garde-malades sortant des attributions que la loi leur confère.

Ce sont surtout des délinquants de cette catégorie qui se couvrent avec des ordonnances, mais le même procédé est employé aussi par des délinquants de deuxième ou troisième catégorie ci-dessus.

5° Rebouteurs, guérisseurs, etc., soignant fractures, entorses, etc.

6° Magnétiseurs, sorciers, somnambules soignant les malades par des passes soi-disant magnétiques.

7° Fabricants d'appareils d'orthopédie, ceintures, bandages herniaires, etc., voyageant et plaçant eux-mêmes ces appareils. Pseudo-médecins séjournant à l'hôtel durant un jour ou deux dans chaque ville. En ce cas, il y a consultation, institution de traitement et parfois usurpation du titre de docteur.

8° Baigneurs, masseurs des établissements thermaux, hydrothérapiques, hammams et bains, etc., qui reçoivent des malades venant faire une cure non dirigée ni surveillée par un médecin responsable. Ne pas oublier que les propriétaires ou directeurs de ces établissements sont pécuniairement responsables.

9° Médecins prêtant leur diplôme et leur nom à des instituts de massage, de gymnastique médicale appartenant à des délinquants non médecins et où les traitements sont pratiqués et dirigés en réalité par ces délinquants.

Ordinairement dans ce cas très fréquent le rôle des médecins se réduit à la signature d'une ordonnance, qui est une simple formalité destinée à couvrir l'exercice illégal. Le médecin qui se prête à cette manœuvre est passible des mêmes peines que le masseur ou empirique.

Il importe encore de savoir que le médecin est responsable du traitement du client envoyé par lui à un masseur non médecin, s'il y a aggravation ou accident.

La poursuite de tous ces délits se prescrit par trois ans, mais la récidive après cinq ans.

N. B. — Le Syndicat général des médecins kinésithérapeutes de France, 6, rue Antoine-Dubois, Paris, prie ceux de ses confrères qui connaîtraient des cas ne rentrant pas dans les catégories ci-dessus, de vouloir bien les lui signaler.

Le Président :

Dr SAQUET,

25, rue Poissonnerie, Nantes.

P.-S. — Pour les poursuites judiciaires, il ne suffit pas de signaler les cas délictueux au procureur de la République, il

faut absolument lui apporter des faits avec le nom de deux témoins au minimum.

Il importe peu que ceux-ci se déclarent satisfaits du traitement, le délit n'en tombe pas moins sous le coup de la loi du 30 novembre 1892, mais on ne doit pas se servir d'agent provocateur, ce qui n'est pas admis en justice pour notre cas spécial.

Pour combattre utilement ces délits, il faut généralement se porter partie civile avec demande de dommages-intérêts importants. C'est plutôt l'affaire d'un syndicat qui a toutes chances de succès.

Pour la procédure et les jugements déjà obtenus, s'adresser à l'office central pour la répression de l'exercice illégal, docteur Ch. Levassort, 2, place des Vosges, Paris IVe.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique médicale et médecine journalière (1), par G. Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté de Lille (5e édition).

Quand un ouvrage voit ses éditions successives rapidement épuisées, on peut être sûr qu'il est bon, car un succès d'engouement serait passager et ne résisterait pas à l'épreuve du temps. L'ouvrage du professeur Lemoine est un bel exemple de cette règle générale, et la cinquième édition que nous offre l'éminent clinicien sera d'autant plus recherché qu'il s'agit en réalité d'un livre nouveau.

Il est nouveau en ce sens qu'il s'est augmenté dans des proportions considérables, mais comme la méthode qui l'inspire avait été reconnue bonne au périlleux contact de l'expérience, elle est demeurée la même. On la connaît bien du reste. L'auteur, en tête de chaque chapitre, place un schéma clinique, véritable exposé de pathologie interne, puis il discute la thérapeutique de l'affection donnant aux praticiens un tableau complet de nos moyens de défense contre les maladies. Et, notons-le en passant, pour ce qui concerne la thérapeutique médicamenteuse, les nombreuses formules données sont conformes au Codex de 1908.

D'autre part le rôle toujours croissant des agents physiques leur a valu une place plus considérable, notamment en ce qui regarde l'électrothérapie, dans l'ouvrage de M. Lemoine.

Ce dernier, en terminant sa préface, dit « qu'il a cherché à faire un livre complet, tout en restant dans le cadre simple de la première édition et en se rappelant qu'il écrit exclusivement pour des étudiants et des praticiens ». Cette entreprise si considérable par la science et l'expérience qu'elle nécessite, le professeur Lemoine l'a menée à bien, et nos confrères l'en remercieront en faisant à cette nouvelle édition de son remarquable ouvrage le même succès qu'aux précédentes. A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Syphilis et les maladies vénériennes (2), par le docteur E. Finger. Troisième édition française traduite d'après la sixième édition allemande avec notes par P. et L. Spillmann, et M. Doyon.

Ce volume résume d'une façon claire et précise les données actuelles sur les maladies vénériennes. Les lecteurs y trouveront un exposé des doctrines viennoises et un tableau complet de tous les traitements appliqués au chancre simple, à la blennorragie et à la syphilis. A ce titre cet ouvrage pourra rendre de grands services aux étudiants et aux praticiens.

Les annotations de MM. Doyon et Spillmann ont pour but de mettre en relief les théories et les méthodes françaises; leur compétence bien connue leur donnait toute autorité pour le faire.

Cette nouvelle édition est mise au courant des derniers progrès de la science et contient l'exposé de toutes les données nouvelles que l'expérimentation et le laboratoire nous ont fourni sur la syphilis pendant ces trois dernières années.

Cette nouvelle édition obtiendra, sans aucun doute, le même succès que les précédentes. P. RAVAUT.

(1) In-8 raisin de 1128 pages, cartonné. — Prix : 16 francs. — Paris, Vigot frères.

(2) Gr. in-8 de 436 pages avec 8 planches en chromolithographie hors texte. — Prix : 12 francs. — Paris, F. Alcan.

Formulaire magistral (1), par A. et G. Bouchardot, 34e édition.

Que dire d'un ouvrage classique aussi vénérable que celui-ci? Il est connu et pratiqué de tous, et il suffit d'annoncer qu'une nouvelle édition vient de paraître. Notons cependant que cette nouvelle venue s'est dûment conformée aux règles adoptées par la pharmacopée nouvelle et édictées par le Codex de 1908. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 8, août 1909.) Villedary : Méningite cérébro-spinale grave. — Polliot : Une intéressante trouvaille d'autopsie. — Dubujadoux : Résection de l'épaule pour arthrite fongueuse. — Vidal : Sections tendineuses vasculaire et nerveuse du poignet. — Paloque : Amputation de la cuisse nécessitée par la gangrène. — (N° 9, sept.) Thooris : De l'adaptation du jeune soldat. — Ruotte : Contribution à la chirurgie du genou. — Crevaut : Urémie dyspnéique foudroyante.

Archives de médecine navale. — (N° 8, août 1909.) Viguier : Remarques sur la façon d'examiner le sens chromatique au point de vue de l'aptitude au service de la marine. — Cazamian : De l'action hémostatique du sérum antidiphtérique dans les entérorragies typhiques. — Geoffroy : Voyage du *Kersaint* dans le Pacifique (*suite et fin*). — Guéguen : Etude sur le Yoghourd.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLX, n° 24, 17 juin 1909.) W. C. Gorgas : La conquête des tropiques par la race blanche. — Maurice H. Richardson : Le diagnostic et pronostic de la lithiase biliaire au point de vue chirurgical. — William N. Bullard : Le placement externe des filles imbéciles à un haut degré. — J. William Watson : Une série d'affections exanthémateuses à symptômes complexes. S'agit-il là d'un nouvel exanthème contagieux [avec 2 fig. (*à suivre*)]. — (N° 25, 24 juin.) Edward Reynolds : Les conceptions fondamentales qui doivent gouverner la pratique obstétricale moderne. — Franklin S. Newell : Quand doit-on intervenir pendant la grossesse et le travail? — Stanley P. Warren : Sur les progrès de l'obstétrique (1 tableau). — J. William Watson : Une série d'affections exanthémateuses à symptômes complexes. S'agit-il là d'un nouvel exanthème contagieux? [avec 5 fig.

(*fin*)]. — Edward A. TRACY : Une modification de l'appareil de Bier pour le traitement par l'air chaud (avec 4 fig.).

Bulletin général de thérapeutique. — (23 juillet 1909.) BOUQUET : État actuel de la thérapeutique des vomissements incoercibles de la grossesse. — (30 juillet.) BOUQUET : La question de l'intervention dans les pyélonéphrites gravidiques. — (8 août.) René DE GAULÉJAC : L'atoxyl dans la syphilis et la tuberculose. — (15 août.) VINCENT : Contribution à l'étude du casimiroa edulis. — (23 août.) VINCENT : Contribution à l'étude du casimiroa edulis (*suite*).

Clinique. — (N° 33, 13 août 1909.) LE GENDRE : La douleur dans les divers états morbides : la douleur dans les affections des téguments externes. — ROBINEAU : Sur quelques procédés de fermeture de la paroi abdominale. — BERGÉ : Les tænias et les tænifuges. — (N° 34, 20 août.) VIGOUROUX : Des altérations du nerf grand sympathique dans la mélancolie. — Ch. PÉRINEAU : Un moyen simple, pratique et certain de recherche du sang dans les urines et dans divers liquides de l'organisme (procédé de Meyer). — G. CORNU : Difficultés pratiques créées par le nouveau Codex. — PAUCHET : Hémostase préventive dans la moitié inférieure du corps. — GRENET et FARGIN-FAYOLLE : Dystrophies dentaires. — DELMAS : Sur l'œsophagoscopie. — BODIN : Note sur le choix des préparations mercurielles injectables dans le traitement de la syphilis. — RUDAUX : Cancer du col utérin et grossesse. Clinique et thérapeutique. — (N° 35, 27 août.) André THOMAS : Chorée de Sydenham : maladie organique. — ROBINEAU : L'ectopie inguinale du testicule. — CLAISSE : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel (méthode de Forlanini). — SAVARIAUD : Les hernies ombilicales chez l'enfant. — (N° 36, 3 sept.) EMERY et LÉVY-BING : Diagnostic de la syphilis par l'ultra-microscope. — V. PAUCHET : Traitement chirurgical du sarcome des os longs.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 25, 24 juin 1909.) STADELMANN : Sur la thrombose des artères pulmonaires. — KELLNER : Sur le traitement de l'épilepsie. — HALBEN : Tabes infantile chez une petite fille de dix ans. — RAEBIGER : Psychose et psychose d'induction. — DÖBLIN : Le dosage du ferment protéolytique dans les fèces. — HESSE : Bacilles diphtériques comme agents de septicémie. — V. HIPPEL : Incarcération du cæcum dans la fovea inguinalis medialis coexistant avec une appendicite chronique. — KÖHLER : Contribution statistique à la question de la guérison des tuberculeux dans les sanatoriums. — M. RABINOWITSCH : Nouvelle méthode pour la fixation exacte de la quantité de bacilles tuberculeux dans les inoculations. — GANTZ : Sur certains symptômes de percussion dans les épanchements pleuraux. — BAECCHI : Nouvelle méthode de recherche des spermatozoïdes dans les taches des étoffes. — (N° 26, 1er juillet.) FRANZ : Le traitement de l'avortement. — TSUNODA : Sur la question de l'anthracose pulmonaire d'origine intestinale. — HOMBURGER : Sur les troubles somatiques dans les psychoses fonctionnelles. — DOLD : Contribution clinique au diagnostic du choléra. — BUSCHKE et HARDER : Sur l'action provocatrice des injections de sublimé et leur rapport avec la réaction de Wassermann dans la syphilis. — IGERSHEIMER : Sur l'intoxication par l'atoxyl avec considération particulière sur son action sur les organes de la vue. — HOFFMANN : Les tablettes de tropacocaïne suprarénine et de novococaïne suprarénine utilisées pour l'anesthésie lombaire sont-elles stériles ? — KNAUTH : Contribution à l'étiologie de la méningite cérébro-spinale et son application à la pratique. — KLAUBER : Sur une forme particulière de chordapsus. — CZAPLEWSKY : Études sur les espèces microbiennes invisibles. — RÜTTERMANN : Opération césarienne dans le placenta prævia compliqué de myome.

Écho médical du Nord. — (N° 33, 15 août 1909.) L. DUBAR : Formes anormales de l'appendicite. — Maurice MAGUIN : Morphinomanie et morphinisme (*suite et fin*).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 32, 12 août 1909.) VANDERVELDE : Hématémèse dans l'exulcération aiguë de l'estomac. — BUYS et HENNEBERT : Comment interroger l'appareil vestibulaire de l'oreille (*suite et fin*)? — J. STEINHAUS : La cellule cancéreuse considérée principalement au point de vue de la genèse et de la nature des inclusions nucléaires et plasmatiques (*suite*). — (N° 33, 19 août.) O. WEILL : Chlorurémie et azotémie. — J. STEINHAUS : La cellule cancéreuse considérée principalement au point de vue de la genèse et de la nature des inclusions nucléaires et plasmatiques (*suite*). — (N° 34, 26 août.) WYBAUW : Un nouveau sphygmomanomètre permettant d'apprécier la pression maxima et la pression minima. — J. STEINHAUS : La cellule cancéreuse considérée principalement au point de vue de la genèse et de la nature des inclusions nucléaires et plasmatiques (*suite*). — (N° 35, 2 sept.) J. DE MEYER : Glycosurie et diabète rénal. — J. STEINHAUS : La cellule cancéreuse considérée principalement au point de vue de la genèse et de la nature des inclusions nucléaires et plasmatiques (*suite et fin*).

Medizinische Blætter. — (N° 24, 12 juin et n° 25, 19 juin 1909.) GSCHWENDT : L'hyperémie active, nouvelle méthode de traitement de la prostatite et de l'oophorite avec leurs affections annexes. — JELINEK : Ectrophie de la vessie urinaire. — (N° 26, 26 juin.) DROBNY : Construction et organisation d'établissements de bains dans les villes d'eaux. — GSCHWENDT : L'hyperémie active, nouvelle méthode de traitement de la prostatite et de l'oophorite, avec leurs affections annexes. — (N° 27, 3 juillet.) WYSS : Que pouvons-nous faire aujourd'hui dans la lutte contre le cancer? — DROBNY : Construction et organisation d'établissements de bains dans les villes d'eaux. — PROKOP : Sur les blessures par coup de feu, avec considérations sur les cas autopsiés à l'institut bohémien de médecine légale pendant les années 1884-1907. — (N° 28, 10 juillet.) SYLLABA : Sur le pronostic et le traitement de la maladie de Basedow. — DROBNY : Construction et organisation d'établissements de bains dans les villes d'eaux. — (N° 29, 17 juillet.) K. ULLMANN : Demandes pour l'amélioration du recrutement des malades et des moyens de communication pour les villes d'eaux autrichiennes. — DROBNY : Construction et organisation d'établissements de bains dans les villes d'eaux. — (N° 30, 24 juillet.) SEMERAD : Nos principes dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. — (N° 31, 31 juillet.) ULLMANN : Projets pour l'amélioration du recrutement des malades et des moyens de communication pour les villes d'eaux autrichiennes. — (N° 32, 7 août.) HEINRICHKRAFT : L'art d'alimenter les malades. — (N° 33, 14 août.) H. KRAFT : L'art d'alimenter les malades. — WERTHEIMER : Quelques médications nouvelles dans le traitement par le pyrénol.

Semaine médicale. — (N° 31, 4 août.) LEJARS : Les indications du lavement électrique dans l'iléus. — (N° 32, 11 août.) MOTY : Le nouveau règlement du service de santé en campagne de l'armée française. — (N° 33, 18 août.) DE BOVIS : Les interventions exploratrices désinfectantes ou palliatives dans le cancer utérin sont-elles dangereuses ? — COURTELLEMONT : L'imperméabilité rénale quantitative. — (N° 34, 25 août.) JANKELEVITCH : Le phénomène vital d'après les récentes données de la biologie et de la médecine. — (N° 35, 1er sept.) ROCH : Des synergies médicamenteuses et de leur utilisation systématique en clinique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



LA CURE THERMALE CHEZ SOI

par le **RADIATEUR PHOTO-THERMIQUE** du Dr MIRAMOND de LAROQUETTE appareil brévеté S. G. D. G. France et Etranger, pour bains de lumière électrique, 50 à 150°, 30 à 100 bougies, léger, pratique, portatif.

S'adapte à toutes les régions du corps, se greffe sur n'importe quel courant d'appartement, *dans le cabinet du médecin ou au lit du malade.*

Rhumatisme. Goutte Affections douloureuses et chroniques. Traumatisme. Hydarthroses. Varices. Ulcères. Gangrènes. Dermatoses

A. HELMREICH, Electricien Constructeur à NANCY

EN VENTE DANS LES PRINCIPALES MAISONS D'APPAREILS ÉLECTRO-MÉDICAUX

Docteurs CHASSEZ !

RECOMMANDEZ la chasse, il n'est pas de sport plus hygiénique, plus attrayant lorsqu'on chasse avec une **arme de marque**, *soignée, légère, élégante, telle le*

FUSIL GUINARD

HAMMERLESS ÉJECTEUR, NOUVEAU MODÈLE



avec lequel { **ON TUE NET,** **ON TUE LOIN** on réussit de **BEAUX DOUBLÉS**

DEMANDEZ LE TARIF ET CONDITIONS SPÉCIALES AUX DOCTEURS ET PHARMACIENS

Établts **GUINARD & Cie**, armuriers

8, Avenue de l'Opéra, 8, PARIS. — Tél. 216-17

BORNYVAL

(Isovalérianate de Bornéol)

SÉDATIF de PREMIER CHOIX

sans aucune action secondaire désagréable

DOSE · Une perle 3 ou 4 fois par jour, en boites d'origine de 25 perles

Echantillons et Notices gratuitement à la disposition de MM les Médecins

SEVIN, Phien, *Médaille d'Or des Hôpitaux de Paris*

4, Rue Meslay, Paris.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dispepsies, anorexies, vomissements, etc.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

LE PLUS PARFAIT DES HYPNOTIQUES

ACTION RAPIDE
TOLÉRANCE PARFAITE
SOMMEIL NATUREL
RÉVEIL NORMAL

ANTISPASMODIQUE

VÉRONAL ET VÉRONAL SODIQUE

POUR ÉVITER CONTREFAÇONS ET SUBSTITUTIONS,

Prescrire :

TABLETTES MERCK

de VÉRONAL ou de VÉRONAL SODIQUE

au Cacao, dosées à 0,50 et divisibles par moitié.
1/2 à 2 Tablettes par jour.

L'action du Véronal sodique est, à cause de sa grande solubilité, beaucoup plus rapide que celle du Véronal.

Notices et Echantillons : Pharmacie du Dr **BOUSQUET,** 140, Faubg St-Honoré, PARIS.

Coaltar saponiné Le Beuf

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTÉRIQUE, CICATRISANT, NI CAUSTIQUE, NI VÉNÉNEUX

Il est spécialement recommandé dans les **Maladies des Femmes** (leucorrhées, vaginites, métrites, etc.). et dans la **Médecine des Enfants** (angine couenneuse, stomatites, dartres, écoulements strumeux, etc.).

Dans les pharmacies, bien spécifier : **COALTAR SAPONINÉ LE BEUF.**

{ **SE MÉFIER DES IMITATIONS**

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANCAIS DÉJARDIN

Bière de Santé Diastasée, Phosphatée *(Céréalophosphates)* (Seule admise dans les Hôpitaux de Paris). PRIX : le fl. 1f25.

Même produit **GLYCÉROPHOSPHATÉ** { *2 compositions distinctes :* { 1° G. C. au Glycérophosphate de Chaux chimiquement pur. 2° P. G. (*Ferrugineux*) au Polyglycérophosphate de l'Organisme (chaux, soude, potasse, magnésie, fer et manganèse). PRIX : le flac. 2 fr.

NOUVEAU BOUCHAGE HERMÉTIQUE SPÉCIAL et RIGOUREUSEMENT ASEPTIQUE

PARIS 1900 MÉDAILLE D'OR

N° 105. — JEUDI 16 SEPTEMBRE 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 16 SEPTEMBRE 1909. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MARINE. — Les jurys des concours qui doivent s'ouvrir à Brest les 25, 27, 28 et 29 septembre 1909 seront composés ainsi qu'il suit :

Chaires de chimie biologique et de physique biologique à l'école annexe de Brest et chaire de chimie, physique et histoire naturelle à l'école principale du service de santé : président, M. l'inspecteur général du service de santé Bertrand; membres, MM. le pharmacien en chef de première classe Perrimont-Tronchet et le pharmacien principal Camus.

Chaires de physiologie à Rochefort et d'anatomie à Brest : président, M. l'inspecteur général du service de santé Bertrand; membres, MM. le médecin en chef de première classe Pfihl et le médecin en chef de deuxième classe Geay de Couvalette.

— Les jurys des concours pour les emplois de prosecteur qui doivent s'ouvrir à Brest, Rochefort et Toulon le 4 octobre 1909 seront composés comme suit :

Brest. — Président, M. le directeur du service de santé Hyades; membres, MM. le médecin principal Condé et le médecin de première classe Mailliu.

Rochefort. — Président, M. le médecin général Burot; membres, MM. les médecins de première classe Gachet et Bartet.

Toulon. — Président, M. le médecin général Guès; membres, MM. les médecins de première classe Regnault et Lowitz.

ÉCOLE DES INFIRMIÈRES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le 1er octobre 1909 aura lieu un examen pour l'admission de 75 élèves à l'école des infirmières de l'Assistance publique, à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, à Paris, comportant un examen médical et des épreuves écrites: une dictée (servant d'exercice d'écriture), une narration simple et des problèmes d'arithmétique élémentaire (programme du certificat d'études), ainsi qu'une épreuve de couture. Les candidates qui ne pourraient être reçues par une famille à Paris seront, pendant la durée des épreuves, logées et nourries gratuitement à l'école. Cet examen est ouvert aux infirmières et aux filles de service comme aux candidates de l'extérieur. Aucun diplôme n'est exigé.

Les demandes devront être adressées au directeur de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, avant le 19 septembre 1909 (dernier délai).

L'Ecole des infirmières de l'Assistance publique, dont le régime est l'internat, reçoit les jeunes filles âgées de dix-huit à vingt-cinq ans, célibataires, de constitution robuste. Pour les candidates appartenant déjà au personnel de l'Assistance publique, la limite d'âge sera prorogée jusqu'à trente ans, d'un délai égal à la durée de leurs services.

Les élèves devront contracter l'engagement de servir après leur sortie pendant trois ans dans les établissements de l'Assistance publique ou de rembourser les frais de pension. Pendant leur séjour à l'Ecole, elles recevront, outre les prestations en nature de la nourriture, du logement (chambres), de l'habillement, du blanchissage, du chauffage et de l'éclairage, une indemnité mensuelle de 10 francs la première année, de 20 francs la seconde année.

Elles seront pourvues, après avoir satisfait aux examens de sortie, d'un emploi d'infirmière de deuxième classe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Marquézy (de Neufchâtel).

Documents gynécologiques, par MÉRIEL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. Un vol. de 265 p. — Paris, A. Maloine; Toulouse, Dirion.

Travaux d'obstétrique, par GACHE. Un vol. de 417 p. — Paris, Steinheil.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 33, 15 août 1909.) P. COYNE et B. AUCHÉ : Emploi du sérum anti-dysentérique polyvalent dans le traitement de la dysenterie infantile. — (N° 34, 22 août.) P. COYNE et B. AUCHÉ : Emploi du sérum anti-dysentérique polyvalent dans le traitement de la dysenterie infantile (*suite*). — CROUZEL : Dangers de l'emploi des fétus de paille comme compte-gouttes dans le traitement des diverses ophtalmies. — (N° 35, 29 août.) CONSTANT : L'accès de goutte. A quel moment faut-il donner le colchique? — DUFRANC : Observations sur la pathologie des Comores. — (N° 36, 3 sept.) J. ORAISON : De la valeur de l'incision rectale dans le traitement des abcès chauds de la prostate. — ANGLADE et DUCOS : Jargonaphasie logorrhéique totale. Autopsie.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 août 1909.). LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. La stérilisation de la peau sans lavage par la teinture d'iode. Ancienneté des notions relatives à ces faits. Les ignorances relatives à la chirurgie antiseptique et les études à faire. — BALLET : Diagnostic différentiel de la neurasthénie et de la mélancolie. — BROCQ : Sur un cas de zona. Erythème induré de Bazin. Sur le traitement interne des dermatoses. — (25 août.) KENDIRDJY : Traitement de la blennorragie chez l'homme.

Journal de médecine interne. — (N° 24, 30 août 1909.) A. CANTONNET : L'inégalité pupillaire latente dans la tuberculose pulmonaire. — CAILLIAU : De la lutte dans l'organisme entre le globule blanc et les agents microbiens. Le tubercule dans la tuberculose, la morve, la lèpre et les actinomycoses.

Journal des praticiens. — (N° 33, 14 août 1909.) SABOURIN : La répercussion des rhino-pharyngites sur la tuberculose pulmonaire. — DARIER : Les cancers de la peau et du sein. — E. ALBERT-WEILL : Le traitement des angiomes et des taches de vin par les rayons X. — (N° 34, 21 août.) BROCA : Péritonite à gonocoques. — TERSON : Les opacités transitoires du cristallin (cataractes fugaces) et leur importance médico-légale. — VARIOT : Infirmité consécutive à la paralysie infantile. — (N° 35, 28 août.) RECLUS : Méthode de Bier et eau chaude. — BABINSKY : Syndrome de Weber. — BROCQ : Psoriasis arthropathique. — FIESSINGER : Anticorps et réaction de Bordet et Gengou.

Presse médicale. — (N° 59, 24 juillet 1909.) BRISSAUD : Les troubles nerveux post-traumatiques au IIe Congrès international de médecine des accidents du travail (Rome, mai 1909). — E. FORGUE et E. JEANBRAU : La mort par delirium tremens post-traumatique devant la loi sur les accidents. — DE LAPERSONNE : De la consolidation dans les traumatismes oculaires. — M. LETULLE : L'autopsie « obligatoire » dans les accidents du travail suivis de mort. — J.-A. SICARD : Troubles de la sensibilité et accidents du travail. — P. DESFOSSES et L. DUREY : La mensuration chez les accidentés du travail. — (N° 60, 28 juillet.) TRÉMOLIÈRES : Hyperesthésies systématisées et troubles connexes. — (N° 61, 31 juillet.) SALTET et LEGRAND : Une épidémie de béribéri à Casablanca. — CANTONNET : Sporotrichose palpébro-conjonctivale — MARTINET : Quand et pourquoi il faut administrer le colchique. — (N° 62, 4 août.) FROUIN : Sur la possibilité de conserver les animaux après ablation complète de l'appareil thyroïdien, en ajoutant des sels de calcium ou de magnésium à leur nourriture. — EUTHYBULE et GABRIÉLIDÈS : La fièvre de Malte à Constantinople. — BROCA : Sur un cas de tarsalgie. — (N° 63, 7 août.) Hector Y ROSSELLO : Etude sur les anticorps hydatiques. — SCHWARTZ et Mme BOYER : Transmigration interne de l'ovule fécondé. — (N° 64, 11 août.) KOLBÉ : L'a b c de l'examen fonctionnel de l'intestin dans la pratique journalière. — JEANSELME : A propos d'une épidémie de béribéri observée à Casablanca par MM. Saltet et Legrand. — (N° 65, 14 août.) GUISEZ : Corps étrangers et faux corps étrangers de l'œsophage et des bronches. Etude diagnostique. — LABBÉ et VITRY : Les effets de la bactériothérapie lactique sur la digestion intestinale. — MARTINET : L'hémoptysie essentielle supplémentaire des règles existe-t-elle? — (N° 16, 18 août.) BONNAIRE : De l'accouchement méthodiquement rapide par dilatation instrumentale du col utérin. — PERRIN : Essai d'interprétation méthodique des succès et insuccès de la thiosinamine. — ARSIMOLES et HALBERSTADT : Des troubles hépatiques dans les psycho-polynévrites. — (N° 67, 21 août.) BONNAIRE : De l'accouchement méthodiquement rapide par dilatation manuelle du col utérin. — LABBÉ et VITRY : L'indosé urinaire, ses variations à l'état normal et dans les états pathologiques. — BARCAT : La radiumthérapie de l'acné sébacée concrète ou kératome sénile. — (N° 68, 25 août.) HALLION : Le problème du cancer et la biologie générale. — FISCHER et SCHERRER : Quelques particularités bactériologiques et cytologiques dans la méningite cérébro-spinale. Un diplobacille ou diplococcobacille mobile donnant parfois des aspects de diplocoques. Absence de réaction cellulaire chez un malade. — VEAU : Ténotomie du tendon d'Achille. — (N° 69, 28 août.) ROCHARD et CHAMPTASSIN : Mécanothérapie ou électrothérapie dans le traitement des atrophies musculaires périphériques. — BERTRAND et CHAILLY : Paralysie du muscle grand dentelé droit consécutive à une attteinte de rougeole. — IMBERT : Sur la pathogénie des phlegmons de la main. — (N° 70, 1er sept.) DE MARTEL : Quelques mots en faveur de l'hystérectomie par décollation antérieure.

Province médicale. — (N° 33, 14 août 1909.) JABOULAY : Ulcère de l'estomac. — Angelo DE DOMINICIS : Sur la fonction de la prostate. — (N° 34, 21 août.) Fernand ARLOING : Statistiques concernant la séro-réaction agglutinante tuberculeuse, l'ophtalmo-réaction et l'intradermo-réaction à la tuberculine. — FLORENCE : Du traitement de l'éléphantiasis des organes génitaux. — COULLOCH : Des diarrhées et de leur traitement par le tannigène. — (N° 35, 28 août.) RISPAL et DE VERBIZIER : Encéphalite aiguë hémorragique et pneumococcémie. — René CRUCHET : Les fugues, en particulier chez l'enfant.

Revue de la tuberculose. — (N° 4, août 1909.) BRINCH : Le climat de la côte ouest du Danemark dans ses rapports avec la tuberculose. — VITRY et GIRAUD : Recherches histologiques et chimiques sur le corps thyroïde des tuberculeux.

Semaine gynécologique. — (N° 32, 10 août 1909.) PICHEVIN : De l'hystérectomie vaginale dans la cure du cancer utérin. — (N° 33, 17 août.) PICHEVIN : L'hématosalpinx en dehors de la grossesse tubaire. — (N° 34, 24 août.) PICHEVIN : Appendicite chronique et entérite. Prétendue suppuration annexielle ouverte dans l'intestin. — (N° 35, 31 août.) PICHEVIN : Intervention opératoire ou abstention dans la grossesse extra-utérine rompue.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 15, 15 août.) HOEL : Démographie de la ville de Reims 1908. — L. LANGLET : La stérilisation de la peau par la teinture d'iode. — (N° 16, 30 août.) TÉCHOUEYRES : Toxine et antitoxine. — HOEL : Démographie de la ville de Reims 1908 (*suite et fin*).

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[*Budapest, 29 août-4 septembre 1909* (1).]

ANATOMIE — EMBRYOLOGIE

Les îlots de Langerhans. — M. E. LAGUESSE décrit les îlots de Langerhans tels qu'il les comprend dans le pancréas de l'homme adulte (supplicié). Il insiste tout particulièrement sur la présence d'un matériel de sécrétion abondant dans les cellules, sous forme de très fines vacuoles serrées et aussi de petits grains. Il montre que, dans tous les détails de sa structure, l'îlot présente les caractères d'une glande à sécrétion interne ou endocrine, et rappelle tout particulièrement l'aspect des parathyroïdes.

L'auteur groupe ensuite tous les faits qui lui semblent en faveur de sa théorie du balancement, contre la théorie de la pérennité, de l'indépendance et de l'invariabilité des îlots :

1° Il existe jusque chez l'adulte des continuités évidentes entre les îlots et les acini, et même directement entre les îlots et les canaux excréteurs;

2° En certains points, le mélange des éléments exocrines et endocrines est tel qu'il indique un état transitoire ;

3° Il existe d'une part toute une série de formes de passage entre l'acinus et l'îlot (déconstruction), d'autre part une série inverse insulo-acineuse, conduisant à la reconstitution des acini;

4° On peut provoquer expérimentalement l'accroissement des îlots aux dépens du parenchyme exocrine; les états pathologiques peuvent agir de même;

5° On a fourni récemment la preuve expérimentale du balancement, c'est-à-dire du cycle évolutif complet de l'îlot, avec retour à l'état acineux.

Conclusion. — Il y a continuité indiscutable, et transformation incessante de l'un en l'autre par un véritable balancement, pendant toute la durée de la vie.

Une méthode physico-chimique pour provoquer la division karyocinétique.— M. DELCHNYZEN (d'Utrecht) fait une communication sur ce sujet.

Quand on expose les leucocytes dits polynucléaires à l'action d'une solution à 0,3 p. 100 de NaCl, les vésicules nucléaires se gonflent lentement. Une grande vésicule unique apparaît. Si l'on remplace la solution hypotonique par une solution isotonique (0,9 p. 100 ou 1 p. 100 pour les mammifères, 0,8 p. 100 pour les amphibies), le nucléus reprend sa forme bien connue polymorphe et pseudo-multi-nucléaire. Cependant certaines cellules (une faible minorité) se montrent être réellement bi ou même pluri-nucléaires. Une grande et une petite vésicule ou plusieurs vésicules apparaissent. On remarque aussi dans les préparations par dessiccations ordinaires que les vésicules nucléaires sont unies *parfois* par plusieurs brides ou ponts. Ces nuclei ne *peuvent* se gonfler en un seul globe; les Lochkerne sont dans le même cas.

Les mégakaryocytes sont munis de 32 ou 64 nuclei s'anastomosant de manière à former des agrégats très irréguliers, perforés dans plusieurs directions et occupant une zone sub-périphérique.

Si on les expose à la solution hypotonique, ils se trouvent dans l'impossibilité de se gonfler, et on peut constater qu'ils se mettent à se diviser. La membrane nucléaire peut maintenant disparaître sans se rompre. On n'a qu'à remettre les moelles dans une solution à 1 p. 100 NaCl et qu'à les fixer après environ une demi-heure pour trouver tous les mégakaryocytes pleins de mitoses à la même place dans chaque cellule géante.

PHYSIOLOGIE

Questions relatives à l'histo-physiologie du tube urinaire. — MM. Cl. REGAUD et A. POLICARD (de Lyon). I. En ce qui concerne la composition de l'urine glomérulaire, on ne possède que des données vagues et incertaines. Il en est de même pour ce qui regarde les modifications fonctionnelles des glomérules. Les expériences de Nussbaum sont loin d'être à l'abri des critiques. En résumé, on doit admettre comme vraisemblable, quoique non démontré, que les glomérules laissent passer une partie de l'eau et des matières solides de l'urine, l'hypothèse du glomérule-piston de Lamy et Mayer semble exagérée.

II. Le tubulus contortus doit être considéré comme une glande. Ses cellules présentent trois phases de fonctionnement : intussusception élective, élaboration, excrétion exo-cellulaire.

1. Gunovitsch avait considéré les enclaves lipoïdes comme des organites concentrateurs. Les auteurs ne sont pas de cet avis et pensent que les concentrateurs sont les seuls grains de sécrétion. Ceux-ci ne sont pas constants chez tous les vertébrés; les mammifères n'en possèdent pas. Au contraire, les bâtonnets-filaments ou grains mitocondriaux sont constants, ainsi que le pense Benda. Les mitocondries (donc les bâtonnets) sont constitués par un substratum albuminoïde supportant un corps lipoïde dissociable (Regaud).

Les auteurs croient que ces formations mitocondriales ont pour fonction essentielle l'extraction hors du sang et la fixation des substances qui doivent transiter par la cellule. Chez les animaux qui possèdent des grains, il y a une proportion inverse entre le développement des grains et celui des mitocondries (Regaud) avec phases alternantes (Regaud et Policard).

2. Les auteurs admettent que la cuticule striée est constante, avec des variétés d'aspects liées à des variations de structure, donc de perméabilité. Sans nier la possibilité de l'excrétion par filtration, les auteurs croient plus probable l'excrétion par dyalyse moléculaire.

3. Les changements morpho-kinétiques, avec phases alternantes, résultent de ce que les fonctions d'entrée et de sortie dans la cellule ne sont ni continues, ni simultanées. L'alternance fonctionnelle se

(1) Suite. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 103, p. 1296.

manifeste plutôt de tube à tube que de cellule à cellule.

III. Les *phénomènes de résorption* sont très probables, mais non démontrés, ils semblent devoir être localisés au niveau du segment grêle. La théorie de Korrnyi est très séduisante, mais l'existence de diverticules tubulaires sans rapport avec les glomérules (Regaud et Policard) ne permet pas de croire qu'un échange équimoléculaire soit indispensable. De plus, cette théorie manque complètement de démonstration.

Le rôle des processus physiques et principalement de la pression dans la sécrétion. — M. Demoor (de Bruxelles). I. La glande morphologiquement différenciée remplit un rôle identique à celui de nombreux systèmes cellulaires, n'ayant aucune allure histologique spéciale. Tous les organes sont d'ailleurs de véritables glandes vis-à-vis du sang et de la lymphe, par le fait qu'ils fixent, créent et éliminent des substances diverses, modifiant et réglant ainsi les propriétés du milieu interne. Le mot sécrétion peut et doit s'appliquer à cette fonction fondamentale de toute cellule qui lui fait régir les qualités physiques du milieu qui l'entoure.

II. Le mécanisme de la sécrétion peut être avantageusement défini, au point de vue physique, par l'étude de la cellule non glandulaire. Il est régi par la sensibilité des cellules à la pression osmotique : les éléments vivants réagissent quand la pression extérieure change, et, par des mécanismes variés, luttent contre ces bouleversements extérieurs et maintiennent ainsi l'harmonie organique. Le mode d'action de la cellule, dans ces circonstances, est complexe et résulte, à la fois, des propriétés d'*imbibition*, de *solubilité* et de *diffusion des ions et des molécules de la perméabilité variable des parois* sous l'influence des agents chimiques et physiques et du *phénomène d'absorption*, avec formation de *complexes chimiques*, pouvant surgir entre les substances actives en dissolution ou en suspension dans les liquides.

III. Pour chaque manifestation de sécrétion on doit examiner :

a. La pénétration dans les cellules de l'eau et des substances dissoutes;

b. La nature du travail cellulaire au cours de la sécrétion;

c. Le mécanisme de l'élimination. Nombreux sont les problèmes physiques qui doivent être résolus pour que réponse puisse être donnée à toutes les questions soulevées à cette occasion.

IV. Le rôle du facteur nerveux n'est pas encore élucidé.

De la cause de la rythmicité des mouvements respiratoires. — M. R. Nicolaïdès (d'Athènes), rapporteur. L'explication des mouvements rythmiques dans la nature vivante doit être attachée au phénomène de la période réfractaire, comme cela est depuis longtemps prouvé pour le représentant typique de tout mouvement rythmique, le cœur.

La cause de l'activité rythmique du centre respiratoire se trouve dans ce centre même. Sans doute, elle est modifiée par diverses impulsions centripètes, mais le rythme ne dépend pas des excitations périphériques, surtout par ladite autorégularisation par les nerfs vagues, parce que, si l'on coupe les deux pneumogastriques, l'activité rythmique du centre respiratoire continue.

L'excitation du centre respiratoire est autochtone (automatique). L'excitant normal de ce centre est le sang et l'excitation provoquée par le sang est constante. La question se pose maintenant comment, sous l'influence d'une excitation constante (dans notre cas l'action du sang), l'effet qui se produit n'est pas constant, mais rythmique ou périodique.

Les expériences ont montré au rapporteur que, comme dans le cœur, la cause de son mouvement rythmique est la période réfractaire de ses éléments; ainsi, pour le centre respiratoire, il y a une période réfractaire à laquelle ce centre doit son activité rythmique. En effet, si l'on fait les mouvements respiratoires plus rares (ce qu'on obtient sur le chien, quand on fait une section au-dessus du tronçon bulbo-médullaire et de plus si on coupe les deux pneumogastriques) et qu'on excite par le courant faradique le bout central du pneumogastrique au commencement de l'expiration, l'excitation n'a presque aucun résultat. Mais, dans une période de l'expiration plus avancée, l'excitation du vague par un courant de la même intensité provoque plus facilement l'inspiration. Il y a donc au commencement de l'expiration une période absolument réfractaire, qui diminue progressivement de sorte que le centre respiratoire à la fin de l'expiration devient excitable par l'excitation artificielle ainsi que par l'excitant normal, c'est-à-dire par l'état du sang.

On observe les mêmes phénomènes par l'excitation du bout central du pneumogastrique pendant la période de l'inspiration.

Donc, l'activité rythmique du centre respiratoire s'explique par sa capacité d'être périodiquement excitable et périodiquement réfractaire aux excitations égales et constantes.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET EXPÉRIMENTALE

Physiologie normale et pathologique du tube digestif. — M. H. Roger (de Paris), depuis plusieurs années, a étudié, dans son laboratoire, avec l'aide de ses élèves, un grand nombre de questions ressortissant à la physiologie normale et pathologique du tube digestif. Il signale d'abord l'existence d'un *réflexe œsophago-salivaire* qui se produit quand un corps étranger s'arrête dans l'œsophage : on observe alors un abondant flux de salive qui tend à faire glisser l'obstacle et provoque des mouvements de déglutition éminemment favorables à son cheminement.

Un deuxième réflexe, *réflexe gastro-salivaire*, se produit dans les cas d'hypersécrétion acide. La salive, par son alcalinité, tend à neutraliser le suc gastrique. Ces deux réflexes suivent la voie des pneumogastriques ; ils sont abolis par la réaction de ces nerfs.

L'étude graphique des mouvements intestinaux a permis à M. H. Roger d'observer, dans l'occlusion

expérimentale de l'intestin, la production de grandes ondes péristaltiques se répétant toutes les trois ou quatre minutes et déterminant des pressions considérables sur l'obstacle. Il n'a pas observé de mouvements antipéristaltiques. Les vomissements fécaloïdes semblent dus à la compression exercée sur une anse distendue, par la paroi abdominale et le diaphragme.

On peut, chez le lapin, déterminer très facilement des *entérites muqueuses*; il suffit d'irriter l'intestin par un corps étranger, de provoquer une infection digestive, d'exciter certains nerfs, notamment le pneumogastrique, d'injecter dans les veines de l'urate ou de l'oxalate de soude. Le mucus est expulsé en abondance, tantôt liquide, tantôt concret; dans ce dernier cas, il est coagulé par un ferment spécial, la mucinase. La bile a la propriété d'empêcher l'action de ce ferment.

A côté de leur action zymotique, les sécrétions digestives remplissent un *rôle zymosthénique*. C'est ainsi que la salive, annihilée par le suc gastrique, renforce l'action du suc pancréatique; le suc gastrique neutralisé agit de même. Cette action zymosthénique est indépendante de l'action fermentative, car elle n'est pas détruite par l'ébullition.

En poursuivant l'étude des ferments, M. H. Roger a reconnu que le jaune d'œuf renferme une amylase remarquable par sa solubilité dans l'éther. Le ferment adhère aux lipoïdes, constituant un complexe qui se peut désigner sous le nom de *zymolipoïde*.

Avec M. Garnier, M. H. Roger a étudié depuis plusieurs années les poisons formés dans le tube digestif. Les auteurs ont constaté que le contenu stomacal est peu toxique; les matières renfermées dans le duodénum tuent rapidement et à dose minime; à la fin de l'iléon, la toxicité diminue, pour s'abaisser encore dans le gros intestin. On a donc exagéré l'importance de la putréfaction. L'expérience a d'ailleurs montré que les poisons, formés par les microbes et notamment par les anaérobies du gros intestin, ne sont pas identiques aux poisons contenus dans les matières fécales. Les résultats ainsi obtenus ont conduit les auteurs à modifier la théorie de l'*occlusion intestinale*; cet état morbide ne peut s'expliquer par la résorption des poisons microbiens : c'est une auto-intoxication par insuffisance fonctionnelle de l'intestin, comparable aux auto-intoxications hépatique, rénale, surrénale, thyroïdienne.

Vitalité, résistance et activité des leucocytes. — M. Ch. Achard (de Paris). Les leucocytes ont une telle importance en pathologie qu'on ne saurait trop s'appliquer à connaître leurs propriétés multiples.

L'auteur recherche avec Louis Ramond leur *vitalité*, en les traitant par le rouge neutre : ceux qui sont vivants restent incolores ou montrent des vacuoles érythrophiles, mais le noyau n'est teinté que si la cellule est morte.

L'emploi d'une solution saline hypotonique, sur lequel est fondée la recherche de la résistance des globules blancs donne aussi le moyen d'apprécier celle des globules rouges. Achard et Ramond mesurent le degré de leur *résistance* d'après les déformations artificielles que le milieu défavorable produit dans ces éléments, en particulier dans leur noyau.

On peut connaître l'*activité* motrice des globules blancs en leur faisant incorporer des particules inertes : par exemple des grains de charbon, comme l'auteur l'a fait avec E. Feuillié, ou mieux, comme il le fait maintenant avec Ch. Foix, des levures de muguet stérilisées par le formol.

Il est évident que les propriétés des leucocytes peuvent être influencées par les qualités des humeurs dans lesquelles ils vivent. Aussi l'auteur a-t-il recherché, avec Henri Bénard, le *pouvoir leuco-conservateur* et, avec Ch. Foix, le *pouvoir leuco-activant* du sérum. La valeur de ces deux propriétés humorales s'obtient respectivement en comparant la résistance ou l'activité de leucocytes normaux d'une part dans le sérum des malades, de l'autre dans un sérum normal. Le pouvoir leuco-activant diffère de l'indice opsonique de Wright en ce qu'il est dépourvu de tout caractère spécifique.

Ces procédés de recherche sont applicables non seulement au sang, mais encore aux sérosités pathologiques.

Dans *le sang*, la vitalité des leucocytes est conservée. Leur résistance fléchit pendant la maladie, puis se relève plus ou moins tôt vers l'époque de la guérison. Ses oscillations sont fréquemment parallèles à celles du pouvoir leuco-conservateur du sérum, mais elles peuvent néanmoins se faire en sens contraire. L'activité leucocytaire suit assez bien les phases de l'évolution clinique : elle s'abaisse pendant la période d'état, remonte à son déclin ou tombe à l'approche de la mort. Le pouvoir leuco-activant du sérum subit des variations analogues quoique non identiques. On peut dire que *leur relèvement au-dessus de la normale est un signe de bon augure et leur chute à des niveaux très bas un indice fatal.* Leur relèvement est un phénomène critique, comparable aux crises urinaires. Quant à la chute du pouvoir leuco-activant, qui est la plus significative en cas d'issue fatale, on peut la rapprocher de l'affaiblissement de certaines propriétés fermentatives du sérum (pouvoir lipasique, amylolytique, antiprésurant) que l'auteur a signalé avec A. Clerc et qui est également un signe de mort prochaine.

Dans les sérosités, la vitalité leucocytaire est surtout abolie quand le liquide est purulent ou en voie de le devenir. De même alors, la résistance et l'activité des leucocytes sont généralement affaiblies.

En rapprochant les résultats de ces diverses recherches, on remarque que la résistance et l'activité leucocytaire sont deux qualités tout à fait distinctes : l'une est d'ordre statique, l'autre dynamique. On conçoit que, dans une même cellule, la solidité de la structure puisse s'allier à la paresse fonctionnelle, ou la fragilité anatomique à l'activité physiologique.

De plus, il n'y a pas de solidarité nécessaire entre les propriétés des globules blancs et celles des humeurs; la résistance leucocytaire n'est pas liée au pouvoir leuco-conservateur du sérum, ni l'activité au pouvoir leuco-activant.

Enfin, les qualités des globules blancs, chez un

même sujet, peuvent différer beaucoup dans le sang et dans les sérosités, où les conditions de la vie cellulaire sont, d'ailleurs, très dissemblables.

Du traitement préventif de l'anaphylaxie. L'antianaphylaxie. — M. Besredka (de Paris). 1. Le chauffage à 56 degrés des sérums thérapeutiques pendant une heure, quatre jours de suite, est de nature à atténuer les accidents anaphylactiques, sans cependant les empêcher.

2. La narcose par l'éther ou mieux encore par l'alcool, quel que soit le mode d'injection de ce dernier (peau, péritoine, bouche, rectum), confère une immunité complète, mais passagère.

3. Le sérum chauffé à 80 degrés, injecté préventivement, confère une immunité certaine et durable, mais qui s'établit lentement et au prix d'une légère réaction.

4. Le meilleur moyen d'empêcher les troubles anaphylactiques, consiste à injecter du sérum préventivement dans le rectum, ou, mieux encore, à injecter une dose extrêmement faible de même sérum sous la peau.

Des conditions qui déterminent le passage dans le sang des microbes contenus normalement dans l'intestin. — MM. Marcel Garnier et L.-G. Simon (de Paris). Les microbes qui habitent normalement le tube digestif, s'ils franchissent la muqueuse intestinale, rencontrent le foie, quand ils ont gagné la veine porte, les ganglions mésentériques, quand ils ont pris la voie des chylifères, avant d'atteindre la circulation générale. Ainsi l'organisme se trouve protégé par une double ligne de défense. Un processus dont l'action se limite à la muqueuse intestinale sans léser le foie ni les ganglions, tel que l'application locale d'un caustique chimique, permet l'infection du sang porte, mais les microbes ne passent pas dans la grande circulation. Qu'intervienne au contraire une cause agissant à la fois sur la muqueuse et les glandes, comme la ligature de l'intestin ou certaines intoxications, alors les bactéries intestinales, et en particulier les espèces anaérobies, apparaissent dans le sang périphérique. Une altération grossière de la muqueuse n'est même pas indispensable pour que les microbes de l'intestin viennent infecter le sang; certains processus, comme l'immobilisation prolongée, l'échauffement à l'étuve, déterminent chez le lapin l'exode des bactéries et leur passage dans la circulation, en sidérant en quelque sorte les moyens de défense de l'organisme.

En clinique humaine, on peut de même trouver des bactéries intestinales dans le sang périphérique au cours de l'occlusion de l'intestin, et aussi dans la dothiénentérie, où des microbes banaux peuvent infecter le sang à côté du bacille d'Eberth. Il semble que tous les processus amenant un affaissement profond des forces réactionnelles de l'économie, comme l'asphyxie par les gaz délétères, déterminent aussi une bactériémie à point de départ intestinal. On conçoit par les résultats déjà acquis, et par ceux que les données expérimentales peuvent faire prévoir, l'importance de ces faits en pathologie générale.

Modifications de la nature du terrain par les solutions polyminéralisées radio-actives. Traitement de la pellagre. — M. Jean Nicolaïdi (de Paris) rend compte de ses recherches sur les modifications de la nature du terrain provoquées par les solutions polyminéralisées radio-actives, à réaction acide progressive, et sur l'application de cette sérothérapie à la pellagre.

Après avoir étudié, dans une première série d'expériences sur des animaux, l'action des solutions injectables à minéralisation complexe, contenant des doses croissantes d'acide phosphorique et d'acide glycéro-phosphorique, l'auteur, incité par les travaux sur les propriétés thérapeutiques attribuées à la radio-activité, a été amené à radio-activer les solutions employées précédemment. Une nouvelle série d'expériences sur des animaux a montré qu'avec la solution radio-activée, l'augmentation des échanges nutritifs, l'augmentation du poids, l'augmentation des globules rouges, étaient plus marquées.

Depuis près d'une année, l'auteur a procédé à plus de 700 injections avec la solution polyminéralisée radio-active, à réaction acide progressive, réaction qu'il désigne par radio-acidité A, B et C. Il a pu constater des résultats favorables dans la déminéralisation, la dénutrition, les cachexies, certaines maladies infectieuses. Ces effets paraissent dus à des changements de la réaction humorale, à la modification de la nature du terrain, au rétablissement du bilan de l'économie.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur apporte la confirmation de ces données, en reproduisant un certain nombre d'observations qui lui ont été communiquées par des médecins ayant eu l'idée d'appliquer cette sérothérapie radio-acide au traitement d'une maladie essentiellement cachectisante, infectieuse et toxique, la pellagre. Les résultats communiqués à l'auteur sont extrêmement favorables. On a pu signaler plusieurs cas de guérison complète.

MICROBIOLOGIE. BACTÉRIOLOGIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Histogénèse de l'inflammation. — M. J. Paviot (de Lyon). La dilatation des vaisseaux anciens ou la formation de vaisseaux nouveaux se montrent toujours en même temps que l'augmentation de nombre des cellules dans l'inflammation de tout tissu normalement pourvu ou non de vaisseaux (cornée, valvules du cœur). L'irritabilité cellulaire, base de la théorie cellulaire de l'inflammation de Virchov, est une vue de l'esprit; la division indirecte des cellules est abandonnée aujourd'hui; la karyokinèse paraît être le procédé d'accroissement réservé aux organismes en voie de développement et ne s'étend pas aux organismes formés. La diapédèse, prouvée par l'expérience de Cohnheim, explique toute l'histogénèse de l'inflammation.

Au voisinage des oblitérations vasculaires spontanées (par exemple l'infarctus du rein), on observe toujours de l'inflammation, parce que ces oblitérations déterminent de la dilatation des vaisseaux collatéraux et qu'au niveau des parties à circulation ainsi

accrue, il se produit, en vertu de l'expérience de Cohnheim, une diapédèse de globules blancs et rouges et du plasma sanguin. Or, des artérioles oblitérées se rencontrent dans toute inflammation d'une certaine durée. Dans les inflammations aiguës un mécanisme semblable initial, portant sur les capillaires, est très probable, bien qu'il échappe à l'examen; on peut invoquer soit les embolies microbiennes, soit les altérations de l'endothélium par des toxines.

Les états pathologiques ne sont que la déviation passagère ou permanente des phénomènes biologiques normaux ; l'inflammation résulte de la déviation de ces derniers, mais sans processus nouveau : l'hyperplasie cellulaire est une augmentation territoriale de nutrition et de rénovation, contrebalançant la diminution sur des territoires voisins. Les nouveaux éléments peuvent édifier les productions exubérantes, de structure plus ou moins parfaite du tissu intéressé, ou s'organiser en tissu fibreux, sans caractères propres mais il ne faut pas y voir un phénomène de défense. Les éléments nouveaux peuvent, en effet, faire disparaître les anciens, et même, déterminant de nouvelles oblitérations vasculaires, faire continuer, par ce procédé, le processus inflammatoire.

Ces constatations sont aisément applicables à l'histogénèse des inflammations suppurée, tuberculeuse et syphilitique, la caséification et la formation des gommes n'étant que le résultat des oblitérations vasculaires, les cellules géantes n'étant qu'un accident particulier, mais non spécifique.

Par voie de conséquence, on conclura que l'artério-sclérose ne doit pas être considérée comme une entité anatomique plus que clinique.

Enfin, il n'y a pas lieu d'admettre une inflammation tantôt parenchymateuse, tantôt interstitielle, la prolifération cellulaire apparaissant toujours dans le tissu conjonctif, atmosphère étendue entre les capillaires et les cellules propres des organes, avant les altérations de ces cellules propres.

Histogénèse du cancer. — M. R. Tripier (de Lyon). Tous les phénomènes pathologiques dérivant de phénomènes physiologiques, on ne saurait admettre la formation du cancer par un tissu dit embryonnaire, mais indéterminé, provenant d'un tissu dit adulte, parce qu'il serait contre nature; et on ne peut pas davantage les rapporter à une prolifération cellulaire par division directe ou indirecte des cellules conjonctives ou propres des tissus, vu que, dans l'organisme entièrement constitué, il n'est possible d'observer qu'une pseudo-karyokinèse. Du reste l'hypothèse des néoproductions par la division des cellules, en supposant leur évolution en sens inverse, est également inadmissible, d'autant qu'en réalité celle-ci a toujours lieu dans le même sens.

Les tumeurs cancéreuses, comme les productions inflammatoires, sont formées par des déviations dans les productions tissulaires exagérées, portant sur tous les éléments de chaque tissu, renouvelables à l'état normal, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en étudiant leur mode de constitution, d'évolution, d'extension et de généralisation. Il y a toutes probabilités pour que les divers éléments constituant les tumeurs, comme ceux des productions inflammatoires et des tissus normaux, proviennent du sang. A l'analogie des tumeurs avec les inflammations dites spontanées doit correspondre une analogie étiologique, d'autant que certaines maladies infectieuses, comme la tuberculose, la syphilis, paraissent jouer un rôle dans la production des tumeurs bénignes et parfois des tumeurs malignes. On peut aussi en déduire que les phénomènes initiaux de toutes les néoproductions, qu'elles soient inflammatoires ou cancéreuses et sous l'influence de causes quelconques, doivent relever du même mécanisme, c'est-à-dire d'une lésion vasculaire initiale. S'il s'est manifesté un cancer plutôt qu'une inflammation, cela dépend de la cause inconnue. Le cancer offrant une histogénèse et une constitution analogues à celles des autres productions pathologiques dites inflammatoires, son étude doit être poursuivie comme on l'a fait pour ces dernières affections, afin d'arriver à en découvrir la cause qui, contrairement à l'opinion générale actuelle, ne doit pas être sans analogie avec celle des diverses maladies infectieuses.

Contribution à l'anatomie pathologique de la néphrite. — M. Monti (de Pavie). A l'aide d'une série de photographies, tirées de préparations microscopiques des reins humains dans différents états pathologiques, l'auteur a essayé de démontrer les propositions suivantes.

Des altérations de nature différente, même assez graves, des épithéliums des canalicules contournés peuvent se développer sans donner d'albuminurie.

Dans des cas pareils la bordure en brosse peut même disparaître, tandis que cette bordure peu être bien conservée dans d'autres cas avec albuminurie importante.

Lorsque l'on a observé de l'albuminurie pendant la vie on trouve sur le cadavre des altérations des glomérules de Malpighi et de l'albumine dans la capsule de Bowmann.

L'albuminurie est donc le résultat d'une lésion des capillaires et principalement des capillaires du glomérule.

Les cylindres granuleux et les cylindres cireux ou colloïdaux dérivent, par différents procédés, de décompositions du protoplasme des cellules épithéliales : les cylindres hyalins sont au contraire, d'origine hématique, c'est-à-dire glomérulaire.

Connaissances actuelles sur les facteurs modifiant la virulence des microbes. — M. A. Rodot (de Montpellier) néglige ou suppose connus les « facteurs extrinsèques » des variations de virulence, c'est-à-dire les conditions déterminantes, pour étudier les « facteurs intrinsèques », en quelque sorte le mécanisme intime des variations.

I. La propriété pathogène est essentiellement complexe; on peut y distinguer trois éléments :

A. Acceptation du milieu animal en tant que milieu nutritif, c'est-à-dire état adapté à la vie biophytique;

B. Résistance à la défense de l'organisme, prin-

cipes antialexiques, « agressine », capsules. Le pouvoir infectant est la résultante de A et de B;

C. Elaboration de principes nocifs; C′ de poisons généraux : holotoxiques, fonction holotoxicogène; C″ de poisons locaux : mérotoxiques, fonction mérotoxicogène.

II. Les facteurs intrinsèques de variations de virulence doivent être cherchés dans les modifications de ces divers éléments.

1° Ceux de l'atténuation et de l'exaltation peuvent être classés sous trois chefs :

a. Perte plus ou moins avancée de l'état adapté à la vie biophytique, par adaptation à la vie saprophytique, atténuation, ou au contraire exaltation, retour, ou perfectionnement de l'adaptation à la vie biophytique;

b. Amoindrissement de la résistance de l'agent infectieux à la défense organique, ou inversement renforcement de cette résistance. Ces variations du deuxième élément de la fonction pathogène sont souvent la conséquence d'oscillations de vitalité : le microbe résiste plus ou moins à la défense de l'organisme parce que sa vitalité est amoindrie ou accrue, parce qu'il est plus faible ou plus fort; mais aussi, ces variations peuvent être plus ou moins indépendantes du degré de vitalité, c'est-à-dire que la fonction spéciale de résistance peut varier pour son propre compte;

c. Amoindrissement et renforcement de la fonction d'élaboration des substances nocives ou toxiques, plus particulièrement de la fonction holotoxicogène : poisons généraux; les variations de cette fonction pouvant être, elles aussi, parallèles à des oscillationr de vitalités ou en être indépendantes. L'importance respective de ces trois facteurs diffère suivant que l'on considère les microbes agents d'infection proprement dite, ou les microbes à action toxique prédominante ou à pouvoir infectant plus ou moins réduit. Pour les premiers, le plus grand nombre, les facteurs *a* et *b* jouent le rôle le plus important; pour les derniers, la primauté appartient au facteur *c*.

2° Les variations relatives de la virulence, variations essentiellement relatives à telle ou telle espèce animale, « adaptation » au sens étroit du mot, qui paraissent jouer un si grand rôle dans la constitution des types naturels, exemple bacille tuberculeux, peuvent être expliquées :

a. Par une adaptation de la nutrition de l'agent infectieux, au milieu spécial réalisé par une espèce animale;

b. Par des modifications de la fonction spéciale de résistance, s'adaptant qualitativement aux moyens de défense de l'espèce considérée.

3° Enfin les variations de modalité, en partie responsables de la diversité des formes morbides déterminées par un même agent infectieux, ont leur raison d'être : *a.* dans une adaptation, plus étroite que dans les cas précédents, de nutrition; *b.* ou de résistance aux conditions réalisées par un tissu ou un organe; *c.* dans une modification portant isolément ou inégalement sur les divers éléments de la propriété pathogène, dissociant en quelque sorte les composants élémentaires de cette propriété.

Contribution au diagnostic du choléra. — M. Paul Kaufmann (de Rome). Quand on mélange à une solution alcaline verte de jéquirity-peptone (10 p. 100 de semences de jéquirity, 1 p. 100 de peptone et 1/2 p. 100 de sel de cuisine) du vibrion cholérique, on constate après un temps très court un changement de coloration. La même réaction se produit aussi en présence d'une petite quantité de culture, au bout de quatre à cinq heures. Elle permet de différencier le vibrion cholérique des différentes espèces cholériformes. La persistance de la coloration verte au bout de six heures permet d'écarter avec certitude le diagnostic de choléra.

Bactériologie, sérothérapie et vaccination du rhumatisme articulaire aigu. — M. Rosenthal (de Paris) divise les recherches faites jusqu'à ce jour sur la bactériologie du rhumatisme aigu en quatre catégories :

1° La première contient les résultats incertains des premiers temps et les résultats négatifs, dont beaucoup sont dus à des prélèvements tardifs, trop peu nombreux, ou à des erreurs de technique (insuffisante dilution du sang, recherche insuffisante des anaérobies);

2° Puis viennent les cas de microbes banaux comme le staphylocoque doré, que l'on retrouve souvent en symbiose avec les germes suivants.

Deux théories se partagent actuellement la faveur des chercheurs : la *théorie diplococcique* et la *théorie de la bactérie anaérobique d'Achalme.*

3° La théorie du diplocoque est née avec les travaux de Leyden (1894), de Triboulet (1897), de Wassermann (1899). La valeur du *micrococcus rheumaticus* est interprétée de deux façons différentes. Pour les uns (Triboulet), le diplocoque est identique à l'entérocoque de Thiercelin; pour les autres (Wassermann, Poynton, Paine, Shaw, Conner, Walker, Herry, F. Mayer, Malkov, Predtodensky, Reiffel, Lewis, etc.), le diplocoque doit être considéré comme un microbe spécifique, à cause de sa vitalité, de la production d'acide formique, de sa non-purulence expérimentale, de la présence de sensibilisatrice dans le sang des malades, de son pouvoir hémolytique, de la reproduction expérimentale de la maladie chez les lapins. Tous ces caractères sont irréguliers et inconstants et le rapporteur, admettant l'identité du diplocoque avec l'entérocoque de Thiercelin, en fait un microbe d'infection secondaire ou concomitante sous une réserve faite plus loin.

4° La théorie du bacille anaérobie d'Achalme est née avec les travaux de cet auteur (1891). Elle trouve une force nouvelle dans les résultats positifs de l'hémobioculture (mise en culture du sang pendant la vie) réalisée par Thiroloix en 1897. Elle s'affirme définitivement par les travaux de Carrière, Pic et Lesieur, Savtchenko, Melkich et surtout de Thiroloix et G. Rosenthal. Ces deux auteurs dans une série de recherches établissent que le bacille rhumatismal d'Achalme n'est pas identique au bacillus perfringens, dont il est séparé par le chimisme (fermentation du saccharose avec inversion, nitrification des nitrates, non-fétidité des cultures, sporula-

tion différente), l'aérobisation et l'expérimentation qui reproduit chez le lapin (Thiroloix) le syndrome arthro-viscéral. Avec une dilution suffisante du sang dans les milieux de culture, et l'emploi des ballons cachetés de l'auteur, l'hémobioculture donne des résultats positifs très nombreux. D'ailleurs, la bactérie anaérobie se retrouve dans les cas simples ou compliqués, normaux ou anormaux de rhumatismes, dans le sang, les humeurs et les parenchymes (autopsies, cas d'Achalme et Thiroloix); jamais elle n'a été trouvée dans d'autres affections.

In vivo ou *in vitro*, elle peut se transformer en diplocoque, ce qui explique dans quelques cas la présence du diplocoque (théorie du cycle bactérien).

Après avoir démontré la puissance irrégulière des colloïdes (électrargol et électropalladiol), l'auteur décrit son procédé de préparation du *Wright-vaccin* rhumatismal, qui espace les crises de rhumatisme, puis il passe à l'étude de la *sérothérapie*.

Les essais de sérothérapie antidiplococcique n'ont donné en Allemagne aucun résultat : il n'en est pas de même de son sérum R préparé à l'Institut sérothérapique de Grenoble, sérum des chevaux vaccinés contre la bactérie anaérobie par l'injection de cultures d'abord aérobisées, puis anaérobies. Sous l'influence de ce sérum, les arthropathies s'atténuent, la fièvre descend et les manifestations viscérales sont évitées. Il serait anticlinique de refuser aux malades traités par le sérum R les bienfaits du salicylate. L'auteur termine ce rapport en recommandant, dans les cas graves, la formule nouvelle de traitement du rhumatisme : sérum R, salicylate de soude et électrargol avec emploi du vaccin dans l'intervalle des crises.

(*A suivre.*) FERNAND TRÉMOLIÈRES.

LIVRES NOUVEAUX

Les Troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique (1), par le docteur A. Hesnard.

Les troubles de la personnalité offrent un intérêt des plus grands car ils occupent en psychiatrie une place considérable. Ces altérations pathologiques, si typiques et parfois si accusées dans certains délires, dans des états mélancoliques et hypocondriaques, existent souvent aussi dans des états neuropsychopathiques encore mal délimités.

L'ouvrage de M. Hesnard constitue une étude d'ensemble fort intéressante de ces troubles. Pour lui ces phénomènes seraient étroitement liés à des syndromes d'asthénie du système nerveux. Aussi les étudie-t-il successivement dans des états d'asthénie nerveuse simple, d'asthénie psychique pure et d'asthénie psychique chez les constitutionnels.

Une riche documentation et surtout un grand nombre d'observations, dont beaucoup personnelles à l'auteur, bien présentées, constituent la base solide de ce travail. C'est en subordonnant l'analyse psychologique à l'observation, en restant sur le terrain de la clinique, en montrant que ces troubles s'accompagnent chez le malade de symptômes somatiques et psychiques que l'auteur, élève du professeur Régis, a su rester médecin et faire une œuvre de psychologie utile.

PAUL CAMUS.

(1) In-8 de 292 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

L'Assistance publique : ce qu'elle fut ; ce qu'elle est (1), par A. d'Échérac, ancien secrétaire général de l'Assistance publique.

C'est l'histoire de cette institution vue à travers les âges avec une étude complète de ses divers organes, de ses ressources, de la législation de ses hôpitaux, de ses hospices et de leur fonctionnement pendant les diverses périodes qui ont marqué ses transformations successives. C'est enfin l'histoire de ce qu'elle est actuellement, de son rôle dans la société moderne, des nombreux établissements où elle abrite les malades, les vieillards, les infirmes, les enfants placés sous sa protection et les divers modes qu'elle emploie pour les soulager.

Ce livre, scrupuleusement historique, semé d'anecdotes et plein de renseignements du plus haut intérêt, se lit comme un roman, même dans les parties les plus techniques : il est fait pour tous ceux qu'intéresse le sort des pauvres.

L. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIE INFANTILE (2)

B. **Période de paralysie.** — Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, les signes généraux s'atténuent et disparaissent, en même temps que la paralysie apparaît. Elle atteint d'un seul coup tous les muscles qu'elle doit atteindre, à l'encontre des amyotrophies progressives ; cependant il lui faut parfois deux ou trois jours pour arriver à son complet développement. C'est une paralysie flasque, uniquement motrice.

1° Localisation primitive. — Elle est très variable. La paralysie s'étend à tout un membre ou aux deux membres inférieurs ; parfois croisée, elle atteint un membre supérieur et l'inférieur du côté opposé. On observe plus souvent des quadriplégies. L'hémiplégie est très rare, la face est presque toujours indemne. On a signalé des formes bulbaires, généralement mortelles à brève échéance, par accidents respiratoires et cardiaques. Le plus souvent c'est un groupe musculaire plus ou moins important qui est paralysé sans rapport forcé avec un territoire nerveux ; on voit ainsi la paralysie infantile frapper tous les muscles d'un nerf sauf un ou deux (tous ceux du radial sauf le long supinateur).

2° Réflexes tendineux. — Ils sont diminués ou abolis dans les muscles atteints. La paralysie est et reste toujours flasque ; jamais de contracture.

3° Les sphincters sont toujours indemnes, sauf rarement à la période d'invasion.

4° La sensibilité est intacte.

5° Troubles vasomoteurs. — Il y a de la cyanose au niveau des muscles paralysés, avec abaissement de la température locale.

La paralysie reste ainsi stationnaire pendant huit à quinze jours, puis régresse, mais avant la régression dans les huit ou dix jours après l'installation on peut se rendre compte de l'évolution probable d'après l'état des réactions électriques.

6° Réactions électriques [Duchenne (de Boulogne)]. — 1. *Excitation faradique.* — Les nerfs réagissent d'une façon variable. Les muscles profondément atteints deviennent inex-

(1) Paris, G. Steinheil.

(2) Suite. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 102, p. 1286.

citables après huit jours. Ceux qui réagissent même faiblement encore au bout de huit jours ont de grandes chances de revenir à l'état normal.

2. *Excitation galvanique.* — Les nerfs sont très vite inexcitables. Pour les muscles, la réaction augmente pendant le premier jour puis diminue et bientôt dans ceux qui restent paralysés apparaît la réaction de dégénérescence (DR) : lenteur de la contraction musculaire et inversion de la formule polaire normale (la contraction de fermeture devient plus forte au pôle positif qu'au pôle négatif : CFP > CFN).

7° La CONTRACTION IDIOMUSCULAIRE augmente d'abord puis arrive à disparaître par atrophie musculaire.

C. **Période de régression de la paralysie.** — Après un temps variable, une à trois semaines, la motilité réapparaît dans certains muscles atteints et la paralysie se cantonne définitivement dans les autres. La régression débute rarement après un mois et les paralysies persistant au bout de trois mois sont définitives.

La localisation peut se faire dans un segment de membre ou un groupe musculaire, un muscle ou même une partie d'un muscle. Elle est en général très irrégulière.

Certains muscles sont plus souvent pris. Aux membres inférieurs, les antéro-internes de la jambe (le malade steppe), les péroniers, le triceps sural, le quadriceps fémoral. Aux membres supérieurs, le deltoïde (souvent le tiers antérieur seul), les rotateurs de l'épaule, plus rarement les antibrachiaux. Au tronc, les muscles des gouttières (le malade ne peut se tenir debout ou assis), les muscles larges de l'abdomen (cambrure exagérée).

D'autres muscles sont presque toujours indemnes, par exemple : le grand pectoral, le long supinateur, le tenseur du fascia lata et le couturier, les muscles profonds du mollet et l'extenseur propre du gros orteil.

Dans les muscles paralysés définitivement la contraction idio-musculaire disparaît bientôt de même que la contractilité galvanique.

Dans certains cas on a observé une régression complète; c'est exceptionnel (paralysie temporaire de Kennedy).

D. **Période d'atrophie et de déformations.** — Débutant de la sixième semaine (Laborde) au huitième mois (Charcot), elle se poursuit pendant de longs mois. L'atrophie des muscles paralysés, laissant le libre jeu à l'action des muscles antagonistes et de la pesanteur, amène la production de déformations et d'attitudes vicieuses, que fixent définitivement d'autres troubles trophiques ostéo-articulaires et aponévrotiques.

I. ATROPHIES. — 1° *Atrophie musculaire.* — Elle évolue très rapidement, faisant fondre le muscle, bientôt réduit à l'état de lame fibreuse.

2° *Atrophie osseuse.* — Les os sont fragiles, minces et sans saillie musculaire (radiographies). Leur développement est très ralenti. Le membre finit par présenter un gros *raccourcissement.*

3° *Adipose sous-cutanée.* — Surtout aux membres inférieurs, elle peut masquer en partie l'atrophie; mais la palpation donne une sensation de pâte molle qui rectifie l'appréciation de l'œil.

4° *Peau.* — Elle est cyanosée, amincie, supporte mal la pression des appareils orthopédiques. Il y a souvent de l'hypertrophie pilaire et unguéale, des durillons, de l'hyperhidrose, des engelures.

Par ailleurs, aucun retentissement sur l'état général, ce sont des accidents purement locaux et la santé peut être florissante.

II. DÉFORMATIONS. — Elles sont extrêmement variées et dépendent du groupe musculaire paralysé. Nous ne pouvons que passer en revue les principales de ces déformations.

Les *pieds bots* sont parmi les plus fréquentes. On peut rencontrer la plupart des variétés.

L'équin par lésion du jambier antérieur et des extenseurs des orteils, plus souvent le *varus équin* lorsque, à ces paralysies, s'ajoute celle des péroniers latéraux : l'enfant marche sur le bord externe puis sur le dos du pied enroulé dans la plante. Ce sont le triceps sural et le jambier postérieur dont la tonicité produit cette déformation.

Les *talus* sont encore assez fréquents par lésion du triceps sural et des fléchisseurs. La rétraction du long péronier latéral peut donner du talus pied creux. La paralysie du triceps et du long péronier latéral donne du talus valgus.

Le varus par lésion des péroniers et le valgus par atteinte des jambiers sont plus rares.

Le *pied plat* est dû à la paralysie isolée du long péronier latéral.

Le *pied ballant* est peu fréquent; par destruction de tous les muscles du pied.

Le *genou paralytique* est le plus souvent un genu recurvatum (en hyperextension) compensé alors par une lordose lombaire. On voit aussi du genu valgum ou varum.

La *hanche bote* est généralement due à une atrophie des muscles antéro-internes de la cuisse. D'où flexion avec légère abduction et rotation externe. La tête fémorale est souvent subluxée dans le triangle de Scarpa. Le pied se place en varus équin, tout le membre est atrophié, la marche est à peu près impossible.

Le *membre de polichinelle* tient à la paralysie totale du membre inférieur; il permet la marche avec un appareil à la condition que la cuisse ait conservé sa direction normale.

Le *cul-de-jatte* est dû à une atrophie des deux membres; le tronc, normal, repose sur les ischions.

Le tronc peut présenter des *scolioses* (paralysie unilatérale des muscles des gouttières) ou des lordoses.

Le *bassin* peut être atrophié ou vicié par la claudication ou la lordose.

La *main bote* est plus rare que le pied bot : la main est généralement en flexion, demi-pronation, les doigts fléchis peuvent faire quelques mouvements. Duchenne (de Boulogne) a montré que suivant le groupe paralysé on pouvait avoir des déviations palmaire (radiaux, cubital postérieur), dorsale (palmaire, cubital antérieur), cubito-palmaire (deuxième radial, extenseurs, cubital postérieur), radio-dorsale (fléchisseurs, cubital postérieur), en varus (premier radial).

L'*aplatissement de l'épaule* est la déformation la plus fréquente du membre supérieur; par atrophie deltoïdienne : la tête humérale est subluxée en avant, les mouvements articulaires incomplets. On peut observer de vraies luxations paralytiques.

L'*arrêt de développement général* du membre supérieur est aussi loin d'être rare.

PRONOSTIC. — Bénin au point de vue vital, si on réserve les accidents bulbaires et méningés peu fréquents du début, le pronostic est grave au contraire si on considère la fonction. La paralysie infantile laisse toujours une impotence définitive plus ou moins importante.

Le pronostic est encore assombri par les *récidives.* Chez l'enfant on peut voir des rechutes au bout de quelques mois frappant le plus souvent des muscles déjà atteints où la paralysie avait rétrocédé. Chez l'adulte on observe des *reprises tardives d'amyotrophie* atteignant de même les muscles déjà frappés passagèrement dans l'enfance, évoluant comme les paralysies spinales aiguës de l'adulte. Pierre Marie a d'ailleurs identifié anatomiquement et cliniquement ces deux affections avec la paralysie infantile. On discute pour savoir si la reprise d'amyotrophie est un réveil d'infection médullaire ou si une nouvelle infection a été simplement favorisée par des lésions anciennes. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 106. — SAMEDI 18 SEPTEMBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 18 SEPTEMBRE 1909. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MARINE. — Le *Journal officiel* du 16 septembre (p. 9492) publie une circulaire relative à la création : 1° d'une commission supérieure pour la prophylaxie des maladies infectieuses et la surveillance des eaux d'alimentation de la marine; 2° de bureaux d'hygiène au chef-lieu de chacun des arrondissements maritimes.

IIIe CONGRÈS DES PRATICIENS (*Paris Pâques 1910*). — COLLABORATION DES SECRÉTAIRES DES SYNDICATS MÉDICAUX ET DES GROUPEMENTS PROFESSIONNELS A LA PRÉPARATION DU CONGRÈS. — Un IIIe Congrès des praticiens doit avoir lieu à Paris à Pâques 1910. Parmi les rapports qui seront rédigés à cette occasion, un certain nombre donneront lieu à des enquêtes.

Les organisateurs du Congrès font appel aux sentiments de bonne volonté et de solidarité des secrétaires des groupements professionnels, pour collaborer à ces enquêtes, soit en fournissant personnellement des réponses aux questionnaires qui leur seront adressés, soit en désignant des membres de leur groupement qui accepteraient de fournir des réponses.

De cette façon, les rapporteurs, au lieu de n'exprimer que leurs opinions personnelles, seront en mesure de faire une large part aux idées qui leur seront communiquées par leurs correspondants et l'intérêt de leur travail, pour le corps médical, en sera notablement accru. Parmi les questions à l'ordre du jour, nous pouvons citer dès à présent les suivantes :

Exercice illégal de la médecine. — Libre choix et mutualités. — Libre choix et grandes administrations. — Hôpital aux indigents. — Structure administrative des hôpitaux. — Relèvement des honoraires médicaux. — Application de la loi sur la santé publique.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-sixième semaine, 715 décès, au lieu de 752 pendant la semaine précédente et au lieu de 775, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole a causé 6 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 51, au lieu de 67 précédemment (moyenne 42).

La coqueluche a causé 3 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 5).

La diphtérie a causé 3 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 29, au lieu de 34 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

La diarrhée infantile a causé 45 décès de 0 à 1 an, au lieu de 62 pendant la semaine précédente (moyenne 59).

En outre, 17 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 78 décès, au lieu de 75 pendant la semaine précédente (moyenne 81).

La phtisie pulmonaire a causé 154 décès (moyenne 177).

Il a été signalé en outre 4 décès de méningite cérébro-spinale épidémique et 4 nouveaux cas.

Traitement de la tuberculose pulmonaire, par G. AUSSEL, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier; préface par M. le professeur GRASSET. Un vol., 332 p. — Montpellier, Coulet.

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, par BROUARDEL et GILBERT. Tome XVIII : « Maladies du péritoine ». — Paris, J.-B. Baillière et fils.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[*Budapest, 29 août-4 septembre 1909* (1).]

PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET EXPÉRIMENTALE

(SUITE)

Diagnostic de la méningite cérébro-spinale par la méthode de la précipito-réaction. — M. H. VINCENT (de Paris). La méthode qu'il recommande pour le diagnostic de la méningite cérébro-spinale repose sur une réaction d'infection. Elle a, en effet, pour objet de déceler dans l'organisme du malade les produits solubles sécrétés par le microbe infectant, en mettant les humeurs en présence d'un sérum précipitant correspondant. Elle ne doit pas être confondue, en conséquence, avec la recherche des précipitines dans le sang des malades. L'existence des précipitines constitue une réaction de défense; il est donc facile de comprendre qu'elles ne peuvent être constantes, car la sécrétion des substances défensives peut être variable, insuffisante ou même absente chez certains malades. Il n'en est pas de même de la constatation des sécrétions spécifiques du microbe. Il a donc été nécessaire de donner une dénomination spéciale, celle de précipito-réaction, à l'épreuve destinée à mettre en évidence, par l'action d'un sérum précipitant spécifique, l'existence des produits de culture ou d'autolyse du microbe pathogène.

M. Vincent rappelle la technique qu'il a fait connaître pour le diagnostic de la méningite cérébro-spinale : mélange de c gouttes de liquide céphalo-rachidien éclairci complètement par centrifugation, ou VI gouttes de sérum précipitant. A défaut de celui-ci (qu'il est facile de préparer), utiliser le sérum agglutinant de Wassermann ou le sérum thérapeutique de Flexner. Mettre à l'étuve à 50-55 degrés et examiner après dix à quatorze heures et comparativement avec un témoin (liquide rachidien seul) l'opalescence produite. Même très faible, celle-ci n'en implique pas moins un caractère positif de l'épreuve : le témoin doit rester clair; sinon, on ne doit pas tenir compte du résultat de la réaction.

Le liquide à examiner doit être récent et avoir été conservé au froid et surtout à l'obscurité.

La réaction fait le plus souvent défaut chez les malades qui ont déjà été traités par la sérothérapie.

Le sérum précipitant doit être polyvalent ; c'est pour avoir utilisé un sérum insuffisant que l'on a eu parfois un résultat négatif. A cet égard, le sérum thérapeutique de Flexner, qui est très polyvalent, peut rendre de réels services dans cette épreuve. Les sérums renferment des co-précipitines qui peuvent agir sur les paraméningocoques.

Dans la pratique, les méningites dues à ces derniers microbes seuls sont très rares et les co-réactions se font évidemment par obstacle à l'emploi du sérum pour le diagnostic de la méningite à diplocoques de Weichselbaum, pas plus que les co-agglutinines existant dans le sang des typhiques ne contre-indiquent l'emploi de la réaction de Widal dans le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Le nombre total des cas de méningites de toutes natures examinées par cette méthode est de plus de 100; 49 fois la précipito-réaction a démontré qu'il s'agissait de méningites à diplocoques de Weichselbaum.

Fait important : la réaction a été positive dans des cas de méningite à liquide céphalo-rachidien clair, amicrobien, à propos desquels on avait pensé à la méningite tuberculeuse. Or, ces malades ont guéri par la sérothérapie, justifiant ainsi le diagnostic que la réaction avait permis de porter.

Cette méthode offre une portée générale qui la rend applicable au diagnostic d'autres affections.

Pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse. — M. Fernand TRÉMOLIÈRES (de Paris). Le rejet par l'intestin de mucus plus ou moins concrété est un phénomène banal. Presque toujours accompagné de douleurs abdominales et de troubles de l'excrétion intestinale, il constitue avec eux un syndrome tantôt éphémère et tantôt durable, constituant dans ce dernier cas l'entéro-colite muco-membraneuse.

Celle-ci peut dépendre d'une excitation locale permanente (lésion utérine, rénale, hépatique, appendiculaire, etc.).

Mais d'autres fois, à la faveur d'une prédisposition foncière, elle survit à sa cause. On attribue cette prédisposition à un état névropathique (neuro-arthritisme, neurasthénie), qui préexiste, en effet, presque toujours à l'entéro-colite. L'étude des observations cliniques et de récents travaux permettent de préciser leurs rapports.

On est d'accord aujourd'hui pour reconnaître au neuro-arthritisme et à la neurasthénie une origine toxique : ils résultent de toxi-infections, d'intoxications d'origine digestive, rénale, hépatique, d'un fonctionnement défectueux des glandes vasculaires sanguines et particulièrement de la thyroïde.

Or, l'auteur a dégagé du tableau de l'entéro-colite tout un ensemble de signes physiques et fonctionnels analogue à celui du neuro-arthritisme ou, s'il est accentué, à celui de la neurasthénie. Souvent l'identité de ce syndrome et des troubles de l'hypothyroïdie bénigne chronique d'Hertoghe en font soupçonner l'origine thyroïdienne que la coïncidence de lésions manifestes du corps thyroïde et d'altérations rhino-pharyngées liées au myxœdème fruste ou complet (Delacour, Wingrave, etc.), vient d'ordinaire confirmer.

D'autres fois, c'est à un trouble des fonctions hépatiques ou rénales, révélé par la cholémie, les signes du petit brightisme, etc., qu'il convient de rapporter la névropathie, ou à une insuffisance ovarienne, ou à toute autre cause d'intoxication, dont on retrouve toujours les signes et les raisons chez les entéro-colitiques. Ces facteurs d'intoxication réagissent les uns sur les autres, influencent directement l'intestin, dont les troubles, à leur tour, réagissent sur le système nerveux, compliquant ainsi l'analyse pathogénique.

(1) Suite. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n°s 103, p. 1296; 105, p. 1315.

Ainsi, la prédisposition à l'entérite muco-membraneuse réside bien, comme on l'a déjà formulé *cliniquement*, dans le neuro-arthritisme, et comme l'auteur l'a *pathogéniquement* établi, dans une intoxication à point de départ souvent thyroïdien, d'autres fois hépatique ou rénale, dont le neuro-arthritisme n'est que la manifestation la plus visible.

Le système nerveux intoxiqué règle mal les réactions de l'intestin. A toute excitation éphémère, mécanique, toxique, infectieuse ou réflexe (dont le professeur Roger et l'auteur ont mis en évidence le rôle pathogénique), l'intestin réagit, en les divers modes de son activité, moteur, sensitif, sécrétoire et trophique, par un état morbide permanent, l'entéro-colite muco-membraneuse.

La thérapeutique doit être dirigée à la fois contre la prédisposition foncière et la cause provocatrice. Suppression de celle-ci et atténuation des troubles intestinaux qu'elle occasionne, désintoxication de l'organisme et sédation des troubles nerveux qui en dépendent, telles sont les quatre indications du traitement, dont l'auteur a pu constater l'efficacité.

THÉRAPEUTIQUE

Pharmacothérapie et physiothérapie. — M. Ch. Colombo (de Rome) fait une étude comparative entre la pharmacothérapie et la physiothérapie, visant l'action physiologique et thérapeutique des agents chimiques et physiques sur l'organisme humain, à l'aide de la littérature médicale des dernières années et de sa propre expérience. On peut envisager trois éventualités lorsqu'il s'agit de choisir un remède : 1° on peut intervenir aussi bien par un agent chimique que par un agent physique ; 2° on ne peut recourir qu'à un agent chimique; 3° on ne peut recourir qu'à un agent physique.

Dans le premier cas, il faut, selon l'auteur, préférer l'agent physique pour les raisons suivantes : *a.* l'agent physique constitue un stimulus extérieur dont on connaît exactement l'essence et l'action sur l'organisme ; *b.* l'agent chimique est destiné à agir dans l'intérieur de l'organisme, en contact avec les sucs organiques et cellulaires; quand même nous connaissons exactement sa constitution et son action in vitro, nous ignorons sa constitution et son action in corpore, et la réaction de l'organisme.

Dans les deux autres cas, le choix est évident.

Importance physiologique et thérapeutique des alcalins et des alcalino-terreux. — M. A. Curci, dans la première partie de son travail, étudie l'action physiologique du potassium, du rubidium, du cæsium, du thallium, du sodium, du lithium, du calcium, du strontium, du baryum, du magnésium et du beryllium.

Le potassium excite les éléments musculaires du cœur et des vaisseaux, dont il renforce les fonctions; l'opinion courante que le potassium est un déprimant du cœur est erronée. Comme le potassium, le rubidium, le cæsium, le thallium, le calcium, le strontium et le baryum excitent le cœur et les vaisseaux.

Le sodium et le lithium excitent le système nerveux sans agir sur le système musculaire.

Les alcalino-terreux, du calcium au beryllium, abolissent tous les fonctions du système nerveux animal, mais le magnésium et le beryllium n'agissent sur aucun système musculaire. L'auteur étudie en outre le mécanisme des actions sur les différents appareils organiques de la vie animale et végétative.

Dans la deuxième partie, l'auteur étudie la minéralisation des tissus à l'état normal et pathologique. Il signale le fait très intéressant que les tissus enflammés absorbent des substances et des sels en plus grande quantité que les tissus normaux, et même des substances qui n'entrent pas dans la composition normale des tissus, comme le sodium, etc.

Du rôle des leucocytes dans l'absorption et l'élimination des médicaments. — MM. Arnozan et Carles (de Bordeaux). On admet généralement que les médicaments absorbés circulent dissous dans le sang. Une série d'observations récentes montre que pour plusieurs substances, il n'en est pas ainsi. Le trisulfure d'arsenic, le baume du Pérou, le calomel, l'iodoforme, les huiles, le mercure métallique, certains sels de fer et d'argent, etc., tout au moins lorsqu'ils sont introduits par la voie hypodermique, sont incorporés par les leucocytes et circulent dans le sang, non pas dissous, mais emprisonnés par ces globules. Il y a une phagocytose des remèdes.

Au sein des leucocytes qui les ont emmaganisées, ces substances subissent des fortunes diverses ; les unes y sont modifiées et décomposées, les autres sont rejetées par les globules au sein de certains viscères où elles s'accumulent ; d'autres enfin sont éliminées avec les globules mêmes soit au niveau de la muqueuse intestinale, soit au niveau des ulcérations superficielles ou profondes, s'il en existe.

Lorsque les leucocytes, au lieu de s'éliminer sur des surfaces libres, normales ou ulcérées, se détruisent au sein même de l'organisme, il peut en résulter des modifications importantes de la sécrétion urinaire au point de vue de l'acide urique et des phosphates, qui sont alors rejetés en quantités excessives.

Les faits ci-dessus énoncés permettent de concevoir autrement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent certaines questions de thérapeutique générale. D'abord les substances médicamenteuses, circulant emprisonnées dans les leucocytes et n'étant pas, comme on le croyait, en solution uniforme dans le sang, pourront s'accumuler en certains points de l'organisme et faire défaut dans d'autres. Par suite, certaines doses de remèdes, très minimes en apparence, pourront en réalité être très actives, étant donné que les leucocytes vecteurs les apportent de préférence au niveau des points malades. Cette migration des leucocytes chargés de remède explique la présence de quantités notables de poisons dans le pus des abcès artificiels provoqués au cours des intoxications (abcès de fixation). D'autre part, comme beaucoup de remèdes sont emprisonnés dans les leucocytes, ils risqueront de ne jamais rencontrer les agents patho-

gènes incorporés eux-mêmes à d'autres leucocytes et surtout libres dans les interstices cellulaires; ainsi s'expliquerait peut-être l'échec des médications antiseptiques internes dans tant d'infections. Les faits signalés par l'auteur dans son rapport permettent de comprendre les bons effets de la diète au cours des maladies infectieuses; des leucocytes surchargés de substances alimentaires ou médicamenteuses sont incapables d'une phagocytose active; non repus, ils sont agiles et tout prêts à se saisir des microbes ou des toxines qu'ils rencontrent. Enfin, on peut se demander si les notions nouvelles acquises sur le rôle des leucocytes ne nous amèneront pas à réhabiliter de vieilles pratiques et d'anciennes doctrines.

Les globules blancs s'incorporent les toxines aussi bien que les remèdes et éliminent les unes et les autres au niveau des points ulcérés; ils peuvent transporter les unes commes les autres d'un viscère à un autre. N'est-ce pas là toute la théorie des exutoires et des métastases?

De l'application méthodique des agents physiques et principalement de l'application méthodique en kinésithérapie. — M. Kouindjy (de Paris). L'application des agents physiques en médecine nécessite une méthode au même titre que n'importe quel autre agent thérapeutique. La physiothérapie a ses lois d'intervention, ses indications et ses contre-indications. De tous les agents physiques, l'électricité et la radiologie sont à peu près les deux seuls agents physiques, qui jouissent de la réputation d'agents thérapeutiques; malgré cela, leur application se fait, en général, sans aucune méthode. Quant aux autres agents physiques : massage, mécanothérapie, gymnastique, aérothérapie, etc., la majorité des praticiens ne les utilise pas. Le massage méthodique est, cependant un agent thérapeutique dont chaque manœuvre massothérapique répond à chaque symptôme de l'affection traitée. Ainsi, chez les ataxiques tabétiques, l'application du massage méthodique dépend d'abord de trois grandes périodes de cette maladie : période préataxique, période ataxique et période d'impotence; ensuite, de l'état d'hypotonie musculaire, de troubles trophiques, etc.

Dans le traitement des fractures, la kinésithérapie se résume aux effleurages et pressions superficielles; plus tard, quand le col est formé ,aux pétrissages et pressions profondes, et enfin aux tapotements, roulements, et mouvements passifs et actifs. Le traitement kinésithérapique des entorses doit se faire, d'après Phélippeaux, en quatre temps. Par le massage abdominal superficiel on obtient un effet diurétique; par le massage abdominal profond un effet tonique. Méthodiquement fait, ce massage a encore une action dynamogénique sur le cœur. La gymnastique présente des modalités absolument diverses. La rééducation n'est qu'une série d'exercices raisonnés et méthodiquement applicables.

L'hydrothérapie ne peut être utilisée avec plein succès que lorsqu'elle est appliquée d'une façon méthodique.

L'application des agents physiques en thérapeutique doit être soumise à une réglementation appropriée, basée sur les propriétés physiologiques de chacun d'eux et sur l'action rétrospective de chacun de ses éléments. Elle doit varier non seulement selon chaque maladie, mais également selon chaque malade et chaque phase de l'affection traitée. Leur application doit être réservée aux médecins seuls et à ceux qui sont suffisamment familiarisés avec leur emploi. Ils doivent être interdits aux empiriques.

La méthode de rééducation à la Salpêtrière et les résultats de six dernières années d'exercices. — M. Kouindjy (de Paris). La méthode utilisée pour rééduquer les malades à la clinique Charcot a pour principe, comme toutes les autres méthodes, l'application méthodique et raisonnée des exercices appropriés à la symptomatologie de chaque affection nerveuse soumise au traitement. Elle diffère des autres méthodes par sa simplicité, la brièveté d'application et la limitation des séances.

Les premiers exercices sont destinés à apprendre au malade la façon de se lever de la chaise, de se tenir debout appuyé et sans appui. Ensuite, on apprend aux malades la marche avec une canne caoutchoutée, en étudiant d'abord la marche en quatre temps, puis la marche en trois temps, et enfin, la marche en deux temps. Dans les premiers cas la canne se déplace séparément; dans le dernier cas, elle se déplace avec le pied opposé. Le second cycle comprend la rééducation de la marche au moyen du tapis et des traits dessinés sur le tapis. Le troisième cycle est composé des exercices de la stabilité, exercices dits du cloche-pied, exercices de stabilité du thorax, etc. Enfin le quatrième cycle comprend des exercices, dont le but est de rééduquer l'équilibre : la marche sur les traits et dans les carrés du tapis sans regarder les pieds; marche sur un plan incliné, sur l'escalier, etc.

La rééducation est complétée par le massage méthodique et l'extension sur une planche inclinée, dont l'angle d'inclinaison varie à volonté.

L'auteur a utilisé la combinaison de ces trois moyens physiques, rééducation, massage méthodique et extension, dans 396 observations dont les résultats sont indiqués dans la statistique suivante.

Sur 174 malades atteints d'ataxie tabétique, 106 étaient ataxiques du premier degré avec 98 p. 100 de résultats favorables et 2 p. 100 défavorables, (22 ont guéri complètement); 41 furent atteints d'ataxie du deuxième degré, dont 92 p. 100 résultats favorables et 8 p. 100 défavorables; 26 cas d'ataxie de troisième degré avec 89 p. 100 résultats favorables et 11 p. 100 défavorables. En tout, les 174 cas d'ataxie donnèrent 95 p. 100 résultats favorables et 5 p. 100 seulement défavorables. Parmi ces derniers se trouvent les ataxiques qui furent atteints, ou au début du traitement, ou bien dans le cours du traitement de troubles oculaires et laryngés; 41 malades atteints de polynévrite avec 88 p. 100 résultats favorables et 12 p. 100 défavorables.

La sclérose en plaques, la maladie de Friedreich et la maladie de Parkinson sont les affections nerveuses les

plus difficiles à rééduquer. Dans la première, la rééducation donne plutôt une amélioration chez les enfants que chez les adolescents et les adultes. Dans la paralysie agitante tous les symptômes sont atténués, sauf le tremblement. La sclérose en plaques peut s'améliorer comme troubles moteurs, à condition que les malades ne subissent pas l'influence des événements malheureux.

L'aphasie a donné à l'auteur une guérison et quelques améliorations. Si le malade possède à merveille son langage mimique, la rééducation devient impuissante, car l'effort que doit faire le malade pour se faire comprendre le fatigue et il préfère la mimique.

La rééducation dans le traitement de la paralysie infantile. — M. Kouindjy (de Paris). Il faut commencer le plus tôt possible la rééducation dans le traitement de la paralysie infantile. Plus l'intervention s'approche des accidents qui ont occasionné la paralysie infantile, plus vite l'on obtient la restauration des tissus paralysés. L'idéal serait de commencer avant la période de rémission.

Comme règle de conduite du traitement de paralysie infantile, M. Kouindjy propose celle qui suit : le jour où vous avez constaté une paralysie infantile, massez et rééduquez. N'attendez ni analyse chimique, ni l'électro-diagnostic; faites le massage méthodique de la région malade, et commencez la rééducation des mouvements aussitôt que vous avez suffisamment de forces musculaires pour exécuter les exercices, soit par la rééducation des muscles directs, soit par la rééducation des muscles suppléants.

Des injections intra-rachidiennes d'électro-mercurol dans les tabes et les méningomyélites chroniques. — M. Carrieu (de Montpellier) rapporte deux cas de tabes arrivés, malgré un traitement intensif, à la dernière période de l'incoordination motrice avec impossibilité de se tenir debout et présentant tous les signes classiques de la sclérose des zones radiculaires postérieures (perte des réflexes rotuliens, du sens de la position, signe d'Argyll-Robertson, etc.).

On fait à ces malades tous les mois ou tous les deux mois environ des injections intra-rachidiennes de deux à cinq centimètres cubes de la solution d'électro-mercurol stabilisée de Clin.

L'amélioration est si considérable que, au bout de six mois, le premier malade pouvait circuler dans l'hôpital en s'appuyant sur deux cannes; à la fin de l'année, il se promenait en ville avec une seule canne sentant le sol et dirigeant ses jambes à peu près normalement.

La seconde malade, non syphilitique, a aussi recouvré en partie l'usage de ses membres inférieurs après quatre injections intra-rachidiennes. Elle peut marcher avec deux béquilles, tandis qu'auparavant elle ne pouvait quitter son lit.

Un troisième malade, atteint de méningomyélite chronique avec xanthochromie et coagulation spontanée du liquide rachidien, a aussi été fort amélioré par les injections sous-arachnoïdiennes d'électro-mercurol.

Ces injections provoquent des phénomènes de réactions locale et générale. Localement : modifications du liquide rachidien (diminution de la lymphocytose), douleurs lombaires s'irradiant dans les membres inférieurs.

L'état général est caractérisé par une fièvre légère, de la courbature, de la céphalée, des nausées et des vomissements, de la dépression. Mais ces phénomènes n'ont aucune signification fâcheuse, ils disparaissent sans laisser de traces et l'amélioration leur fait suite.

L'auteur, sans vouloir expliquer le mode d'action de ces injections intra-rachidiennes, pense que, dans tous les processus sclérosiques, l'électro-mercurol agit localement comme résolutif d'une façon beaucoup plus efficace que le mercure banalement introduit sous la peau ou par le tube digestif.

L'auteur pose les conclusions suivantes :

1° Dans le tabes d'origine syphilitique, les injections intra-rachidiennes d'électro-mercurol produisent un effet thérapeutique remarquable là où ont échoué les divers traitements intensifs anti-syphilitiques;

2° L'électro-mercurol agit aussi localement dans le tabes non syphilitique et dans les méningomyélites chroniques de causes diverses;

3° Les doses à employer doivent être de deux à cinq centimètres cubes de la solution d'électro-mercurol stabilisé à injecter tous les mois ou moins souvent, suivant les effets produits.

Résultats de la fulguration. — M. de Keating-Hart (de Paris) expose les résultats donnés jusqu'à ce jour, par sa méthode, *la fulguration*, appliquée au traitement du cancer. Sa statistique porte sur 247 cas, qu'il divise en trois catégories : 1° les cancers arrivés au dernier degré, et sur lesquels il a pu obtenir encore une notable amélioration : par cicatrisation, suppression des douleurs, hémorragie, etc., dans 72 p. 100 des cas; 2° les cas très graves et déjà abandonnés par la chirurgie, mais où la méthode a pu être appliquée intégralement, et qui ont donné 65 p. 100 de guérisons, durant depuis trois ans et demi au plus, et six mois au moins; 3° enfin les cas opérables où l'exérèse au cours de la fulguration a pu être largement faite, et qui ne comptent pas encore un échec. *Or, dans ces trois catégories, la majorité des cas est constituée des cancers du sein, des os et des muqueuses : langue, rectum, etc.*

L'auteur ajoute que, seules des erreurs de technique, parfois chirurgicale, le plus souvent électrique, expliquent les échecs de sa méthode entre les mains de plusieurs expérimentateurs. La qualité et la quantité des étincelles employées peuvent en effet en faire varier les résultats jusqu'à les rendre opposés.

La fulguration est donc d'une application difficile, mais son auteur affirme que les fulgurateurs qui en appliquent rigoureusement la technique, en obtiennent d'excellents résultats (Duret, Desplats, etc.).

Traitement des tumeurs malignes par les étincelles et effluves de haute fréquence. — M. J.-A. Rivière

(de Paris). Voici les conclusions de cette communication :

« 1° La thérapeutique des tumeurs malignes par les effluves et étincelles de haute fréquence peut, dans certains cas, être tout électrique et dans d'autres électro-chirurgicale.

2° Dans nos communications au Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales (août 1900) et à l'Académie de médecine (décembre 1903), le premier, nous avons parlé de l'action élective, destructive, nécrobiotique des effluves et des étincelles de haute fréquence, vis-à-vis de la cellule néoplasique; de leur prodigieuse action stimulante sur le travail de réparation sclérogène qui revêt alors un caractère esthétique. — Je signalais déjà l'abondance des sérosités consécutives à leur application, la disparition de la fétidité de l'ichor, la rapidité avec laquelle les pertes de substances étaient comblées, la disparition des œdèmes et des ganglions infiltrés et j'ajoutais que, pour les grosses tumeurs, il fallait faire usage du bistouri, parfaire l'opération par la scintillation alto-fréquente, appliquée dans la brèche opératoire, afin de désinfecter et de drainer les nouvelles régions contaminées par le bistouri et de prévenir les récidives. Je disais encore que cette thérapeutique était particulièrement indiquée dans les tumeurs inopérables.

3° Le nom de fulguration a été donné par M. le professeur Pozzi, à cette partie de notre méthode qui réclame l'aide chirurgicale.

4° Les qualités de l'étincelle et de l'effluve (ampérage, voltage, longueur, densité, etc.) sont, au gré de l'opérateur, fonction de la nature, du volume et du siège de la tumeur.

5° Les effets de la conflagration alto-fréquente sont bien, comme nous l'avions indiqué dès 1900, électro-thermo-chimique. Si, d'une part, la cellule néoplasique est désorganisée, de l'autre, il se produit des actions tropho-neurotiques curatrices indéniables.

6° Si les effets cytolytiques immédiats semblent très limités, en revanche, l'action tropho-neurotique est plus profonde; elle est surtout liée aux longs effluves bi-polaires que nous employons pour les tumeurs profondes viscérales.

7° Nos recherches, déjà anciennes, sur les actions ioniques produites par la matière colloïdale projetée des électrodes, nous ont permis de constater que le mercure, le zinc et l'argent donnaient les meilleurs résultats. — Le cuivre produit des effets contraires. — Il nous a semblé qu'il stimulait l'activité des épithéliomas.

8° Dans nos communications aux Académies de médecine, des sciences et aux différents Congrès médicaux et physiothérapiques, nous nous sommes attaché à montrer que le traitement des tumeurs malignes par les courants de haute fréquence était purement électrique dans certains cas, électro-chirurgical dans d'autres; que l'énergie de haute fréquence pouvait être employée dans ses différentes modalités; que les effluves et les étincelles se montraient les plus efficaces; que les uns et les autres, suivant les cas ou les circonstances, peuvent être courts ou longs, à intensité et voltage variables; que la conflagration alto-fréquente, généralement composée d'effluves et d'étincelles, peut, au gré de l'opérateur, et selon les cas, être uniquement composée d'effluves ou uniquement d'étincelles — ou des deux combinés. »

Etiologie et traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse. — M. Raoul Blondel (de Paris) rappelle que, dès 1897, il soutenait que l'entéro-colite muco-membraneuse n'était le plus souvent, du moins chez la femme, qu'une *maladie secondaire*, une névrose sécrétoire et motrice d'origine réflexe, apparaissant à l'occasion d'autres troubles des viscères abdominaux, chez des sujets prédisposés.

Les douze années écoulées, en augmentant considérablement le nombre de ses observations, n'ont fait que le confirmer dans cette opinion et lui permettre de généraliser cette étiologie à tous les cas d'entéro-colite, même observés chez l'homme.

Tous les sujets qui en sont atteints présentent en effet les stigmates du *neuro-arthritisme*.

D'autre part, l'entéro-colite a toujours une *cause extrinsèque*, qu'il faut chercher parmi celles qui sont capables d'agir sur les plexus nerveux abdominaux, soit par voie de tiraillements sans cesse renouvelés, soit par irritation répétée des terminaisons nerveuses, mettant en jeu l'action réflexe. L'entéroptose, le rein flottant, les déviations utérines, les adhérences annexielles (post-inflammatoires ou post-opératoires), les brides péritonéales sont au nombre des causes les plus communes. Il faut y ajouter la lithiase intestinale, les parasites et, du côté de l'estomac, l'hyperchlorhydrie.

Les perturbations de la flore intestinale, auxquelles certains voudraient donner la première place, sont beaucoup plus souvent, à leur origine, un *effet* et non une *cause* (ce qui ne veut pas dire qu'avec le temps, les altérations qu'elles causent sur la muqueuse ne puissent devenir une *cause* à leur tour, établissant un cercle vicieux, comme il en existe tant d'exemples en pathologie).

C'est la modification de la physiologie normale de la muqueuse qui leur prépare le terrain. Aussi les traitements bactériothérapiques de ces troubles n'agissent-ils d'une façon définitive que si on traite en même temps les causes originelles vraies, c'est-à-dire les actions mécaniques viscérales, les sources d'« énervement » continu de l'intestin et le neuro-arthritisme.

C'est par la cure du terrain arthritique et nerveux, et en tant qu'alimentation donnant la moindre toxicité, qu'agit ici le régime végétarien; la bactériothérapie opère dans le même sens, en diminuant l'infection intestinale. Le point de départ de cette infection secondaire de l'intestin est très fréquemment, selon l'auteur, dans l'abus des œufs encore plus même que dans l'abus de la viande.

La thérapeutique doit répondre aux indications suivantes :

1° Avant toute chose, remédier à la cause originelle : cure de l'éventration, néphropexie, traitement de l'entéroptose, des déviations utérines, destruction des adhérences, traitement de l'hyperchlorhydrie, etc.

2° Traiter l'état général : régime végétarien, suppression des toxiques nerveux (café, tabac, alcool), hydrothérapie, massage, exercice, hygiène nerveuse, Plombières.

3° Traiter l'intestin : bactériothérapie, interdiction absolue des œufs, peu ou pas de lavages intestinaux.

4° Traiter les crises douloureuses (compresses de Priessnitz), la constipation (huile de ricin, gélose, quelques lavements bicarbonatés, Châtel-Guyon), ou la diarrhée (ichtyol).

Injections d'eau de mer isotonique dans le traitement des affections du tube digestif. — M. Robert Simon (de Paris). D'une pratique de cinq années, portant sur plusieurs milliers de cas, il ressort que l'injection sous-cutanée d'eau de mer isotonique constitue un traitement efficace de l'entéro-colite muco-membraneuse et de la constipation.

Les doses devront être de 25 à 30 centimètres cubes pour les trois premières injections ; elles ne seront augmentées jusqu'à 50, 70, 100 centimètres cubes que si la disparition des fausses membranes ou la régularisation des selles sont lentes à se produire. Une fois la dose efficace trouvée, celle-ci sera continuée tous les deux ou trois jours, jusqu'à un total de 20 à 25 injections.

Dans quelques cas de dyspepsie hyperchlorhydrique ou de constipation spasmodique, une augmentation de pyrosis ou de la constipation annoncent que le traitement est contre-indiqué, et il y a lieu de le cesser : ces cas représentent environ 10 p. 100, et la guérison est obtenue dans 90 p. 100 des cas d'entérite et de constipation.

Le liquide injecté est, ainsi que nous l'avons indiqué maintes fois, de l'eau de mer captée au large, ramenée à l'isotonie par addition d'eau de source et stérilisée à froid sur filtre de porcelaine ; il importe que le mélange soit utilisé au plus tard dans les trois semaines qui suivent sa capture.

Extrait de sérum normal de cheval. — MM. Robert Simon et E. Choay (de Paris). L'action hémostatique et cicatrisante du sérum normal est connue. Cependant son usage s'est peu répandu, en raison de la difficulté d'avoir sous la main du sérum frais et aseptique. Les auteurs ont pensé rendre cette thérapeutique d'un usage plus courant en utilisant du sérum de cheval recueilli aseptiquement et immédiatement desséché dans le vide (au minimum de 2 millimètres de pression) et à une température voisine de 0 degré.

Leur expérience et celle d'observateurs qui ont essayé ce sérum desséché démontre qu'il conserve toutes ses propriétés, soit qu'on l'emploie à l'état sec, soit qu'on le redissolve dans l'eau.

A l'extérieur, il sera utilisé contre les hémorragies en nappe, épistaxis, hémorragies consécutives aux avulsions dentaires, aux ablations d'amygdales et de végétations adénoïdes, ablations de cornets, hémorroïdes, ruptures d'hymen, etc.

A l'intérieur, dans l'anémie grave, les hémorragies dyscrasiques, l'hémophilie, on prescrira par jour 1 à 2 grammes de sérum desséché, en cachets.

Le chloroforme salolé comme antiseptique. — M. Bourlier (d'Alger). Le chloroforme salolé s'obtient en mélangeant salol et chloroforme à volume égal. Cela donne un liquide sirupeux dont l'on verse une trentaine de gouttes dans la plaie. Celle-ci demeure exposée à l'air deux minutes environ, temps pendant lequel le chloroforme s'évapore en laissant la plaie tapissée dans ses moindres anfractuosités d'une fine poussière de salol, permettant une antisepsie complète.

C'est ainsi que l'auteur a traité depuis près de trois ans plus de mille plaies dont près de la moitié en état de suppuration manifeste et dont l'autre moitié devait a priori être considérée comme infectée puisque toutes ces plaies résultaient d'accidents de travail.

M. Bourlier s'est servi aussi de tiges de laminaire trempées dans du chloroforme salolé pour dilater, non seulement la cavité utérine, mais encore un grand nombre de plaies anfractueuses qu'il y avait intérêt à laisser plusieurs jours béantes afin d'assurer un drainage complet. Les résultats ont été satisfaisants.

La stérilisation par le chloroforme salolé est plus complète qu'avec l'éther iodoformé ; le produit employé ne répand pas l'odeur désagréable de l'éther iodoformé.

Maladies pré-colombiennes. — M. Hollander (de Berlin). Les dessins observés sur les poteries indiennes, antérieures à l'arrivée de Christophe Colomb, représentent d'ordinaire des scènes de la vie quotidienne ou des maladies de la tribu des Incas. Or, à côté de déformations corporelles de toute nature observées sur les cruches à bière de maïs, on constate de nombreuses représentations de mutilations de la face et des extrémités. Ces descriptions, le plus souvent d'une exactitude surprenante, ont été regardées jusqu'ici, par les uns comme l'expression de lésions de lèpre ou de lupus et de syphilis antécolombiennes, par les autres, comme l'image de punitions cruelles ou d'une maladie autochtone, la « Uta ».

M. Holländer aboutit aux conclusions suivantes : l'étude de ces représentations artistiques nous montre toute la vie des Incas, leurs habitations, leurs habitudes. La description des maladies doit y jouer aussi un rôle particulier. Par opposition aux céramiques helléniques, qui offrent pour la plupart des représentations d'un idéal esthétique, les artistes des Incas reproduisent toutes sortes de maladies.

Les désorganisations et les déformations ont beaucoup de ressemblance avec la lèpre, la syphilis et le lupus, ainsi qu'avec une maladie locale, fréquente dans ces contrées, qui était probablement le lupus péruvien ou uta, dont la pathologie n'est pas encore éclaircie jusqu'ici.

Enfin, ces reproductions artistiques démontrent que, chez les Incas, l'amputation était chose connue.

MÉDECINE

Artério-sclérose et artério-sclérose du cœur. — M. Huchard (de Paris). 1. Sur la nature de l'artério-

sclérose, sur l'évolution même de ses lésions, les opinions des anatomo-pathologistes sont tellement contradictoires et nombreuses (plus de vingt opinions différentes) qu'il est impossible d'établir, d'après les données de l'anatomie pathologique, une définition exacte et rationnelle de l'état morbide.

2. L'expérimentation ne peut encore donner cette définition; elle produit une lésion, non pas une maladie.

3. L'évolution anatomo-pathologique et clinique démontre les différences séparant l'athérome et l'artério-sclérose. L'athérome est réellement une maladie de la vieillesse (soixante à quatre-vingts ans), les athéromateux restent surtout des vasculaires; l'artério-sclérose s'observe de trente à soixante ans, et les artério-scléreux sont des viscéraux, d'où le nom de sclérose artério-viscérale qui conviendrait beaucoup mieux.

4. La conception de la « fibrose artério-capillaire » de Gull et Sutton est incomplète. Il y a des artério-scléroses à type ou à début aortique, à forme myo-valvulaire qui, au point de vue clinique et malgré l'atteinte des petits vaisseaux et des artérioles, intéressent tout d'abord et pendant la plus grande partie de leur évolution, l'aorte et les divers appareils valvulaires du cœur.

5. Au triple point de vue, anatomique, clinique et thérapeutique, la distinction entre les cardiopathies valvulaires d'origine endocardique et les cardiopathies artérielles d'origine endartérique a une importance considérable.

6. Les six principales causes des cardiopathies artérielles sont : goutte et uricémie, saturnisme, syphilis, régime alimentaire, tabac, surmenage moral et intellectuel.

7. L'évolution clinique de la cardio-sclérose se fait en quatre périodes : artérielle (présclérose), cardio-artérielle, mitro-artérielle, cardiectasique. Trois sortes de symptômes (toxiques, cardio-artériels, rénaux) réclament une thérapeutique spéciale. Les symptômes toxiques occupent une place prépondérante. Les cardiopathies artérielles commencent par l'intoxication, elles continuent par l'intoxication, elles finissent par l'intoxication. La dyspnée toxi-alimentaire est le symptôme dominateur de ces cardiopathies. Quatre formes cliniques de la cardio-sclérose.

8. Il y a des arguments nombreux en faveur de la présclérose sans lésions vasculaires ou avec des lésions latentes. Différence entre une simple maladie anatomique et une maladie clinique. L'athérome peut rester longtemps une maladie anatomique.

9. Dans la cardio-sclérose, importance considérable des symptômes fonctionnels comparée à celle des signes physiques, ou ceux-ci peuvent faire défaut comme dans le rétrécissement artério-scléreux. Dans l'insuffisance mitrale artérielle, le malade est mitral par le souffle et artériel ou aortique par la maladie.

10. Dès le début, grande importance du facteur rénal favorisant la rétention toxique, l'augmentation de la tension artérielle. L'insuffisance rénale est un symptôme précoce et constant des cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albumine; d'où l'importance du traitement rénal et antitoxique pendant toute la durée de la maladie. La cardio-sclérose peut commencer clinique par le rein, par le cœur ou par un autre organe. Il n'y a pas d'artério-sclérose sans lésion artérielle ou rénale.

11. Telle est la simple définition. Elle permet d'éliminer un grand nombre de maladies que l'on regardait à tort comme toujours dépendantes de l'artério-sclérose : certaines affections des yeux, des oreilles, du cerveau (cérébro-sclérose lacunaire, hémorragies cérébrales), cœur sénile, etc. Il importe donc de dénoncer l'abus de l'artério-sclérose.

12. Les cardiopathies valvulaires d'origine rhumatismale peuvent s'artérialiser à l'âge des cardiopathies artérielles (trente à cinquante ans), d'où une nouvelle évolution de la maladie. L'asthme et de l'emphysème ne déterminent des manifestations asystoliques ou toxi-asystoliques qu'à la faveur de lésions artérielles surajoutées.

13. L'asystolie d'origine gastrique est extrêmement rare; il s'agit le plus souvent d'accidents cardiaques survenus chez des scléreux. Le bruit de galop droit, symptomatique d'une maladie du tube digestif est très discutable; il s'agit le plus souvent d'un bruit de galop rénal siégeant un peu à droite.

14. Diagnostic possible des localisations myocardiques : sclérose de la cloison auriculo-ventriculaire, de la pointe du cœur, du point vital du cœur, du faisceau auriculo-ventriculaire (maladie de Stokes Adams).

15. Les indications thérapeutiques sont différentes aux quatre périodes diverses de la maladie. Mais le régime alimentaire avec la médication rénale reste toujours la base du traitement. Dans cette maladie, toxique par excellence, il faut craindre l'abus des drogues. Abus des sérums dits antiscléreux, des courants de haute fréquence, de la médication iodurée, de la digitale, dangers des cures de terrain, des cures hydro-minérales à une station unique.

16. Il y aurait une forme d'artério-sclérose avec hypotension artérielle, d'origine surtout intestinale (stase et hypertension portales).

L'intradermo-réaction à la tuberculine. — M. Ch. Mantoux (de Cannes) appelle intradermo-réaction à la tuberculine les réactions provoquées soit par l'injection dans l'épaisseur du derme d'une goutte, soit 1/20 de centimètre cube d'une solution à 1/5 000, ce qui correspond à un centième de milligramme de tuberculine.

Ces réactions, généralement très nettes, atteignent leur acmé au bout de quarante-huit heures; les pseudo-réactions traumatiques apparaissent et disparaissent plus tôt.

Tous les tuberculeux, sauf quelques cachectiques, méningitiques et les rougeoleux, réagissent à l'intradermo-réaction.

En raison de la fréquence extrême des tuberculoses latentes, beaucoup de sujets cliniquement indemnes de tuberculose réagissent.

L'intradermo comparée à la cuti-réaction se montre plus sensible et plus fidèle.

Elle constitue pour les vétérinaires un procédé pratique précieux.

Chez l'homme, l'intradermo positive révèle la présence d'un foyer bacillaire sans indiquer sa localisation. Sa signification clinique est donc faible, excepté dans le premier âge où les tuberculoses latentes sont rares.

L'intradermo négative permet, sauf dans les cas précités, d'éliminer presque sûrement la tuberculose.

On peut utiliser la voie intradermique dans le traitement tuberculinique ; les réactions locales renseignent sur la sensibilité du sujet et permettent de graduer les doses de toxine.

Principes de la cure de l'obésité. — M. Marcel Labbé (de Paris). La prédisposition, acquise ou héréditaire, ne joue qu'un rôle très effacé dans la pathogénie de l'obésité, tandis que le premier rôle appartient aux habitudes vicieuses, individuelles ou familiales, qui se résument dans la suralimentation et à la sédentarité. Par suite la thérapeutique de l'obésité a pour base, non la modification du tempérament, mais la réduction alimentaire et l'exagération des dépenses calorifique et énergétique.

Le régime doit être prescrit exactement en quantité et en qualité, les repas multipliés, les graisses et les hydrocarbonés réduits autant que possible ; les albumines sont données à la dose de 1 gramme par kilo de poids corporel idéal, pendant la première partie de la cure, et à la dose de 1g50 pendant la dernière, on oblige ainsi le malade à détruire d'abord ses tissus pour les reconstituer ensuite. Les boissons doivent être données à haute dose, le sel réduit à la dose de 1 à 4 grammes de sel condimentaire.

L'exagération des dépenses calorifiques est obtenue par les bains froids prolongés, les bains progressivement refroidis, les bains de vapeur, les douches.

Les médicaments sont inutiles et même nuisibles ; le corps thyroïde détruit les muscles et empêche la combustion des graisses.

Une bonne cure doit être prolongée et doit faire l'éducation alimentaire du sujet.

Les syndromes hématiques associés. — MM. Marcel Labbé et Laignel-Lavastine (de Paris). Les maladies du sang ne sont point des entités morbides, mais des symptômes hématocliniques qui peuvent s'associer chez le même malade.

Dans un premier cas, ils ont vu chez une jeune fille l'hémophilie, datant de l'enfance, associée avec des poussées de purpura ; les injections de sérum de cheval ont fait disparaître le vice hémophilique caractérisé par les hémorragies provoquées persistantes et la lenteur de la coagulation du sang, mais elles ont été sans action sur le purpura avec ses hémorragies spontanées, son irrétractibilité du caillot sanguin et son anhématoblastie.

Dans un second cas, ils ont vu, chez une femme, l'hémophilie, le purpura et l'anémie pernicieuse associés. Les injections de sérum frais ont guéri les symptômes de l'hémophilie, sans atteindre les autres syndromes ; plus tard le purpura hémorragique a cessé, ce qui n'a point empêché l'anémie pernicieuse de progresser jusqu'à la mort.

Ces faits leur expliquent les difficultés si grandes parfois du diagnostic entre le purpura et l'hémophilie, ou entre le purpura et l'anémie pernicieuse, et l'action réelle, mais incomplète, des injections de sérum frais.

Sur le pigment paludéen. — M. Vittorio Ascoli fait un exposé synthétique des faits établis touchant l'origine et la disposition du pigment paludéen dans l'organisme. Il décrit une méthode propre qui permet d'obtenir une quantité de pigment suffisante pour des recherches chimiques et biologiques.

Quant à la nature chimique du pigment, il exclut que celui-ci appartient aux mélanines, et après avoir touché un travail de Carbone, il démontre que le pigment est de l'hématine.

L'auteur rapporte les recherches microscopiques faites sur les organes du lapin, dans les veines duquel il avait pratiqué des injections de pigment, et sur les organes du chien, chez lequel il avait inoculé le pigment dans le parenchyme du foie et de la rate.

Il arrive aux conclusions suivantes :

1° Il est possible de recueillir, de la rate des malariques pernicieux, une certaine quantité de pigment ;

2° La nature chimique de la substance qui lui donne la couleur est connue : il s'agit de l'*hématine*, que le parasite endoglobulaire retire de l'hémoglobine ;

3° Les modalités du pigment sont liées aux phases vitales du parasite ; dans la constitution du pigment entrent, vraisemblablement, des parties protoplasmatiques. On ne peut donc pas l'identifier avec l'hématine : il vaut mieux l'appeler, dans son ensemble, *pigment paludéen* ;

4° Le contenu en hémoglobine d'une hématie dépend plus de l'espèce de parasites qu'elle renferme, que de la quantité de pigment élaboré ;

5° Le pigment prend naissance dans le lit des vaisseaux, mais il se forme surtout dans la rate et dans la moelle des os, où le parasite achève les dernières phases de sa vie asexuelle et accomplit une grande partie des phases de sa vie sexuelle. Le pigment arrive d'ailleurs à la rate et au foie par la circulation générale, après que les parasites se sont détruits.

Dans le foie et dans la rate, il résiste longtemps, en provoquant autour de soi — probablement — des inflammations chroniques progressives.

6° Le pigment disparaît assez tôt de la circulation générale.

Les complications consécutives aux adéno et tonsillotomies. — M. S. Bourack (de Kharcoff). 1° Les adéno et tonsillotomies ne sont pas si innocentes, qu'on le pense généralement ;

2° Outre des hémorragies immédiates et tardives (même au huitième jour et plus tard encore) qui ont amené la mort dans plus de vingt cas, on doit tenir compte des lésions des parties de voisinage, des infections septiques, des maladies intercurrentes et accidentelles (scarlatine, diphtérie, typhus, varicelle, érisypèle et autres), des affections con-

sécutives d'oreilles, des troubles nerveux, des inflammations glandulaires et de divers accidents, comme la rupture d'une lame, l'aspiration d'un lambeau sectionné, d'une dent cassée, etc.;

3° La fièvre intermittente est une complication très fréquente chez les enfants qui avant l'opération en ont souffert;

4° Ces interventions doivent être pratiquées dans les cliniques, hôpitaux, maisons de santé, dans les endroits où on est à l'abri d'une infection accidentelle (scarlatine, diphtérie, érysipèle...) ou septique (angines catarrhales et autres); après l'opération on ne doit pas laisser aller les malades chez eux, mais les garder au lit et les surveiller un à trois jours dans le local stationnaire;

5° On évitera, sans besoin pressant, d'intervenir peu avant ou pendant les règles, au cours d'inflammation aiguë des voies respiratoires, de même, chez les enfants hémophiles, leucémiques, avec lésions organiques du cœur, des reins;

6° On évitera d'opérer pendant les épidémies de scarlatine, de diphtérie;

7° Les soins post-opératoires doivent entrer en première ligne dans le traitement.

Les résultats éloignés des cures d'exercices physiologiques de respiration. — M. Georges ROSENTHAL (de Paris) cherche depuis sept ans à utiliser dans les maladies infectieuses des voies respiratoires et dans la prophylaxie de la tuberculose les exercices physiologiques de respiration, c'est-à-dire des respirations faites au commandement, surveillées par le médecin, réglées selon les lois strictes d'une physiologie exacte (respiration purement nasale, respiration complète, c'est-à-dire à la fois costale et diaphragmatique). Il a pu employer sa technique au cours des pyrexies pulmonaires (broncho-pneumonies et pleurésies), dans les convalescences des grandes infections, dans le traitement de la bronchite chronique de l'enfance, dans le développement des enfants malingres ou des rhinoadénoïdiens (sujet ayant un obstacle organique dans les premières voies respiratoires), surtout dans la prophylaxie de la tuberculose et même dans le traitement de cette affection.

Dans sa communication, l'auteur revient sur les résultats obtenus dans la cure du sommet suspect, en état de germination tuberculeuse ou sommet de Grancher. En se basant sur l'examen général, la courbe des poids, l'examen local par l'auscultation, la mensuration par la méthode de la section thoracique du docteur Maurel (de Toulouse), l'étude de la pression artérielle, etc., il établit que l'exercice physiologique de respiration ayant corrigé les erreurs physiologiques a une action prolongée et durable qui persiste après cinq et six ans, pourvu qu'il ait été dirigé selon les règles étroites et les progressions rigoureuses qu'il a déterminées et que les sujets aient été soumis ensuite à la surveillance respiratoire.

L'hérédité de l'ulcère de l'estomac. — M. CZERNECKI (de Lwow) relate l'histoire d'une famille composée de cinq membres, la mère et quatre enfants adultes, qui tous présentent des troubles gastriques. Chez trois des malades on a constaté l'ulcère de l'estomac accompagné d'hémorragies prolongées. Ces hémorragies duraient de vingt à quarante jours et ne cessaient qu'avec les douleurs. La présence du sang dans les excréments a été constatée à l'aide de la benzidine. Chez les deux autres malades on n'a pu constater que les symptômes d'une névrose de l'estomac, accompagnée des troubles sécrétoires et de l'entéroptose. En même temps on a remarqué chez tous les membres de cette famille et surtout chez les enfants la présence de certaines tares physiques et nerveuses: le thorax analogue à celui des phtisiques, la condensation des sommets pulmonaires, principalement du sommet gauche, la dixième côte flottante, les signes d'entéroptose et (ce qui concerne le système nerveux) une certaine hyperesthésie psychique, l'exaltation, ainsi que l'influence des facteurs psychiques sur les symptômes de la maladie, les troubles vaso-moteurs, de la dermographie et l'exagération des réflexes rotuliens.

En rapprochant ses observations de celles qui ont été publiées jusqu'à présent et surtout de celles de Stiller qui appelle ces syndromes « asthenia universalis congenita », « habitus enteroptoticus, neuroticus... », dont l'indice est la dixième côte flottante « stigma atonicum », le rapporteur considère la famille citée plus haut comme un exemple de ce syndrome. Les malades présentent l'exemple d'un véritable enchaînement des tares physiques et nerveuses qui coexistent, ou bien qui sont liées probablement étiologiquement. On peut en conclure que l'ulcère de l'estomac n'est pas seulement une lésion locale de la muqueuse, mais plutôt l'effet de plusieurs facteurs, parmi lesquels le système nerveux joue probablement un rôle prépondérant.

(*A suivre.*) FERNAND TRÉMOLIÈRES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1909)

Transmission expérimentale du typhus exanthématique par le pou du corps. — MM. Ch. NICOLLE, C. COMTE et E. CONSEIL. L'étude des récentes épidémies de typhus exanthématique qui ont sévi dans la régence de Tunis, en particulier à Tunis, Metlaoui et Redeyef, et aux îles Kerhennah ont amené les auteurs à considérer un insecte comme l'agent probable de transmission de la maladie.

Par élimination les auteurs sont arrivés à incriminer *le pou*.

Leurs expériences sur le singe leur ont montré qu'il est possible de transmettre le typhus exanthématique du bonnet chinois infecté au bonnet neuf par le pou du corps. L'application de cette donnée à l'étiologie et à la prophylaxie de la maladie chez l'homme s'impose. Les mesures à opposer au typhus devront avoir pour but la destruction des parasites; elles viseront principalement le corps, le linge, les vêtements et les objets de couchage des malades.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 107. — MARDI 21 SEPTEMBRE 1909. 82e ANNÉE. MARDI 21 SEPTEMBRE 1909. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le lundi 29 novembre 1909, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour six places d'élèves internes en médecine et en chirurgie.

Ce concours aura lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence, et un certificat de revaccination récente.

Ils auront de plus à justifier du nombre de huit inscriptions de médecine (nouveau régime) et d'un an de service actif dans un hôpital ou hospice de Marseille comme externes titulaires ou suppléants. Cette dernière condition ne sera pas exigée de ceux qui auront été internes nommés au concours dans d'autres villes et qui produiront un certificat d'internat.

— Un concours pour la nomination à cinq places d'élèves internes en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 22 novembre 1909, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois heures à cinq heures du soir, jusqu'au 15 novembre inclusivement.

GUERRE. — Le prix de médecine d'armée, pour l'année 1908, a été attribué au médecin-major de deuxième classe Talon, du 4e spahis à Sfax, pour son mémoire sur « l'hystéro-traumatisme dans l'armée au point de vue médico-légal ».

MARINE. — Par décision ministérielle du 16 septembre 1909, ont été admis après concours à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux les étudiants en médecine dont les noms suivent :

1. MM. Négrié, Singer, Santarelli, Pruche, Vrignaud, Monteux, Pons, Portmann, Waquet, Martin,

11. Chabiron, Chauvin, Pétel, Barbin, Corjux, Crozat, Boudet, Rainaut, Bastide, Le Magourou,

21. Cabouat, Le Gallen, Ricou, Girard, Eggimann, Stefani, Carlerré, Gasne, Morin, Stilling,

31. Nivière, Martin (Eugène), Fiderlay, Durieux, Belley, Dejean, Labessant, Micheau, Commes, Gaffiero,

41. Ambiel, Nayrolles, Astié, Tritschler, Morliangeas, Le Cuziat, Bonrepaux, Armand, Cartron, Salignac,

51. Raynaud, Cariou, Jouvelet, Martin (Yves), Buffon.

— Ont été nommés élèves :

A. Les étudiants en médecine désignés ci-après qui ont déjà satisfait à leurs obligations militaires :

MM. Négrié, Singer, Chabiron, Le Gallen, Eggimann, Astié, Raynaud, Cariou.

B. Les jeunes gens admis en 1908 à l'école susvisée et qui doivent terminer le 1er octobre 1909 leur année de service :

MM. Bevengut, Baillet, Dalger, Delalande, Landry, Dore, Peltier, Puncet, Jardon, Guillemet, Pradel, Toullec, Laveau, Verdollin, Solier, Theron, Fontaine, Goere, Guilloux.

LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE A L'ÉCOLE DES MOUSSES. — Un cas de méningite cérébro-spinale ayant été constaté à l'Ecole des Mousses, ceux-ci ont quitté la *Bretagne* et ont été transbordés sur l'*Indomptable* et le *Valmy*.

Le ministre a prescrit de renvoyer dans leurs familles tous ceux qui pourraient y être reçus.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Duffau-Lagarosse (de Libourne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Insectes piqueurs et suceurs de sang, par le docteur Edmond Sergent, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris. Un vol. in-18 jésus, cart. toile, de 320 p., avec 229 fig. dans le texte. (Encyclop. scient. et Bibliothèque de microb. et de parasit.). — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Comment élever nos enfants? (Pédagogie générale), par J.-G. Herbart. Traduit de l'allemand par J. Molitor, professeur agrégé au Lycée de Lille. Un vol. in-8. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères.

La Gastro-entérite des nourrissons (consultations médicales françaises, fascicule VII), par le docteur André Moussous, professeur de clinique médicale à l'Université de Bordeaux. In-16 de 20 p. — Prix : 0 fr. 50 franco. — Paris, A. Poinat.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 28, 10 juillet 1909.) G. Zickgraf : Résultats dans le traitement au sanatorium de tuberculeux à la deuxième et la troisième périodes.

Lyon chirurgical. — (N° 3, 1er août 1909.) Bérard et Stéfani : La hernie inguino-interstitielle chez la femme (3 fig.). — Delore et Alamartine : Chirurgie du cancer gastrique.

Lyon médical. — (N° 33, 15 août 1909.) V. Thévenet : Sur l'auscultation de l'estomac après ingestion d'un mélange effervescent. — H. Rondet : Renseignements complémentaires sur l'épidémie typhique des régiments de Chambéry (1879-1880). — (N° 34, 22 août.) E. Weill et G. Mouriquand : L'oxygène dans les coqueluches graves. — (N° 35, 29 août.) A. Imbert : Alimentation des malades et des convalescents par les farines de céréales et de légumineuses diastasées. — (N° 36, 5 sept.) Cl. Regaud : Pourquoi et comment on devrait réformer la thèse de doctorat en médecine.

Marseille médical. — (N° 16, 15 août 1909.) Boinet et Payan : Méningite cérébro-spinale. — Imbert et Masini : Accidents du travail. — Reynaud : Gastro-entérite et tricocéphales. — (N° 17, 1er sept.) Sauvan : Des perforations du voile du palais (*à suivre*). — Constant : L'accès de goutte. — Clément et Billard : Corps étranger de l'œsophage.

Medizinische Blætter. — (N° 34, 21 août 1909.) Winkler : Sur les inhalations et leurs applications usuelles.

Montpellier médical. — (N° 32, 8 août 1909.) W. Mestrezat et E. Gaujoux : De l'élimination des nitrates par les diverses glandes de l'organisme dans ses rapports avec la perméabilité méningée à ces sels. — (N° 33, 15 août.) Imbert : Les erreurs d'interprétation en radiographie (*suite et fin*). — (N° 34, 22 août.) H. Truc et Bonnet : Consultations oculistes inédites de Jean Seneaux, professeur d'ophtalmoïatrie au collège de chirurgie de Montpellier.

Nord médical. — (N° 357, 15 août 1909.) A. Henneton : L'adonis vernalis dans l'asystolie et dans les néphrites. — E. Dufourt : De l'attitude à conseiller aux dyspeptiques après le repas.

Normandie médicale. — (N° 16, 15 août 1908.) Jean Percepied : L'endocardite dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. — Brunon et Monpin : Parallélisme de deux courbes de poids chez deux frères. — (N° 17, 1er sept.) R. Le Clerc : Fièvres éruptives.

Pédiâtrie pratique. — (N° 19, 15 août 1909.) Marfan : Stomatite ulcéreuse commune. Chorée rhumatismale. Entérite catarrhale à rechute. Syphilis héréditaire. — Berti : Localisation symétrique singulière de la scrofulo-tuberculose. — Texier : Sur une observation de corps étranger de la bronche droite (extrait par la bronchoscopie inférieure). — Matignon : La mère et l'enfant en Chine. — Léon : Quelques considérations sur les végétations adénoïdes.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 34, 22 août 1909.) Fabingi : Le médinal. — Goth : Un cas de collision gémellaire. — Hoch : Contribution à la guérison de la pellagre.

Policlinico. — *Section chirurgicale.* (Mai 1909, fasc. 5.) Ramberto Malatesta : La ponction lombaire dans le diagnostic et la thérapeutique des traumatismes cranio-encéphaliques. — A. Vetri : Gangrène des extrémités inférieures. — Prof. Francesco Mastrosimone : La hernie de la vessie. Contribution clinico-expérimentale à la pathogénie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique de la cystocèle. Sept cas de hernie vésicale opérés et guéris. — Anselmo Osti : Etude clinico-statistique à propos des manifestations psychiques dans les tumeurs du cerveau et de ses enveloppes. — *Section médicale.* (Juin, fasc. 6.) Prof. Umberto Gabbi : Nouvelle contribution clinique à l'étude de la Kala-azar en Sicile. — Prof. Carlo Alberto Crispolti : L'action de la strophantine. Etude expérimentale clinico-thérapeutique. — Ettore Pennesi : Injections endoveineuses de strophantine. — Cesare Capezzuoli : Le métabolisme dans le cas de maladie d'Addison, considéré au point de vue du traitement organothérapique. — (Juillet, fasc. 7.) Publio Ciuffini : Nouvelle contribution à l'hématologie de la maladie de Flaiani-Basedow. — Mario Copelli : Nouvelle méthode opsonique. Théorie opsonique. Une méthode phagocytaire. — Francesco Feliziani : La nature et la pathogénie des épanchements pleuraux unilatéraux chez les cardiaques, les cardio-rénaux et les artério-scléreux. — Guelfo Alessandri : Carcinome gastrique et épreuve de Salomon. — (Août, fasc. 8.) E. Egidi : Contribution à l'étude des nécroses aortiques par adrénaline. — Evelino Leonardi : La maladie d'Addison et les sécrétions internes. — Publio Ciuffini : Nouvelle contribution à l'hématologie de la maladie de Flaiani-Basedow. — C. Rubino : Le diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque. — *Section chirurgicale.* (Juin, fasc. 6.) F. Casagli : La fonction sécrétoire des cellules épithéliales de la thyroïde dans ses rapports avec la résection cervicale du sympathique. — Leonardo Dominici : Recherches chimiques sur l'action de l'iode dans les tissus tuberculeux. — Giuseppe Gallina : A propos d'un cas de kyste hématique rétropéritonéal. — Ugo Dall'Acqua : Nouvelles recherches sur les anastomoses du canal déférent. — (Juillet, fasc. 7.) Lorenzo Cappelli : Contribution clinique à la chirurgie du pancréas. Rapports entre la pancréatite et la lithiase biliaire. — Prof. Mastrosimone : Incision unique pour la résection du ganglion de Gasser, des deuxième et troisième branches du trijumeau, et pour la ligature de la méningée moyenne. Nouveau procédé opératoire avec un cas clinique de résection de la troisième branche suivi de guérison. — Anselme Osti : Etude clinique et statistique au sujet des manifestations psychiques au cours des tumeurs du cerveau et de ses enveloppes. — (Août, fasc. 8.) Lorenzo Cappelli : Contribution clinique à la chirurgie du pancréas. Rapports entre la pancréatite et la lithiase biliaire. — Mario Fasano : Contribution à l'étiologie et au traitement de la luxation antérieure de l'astragale. — Anselmo Osti : Etude clinique et statistique au sujet des manifestations psychiques au cours des tumeurs du cerveau et de ses enveloppes. — G. Egidi : Epithélioma adamantia du maxillaire inférieur. — (Sept., fasc. 9.) Prof. Della Vedova : Considérations et contributions pour l'étude de la cure radicale des sténoses chroniques du larynx. — Giuseppe Palazzo : Les corps organisés des sacs herniaires et de la cavité péritonéale. — Giuseppe Gallina : Sur trois cas d'ostéo-sarcome d'origine traumatique. — Silvio Vincenzo Crainz : Contribution au traitement des ulcères variqueux. — *Section médicale.* (Sept., fasc. 9.) Luigi Gazzotti : A propos de la forme dite foie candi de Curschmann. — G. Egidi : Contribution à l'étude des altérations anatomo-pathologiques de la rate dans la cirrhose hépatique. — L. Preti : Contribution à l'étude des échanges azotés dans le saturnisme. — Francesco Petrarca : Etude du groupe azoté et du fer dans deux cas d'ankylostomiase. — A. Tomaselli : La résistance des globules rouges dans la fièvre de Malte.

(*Voir la suite, p. 1346.*)

UN CAS DE SPOROTRICHOSE GOMMEUSE

HYPODERMIQUE ULCÉREUSE DISSÉMINÉE

Par MM. BURNIER et A. WEILL,
Internes des hôpitaux.

Au cours de ces dernières années les travaux de M. de Beurmann et de ses élèves ont montré la fréquence des lésions sporotrichosiques et ont mis en évidence la facilité avec laquelle le diagnostic clinique pouvait être confirmé par l'examen des cultures mycosiques. Plus récemment d'autres auteurs ont insisté sur un certain nombre de propriétés biologiques qui permettent d'affirmer le diagnostic et d'instituer le traitement curatif, avant même d'attendre le développement parfois tardif du parasite. Ces propriétes biologiques sont la sporo-agglutination de Widal et Abrami, la réaction de fixation et la recherche de l'éosinophilie sanguine (1).

L'observation que nous rapportons montre l'intérêt pratique de ces recherches de laboratoire, puisque un premier ensemencement s'est montré négatif alors que les recherches biologiques étaient positives : ce n'est qu'ultérieurement qu'un nouvel ensemencement a permis la constatation directe du parasite.

A. V... âgé de seize ans, jouissant jusque-là d'une bonne santé, fut pris vers le 15 septembre 1907 d'une sévère attaque de grippe qui entraîna un amaigrissement assez marqué. Vers cette époque, apparut une série de nodules sous-cutanés dont le malade s'aperçut par hasard, car ils étaient complètement indolores. Ces nodules qui donnaient la sensation de noyaux de cerise roulant sous la peau, siégeaient, l'un à la partie inférieure de l'éminence thénar, un deuxième, au niveau de la face dorsale de la deuxième phalange de l'index ; un troisième sur la face dorsale de la main, un peu au-dessus de l'interligne carpien : tous trois du côté gauche. A gauche également, dans la région rétro-auriculaire, se trouvait un nodule semblable.

Ces nodosités grossirent progressivement, soulevant la peau, et atteignirent le volume de petites noisettes. Dures au début, elles se ramollirent dans la suite, et au bout de trois semaines environ, les trois nodules de la main s'ulcérèrent, laissant une étroite fistulette, par où suintait une sérosité blanchâtre. Mais tandis que l'ulcération de l'éminence thénar guérit assez rapidement (sous l'influence de badigeonnages avec un liniment *iodo*-gaïocolé), les deux autres ulcérations s'agrandirent, de façon à former une plaque plus ou moins arrondie suintant continuellement.

Quant à la gomme rétro-auriculaire elle fut incisée par le médecin traitant : un liquide blanchâtre grumeleux s'en écoula et la cicatrisation ne tarda pas à s'effectuer.

Environ trois semaines à un mois après l'apparition des nodules sous-cutanés, vers le 15 octobre 1907 par conséquent, apparurent des manifestations du côté de l'appareil visuel. Les paupières de chaque côté présentèrent de la rougeur et une légère tuméfaction. Le malade fut alors conduit chez le docteur Sendral qui a bien voulu nous donner les renseignements suivants :

A l'œil droit, au niveau du cul-de-sac inférieur, on constate trois nodules durs et indolores du volume d'une lentille. Ces trois masses verruqueuses qui siègent dans la région moyenne et externe du cul-de-sac soulèvent la muqueuse conjonctivale qui paraît saine et nullement ulcérée. Il existe de même, dans le cul-de-sac supérieur, un nodule semblable non ulcéré. Pas de sécrétion. On peut sentir en avant de l'oreille droite un ganglion indolore roulant sous le doigt et gros comme une petite noisette. Au niveau de l'œil gauche il existe également dans le cul-de-sac inférieur, dans la région externe, quatre ou cinq nodules de la grosseur d'une tête d'épingle, recouverts par la muqueuse conjonctivale saine et ne s'accompagnant d'aucun retentissement ganglionnaire.

Le docteur Sendral pratiqua quelques cautérisations au nitrate d'argent, puis au galvano-cautère (une dizaine environ) et la guérison fut obtenue en deux mois environ. Aucune biopsie ne put être faite, le malade s'y étant refusé.

Cependant les ulcérations de la main persistaient. De nouveaux nodules étaient apparus : l'un au niveau de la face dorsale de la partie inférieure de l'avant-bras gauche, un autre dans la région sus-olécranienne.

Le malade était traité comme un tuberculeux au point de vue général, bien qu'aucun signe pulmonaire n'ait été constaté. Son médecin lui avait conseillé un repos presque absolu : les classes avaient été suspendues. Cependant l'état général du malade s'était plutôt amélioré puisque, en dix-huit mois environ, le poids avait augmenté de 20 kilos.

Le malade fut examiné pour la première fois par l'un de nous en mars dernier, c'est-à-dire dix-huit mois environ après le début de l'affection. Il n'existait plus aucune trace de lésions palpébrales.

Dans la région rétro-auriculaire gauche, au niveau du nodule qui avait été incisé, on constate une cicatrice rougeâtre légèrement pigmentée reposant sur un tissu extrêmement résistant, presque chéloïdien. Même aspect au niveau de la nodosité sous-épitrochléenne gauche.

Au niveau de la face dorsale de l'index gauche on constate sur la deuxième phalange, empiétant sur les articulations de la première et deuxième et de la deuxième et troisième phalanges une ulcération allongée ovalaire, longue de 4 à 5 centimètres, large de 1cm5 à 2 centimètres, d'une coloration rougeâtre à fond mamelonné, non recouvert de croûtes, à bords rectilignes, plutôt décollés que taillés à pic, suintant légèrement et sans aucune tendance vers la cicatrisation. Cette ulcération était indolore à la pression, mais il existait une certaine gêne dans les mouvements du doigt.

Au niveau du dos de la main, l'ulcération présente une forme ovalaire, mais depuis quelques mois elle est déjà cicatrisée : le tissu cicatriciel est rouge violacé, légèrement squameux, et entouré d'une auréole brunâtre. Aucun ganglion n'est perceptible.

Quant aux nodules sous-cutanés existants, on note une masse assez profonde, aux contours mal limités, de la grosseur d'une noix environ, semblant sous-aponévrotique, située à la partie inférieure de l'avant-bras gauche sans cependant adhérer au plan osseux.

Il existe encore, apparues depuis quelques semaines, deux nodosités hypodermiques situées à la partie latéro-externe de la base de l'index gauche, un nodule sous-cutané au niveau de la face dorsale du métacarpe, deux autres nodules sur la face dorsale du carpe et un nodule sous-épicondylien : tous ces nodules sont toujours situés à gauche. Ils ont la grosseur d'un pois environ, roulant facilement sous le doigt et sont complètement indolores.

En présence de ces manifestations sous-cutanées, l'un de nous pense à l'existence possible de sporotrichose.

Une ponction faite au niveau du nodule sus-olécranien

(1) Widal et Abrami. *Soc. méd. des hôpit.*, 19 juin 1908 ; — Brissaud, Joltrain et Weill. *Soc. de biol.*, mars 1909.

donne issue à une sérosité sanglante qu'on ensemence largement sur deux tubes de gélose, l'un qu'on abandonne à la température du laboratoire, l'autre qu'on place à l'étuve à 37 degrés. Ce dernier montra le lendemain des colonies de staphylocoques dorés. Aucune colonie mycosique ne s'y développa dans la suite.

Cependant, la sporo-agglutination pratiquée suivant la technique indiquée par MM. Widal et Abrami donnait une agglutination très forte à 1 p. 100 en une demi-heure. De plus, l'équilibre leucocytaire montrait une éosinophilie notable, caractère dont l'un de nous avec Joltrain et Brissaud a montré l'intérêt diagnostique.

Polynucléaires	66
Mononucléaires	24
Lymphocytes	4
Eosinophiles	6

Aussi, malgré l'échec de notre premier ensemencement, avons-nous pratiqué, sur les conseils de notre maître, le docteur Morax, une biopsie d'un des nodules de l'index gauche. A l'incision il s'écoule un liquide grumeleux, puis sanguinolent qui est recueilli sur plusieurs tubes de gélose et de pommes de terre glycérinées; on ensemence de même des parcelles de nodules.

Quelques jours après, l'incision cutanée qui était linéaire et verticale s'est transformée en une ulcération arrondie et cratériforme, à bords ulcérés et suintant légèrement. C'est là l'ulcération secondaire décrite par Gougerot, Rubens-Duval et Fage. Les tubes de gélose, laissés à la température du laboratoire et non encapuchonnés montraient au bout de deux jours des colonies de staphylocoques dorés et une huitaine de jours après, de petites colonies, blanchâtres d'abord, à contours peu nets, qui s'étendirent peu à peu et étouffèrent les colonies de staphylocoques. Au bout d'un mois, elles prirent l'aspect noirâtre et mamelonné du sporotrichum. Quant aux tubes de pommes de terre, ils poussèrent plus tardivement, et l'un d'eux, dans lequel on avait déposé une goutte de sérosité sanglante du nodule, présenta une colonie unique, blanchâtre, saillante, hérissée de pointes, tout à fait comparable à un petit oursin. Cette colonie garda constamment sa teinte blanchâtre, tout en s'élargissant sur les bords.

M. Pinoy a bien voulu repiquer nos cultures sur milieu de Sabouraud, sur pommes de terre et sur carottes et a identifié les colonies avec le *sporotrichum Beurmanni*.

Mais avant d'atteindre le résultat du deuxième ensemencement, le malade fut mis au traitement ioduré (3 grammes d'iodure de potassium par jour) le 22 mars 1909. Le 28 mars on porta la dose à 4 grammes. Les nodosités diminuèrent manifestement de volume et les ulcérations de l'index devinrent moins étendues.

L'examen du sang montre toujours une éosinophilie élevée (5 p. 100).

Le 10 avril, les nodosités sous-cutanées ont à peine le volume d'une lentille. L'ulcération de la biopsie est complètement cicatrisée et recouverte d'une croûte épaisse. La vaste ulcération de l'index est très diminuée d'étendue, le centre est caché par une croûte noirâtre; à la périphérie existe un anneau violacé, très pigmenté se continuant avec la peau saine; les mouvements de flexion des phalanges sont redevenus normaux.

Le 22 avril les nodosités sont complètement disparues, les ulcérations complètement cicatrisées : les cicatrices sont toujours très pigmentées, légèrement squameuses. Le sang offre toujours la même éosinophilie.

On peut donc dès ce jour considérer le malade comme guéri. En *un mois*, l'iodure a triomphé d'une affection qui traînait depuis *dix-huit mois*.

Le 26 mai nous avons revu le malade; la guérison se maintient; il ne persiste plus que les anciennes cicatrices antérieures au traitement, toujours épaissies et violacées.

L'examen de l'équilibre leucocytaire montre encore l'existence d'une éosinophilie de 3 p. 100.

Polynucléaires	59 p. 100.
Grands mononucléaires	25
Mononucléaires	5
Lymphocytes	8
Eosinophiles	3

Au point de vue clinique ce cas est, on le voit, l'histoire banale de la plupart des sporotrichoses longtemps méconnues, étiquetées tantôt tuberculoses, tantôt syphilis, soumises soit au régime antibacillaire (c'est le cas de notre malade), soit à la médication hydrargyrique, jusqu'au jour où le diagnostic exact étant formulé, le traitement ioduré permet d'obtenir la guérison en quelques semaines.

Mais l'intérêt de cette observation est double : il réside d'abord dans l'existence des caractères biologiques de la sporotrichose qui ont permis d'affirmer cette affection avant l'apparition des cultures; ensuite dans la rareté des ulcérations digitales au cours de la sporotrichose et dans l'apparition de lésions conjonctivales.

Bien que nous n'ayons pas constaté les lésions oculaires, l'existence de sporotrichose disséminée peut nous autoriser à rapporter ces lésions conjonctivales à leur véritable cause. Les caractères cliniques de l'affection oculaire rappellent absolument ceux de la sporotrichose palpébrale.

Et bien que l'étude de cette localisation soit encore toute récente, les observations publiées par Danlos et Blanc, Morax et Carlotti, l'auto-observation du docteur Fava, permettent d'affirmer la sensibilité spéciale de la conjonctive pour le sporotrichum, et il est permis de se demander avec Morax (1) si certains cas de conjonctivites de Parinaud n'appartiennent pas à la forme oculaire de la sporotrichose. (*Travail du laboratoire du docteur Morax.*)

DE
L'ÉDUCATION PHYSIQUE (2)

Par le général Fr. CANONGE,
Docteur en médecine.

V

Le moment est venu d'exposer les mesures qu'il est, selon nous, urgent de prendre pour arriver, à brève échéance, en ce qui concerne l'éducation physique de la nation française, à une solution définitive. Le devoir formel du gouvernement est d'intervenir en parlant haut et ferme : il s'agit de faire cesser une anarchie véritable qui dure depuis trop longtemps et que la polémique en cours de durée menace d'éterniser; ce n'est pas le *Manuel* de 1909 qui l'atténuera.

(1) Morax. *Ann. d'oculist.*, mai 1909.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 79, p. 1003; 84, p. 1065 91, p. 1150; 93, p. 1171, et 99 p. 1244.

Dans sa séance du 5 juillet 1907, la Chambre des députés, après avoir entendu plusieurs orateurs, adopta l'ordre du jour suivant :

« La Chambre, approuvant les déclarations du gouvernement et *confiante dans le ministre de la guerre* pour réaliser le plus tôt possible l'amélioration des casernements, *encourager l'éducation physique et la préparation au service militaire*..., passe à l'ordre du jour. »

Antérieurement, une loi, d'ailleurs tombée presque totalement en désuétude, celle du 28 janvier 1880, avait rendu obligatoire l'enseignement de la gymnastique dans tous les établissements d'instruction publique de garçons.

La nation tout entière s'est passionnée pour l'entraînement physique sous ses formes les plus variées, ainsi que le démontre le chiffre élevé des sociétés et le nombre de brevets pris dans un court espace de temps.

Les sociétés s'occupant d'éducation physique peuvent être rangées en sept catégories :

1° *Sociétés de gymnastique* : 1 100 ; 200 000 membres ;

2° *Sociétés d'instruction et de préparation militaire* : 320 ; 70 000 membres ;

3° *Sociétés de tir* : 1 275 ; 200 000 membres ;

4° *Sociétés d'escrime et de boxe* : Escrime, environ 190 et 15 000 membres ; — Boxe, environ 20 et 1 500 membres ;

5° *Sociétés de sports athlétiques* : 1 100 ; 200 000 membres ;

6° *Sociétés cyclistes* : 800 ; 150 000 membres ;

7° *Sociétés de natation* : 250 ; 27 500 membres.

En tenant compte des sociétés d'initiative privée librement constituées, même en dehors de l'appui du gouvernement, on obtient un chiffre qui ne s'éloigne guère d'un million d'hommes.

En second lieu, pendant l'année 1908, 40 000 brevets d'aptitude militaire environ ont été délivrés :

Union des sociétés de gymnastique de France (président, M. Ch. Cazalet) : 1 700 ;

Union des sociétés de préparation militaire (président, M. A. Chéron) : 1 438 ;

Union des sociétés de tir de France (président, M. Daniel Mérillon) : 892 ;

Union des sociétés de préparation au service des armes à cheval (président, M. Guérin-Catelain) : 296.

On se trouve donc en présence d'un mouvement très sérieux et accentué : c'est ce mouvement que le gouvernement doit s'appliquer, sans de nouveaux retards, à canaliser, tout en l'encourageant et le développant.

Le programme qui s'impose à lui peut tenir en quelques lignes :

Unité de doctrine commune aux trois ministères de la guerre, de l'instruction publique et de l'intérieur ;

Formation d'instructeurs véritables en nombre suffisant ;

Encouragements pécuniaires accordés à toutes les sociétés acceptant le programme et le contrôle de l'Etat ;

Création d'un institut national de gymnastique et d'escrime chargé de maintenir intacte dans l'application la méthode adoptée.

L'Etat réalisera donc d'abord l'unité de doctrine, mais comment, si l'on songe aux rivalités existantes ?

« L'école et l'armée se complètent, dit M. G. Demenÿ, mais sont des milieux qui présentent des différences notables en raison de leur rôle social. L'armée est la continuation de l'école ; l'école prépare à l'armée, *mais l'armée ne peut préparer à l'école* (1). »

Il est permis de trouver la conclusion spécieuse, car il n'est pas difficile de voir que celui qui la formule suppose ainsi le problème résolu par le *Manuel* de 1909. En temps normal, c'est-à-dire si réellement l'école avait, sous le rapport de l'éducation physique, préparé à l'armée, il devrait en être ainsi. Chargé, par la Chambre des députés, d'assurer l'éducation physique dans l'armée, le ministre de la guerre a le droit et le devoir, après avoir publié le nouveau règlement salué d'avance par M. A. Chéron, d'exiger que les jeunes gens qui ont bénéficié de la préparation militaire aient reçu l'éducation donnée à Joinville.

Si donc, il n'accepte pas les brevets d'aptitude militaire décernés d'après un programme différent du sien, il aurait fait faire un grand pas à la question, car la soumission des différentes sociétés auxquelles, en outre, tout subside sera, pour le même motif, refusé, ne tardera pas à s'effectuer.

Les instructeurs reconnus par lui, son porte-parole, instituteurs et officiers, seront formés à l'école normale de Joinville ; puis, simultanément, au fur et à mesure de la création d'écoles régionales, à Joinville et dans les écoles régionales.

Les sociétés qui accepteront le programme et le contrôle du ministère de la guerre seront subventionnées le plus largement possible. Actuellement, l'Etat fournit à peine 2 des 7 millions qui constituent le budget des sociétés s'occupant d'éducation physique. Le docteur Lachaud s'est attaché à démontrer, par quelques exemples saisissants, l'insuffisance de ce budget.

Si nous mettons momentanément de côté l'exemple fourni par la Suède et la Belgique, dont les noms seuls suffisent pour irriter quelques-uns, citons celui que nous donnent, depuis deux ans, la Suisse et l'Italie.

Imitons notamment cette dernière qui, en mars 1908, a transformé en institut les trois écoles normales de gymnastique de Turin, de Rome et de Naples : notre grande école de Joinville fera d'emblée un excellent institut.

Le docteur Tissié (2) et le lieutenant-colonel Coste (3), ce dernier surtout, font jouer un grand rôle à l'officier dans la préparation militaire : cette solution est à la fois honorable et pratique ; cependant, elle de-

(1) *Evolution de l'éducation physique*, p. 136.

(2) *France militaire.*

(3) *L'Instituteur et l'Officier dans la nation armée* ; — *L'Œuvre de Joinville.*

mande à être étudiée avec un soin tout particulier.

Nous devons nous arrêter ici. Nous avons étudié avec toute la modération désirable cette grande question de l'éducation physique, heureux si nous avons pu y apporter un peu de lumière ; au lecteur de juger. Incapable d'atteindre le diapason de certaine polémique récente, qui a irrité sans faire progresser la question, nous rentrerons, après avoir formulé des conclusions, dans le silence qui nous convient; nous n'en sortirons pas.

Aphorismes.

Mens sana in corpore sano. (Juvénal.)

La race française décroît, est en péril : l'heure est donc décisive, puisque la question est vitale, tant au point de vue de l'hygiène sociale et de la santé publique que de la puissance d'expansion mondiale de la France.

Bien conduite, l'éducation physique augmente la valeur générale de l'être humain, tant sous le rapport individuel que sous le rapport social.

« Tout ce qui contribue au perfectionnement du corps accroît la dignité de l'être tout entier. » (Professeur Pinard.)

Une gymnastique rationnelle doit former le corps et l'âme.

« Ce n'est pas une âme, ce n'est pas un corps qu'on dresse, c'est un homme. Il n'en fault pas faire à deux; et, comme dict Platon, il ne fault pas les dresser l'un sans l'autre, mais les conduire également comme un couple de chevaulx attelez à un mesme timon. » (Michel Montaigne.)

« On discute, on se dispute même, on se butte, on lutte, pour le plus grand dommage des forces vives de la nation. Cependant, il faut aboutir. » (Docteur Ph. Tissié.)

« La force nationale est créée : au foyer, par la mère; à l'école, par l'instituteur; à la caserne, par l'officier » (docteur Ph. Tissié) : ce sont les trois centres d'éducation.

L'éducation physique doit donc être distribuée, avec les précautions nécessaires, aux deux sexes et aux différents âges.

La future mère doit être l'objet d'une éducation physique intelligemment dirigée. « Point d'éducation, a dit Amoros, si l'on ne commence pas par celle des femmes. Point d'éducation sans gymnastique. » En Suède, le problème est amplement résolu ; en France — exception faite pour la région girondine — il est à résoudre.

Si utile pour l'adolescent, l'éducation physique l'est bien davantage encore pour l'enfant. Il ne faut pas, en effet, s'occuper seulement de son intelligence, mais aussi, avec une sollicitude toute particulière, de son corps.

« On a commis l'erreur, il y a vingt-cinq ans, de vouloir développer l'enfant avec des exercices athlétiques... » [G. Demenÿ (1).]

A la race, à l'armée, il faut des hommes sains de corps et d'esprit.

(1) *Evolution de l'éducation physique*, p. 142.

« Faites-nous des hommes, a dit le général Chanzy, et nous en ferons des soldats. »

« L'armée est la véritable école d'énergie nationale. » (Lieutenant-colonel Coste).

Qui dit préparation militaire dit relèvement de la race ; elle répond donc à un intérêt national.

La nécessité de la préparation militaire assurée par le foyer et l'école grandit à mesure que diminue la durée du service : dégrossi, le jeune soldat éprouvera moins de découragement lors de son incorporation; la peine de ses instructeurs sera moindre et il y aura un gain de temps appréciable.

« Le programme de la préparation militaire n'ajoute rien à celui de l'éducation physique bien compris, complètement rempli. » (Lieutenant-colonel Coste.)

« L'éducation physique et la préparation militaire resteront un vain mot chez nous, tant qu'elles ne seront pas, directement ou non, assurées par l'armée, c'est-à-dire par l'organe de la défense du pays, dont c'est la fin particulière de préparer physiquement et militairement les hommes de ce pays. » (Lieutenant-colonel Coste.)

La question de méthode en éducation physique est capitale; il faut donc réaliser l'*unité de doctrine*, si on ne veut pas continuer à stopper comme on le fait en France depuis un siècle. (Docteur Tissié.)

« Il importe que l'*unité de la méthode* qui sera employée soit strictement appliquée pour le bien des enfants et des jeunes gens à qui elle devra s'adresser. » (Docteur Lachaud.)

« La science du mouvement, c'est-à-dire celle de l'éducation physique, est une science très difficile; elle réclame avant tout une *méthode* sûre et des *maîtres* très instruits. » (Docteur Ph. Tissié.)

Les jeux et les sports (1) ne sont qu'une des formes de l'éducation physique ; ils doivent être précédés par l'étude de la gymnastique.

Conduits d'une façon modérée les jeux donnent au corps de la santé, de la souplesse et mettent en jeu la volonté.

Comme les jeux, les sports sont psychiques par excellence : ce sont des exercices libres, en vue du plaisir, avec accommodation au milieu social; ils provoquent des tendances à l'extension, donc à la respiration, d'où augmentation de l'hématose. La seule recommandation à faire — mais elle est importante — est d'éviter les abus qui, tôt ou tard, entraînent fatalement une blessure physiologique.

Il serait injuste de méconnaître l'importance des sociétés de sports qui, peu à peu, ont pris place à côté des sociétés de gymnastique ; elles rendent les plus grands services, car elles donnent le goût du plein air, de l'exercice naturel et procurent une distraction très appréciable.

« La variété des exercices n'est nullement incompatible avec l'ordre et le plan de l'enseignement; il y a beaucoup de mouvements dont les effets sont comparables sinon identiques, ils peuvent se subs-

(1) Le docteur Ph. Tissié a publié sur cet important sujet un travail à la fois court et substantiel.

tituer l'un à l'autre avec équivalence du résultat... » [G. Demenÿ (1).]

« Le plaisir n'est pas une superfluité que nous daignons accorder à l'occasion, nous le considérons comme une condition du succès : le plaisir fait vouloir, attire et fait aimer l'exercice... » [G. Demenÿ (2).]

« Plaisir et efficacité sont les deux qualités idéales de l'enseignement réalisées par ce moyen au grand bénéfice de l'être... » [G. Demenÿ (3).]

«... On doit s'efforcer d'effectuer tout travail sans gaspiller ses forces dans des contractions superflues ou dans des efforts supérieurs aux résistances que nous avons à vaincre. Cette mesure de nos efforts est une des conditions les plus importantes de la résistance à la fatigue » [*Manuel* de 1909 (4)] : c'est, en réalité, le principe de l'*économie des forces* dont l'application est, à la fois, si nécessaire et si fréquente.

Le choix de la méthode à employer pour donner l'éducation physique peut engager l'avenir d'une race.

L'attention des gymnastes amorosiens s'est concentrée sur les muscles des bras ; ils n'ont pensé ni au cœur, ni aux poumons, ni à l'ensemble de la machine humaine.

«... Les gros muscles ne font pas la santé. » [G. Demenÿ (5).]

« Les faibles sont en majorité, l'enseignement doit surtout s'adresser à eux à l'exclusion de l'athlétisme qui ne s'adresse qu'à une minorité d'élite. » [G. Demenÿ (6).]

« Il faut doser les résultats, mesurer la valeur de nos efforts en en montrant l'utilité et rejeter tout ce qui est vain et superflu... » [G. Demenÿ (7).]

La méthode suédoise doit devenir nôtre, sur toute l'étendue du territoire français, non parce qu'elle est suédoise mais pour les avantages sérieux qu'elle offre : elle est rationnelle et possède toute la précision scientifique désirable ; elle a, sur les autres méthodes, au point de vue de l'éducation physique des deux sexes, pour l'enfant, pour le soldat et pour l'adulte, une supériorité marquée.

La méthode suédoise procure à l'être humain, si elle est bien dirigée, l'attitude normale du corps : l'axe du cou est vertical ; les épaules, rapprochées et abaissées, sont effacées ; le thorax est bombé sans exagération de la courbure lombaire ; le ventre est rentré, c'est-à-dire reporté en arrière de la verticale passant par la pointe du sternum. Elle permet de rectifier les attitudes mauvaises. Avec elle, le développement musculaire est normal ; les grandes fonctions organiques de digestion et d'alimentation, de respiration, du système nerveux, des organes des sens et des soins de la peau sont perfectionnées.

La dualité du corps enseignant reculerait la solution radicale, pratique, du problème de l'éducation physique.

(1) *Evolution de l'éducation physique,* p. 236.
(2) *Id.*, p. 204.
(3) *Id.*, p. 263.
(4) Ceci est emprunté au programme suédois.
(5) *Evolution de l'éducation physique*, p. 264.
(6) *Id.*, p. 356.
(7) *Id.*, p. 238.

L'école de Joinville ayant seule qualité pour fixer la doctrine, à cause de son personnel de choix, des moyens dont elle dispose, des études méthodiques et pratiques qu'elle a faites, il est logique de la transformer en institut national.

« Il n'y a pas de gymnastique éducative, au sens anatomique et physiologique sans précision dans la prise d'attitude et l'exécution des mouvements » (Commandant Lefebure) ; or, l'école de Joinville a introduit cette précision en France.

Plus tard, au fur et à mesure que grandira le nombre des maîtres dignes de ce nom, on créera, peu à peu, des écoles régionales évidemment appelées à propager, sous le contrôle officiel, la méthode unique adoptée.

« Il ne suffit pas de formuler des principes, de poser des règles générales, pour fonder véritablement une méthode ; il faut encore et surtout former pratiquement des maîtres capables de l'enseigner, de la défendre, de la propager. » (Commandant E. Coste.)

L'officier est appelé, de par sa fonction, à jouer un rôle important dans l'éducation physique. Aussi les officiers, dont le dévouement est à toute épreuve, tiendront-ils à honneur, si on fait appel à leur concours comme instructeurs, dans des conditions qui, d'ailleurs, devront être prudemment déterminées, de contribuer à travailler à la régénération physique de la France. Les instituteurs leur prêteront, en sous-ordre, une aide précieuse.

Le commandant E. Coste a nettement indiqué, dès 1906, il y aura bientôt trois ans, « les profits moraux autant que matériels » d'une « organisation réalisée presque immédiatement, pour le plus grand profit des deniers de l'Etat » ; il nous fournira la conclusion de cette étude forcément un peu hâtive.

« L'enseignement de la gymnastique relève aux yeux de tous — et dans ses résultats plus encore que dans son prestige — de la distance qui sépare un moniteur actuel d'un officier d'élite ; l'unité de doctrine en éducation physique enfin assurée, la caserne devenant à cet égard le prolongement de l'école, l'officier continuant l'instituteur ; la fusion s'établissant, dès l'origine, dans une enceinte commune d'études et de préparation, puis dans les travaux de chaque jour, entre les éducateurs de l'enfant et ceux du soldat, ceux-ci restant dans leur rôle pour former ceux-là au point de vue physique et gagnant eux-mêmes, au contact de leurs élèves, la mentalité définitive des officiers d'une démocratie. Le rêve enfin réalisé de la nation armée, moralement unifiée, le cerveau, le cœur, les bras également préparés aux utiles labeurs de la paix, comme aux redoutables devoirs de la guerre ! (1) »

(1) *L'Instituteur et l'Officier dans la nation armée*, p. 25.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES APHTES PAR LES APPLICATIONS LOCALES DE FORMOL

Par M. le docteur Dessirier (de Lyon).

Les aphtes sont de petites lésions banales qui surviennent chez les enfants comme chez les adultes et se localisent sur la langue, les gencives ou la face interne des lèvres. Elles surviennent souvent sans cause définie, en apparence spontanément, ou coïncident avec d'autres lésions : pharyngite, amygdalite, mauvais état buccal, troubles gastriques, etc.

A la période où on les observe en général et qui suit celle de la pustulette primitive, ce sont des ulcérations très petites, à fond grisâtre, entourées d'un léger liséré rouge. Elles sont souvent peu nombreuses, deux ou trois à la fois, mais procèdent par poussées et sont facilement récidivantes.

Le caractère le plus évident de ces ulcérations est la douleur locale, très vive, continue, persistante et qui gêne parfois la parole et la mastication.

On a essayé contre les aphtes des médications nombreuses : collutoires au borate de soude, acide salicylique, chlorate de potasse; cautérisations au nitrate d'argent, sulfate de cuivre, protargol, sulfate de zinc, teinture d'iode, etc. Le nombre de ces topiques ne fait qu'affirmer leur peu de valeur relative. Ainsi traitées, les aphtes n'en continuent pas moins, le plus souvent, à évoluer et certains malades qui y sont sujets en sont parfois réduits à faire des applications uniquement calmantes, cocaïne ou stovaïne, sans songer à les voir disparaître rapidement.

Il nous a semblé depuis longtemps qu'un médicament dont l'usage contre les aphtes n'a jamais été signalé, méritait de retenir l'attention, c'est le formol. Les applications de formol ont l'énorme avantage de supprimer la douleur locale des aphtes, d'en rendre l'évolution plus courte et d'amener rapidement la cicatrisation.

Il suffit de faire deux fois par jour, à l'aide d'un très petit tampon de coton hydrophile monté sur un support quelconque, une application locale de la solution ordinaire de formol du commerce à 40 p. 100, en ayant soin de déterger dès la première application le fond de la petite ulcération.

Lors du premier attouchement, la cuisson est assez vive, mais la douleur disparaît complètement en quelques secondes et ne reparaît plus.

Cette action anesthésiante est remarquable : les mouvements des lèvres, la parole, la mastication, douloureux auparavant redeviennent aisés.

Quelques applications suffisent en outre pour que l'ulcération perde rapidement son caractère atone et disparaisse.

On peut, pour masquer l'odeur irritante et la saveur âcre du formol, y ajouter quelques gouttes d'alcool mentholé, mais en général la quantité employée est si minime que cette précaution est bien inutile. Nous avons toujours employé pure, et sans aucun inconvénient, la solution ordinaire de formol à 40 p. 100.

Il nous semble donc que, joints aux soins ordinaires de la bouche et des dents, ces attouchements au formol constituent à l'heure actuelle le remède le plus simple et le plus efficace qu'on puisse employer pour le traitement des aphtes.

LIVRES NOUVEAUX

L'Asthme. Etiologie, pathogénie et traitement (1), par le docteur Moncorgé (du Mont-Dore).

L'asthme n'est pas ce qu'un vain peuple pense : une affection caractérisée cliniquement par des accès nocturnes de dyspnée, étiologiquement par ses allures de névrose, thérapeutiquement par la fameuse équation : iodure et arsenic pendant la période intercalaire, morphine pendant l'accès. L'asthme est peut-être cela, mais sûrement il est autre chose encore. C'est ce que s'efforce de nous montrer le docteur Moncorgé qui, s'appuyant sur vingt ans de pratique et sur plus de 4000 observations, nous fait connaître aujourd'hui l'asthme tel qu'il le conçoit.

Dans une première partie, intitulée *Etiologie et pathogénie*, l'auteur nous fait remarquer que la plupart des auteurs ne consacrent de développement qu'à l'une des deux voies du réflexe qui produit l'accès : la voie centripète. Quant à la voie centrifuge, c'est à peine s'ils en parlent. Or, n'est-ce pas la plus importante des deux? M. Moncorgé l'étudie donc minutieusement, rappelant qu'avant l'asthme, il y a les asthmatiques, individualistes à outrance, « personnalités très accusées », a dit Trousseau. Toutefois, bien que le « terrain » joue un rôle capital, il ne faut pas négliger l'action des autres causes : maladies générales, neuro-arthritisme, systèmes respiratoire, digestif, circulatoire, génito-urinaire, nerveux et cutané, dont l'interprétation conduit aux conclusions suivantes : 1° toute intoxication, toute infection, toute auto-intoxication peut produire l'asthme; de même les lésions anatomiques et les troubles fonctionnels de tout organe, les uns et les autres développent l'hypersensibilité générale, qui conditionne elle-même l'hyperexcitabilité locale, pneumo-bulbaire ou nasale; 2° l'arthritisme reste le grand facteur de l'asthme; la tuberculose, sans jouer un rôle prépondérant, intervient plus fréquemment qu'on ne le pensait jadis; 3° en somme, l'asthme est un syndrome réflexe, et il n'y a pas d'asthme réflexe; 4° l'asthme par névrose existe, mais la névrose sous la dépendance de laquelle il se trouve est toujours symptomatique; 5° toute dyspnée d'accès, avec bradyspnée, étant un asthme vrai, il n'y a pas de pseudo-asthme, mais des asthmes cardiaque, rénal, hépatique, etc.

La seconde partie énumère et discute les divers *traitements* de l'asthme. Après quelques pages de traitement causal, M. Moncorgé passe en revue les principales variétés d'asthme : asthme neuro-arthritique, asthme d'origine respiratoire (avec, en particulier, l'asthme ganglionnaire), l'asthme dyspeptique, cardio-artériel, rénal, toxique et infectieux, pour finir par le traitement de l'asthme nasal. Les détails minutieux dans lesquels entre l'auteur ne seront pas inutiles au praticien, qui, en présence d'un asthmatique, se voit souvent obligé de varier ses prescriptions, et qui lira avec intérêt un ouvrage dont il nous est particulièrement agréable de faire l'éloge, car à une érudition solide et de bon aloi, il joint des qualités sérieuses d'exposition qui en rendent la lecture facile autant que profitable.

L. Babonneix.

Maladies du crâne et de l'encéphale (2), par M. Auvray.

M. Auvray, dans ce volume, nous donne une étude très approfondie et très complète des *Maladies du crâne et de l'encéphale*, il a mis tout à fait au point ces questions si délicates et si intéressantes et grâce à un exposé très clair et métho-

(1) In-8. Prix : 4 francs. — Paris, Vigot.

(2) In-8. Fascicule XIII du *Nouveau Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet. — Paris, Baillière.

dique il permet au lecteur de se documenter facilement sur la question qui l'occupe.

L'auteur commence par nous donner un aperçu historique de la chirurgie cranienne, rappelle les notions indispensables de l'anatomie du cerveau et la disposition des localisations cérébrales : il indique ensuite avec de nombreuses figures les principaux procédés de topographie cranio-encéphalique et aborde le manuel opératoire de la trépanation.

Il étudie les lésions traumatiques du crâne et consacre un très long et très remarquable chapitre aux fractures du crâne, passant successivement en revue les fractures de l'adulte, celles de l'enfant, celles produites par les coups de feu. Leur mécanisme est soigneusement et clairement exposé, ce qui a été rarement fait jusqu'ici, ainsi que les complications qui peuvent les accompagner : commotion, contusion de l'encéphale, épanchement sanguin intra-cranien, méningite, encéphalite, épilepsie traumatique.

M. Auvray étudie ensuite les néoplasmes si variés de la région cranienne.

Les lésions infectieuses et surtout les complications des otites moyennes suppurées sont l'objet d'un excellent exposé; signalons surtout les chapitres consacrés aux abcès extra-duraux et encéphaliques d'origine otique et la phlébite des sinus.

L'ouvrage se termine par la description des maladies congénitales du crâne et de l'encéphale : hydrocéphalie, microcéphalie, encéphalocèle.

Ce fascicule très travaillé sera utilement consulté de tous.

ÉTIENNE LE SOURD.

Précis de syphiligraphie. La syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur (1), par le professeur E. GAUCHER.

Ce volume est le second du *Précis de syphiligraphie* qui comprendra quatre volumes. Il renferme l'étude de la syphilis du tube digestif et de ses annexes (glandes salivaires, foie, rate), de l'appareil respiratoire, de l'appareil cardio-vasculaire et du sang, de l'appareil génito-urinaire et des capsules surrénales, de l'appareil locomoteur (muscles, os et articulations).

Ce volume, écrit avec la même concision et la même sobriété de détails que le premier, fait honneur au professeur Gaucher et à ses collaborateurs qui ont eu l'habileté de faire de ce *Précis de syphiligraphie* un ouvrage pratique et scientifique à la fois.

P. RAVAUT.

Du rôle de la végétation dans l'évolution du paludisme (2), par M. E. LE RAY.

Cet ouvrage a pour objet l'étude des causes des manifestations de l'infection palustre, en particulier des influences telluriques.

L'auteur démontre, en s'appuyant sur de nombreuses observations recueillies dans son service par lui-même et par ses aides-majors, que l'inoculation des hématozoaires par les anophèles ne suffit pas pour donner lieu à un accès de fièvre paludéenne.

L'infection de l'organisme consécutive à cette inoculation peut ne se traduire par aucune manifestation morbide, parce que l'économie a le pouvoir, lorsqu'elle dispose librement de ses moyens d'action, de maintenir les hématozoaires en état de microbisme latent.

M. le docteur Le Ray analyse longuement le mécanisme physiologique grâce auquel se réalise cet état de microbisme latent et s'applique à prouver que ce sont les causes susceptibles d'enrayer le libre jeu de ce mécanisme qui provoquent les diverses manifestations de l'endémie palustre.

Un accès de fièvre éclate lorsque les parasites, cessant d'être maintenus en état de microbisme latent, se précipitent dans les voies circulatoires et dévorent des globules rouges, incapables de se défendre de leurs attaques.

Le miasme paludéen est une des causes les plus capables de paralyser les actes physiologiques de défense que nous exécutons pour réduire à l'état latent la vitalité des hématozoaires introduits dans nos organes.

Ainsi se concilie fort bien la vieille doctrine de l'origine tellurique du paludisme, toujours vraie quoiqu'on en dise, avec la théorie moderne de l'inoculation des hématozoaires par les moustiques infectés.

L. GAYARD.

Archiv für Kinderheilkunde (1), publiées par MM. BAGINSKI, MONTI et SCHLOSSMANN.

Après quelques pages de Baginski sur le passé et l'avenir des *Archiv für Kinderheilkunde*, qui publient aujourd'hui leur cinquantième tome, l'ouvrage débute par un article de Müller sur la valeur de la cuti-réaction, et se continue par les communications suivantes : Socheczewski : Pathogénie des hémorragies intestinales du nourrisson. — Bach : Deux cas de malformation congénitale du cœur. — Sommerfeld : Déviation du complément dans la scarlatine. — Neumann : Théorie des mauvais effets d'une alimentation riche en graisses chez les nourrissons souffrant de l'estomac. — Proskauer : Acétonurie dans la scarlatine. — Mendelsohn : Tuberculose intestinale primaire de l'enfance, avec considérations particulières sur leurs rapports avec la tuberculose primitive de l'appareil respiratoire. — Biedert : Quelques résultats des recherches faites dans ces dernières années et concernant l'alimentation du nourrisson ; — Crampe du pylore et alimentation grasse. — Joukowski : Les kystes du foie chez l'enfant. — Theodor : Cyanose causée par de nombreuses anomalies congénitales du cœur et d'autres organes. — Kränzle et Rahr : Cas remarquable de leucémie chez un garçon de neuf ans. — Comby : Appendicite chronique chez les enfants. — Cassel : Les risques de contamination syphilitique dans les crèches modernes ; — Contribution statistique à l'étude de la syphilis héréditaire. — M. Joseph : Signification du sérum-diagnostic pour la syphilis héréditaire. — Stamm : Mouvements de la tête, chez les enfants, pendant le sommeil nocturne. — Concetti : Deux cas de maladie de Barlow. — Valagusa : Conception et méthode de la déviation du complément appliquées au diagnostic de l'hyperthyroïdisme expérimental. — Vozarek : Acidité, ammoniaque, acide phosphorique et azote total dans l'alimentation avec et sans albumine. — Trumpp : Remarquable anomalie anatomo-physiologique du conduit laryngo-trachéal avec observations critiques sur l'étiologie du stridor laryngé congénital. — Alsberg : Appendicite chez l'enfant. — Troïtzki : Dosage des médicaments aux différentes périodes de la croissance. — Arnheim : Recherches sur la coqueluche. — Solaro : Tumeur splénique dans la fièvre typhoïde. — Corrolino : Tuberculose des ganglions mésentériques dans l'enfance : les idées actuelles sur son diagnostic. — Caan : Examens bactériologiques du sang dans les maladies de la nutrition chez le nourrisson. — Oppenheimer : Besoins alimentaires du nourrisson élevé artificiellement. — Koch : Détermination du complément du sérum infantile. — Rœder : Fonctions motrices de l'estomac. — Tugendreich : Rapports entre le poids du corps et l'allaitement chez la femme qui travaille.

Ce livre, très soigneusement édité comme à l'habitude, est d'une lecture agréable et profitable.

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 630 pages avec figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-8. — Prix : 7 francs. — Paris, A. Maloine.

(1) In-8. T. L (tome du jubilé), avec 27 figures et 13 courbes. — Stuttgart, E. Enke, éditeur.

SUITE DES SOMMAIRES

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. — (N° 33, 14 août 1909.) DUVERGER : Quelques remarques au sujet de douze interventions sur l'apophyse mastoïde. — JOHNSTON : Laryngoscopie directe. — DE CHAMPEAUX : Œdème du larynx par application locale de teinture d'iode. — (N° 34, 21 août.) MOURE et VIEL : Un cas de tuberculose de l'œsophage. — DEWATRIPONT : Contribution à l'étude des rapports bactériologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales. — (N° 35, 28 août.) TRÉTROP : Des méfaits des amygdales enchatonnées chez l'adulte. — DE MILLY : Ostéo-périostite temporale d'origine otique avec suppuration intra-osseuse; phlébite double des membres inférieurs.

Revue de chirurgie. — (N° 8, 10 août 1909.) VINCENT : Du traitement rationnel des fractures de la base du crâne. — CANTONNET : Les atrophies optiques partielles dans les fractures de la base du crâne. — DOCHE : Indications et résultats opératoires des plaies pénétrantes de l'abdomen par petits projectiles de guerre. — PATEL et CHALIER : Les tumeurs du cordon spermatique (*suite et fin*) [1 fig.]. — PIQUAND : Les abcès sous-phréniques (*suite*).

Revue médicale de l'Est. — (N° 14, 15 juillet 1909.) FRŒLICH : Des osselets surnuméraires du tarse et de leur importance pratique. — BAROS : Quelques réflexions comme suite à l'étude descriptive de l'alcoolisme dans les Hautes-Vosges. — (N° 15, 1er août.) E. PAULIN : La fièvre typhoïde dans une ville de garnison. — BAROS : Quelques réflexions comme suite à l'étude descriptive de l'alcoolisme dans les Hautes-Vosges (*suite*). — (N° 16, 15 août.) E. PAULIN : La fièvre typhoïde dans une ville de garnison (*suite*). — BAROS : Quelques réflexions comme suite à l'étude descriptive de l'alcoolisme dans les Hautes-Vosges (*suite et fin*). — (N° 17, 1er sept.) H. VAIVRAND et A. REMY : Des hémorragies arachnoïdiennes spinales protopathiques. — E. PAULIN : La fièvre typhoïde dans une ville de garnison (*suite et fin*).

Revue neurologique. — (N° 15, 15 août 1909.) MARINESCO et MINEA : Contribution à l'histo-pathologie de la sclérose en plaques (15 fig.). — LUCIEN et PARISOT : Tuberculose de l'hypophyse et diabète sucré. — LHERMITTE : Procédé nouveau pour la coloration des cellules et des fibrilles névrogliques.

Riforma medica. — (N° 19, 10 mai 1909.) Giovanni MORONO : L'entérospasme post-opératoire. — Ezio BENVENUTI : Centre de Broca et aphasie motrice. — Carlo LACCETTI : La méthode de Bier en thérapeutique chirurgicale. — (N° 20, 17 mai.) Domenico PACE : La pulsation cardio-œsophagienne chez l'homme dans les conditions physiologiques et dans certains états morbides du cœur. — Giovanni COCCI : A propos d'un cas de résection de l'estomac pour ulcère gastrique. — Ezio BENVENUTI : Centre de Broca et aphasie motrice. — (N° 21, 24 mai.) Ulderico ZANDONINI : Observations anatomiques et cliniques sur quatre cas de fibrome naso-pharyngien. — Domenico PACE : La pulsation cardio-œsophagienne chez l'homme dans les conditions physiologiques et dans certains états morbides du cœur. — S. ROLANDO : Terminaison rare d'une contusion musculaire. — (N° 22, 31 mai.) Oscar MARCHETTI : Les théories sur la pathogénie des calculs biliaires et contribution à l'étude de leur production expérimentale. — Domenico PACE : La pulsation cardio-œsophagienne chez l'homme dans les conditions physiologiques et dans certains états morbides du cœur. — Giulio PICCIOLI : Contribution clinique au traitement de l'ulcère perforant du pied au moyen de l'élongation des nerfs. — (N° 23, 7 juin.) Valerio FERRUCCIO : La reproduction du « trypanosoma Brucei ». — Pietro GUIZZETTI : Comment se comporte le glycogène dans les parathyroïdes de l'homme au cours des maladies? — Ernesto PESCI : Sphygmomanométrie comparée des artères humérales et digitales; son importance au point de vue de la clinique et du diagnostic. — (N° 24, 14 juin.) Gennaro FUSCO : L'action de quelques poisons du sang dans les trypanosomiases. — Pietro GUIZZETTI : Comment se comporte le glycogène dans les parathyroïdes de l'homme au cours des maladies? — Leone SEGRE : Contribution à l'étude des troubles vésicaux dans les affections de la moelle épinière. — (N° 25, 21 juin.) G. TRIA et M. LANDOLFI : Les crises gastriques et l'estomac des tabétiques. Contribution à l'étude du chimisme stomacal et à l'étude pathogénique. — Luigi D'AMATO et Vincenzo FAGGELLA : Corps de Negri, corps de Lentz et altérations des centres nerveux dans la rage. — Pasquale LONGO : La période tardive de la syphilis comparée à la période précoce. — Leone SEGRE : Contribution à l'étude des troubles vésicaux dans les affections de la moelle épinière. — (N° 26, 28 juin.) Filippo D'ONGHIA : A propos de certaines albumoses et peptones, qui ne donnent pas les réactions considérées jusqu'ici comme caractéristiques. — Vincenzo CHIRIVINO : A propos des inoculations de produits syphilitiques dans l'œil du lapin. — Pietro CAPASSO : Le phlegmon ligneux. — (N° 27, 5 juillet.) Prof. G. RUMMO : Leçon de clôture du cours de clinique médicale. — (N° 28, 12 juillet.) Giuseppe LUCIBELLI : Contribution à l'étude de l'infection expérimentale par le micrococcus melitensis. Considérations sur la spécificité des anticorps. — Giovanni ANDREI : Contribution statistique à l'étude de la cure radicale de la hernie chez les enfants, et notamment en ce qui regarde celle du cæcum et de l'appendice. — Carlo LACCETTI : A propos de deux cas de hernie inguinale de l'ovaire. — (N° 29, 19 juillet.) Rosalino CIAURI : Atrophie de la main à type Aran-Duchenne, segmentaire, congénitale, hérédo-familiale, non progressive. — Luigi FIORI : Etude clinique et statistique de deux cent soixante cas de carcinome de la mamelle. — Alberto ZIVERI : Un cas de cysticerques multiples du cerveau. — (N° 26, 30 juillet.) Gennaro FUSCO : Démonstration de l'existence de la membrane des globules rouges. — Gaetano VINCI : A propos d'une strychnée et d'un poison du Congo belge, le cipnaapna. Contribution à l'étude des poisons des flèches d'Afrique. — Pietro BOVERI : Artério-sclérose et cardiopathies du travail. — (N° 31, 2 août.) Eduardo MARAGLIANO : Immunité et immunisation contre la tuberculose. — Francesco STIVELLI : La transformation du staphylococcus pyogenes aureus et albus dans les inoculations endoveineuses. — Alessandro BOSI : Les différentes méthodes pour l'étude expérimentale des effets de la fumée de tabac. — Pietro BOVERI : Artério-sclérose et cardiopathies du travail.

Tribune médicale. — (N° 33, 14 août 1909.) DE BEURMANN et GOUGEROT : Les exascoses : endomycoses et parendomycoses (muguet). Saccharomycoses (mycose de Busse-Buschke) et parasaccharomycoses. Zymonématoses (mycose de Gilchrist (*suite et fin*). — (N° 34, 21 août.) J. CLUNET et G. RAULOT-LAPOINTE : Action des rayons X sur les épithéliomas malphigiens. — SAVARIAUD : Cure de l'anus artificiel par l'entérorraphie latérale cutanéo-limbique. — B. CHALMET : Les fumigations sèches antiseptiques respirables de résorcine dans la prophylaxie des maladies contagieuses (application de la méthode du docteur Meillère). — (N° 35, 28 août.) OUI et CHASSIN : Lipomatose symétrique progressive à prédominance cervicale, d'origine tuberculeuse. — (N° 36, 4 sept.) G. MEILLÈRE et P. FLEURY : L'inosurie et ses rapports avec la glycosurie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris et Genève. — Train express de nuit entre Paris et Genève, composé de lits-salons, sleeping-car, première et deuxième classes à couloir avec lavabos et water-closets (voitures directes à lits salons, première et deuxième classes pour Évian, voiture directe première classe pour Divonne).

Aller : départ, Paris 9 h. 5 soir; arrivée, Genève 7 h. 21 matin, Évian 8 h. 39 matin, Divonne 9 h. 20 matin; dernier départ de Paris, le 4 octobre (nuit du 4 au 5).

Retour : départ, Divonne 5 h. 30 soir, Évian 7 h. 48 soir, Genève 8 h. 35 soir; arrivée, Paris 7 h. 35 matin; dernier départ pour Paris le 5 octobre.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M. vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

Billets d'aller et retour (dits d'arrière saison) pour familles. 2e et 3e classes, pour toutes les stations thermales desservies par le réseau P.-L.-M., valables 33 jours avec faculté de prolongation. Délivrés du 1er septembre au 15 octobre, aux familles composées d'au moins de deux personnes voyageant ensemble.

Prix : La première personne paie le tarif général, la deuxième personne bénéfice d'une réduction de 50 p. 100, la troisième personne et chacune des suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Arrêts facultatifs.

Demander les billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

N° 108. — JEUDI 23 SEPTEMBRE 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 23 SEPTEMBRE 1909. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Composition du jury :

Anatomie. — MM. Bensaude, Rathery, Schwartz et Duval.

Pathologie. — MM. Bourgeois, Hallé, Chevassu et Cathala.

— Ordre de passage :

Anatomie. — Militaires ; — Première moitié : troisième, quatrième, deuxième et première séries.

Deuxième moitié : deuxième, troisième, quatrième et première séries.

Pathologie. — Militaires ; — Deuxième moitié : deuxième, troisième, quatrième et première séries.

Première moitié : troisième, quatrième, deuxième et première séries.

La section d'anatomie siégera les lundi et mercredi à quatre heures et demie du soir ; le vendredi, à huit heures et demie du soir.

La section de pathologie siégera les mardi, jeudi et samedi à cinq heures du soir ; le lundi, à huit heures et demie du soir.

— MM. les candidats sont prévenus qu'il ne sera pas répondu par lettres individuelles aux demandes ou lettres d'excuses adressées au jury ; les décisions du jury seront portées à la connaissance des intéressés par la voie des affiches journalières contenant le procès-verbal de chaque séance.

NOTES. — *Candidats militaires* :

Anatomie. — Séance du 20 septembre 1909. — Question donnée : « Crosse de l'aorte. — Configuration extérieure et rapports. »

MM. Cabart-Danneville, 13 ; Chatellier, 12 ; Serrand, 17 ; Clap, 16 ; Schutzenberger et Broca (Robert), 12 ; Mickaniewski, 15 ; Huloup, 11 ; Boussin, 7 ; Pérol et Aubert (Jean), 15 ; Sedoun, 8 ; Aveline, 16 ; Brossier, 10 ; Mazuel, 7 ; Vigot, 15 ; Mercier, 8 ; Vallet (François), 12.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 22 septembre, à quatre heures et demie (militaires).

Pathologie. — Séance du 21 septembre. — Question donnée : « Technique et indications de la ponction lombaire. »

MM. Tuloup, 10 ; Cabart-Danneville, 13 ; Clap, 17 ; Ribe-rolles, 12 ; Viard, 9 ; Poisvert, 16 ; Chatellier, 10 ; Brossier, 16 ; Langagne, 9 ; Maechler, 6 ; Pauvert, 15 ; Martin, 13 ; Mage, 16 ; Serrand, 13 ; Schützenberger, 14 ; Vallet (François), 11 ; Greder et Broca, 13 ; Mickaniewski, 10.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 23 septembre, à cinq heures (suite et fin des candidats militaires).

EXPOSITION INTERNATIONALE DE LOCOMOTION AÉRIENNE, organisée par l'association des industriels de la locomotion aérienne, avec le concours de l'aéro-club de France et de la fédération aéronautique internationale, au grand palais des Champs-Elysées (septembre-octobre 1909). — Au moment où l'exposition internationale qui s'ouvrira le samedi 25 septembre à Paris, au grand palais, va synthétiser les efforts et les progrès accomplis dans la locomotion aérienne, il a paru intéressant de grouper les recherches des savants qui ont demandé aux aérostats le moyen de résoudre certains problèmes de physiologie animale.

Le résultat de tous ces travaux doit être présenté dans une section de l'exposition : la classe 13 *bis* (physiologie).

Tous les documents, graphiques, épreuves, livres et instruments relatifs aux ascensions scientifiques devront parvenir vendredi matin 24 septembre au plus tard, à l'adresse du docteur Crouzon, secrétaire de la section de physiologie au grand palais.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Besnier (de Paris).



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Théorie de la contre-marée, par le docteur Coste de Lagrave. Brochure de 17 pages. — Paris, Maloine.

Les Révélées, par Michel Corday. Un vol. de 243 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Charpentier.

L'Exercice illégal de la médecine et les articles de réclame médico-pharmaceutiques à tournure scientifique, par de Lacoste. Brochure de 51 pages. — Paris, Rousseau.

Leçons de psychiatrie. Caractères de dégénérescence et aliénations mentales (types). Un vol. de 481 pages. — Paris, Maloine.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[*Budapest, 29 août-4 septembre 1909* (1).]

MÉDECINE

(SUITE)

L'artério-sclérose abdominale. — M. K. Müller (de Budapest). Cette altération du tube digestif est certainement plus fréquente que les cliniciens et les anatomistes ne l'ont établi jusqu'ici. Ses symptômes sont variés, ressemblant tantôt à quelque maladie organique du tube digestif, tantôt à l'une de ces affections rangées dans le cadre des névroses. Le diagnostic sera facilité si les accès douloureux s'accompagnent de lésions du cœur ou des vaisseaux, beaucoup plus difficile si les douleurs revêtent le type de névralgie du sympathique. La maladie est plus souvent diagnostiquée chez l'homme que chez la femme. La vaso-dilatation a une action favorable sur les symptômes.

Prophylaxie des éruptions de sérum, au moyen de l'usage interne du chlorure de calcium. — M. Arnold Netter (de Paris). Les injections de sérums antitoxiques et antibactériens provoquent trop souvent des éruptions accompagnées parfois d'accidents généraux plus ou moins graves.

Ces éruptions, manifestation la plus commune de la maladie sérique, sont dues à l'action de substances présentes dans le sérum de cheval.

Le chauffage du sérum à 56 degrés, l'élimination de sérums dont le pouvoir nocif est démontré expérimentalement diminuent les inconvénients, mais ne les font pas disparaître.

La séparation des nucléo-protéïdes et d'une partie importante des globulines paraît plus efficace et a donné des résultats satisfaisants en Amérique. Mais l'injection de ces antitoxines est suivie assez souvent d'éruptions, et leur usage ne s'est pas généralisé.

Contre ces éruptions, l'auteur emploie le chlorure de calcium depuis plusieurs années.

Pour ne parler que des effets obtenus dans son service hospitalier, il a eu 106 éruptions sur 648 chez les sujets qui n'ont pas pris le chlorure de calcium, soit 16,8 p. 100. La proportion a été de 18 sur 600 chez les sujets convenablement traités, soit 3 p. 100.

La dose employée a été de 1 gramme à 1g50 trois jours consécutifs. L'administration doit être prolongée si l'on renouvelle les injections.

Les enfants tubés prennent mal la potion. On devra employer chez eux les lavements.

Le chlorure de calcium a échoué quelquefois chez les sujets anaphylactiques à la suite d'injections antérieures. Il est moins efficace dans les injections intra-rachidiennes.

(1) Suite. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 103, p. 1296; 105, p. 1315; 106, p. 1327.

CHIRURGIE

Résection du cordon testiculaire dans le trajet inguinal comme complément de l'opération de la cure radicale. — M. Just Lucas-Championnière (de Paris). La méthode de cure radicale de la hernie inguinale, qu'il a proposée et qui lui paraît avoir donné des résultats plus solides et plus constants qu'aucune autre méthode, a pour principe fondamental la consolidation de la paroi abdominale en sa partie la plus faible par la superposition de deux lambeaux fibromusculaires au devant du cordon spermatique.

Des cas de guérison bien définitive, malgré les plus mauvaises prévisions et les plus mauvaises apparences. Toutefois certains cas paraissaient jadis dans de si mauvaises conditions qu'ils semblaient au-dessus des ressources même de cette puissante consolidation.

En donnant comme complément à cette *méthode de cure radicale* la résection du cordon testiculaire dans le trajet inguinal, on peut reculer d'une façon très importante les indications de la cure radicale de la hernie.

On pourra l'appliquer à des hernies énormes, et malgré de mauvaises parois, malgré des accumulations de graisse ordinairement vouant fatalement à la récidive.

Cette opération trouvera deux indications : dans le volume des hernies et dans la nécessité de remédier à des récidives après opération ayant affaibli la paroi.

Enfin lorsque le sujet n'est plus jeune, elle a les avantages de rendre la région plus solide, d'être aisément supportée, de la rendre plus facile et d'être acceptée aisément par le sujet.

On doit se rappeler la facilité avec laquelle on a accepté l'opération de la résection des deux canaux déférents, de résultats si douteux pour les prostatiques. Or, celle-ci, qui est unilatérale, est simple, sans inconvénient, et permet de remédier à des souffrances ou des infirmités qui sont réellement intolérables.

Traitement du mal de Pott. — M. Calot (de Berck). L'accord est déjà fait entre les médecins renseignés sur le traitement de deux grands symptômes : abcès et paralysie; les divergences ne persistent plus que sur le traitement de la gibbosité.

a. Abcès. — Le dogme intangible, c'est de ne l'ouvrir jamais (et de pas le laisser s'ouvrir), car l'ouverture, c'est une porte offerte aux infections septiques secondaires qui conduisent à la dégénérescence vitale et à la mort.

Le traitement de l'abcès se résume en deux mots : si c'est un abcès *profond, l'on n'y touche pas*, il va se résorber ou devenir superficiel; s'il est *superficiel* et menace la peau, *on le ponctionne* et on l'injecte avec de l'huile créosotée iodoformée ou du naphtol camphré glyceriné.

b. Paralysie. — Pas davantage d'opérations sanglantes, mais un simple *traitement orthopédique* consistant dans l'application d'un grand plâtre construit dans une légère extension du rachis : *ce qui suffit pour guérir la paralysie.*

c. Gibbosité. — Il faut envisager 3 cas :

1° *La gibbosité n'est pas encore produite.* — Il s'agit de l'empêcher de se produire.

Il suffit pour cela (en plus du traitement général et du repos dans la position couchée) de mettre le malade dans un grand plâtre, allant de la ligne occipito-mentonnière au milieu de l'espace iléo-trochantérien, plâtre qu'on fenêtre ensuite en arrière au niveau du segment vertébral malade pour surveiller celui-ci et le maintenir dans le rang (ce qui s'obtient en plaquant 5, 6, 8 carrés d'ouate à l'aide d'une bande de mousseline, contre les vertèbres malades qui tendent à s'énucléer).

Cette compression est renouvelée toutes les quatre à six semaines.

2° *La gibbosité existe déjà.* — Elle existe *depuis quelques mois à un an.*

Les faits qui démontrent la possibilité de la corriger sont de deux ordres :

1. Les *observations cliniques* d'enfants redressés qui demeurent droit, sans corset.

2. Les *radiographies* de sujets redressés, qui montrent que la soudure osseuse s'est produite entre les corps vertébraux.

La correction de la gibbosité se peut obtenir d'une manière constante et par un traitement à la fois efficace et inoffensif.

L'on applique au malade le grand plâtre emboîtant la base du crâne dont on a parlé ; on l'applique dans la position debout, avec une extension modérée du rachis, dans l'extension maxima qu'on peut réaliser sans que les talons abandonnent le sol.

Puis on fait, par la fenêtre dorsale déjà mentionnée, une compression ouatée très énergique (qui demeure cependant très bien tolérée), compression qu'on remplace toutes les trois à quatre semaines, tandis qu'on ne renouvelle l'extension du rachis que tous les trois à quatre mois, en même temps qu'on renouvelle l'appareil plâtré.

Par cette méthode qui est aussi sûre que bénigne, la correction de ces gibbosités dure un à deux ans. On fera porter ensuite au malade des corsets en celluloïd pendant encore plusieurs années. Avec ces corsets, le malade peut déjà aller et venir à peu près normalement.

Après deux, trois, quatre ans, le dos, libéré de tout appareil, reste droit (comme un genou ou une hanche tuberculeuse qu'on libère après une contention de plusieurs années.

3° *La gibbosité est vieille de plusieurs années et déjà volumineuse.* — Le traitement orthopédique est le même que ci-dessus (voir deuxième cas) avec cette différence qu'il doit être ici continué pendant trois, quatre, cinq années et que, malgré tout, l'on ne peut plus arriver à un résultat parfait. L'on réussira bien à obtenir un dos droit ou sensiblement droit, mais qui restera un peu plus court, de même que lorsque nous redressons un pied bot, nous obtenons un pied sensiblement droit, mais manifestement plus court que le pied normal.

L'on peut donc, *en pratique*, par des procédés simples et bénins, effacer les gibbosités de moins d'un an, c'est-à-dire les gibbosités telles qu'elles sont lorsque ces malades viennent réclamer les soins des praticiens.

Contribution au traitement du pied bot paralytique. — M. Louis Mencière (de Reims) résume sa technique pour le traitement de chaque variété de pied paralytique :

Valgus. — *Premier cas.* — Allongement du tendon d'Achille, prothèse à la soie (si valgus équin).

Greffe des extenseurs des orteils pris en masse et de celui du gros orteil sur le jambier antérieur (en tension).

Deuxième cas. — Greffe du segment inférieur du long péronier latéral sur le court péronier latéral (tension moyenne).

Greffe du segment supérieur du long péronier sur le jambier antérieur, au niveau de son point d'insertion (greffe en fente).

Varus. — *Premier cas.* — Combinaison de la greffe sur le jambier, les extenseurs pris en masse ;

Greffe d'une partie du tendon d'Achille dédoublé, sur le long péronier latéral (le chef interne bénéficiant d'une prothèse à la soie).

Deuxième cas. — Greffe du chef interne du tendon d'Achille (à travers l'espace inter-osseux) sur le jambier antérieur (en tension).

Greffe du chef externe sur le long péronier latéral, création d'un chef médian à la soie.

Troisième cas. — Greffe du long péronier latéral sectionné dans le haut, sur le chef interne du tendon d'Achille, après l'avoir passé dans le périoste sur le cinquième métatarsien, puis l'avoir dirigé dans l'espace inter-osseux (tibia).

Allongement du chef externe par une prothèse à la soie.

Talus direct. — *Premier cas.* — Greffe de la moitié du jambier antérieur dédoublé, et passant à travers l'espace inter-osseux, sur le tendon d'Achille.

Deuxième cas. — Greffe d'une moitié du tendon d'Achille, restée adhérente au calcanéum, sur le court péronier non paralysé.

Talus valgus. — *Premier cas.* — Greffe des extenseurs des orteils et de l'extenseur propre sur le jambier antérieur (correction du valgus) ; l'intervention sur le squelette, seule, n'évitant pas une récidive.

Greffe d'une moitié du tendon du long péronier latéral dédoublé, sur le tendon d'Achille (correction du talus), (greffe en tension).

Deuxième cas. — Union et combinaison de l'ablation d'un coin osseux à la base plantaire interne (opération d'Ogston), avec la greffe, moitié du tendon du long péronier latéral sur le tendon d'Achille.

Talus pied creux. — Ténotomie sous-cutanée ou à ciel ouvert de l'aponévrose plantaire.

Ostéotomie transversale cunéiforme à la base supérieure au niveau de la clef de voûte. Greffe de la moitié du tendon du long péronier latéral sur le tendon d'Achille.

Pied creux valgus. — Ostéotomie cunéiforme à base supérieure au niveau de la clef de voûte plantaire. (L'Ogston qui corrigerait le valgus favoriserait le pied creux.)

Greffe sur le jambier antérieur des extenseurs

communs et de l'extenseur propre du gros orteil (en tension).

Pied creux varus. — Allongement du tendon d'Achille par dédoublement ou prothèse à la soie. Ténotomie de l'aponévrose plantaire.

Tarsectomie cunéiforme à base supérieure au niveau de la clef de voûte. (Ici elle s'unit à une tarsectomie externe plus ou moins étendue.)

Pied creux équin. — Allongement du tendon d'Achille par dédoublement ou prothèse à la soie. Ténotomie de l'aponévrose plantaire.

Pied équin. — *Premier cas.* — Si paralysie spastique (la ténotomie du tendon d'Achille et la greffe sur les fléchisseurs sont formellement contre-indiquées), mais : allongement du tendon d'Achille.

Deuxième cas. — Si paralysie flasque :

a. Si les extenseurs des orteils ne sont que parésiés : greffe sur le jambier antérieur, des extenseurs communs des orteils.

Allongement du tendon d'Achille par dédoublement.

b. Si les extenseurs des orteils et du gros orteil sont complètement paralysés :

Greffe sur le jambier, du chef interne du tendon d'Achille dédoublé, le chef externe est allongé à la soie.

Pied équin varus. — *Premier cas.* — Si paralysie spastique (proscription des greffes sur les fléchisseurs) : greffe du chef externe du tendon d'Achille dédoublé, sur le long péronier latéral (tension moyenne). Allongement du chef interne par prothèse à la soie.

Deuxième cas. — Si paralysie flasque (proscription de la ténotomie du tendon d'Achille) : allongement du chef interne du tendon d'Achille dédoublé par une prothèse à la soie.

Si possible : greffe des extenseurs pris en masse sur le jambier antérieur.

Mais surtout : greffe du chef externe du tendon d'Achille sur le long péronier latéral (pour corriger le varus), (forte tension).

Pied ballant. — Arthrodèse. L'auteur décrit son procédé de phéno-arthrodèse qui consiste à produire une irritation adhésive au niveau des surfaces articulaires.

M. Mencière insiste sur la nécessité d'un plan opératoire soigneusement étudié pour un cas particulier.

Il indique surtout la réfection des ligaments dont il décrit la technique et rappelle toute l'importance qu'il attache au traitement post-opératoire et à la rééducation du muscle greffé.

Le traitement des difformités paralytiques. — M. Robert W. Lovett (de Boston) borne son sujet aux difformités consécutives à la poliomyélite antérieure de l'enfance.

Il divise tout d'abord les difformités paralytiques en plusieurs variétés :

1° Difformité par déviation due à la pesanteur dans une jambe entièrement paralysée ;

2° Difformité résultant du raccourcissement ou de l'allongement des parties molles paralysées compliquant la déviation passive ;

3° Difformité résultant du raccourcissement des muscles intacts et de l'allongement des muscles paralysés ;

4° Difformité résultant du poids du corps portant sur un membre complètement ou incomplètement paralysé (hyperextension du genou accompagnant les paralysies de la cuisse ou de la jambe) ;

5° Difformité du tronc résultant de l'effort nécessaire pour maintenir l'équilibre ;

6° Difformité résultant d'une malformation osseuse consécutive à une mauvaise position de la jambe ;

7° Luxation résultant d'une paralysie infantile.

Nous possédons deux méthodes de traitement des difformités paralytiques : 1° la méthode mécanique ; 2° la méthode opératoire. Ces deux méthodes peuvent être complétées par des moyens physiques, tels que massage, électricité, gymnastique.

Moyens mécaniques, moyens opératoires, moyens de médecine physique, ne doivent être séparés ni en théorie ni en pratique.

Les cas justiciables de l'intervention chirurgicale demandent souvent avant ou après l'opération des moyens mécaniques et le développement des muscles est un adjuvant de tout traitement.

Le rapporteur passe ensuite en revue les différents procédés opératoires, ténotomie, myotomie, ostéotomie, transplantation tendineuse, arthrodèse, greffe nerveuse.

La transplantation tendineuse est à l'ordre du jour ; elle est très employée parce qu'elle est d'une technique facile. Il est certain qu'on l'a employée dans des cas qui n'étaient pas justiciables de cette intervention, ou par des chirurgiens peu au courant des moyens mécaniques et des procédés de thérapeutique physique qui doivent compléter le traitement.

Si l'on choisit bien ses cas, si on fait un bon plan opératoire, si on institue un traitement post-opératoire bien compris on obtient de la transplantation tendineuse d'excellents résultats.

Le rapporteur a fait une enquête auprès de chacun des membres actifs de l'American Orthopedic Association.

La plupart des chirurgiens considèrent que la transplantation tendineuse, dans les cas bien choisis, est une méthode vraiment utile : 31 sur 37 ont vu que leurs résultats actuels sont bien supérieurs à ceux qu'ils obtenaient au début de leur pratique.

La plupart préfèrent la transplantation périostée à la suture tendineuse proprement dite.

M. Lovett insiste tout particulièrement sur le fait que le traitement post-opératoire est d'une importance capitale. Le point capital de ce traitement réside dans l'entraînement progressif du muscle. L'électricité, le massage sont des moyens secondaires bien inférieurs à la gymnastique et à la rééducation musculaire.

Le traitement actuel de la scoliose. — M. P. Redard (de Paris). Après étude et critique des diverses méthodes de traitement récemment préconisées, l'auteur examine les progrès réalisés. Il insiste particulièrement sur la valeur et les indications du traitement gymnastique qui, à son avis, agit surtout sur les muscles

et a peu d'influence sur l'élément déformation. Il discute la nouvelle méthode de reptation de Klapp, dont les indications sont assez restreintes et qui ne convient qu'aux scolioses légères du premier et du deuxième degré.

Le traitement mécanique a surtout une action de mobilisation et d'assouplissement. Il corrige les mauvaises attitudes et redresse les courbes, mais seulement d'une façon temporaire.

Les corsets, employés seuls, n'ont aucune action de redressement de soutien. Ils n'ont que quelques indications limitées, mais ils sont cependant utiles lorsqu'ils sont combinés avec d'autres méthodes, particulièrement avec la gymnastique.

Le rapporteur est partisan, dans les scolioses graves invétérées, du redressement progressif obtenu par l'application de plusieurs corsets plâtrés, et surtout du redressement forcé suivi de constriction d'après sa méthode qu'il expose en détail. Les corrections obtenues sont, à son avis, importantes et durables, si l'on a soin, à la période de convalescence, de soumettre les sujets à un traitement rigoureux, principalement gymnastique, et de les contenir avec des corsets amovibles.

Résection de l'articulation sterno-costo-claviculaire. — M. Emile Reymond (de Paris). La tuberculose de l'articulation sterno-costo-claviculaire est plus fréquente qu'on est tenté de le croire; un certain nombre de lésions tuberculeuses considérées comme ayant un point de départ pariétal, costal, sternal, ont débuté par cette articulation.

Celle-ci mérite en pareil cas d'être réséquée : la résection doit porter sur les trois éléments de l'article : angle sternal, extrémité interne de la clavicule, premier cartilage costal. Ils doivent être enlevés en bloc, ce qui rend l'opération plus facile, et permet, en n'ouvrant pas l'articulation, de diminuer les chances de propagation tuberculeuse.

Après recherches sur le cadavre et application de différents procédés sur le vivant, voici celui auquel l'auteur donne la préférence :

1° *Incision angulaire* dont une des branches va de la moitié de la clavicule au milieu de la poignée sternale et l'autre descend sur la ligne médiane jusqu'à la hauteur du deuxième ou troisième espace.

2° Le lambeau cutané, disséqué et rabattu, on coupe le tendon sterno-mastoïdien, le faisceau cléido-mastoïdien au ras de la clavicule, les insertions du grand pectoral voisines de l'articulation au ras du sternum et de la clavicule; les muscles correspondants se rétractent, la face antérieure de l'articulation apparaît à nu.

3° *Section de la clavicule* d'un coup de cisailles ou, mieux, avec une scie à chaîne, en un point plus ou moins éloigné de l'articulation, suivant l'étendue des lésions. Le fragment interne est libéré de ses adhérences jusqu'au niveau de l'articulation qui est respectée.

4° *Section de l'angle sternal* depuis le milieu du bord supérieur de la poignée jusqu'au premier espace intercostal.

Pour cela on refoule en arrière les muscles rétro-sternaux pour dégager par en haut la face postérieure du sternum et de l'articulation; section du tendon inférieur du sterno-cléido-hyoïdien; par refoulement avec une compresse rupture de l'insertion inférieure du sterno-thyroïdien; les muscles refoulés entraînent avec eux la mammaire interne qui s'éloigne de la paroi au niveau du premier espace; celui-ci est effondré; une pince y est engagée et saisit l'extrémité d'une scie à chaîne qui passe sous l'angle sternal et le fait sauter.

5° *L'ablation en bloc de l'articulation se termine en luxant le premier cartilage sur la première côte.* Pour cela, on soulève progressivement avec un davier le bord interne de la corne sternale sectionnée, on dénude de dehors en dedans la face postérieure de l'articulation et du premier cartilage; celui-ci cède au niveau de son attache costale. L'articulation a été enlevée en masse.

6° *Suture cutanée.* Drainage selon la forme des lésions bacillaires.

Celles-ci ont paru à l'auteur faciliter plutôt que compliquer le manuel opératoire.

L'arthrodèse. — M. Jones (de Liverpool) discute la valeur thérapeutique de l'arthrodèse. A son avis, cette opération ne doit pas être pratiquée chez les enfants au-dessous de huit ans; on ne doit la réserver qu'au cas où il n'y a plus à espérer la reviviscence des muscles. La technique doit être telle que les os soient placés en opposition parfaite et que les épiphyses soient lésées au minimum.

On fera porter des appareils jusqu'à complète consolidation.

Phéno-arthrodèse. — M. Mencière (de Reims) rappelle son procédé de phéno-arthrodèse qui consiste essentiellement à produire une irritation aseptique et adhésive favorisant la soudure osseuse. Les surfaces articulaires avivées sont légèrement touchées avec de l'acide phénique pur, puis on pratique un lavage à l'alcool antidote de l'acide phénique. L'arthrodèse est souvent insuffisante, la phéno-arthrodèse « soude » toujours.

Larges trépanations pour tuberculose cranienne. — M. Emile Reymond (de Paris). La tuberculose cranienne est relativement rare; on a pu en traiter *sept cas*, au moyen de larges résections de la voûte cranienne.

Leur comparaison permet les remarques suivantes :

Localisation osseuse. — Le frontal est intéressé quatre fois; les deux pariétaux trois fois, dont une fois en même temps que le frontal; le pariétal droit une fois; chez une des malades, la lésion frontale avait envahi le sinus frontal et l'avait en partie oblitéré.

Aspect extérieur. — Dans six cas, la lésion se présente sous forme d'une masse plus ou moins fluctuante, dont le volume varie d'une mandarine à une noisette et dont l'aspect fit plusieurs fois penser à une loupe. Le palper profond permettait de percevoir une dépression dont les bords étaient saillants et douloureux en certains points. Ces abcès étaient tous

en rapport, parfois par une petite perforation, avec l'os sous-jacent.

Deux opérés ne présentent pas d'ulcérations osseuses, mais un simple pointillé sanguin à peine visible ; chez l'un d'eux, l'abcès légumentaire paraît si indépendant de l'os, que l'on hésite à trépaner, et cependant l'opération permet de découvrir des lésions tuberculeuses profondes et étendues. D'une façon générale, la forme des lésions de la table externe ne permet pas de prévoir ce que seront celles de la table interne.

Lésions des parties molles intra-craniennes. — Deux des opérés ne présentent aucune lésion dure-mérienne appréciable. Chez trois autres, la dure-mère est revêtue de granulations. Chez les deux derniers, il existait un abcès fongueux intra-cranien que rien ne pouvait faire prévoir : dans un de ces derniers cas, l'ulcération osseuse avait les dimensions d'une pièce d'un franc.

Autres lésions osseuses de l'organisme. — Nos sept malades présentent des lésions pulmonaires peu importantes, quelques ganglions bacillaires ou tuberculoses cutanées. Mais ce qui est caractéristique, c'est la fréquence des tuberculoses osseuses.

Seuls, deux malades n'en présentent pas. Sur les cinq autres, quatre ont des tumeurs blanches du genou. Le cinquième opéré présenta dans la suite une tuberculose du radius et du tibia.

Affections concomitantes. — Cinq sur sept des opérés avaient eu la syphilis. Ce fait explique le soin avec lequel on s'est assuré par l'examen microscopique et les inoculations du caractère tuberculeux des lésions craniennes.

Manuel opératoire. — Le lambeau cutané gagne toujours à être large. Dans un cas de lésion frontale très antérieure, on s'est bien trouvé d'une incision traversant le front et les tempes à la hauteur des sourcils et permettant de relever toute la partie antérieure de la peau du crâne; cette incision laisse une cicatrice fort peu apparente.

Il est utile de faire un large sacrifice osseux; les brèches qu'on a pratiquées avaient au minimum 5 centimètres de grand diamètre, 9 centimètres en moyenne, 12 centimètres dans un des cas.

Résultats opératoires. — Sur 7 opérations, 6 ont été suivies de guérisons qu'on a lieu d'espérer définitives.

Le septième opéré est mort de méningite tuberculeuse un mois après l'intervention, alors que les suites de l'opération avaient paru en tous points normales.

Nouvelle technique de la craniectomie. — M. Doyen (de Paris) a simplifié sa technique de la craniectomie en supprimant l'emploi de la scie à guide intra-cranien et en imaginant un nouvel instrument pour protéger la dure-mère. Ce nouveau décollateur de la dure-mère se compose d'un ruban d'acier flexible sur lequel est adapté un ressort à boudin de diamètre convenable.

Résection intra-cranienne du trijumeau. — M. Doyen (de Paris). Cette opération se fait, grâce à l'endoscopie intra-cranienne, par un orifice de 20 millimètres, percé avec la fraise au niveau de l'astérion.

L'endoscope doit passer au-dessus du nerf auditif. Le trijumeau, mis en évidence, est coupé avec un instrument spécial.

Les différentes méthodes destinées à combattre le cancer. Action générale de la vaccination antinéoplasique. Action locale de la voltaïsation bipolaire. — M. Doyen (de Paris). Suivant l'auteur, les résultats de sa méthode de vaccination antinéoplasique sont confirmés par près de neuf années de succès. Le premier malade, atteint d'une récidive de cancer du testicule du volume de la tête, ayant envahi le canal inguinal, et considéré par des chirurgiens éminents comme irrémédiablement perdu, a été traité par cette méthode en janvier 1901. Ce malade est actuellement en excellente santé.

Des cancers de l'estomac et du sein ont disparu ou bien ont cessé d'évoluer sous la seule action de ce traitement.

La vaccination antinéoplasique, qui a été récemment combinée à la méthode phagogène, a même donné des résultats inespérés dans un certain nombre de cas de généralisation cancéreuse cutanée ou péritonéale.

Cette méthode de traitement doit être appliquée :

1° A tous les malades en imminence de cancer, chez lesquels elle peut entraver l'évolution de la maladie ;

2° Lorsque le diagnostic de cancer est sinon certain, du moins probable ;

3° Dans tous les cas de cancer confirmé.

Voltaïsation bipolaire. — Si la tumeur est superficielle et peut être détruite entièrement, on fera cette destruction par la méthode de la voltaïsation bipolaire, qui peut agir à une profondeur considérable.

La voltaïsation bipolaire n'expose pas beaucoup aux hémorragies secondaires, la coagulation du sang dans les artères assurant leur oblitération précoce au delà du sillon d'élimination.

Rectoscope perfectionné. — M. Georges Luys (de Paris) présente un rectoscope construit sur le même modèle que son cystoscope à vision directe.

Les deux principaux avantages de cet instrument sont les suivants : il permet le nettoyage facile, mécanique et instantané de la muqueuse rectale par l'effet d'un courant d'eau vidangé immédiatement au moyen d'un tube d'aspiration qui est en communication avec une trompe à eau. Ensuite, il permet également de distendre avec de l'air la cavité rectale par l'effet d'une poire en caoutchouc et d'une glace mobile qui rend l'instrument étanche.

Les perfectionnements apportés à cet instrument permettent d'obtenir très facilement une vision parfaite de la muqueuse rectale.

Traitement des anévrismes par la ligature incomplète des artères. — Reconstitution de l'artère poplitée par la suture longitudinale et de la veine poplitée par transplantation de la veine jugulaire du mouton. — M. Doyen (de Paris). L'accroissement des anévrismes peut être entravé par la ligature incomplète de

l'artère au-dessous du sac. Cette ligature, qui n'interrompt pas la circulation, diminue en effet la pression sanguine dans le segment artériel dilaté.

On peut faire cette ligature partielle sur les gros troncs artériels. Aux membres, on peut les combiner avec l'ouverture du sac, suivie de sa résection longitudinale partielle et de la reconstitution de l'artère par un double plan de sutures.

Cette double intervention a donné à l'auteur un succès complet dans un cas d'anévrisme poplité.

La veine poplitée, complètement oblitérée, a été reconstituée ultérieurement par transplantation de la veine jugulaire externe du mouton.

La veine, extirpée sur l'animal vivant, a été transplantée immédiatement.

Indications de l'intervention chirurgicale au cours de l'hypersécrétion gastrique. — M. Paul Docq (de Bruxelles). Si, à l'heure actuelle, les médecins ne sont pas d'un accord parfait dans l'appréciation du traitement à instituer dans les cas d'hypersécrétion gastrique, c'est parce que les points de repère manquent.

Répondre à cette question : « Quand le syndrome de Reichmann est-il opérable, ou quand son traitement cesse-t-il d'être médical », c'est résoudre le différend qui sépare les internistes des chirurgiens.

M. Docq considère deux faits absolument distincts et d'importance inégale dans la gastro-succhorrée ; ce sont : l'hypersécrétion et la stase.

En pratique, on ne tient ordinairement pas grand compte de cette distinction ; cependant, on le comprendra de suite, ces deux faits ne dépendent pas des mêmes causes.

L'hypersécrétion chronique traduit l'état dans lequel se trouvent les glandes sécrétoires, tandis que le degré de stase nous permet d'apprécier l'état de la motricité.

Evidemment, on pourra avoir de l'hypersécrétion sans stase, mais le contraire ne peut pas être vrai, d'où, du moins, l'hypersécrétion (considérée en elle-même) est uniquement justiciable d'un traitement médical, tandis que là où il y a hypersécrétion et stase, la thérapeutique médicale fait presque toujours faillite.

L'hypersécrétion peut être symptomatique d'affections extra-gastriques (la lithiase biliaire, par exemple) : dans ces cas, le traitement sera causal.

Quoi qu'il en soit, M. Docq pense que le malade hypersécréteur pur est rare ; très souvent, dans ce cas, l'état général joue un rôle prépondérant.

Les théories modernes sur la gastro-succhorrée, si habilement soutenues par Soupault (de Paris), nous permettent de comprendre que ce syndrome n'est, en somme, qu'un cercle vicieux à la base duquel se trouve la lésion pylorique ou pré-pylorique.

La stase dépend toujours d'une lésion, tandis que l'hypersécrétion traduit l'état maladif de la muqueuse gastrique.

Le pylore ulcéreux ou simplement éraillé se contracte spasmodiquement à l'approche d'un chyme hyperacide mal préparé ; il le renvoie dans l'estomac où il fermente, se décompose et continue à exciter doublement la muqueuse par sa présence et par son état chimique ; la muqueuse, ainsi sollicitée sans trêve, sécrète, pour répondre à l'excitation et pour se protéger (mucus). La musculature gastrique surmenée constamment finit par se fatiguer ; son élasticité vaincue ou épuisée est suivie de dilatation.

On peut dire qu'il y a spasme parce que hypersécrétion, et hypersécrétion parce que spasme.

Ces nombreuses interventions pratiquées dans ces cas prouvent surabondamment qu'il suffit de détruire le cercle vicieux pour arriver à ramener les fonctions *ad integrum*. M. Docq arrive ainsi à classer les hypersécrétions gastriques en deux catégories bien distinctes justiciables chacune d'un traitement spécial.

a. L'hypersécrétion simple sans résidu alimentaire se divisant en : 1° pure spasmodique ; 2° symptomatique de maladies extra-gastriques (lithiase biliaire, inanition, etc.).

b. L'hypersécrétion chronique avec stase alimentaire et résidus alimentaires à jeun.

De l'analyse des faits nombreux recueillis dans son service clinique, l'auteur tire les conclusions suivantes :

A. 1° L'hypersécrétion pure, spasmodique, sans résidus alimentaires, est rare ; son traitement doit toujours être médical.

2° L'hypersécrétion gastrique symptomatique d'une maladie extra-gastrique, telle que la lithiase biliaire ou l'inanition (qui n'est pas une maladie), sera justiciable exclusivement de la suralimentation méthodique et progressive ou d'un traitement causal.

B. L'hypersécrétion chronique avec stase alimentaire sera toujours du domaine de la chirurgie.

En d'autres termes :

Le syndrome de Reichmann est susceptible de guérison de deux manières :

1° Si le liquide retiré de l'estomac à jeun est du liquide d'hypersécrétion pur, c'est au traitement médical qu'il faut avoir recours.

2° Si le liquide renferme des particules alimentaires, l'affection a dépassé les limites de la médecine interne et ressortit au domaine de la chirurgie ; l'opération de choix sera la gastro-entérostomie.

L'intervention chirurgicale doit être suivie d'un régime capable de permettre à la muqueuse malade, débarrassée de sa stase, de revenir à la normale.

Hypersécrétion, stase alimentaire, insuffisance motrice, fermentation, voilà les points cardinaux qui doivent guider dans l'appréciation des fonctions gastriques. Il est évident qu'un estomac dont la motricité est atteinte fera forcément de la stase ; les fermentations sont d'ordre banal et accompagnent toujours la stase.

Autre chose serait de dire que tout trouble sécrétoire entraîne des troubles moteurs ; cependant, l'auteur considère que les lésions de la sécrétion finissent par amener des troubles moteurs. En tout cas, il ne faut pas attendre que la stase soit énorme pour réclamer une intervention et toute stase gastrique persistante entraînant des troubles nutritifs sérieux nécessite un traitement chirurgical.

En général, on peut dire :

1° L'estomac qui, à jeun, présente de la stase alimentaire, même légère (accompagnée naturellement de troubles moteurs), ne pourra revenir à la normale que par l'intervention chirurgicale.

2° La stase ne doit pas être confondue avec les liquides d'hypersécrétion, justiciables, eux, d'un traitement médical.

3° Abandonnée à elle-même, la stase gastrique va augmentant, résiste à toute médication, fatigue la musculature, produisant ainsi une dilatation qui, elle, entretiendra le cercle vicieux.

L'intervention chirurgicale dans l'appendicite selon les altérations anatomo-pathologiques. — M. A. Ceccherelli (de Parme). Dans l'appendicite le chirurgien ne peut et ne doit pas avoir un procédé fixe et immuable pour faire l'opération, car les indications qui lui imposent l'acte opératoire sont multiples. L'opération n'est radicale que quand on peut extirper l'appendice et cela n'est possible et facile, qu'au début de l'accès appendiculaire et quand l'appendicite est refroidie. Cette dernière condition est la plus favorable ; pour arriver à cette condition, le repos absolu, les larges et continuelles applications de glace sont les plus utiles moyens.

Les conditions sont analogues, en général, quand on opère dès le début, mais alors elles se présentent avec les diverses allures cliniques qui dépendent d'altérations anatomo-pathologiques très différentes. C'est une erreur que de croire que cette période a une durée toujours égale. En quelques heures peuvent survenir des lésions tellement intenses qu'il y a déjà gangrène de l'appendice, ou perforation, ou péritonite circonscrite avec adhérences, ou même péritonite généralisée. Ces conditions ne permettent plus au chirurgien l'appendicectomie mais lui imposent de se limiter à l'ouverture d'un abcès et à remettre à un temps plus propice l'extirpation de l'appendice.

Le chirurgien, dès le début d'une attaque d'appendicite, doit surveiller le malade, s'il ne peut pas faire l'opération immédiate, ce que l'auteur croit préférable. A la moindre aggravation des phénomènes, il doit intervenir, parce que les conditions anatomo-pathologiques de l'appendice s'aggravent ; il n'est pas seulement enflammé mais perforé, gangréné ou le processus inflammatoire éminemment septique s'est propagé aux tissus voisins ; et attendre serait faire surgir de graves complications qui ne permettent plus l'opération radicale et ne donnent plus toutes les garanties d'une sûre guérison. Ce sont donc les altérations anatomo-pathologiques qui doivent guider le chirurgien pour opérer quand il n'aura pas pu le faire au commencement de l'attaque d'appendicite ou qu'il ne lui a pas été permis d'attendre que l'appendicite soit refroidie.

Le diagnostic et le traitement des tumeurs des médiastins. — M. A. Ceccherelli (de Parme). Les tumeurs des médiastins peuvent être diagnostiquées, mais il faut avoir recours à toutes les ressources que nous offrent les procédés modernes, entre lesquels il faut citer avant tout la radioscopie. On ne doit négliger aucun des moyens de diagnostic pour arriver au but, pour posséder les indications nécessaires d'une opération dangereuse et difficile, dont le résultat éloigné n'est pas trop sûr, la récidive se produisant à bref délai, quand on ne peut pas enlever complètement la tumeur, surtout quand celle-ci est ganglionnaire.

L'intervention par le médiastin antérieur peut donner des résultats plus satisfaisants quand la tumeur naît de l'os, car une large résection du sternum ou des côtes permet d'enlever toute la tumeur.

L'intervention par le médiastin postérieur est possible aussi, si la tumeur est œsophagienne ; si son étendue est limitée à trois centimètres, on peut aboucher les deux bouts entre eux ; quand elle est plus étendue, on peut recourir à plusieurs moyens pour suppléer à la suture des deux bouts d'œsophage soit en abouchant les deux bouts aux parois du thorax, soit en les suturant après résection du bout inférieur capuchonné dans l'estomac et faisant une fistule gastrique, ou encore en ayant recours à une œsophagoplastie suivant la méthode de M. Roux.

Quand on est obligé de pénétrer dans le médiastin postérieur, la voie trans-médiastinale est préférable ; si la tumeur siège à la partie inférieure du médiastin, il est nécessaire de pénétrer du côté droit du thorax. En ce qui concerne les incisions, il faut les faire longitudinales ; on y ajoute des incisions transversales pour avoir une ouverture à volet avec résection d'un certain nombre de côtes pour permettre au chirurgien de dominer le champ opératoire.

Laparotomie transpleurale dans les cas de plaies thoraco-abdominales. — M. L. de Farkas (de Budapest). L'auteur de la communication, se basant sur treize cas à peu près analogues, arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans les blessures thoraco-abdominales par coups de couteau, l'urgence, comme les raisons théoriques et empiriques, impose une laparotomie transpleurale plutôt qu'une laparotomie abdominale. Mais, néanmoins, dans un cas douteux, il est nécessaire qu'à la fin de cette opération on complète l'intervention par une laparotomie abdominale.

2° Une laparotomie transpleurale permet en général de constater plus facilement si les viscères abdominaux sont intacts ou blessés.

3° Le pneumothorax traumatique ou opératoire n'étant pas une complication fâcheuse, une large ouverture de la cavité pleurale est indiquée ; sans cela, on ne peut pas supprimer l'hémothorax et peut-être combattre l'évolution de la septicémie. Une fermeture complète de la cavité pleurale, si elle est possible, est très avantageuse.

4° Il est juste de suivre une technique rigoureuse, car avec un procédé bien réglé l'opération est faite plus rapidement, et la rapidité, en outre d'une bonne asepsie, assure le mieux le succès.

L'auteur publie en dernier lieu les phases de la méthode opératoire appliquée dans les cas cités et en résume quelques détails intéressants.

De la fulguration et de ses résultats. — M. C. Juge (de Marseille). Dans l'application de sa méthode per-

sonnelle de la « fulguration », l'auteur ne se propose pas la destruction du néoplasme, mais recherche la stimulation des effets réactionnels de l'organisme.

Son interprétation s'appuie sur une triple base : l'observation, l'expérimentation physiologique, ses résultats.

Cliniquement, la réaction conjonctive se traduit par l'œdème, la lymphorrée, l'activité du bourgeonnement, la « fibrose » aboutissant à des « autoplasties spontanées » et étouffant les traînées néoplasiques.

Expérimentalement, il a montré avec Hawthorn que le liquide lymphorréique était aseptique, qu'il ne contenait à peu près que des polynucléaires neutrophiles.

Par la « fulguration » seule, l'auteur a déterminé chez le cobaye de l'hyperglobulie (1 million) et une polynucléose considérable.

Quand elle se produit, la récidive est torpide, très localisée et facilement détruite. A l'infiltration néoplasique, se substitue une infiltration fibreuse, le plus souvent durable.

La technique de l'auteur s'inspire de ces principes : fulguration préalable ou consécutive, très large, très mordante, jusqu'à la production de la réaction lymphatique. On tâche d'éviter l'escarre. Ces effets varient suivant les deux coefficients : action électrique et réaction du sujet.

L'intervention chirurgicale de l'auteur est adéquate à la lésion ; large quand cela est possible, elle extirpe tout ce qu'elle peut dans les cas inopérables, mais reste insuffisante au point de vue de la chirurgie pure. Pourtant, l'auteur a obtenu des résultats inespérés.

Technique pour la rachi-cocaïnisation. — M. Le Filliatre (de Paris) emploie une technique qui lui permet de pratiquer toutes les interventions chirurgicales, sauf pour la tête, où l'on a toujours eu une anesthésie constante (14/23). Avec ce procédé, l'auteur évite d'intoxiquer son malade comme le fait le chloroforme et en ménageant les forces de son opéré il lui évite le choc opératoire qui, pour l'auteur, n'est autre que le choc chloroformique ; — en évitant à son malade les inconvénients du chloroforme, il supprime de ce fait beaucoup des complications post-opératoires et sa mortalité en est par suite très diminuée.

L'auteur emploie une solution aqueuse fraîche de cocaïne au 1/50 stérilisée sous ampoules fermées pendant une demi-heure entre 120 et 130 degrés sans décomposition de la cocaïne et en injecte suivant le cas de 1 à 3 centimètres cubes dans le cinquième espace (espace sacro-lombaire), après une évacuation préalable nécessaire et suffisante de 10 à 35 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien suivant les sujets.

Comme M. Aubourg, l'auteur reconnaît que l'adjonction de l'adrénaline dans la solution injectée est non seulement inutile mais mauvaise, et avec certains neurologistes comme M. Klippel, il envisage comme dangereux les médicaments paralysant la cellule nerveuse, comme le font la stovaïne, la novocaïne, etc.

(A suivre.) FERNAND TRÉMOLIÈRES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 13 septembre 1909)

Sur le pouvoir trypanolytique du sang de quelques vertébrés à sang froid à l'égard de « Trypanosoma Evansi » Steel. — MM. A. Laveran et H. Pettit croient pouvoir conclure que le sang de certains vertébrés inférieurs contient des substances trypanolytiques assez actives. A première vue, la présence de ces dernières paraît être en rapport avec la toxicité du sérum ; il est à noter, à ce point de vue, que le chauffage du sérum d'anguille à 58 degrés, pendant quinze minutes, supprime le pouvoir trypanolytique en même temps que la toxicité pour les mammifères. Mais certains faits ne permettent pas d'admettre une interprétation aussi simple. Comme on l'a vu, les pouvoirs trypanolytiques des sangs de *Rana esculenta* et de *Rana temporaria* sont très inégaux et cependant leur toxicité ne paraît pas différer sensiblement.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique vénérienne (1), par M. Deguy.

Comme le dit l'auteur dans sa préface, ce volume n'est pas un ouvrage didactique, mais le groupement d'observations personnelles de clinique thérapeutique et de médecine pratique.

Successivement sont passés en revue le traitement de la blennorragie aiguë, chronique, de l'orchite, du paraphimosis, du rhumatisme blennorragique, le traitement des pyodermites par les compresses de nitrate d'argent, puis les méthodes de traitement de la syphilis. Dans cet exposé l'auteur énumère avec soin tous les nombreux composés nouveaux mercuriels et iodés qui ont été proposés dans ces derniers temps. Après des considérations sur le traitement général et la prophylaxie de la syphilis, il étudie toutes les indications que le clinicien peut demander au laboratoire dans la pratique de cette affection.

Les vues personnelles de l'auteur sur différentes questions traitées dans ce volume ne font qu'en augmenter l'intérêt.

P. RAVAUT.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIE INFANTILE (2)

Diagnostic. — Généralement assez facile à faire si l'on constate une paralysie flasque à localisation irrégulière remontant à la première enfance, il se présente dans des conditions toutes différentes suivant qu'on a assisté ou non au début fébrile de l'affection.

A. **On assiste au début.** — I. Avant l'apparition des paralysies. — Le diagnostic est impossible, on peut s'attendre à toutes les maladies infectieuses aiguës de l'enfance :

(1) In-8 de 280 pages. — Paris. G. Steinheil.

(2) Fin. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 102, p. 1286 ; et 105, p. 1321.

méningite aiguë ou tuberculeuse, granulie, fièvre typhoïde aussi bien qu'ostéomyélite aiguë.

II. Après l'apparition des paralysies. — Un simple examen éliminera les affections fébriles qui provoquent une impotence par douleur : ostéomyélite, rhumatisme aigu, scorbut infantile (gingivite hémorragique, tuméfaction diaépiphysaire) et on n'aura à discuter que les affections fébriles qui s'accompagnent de paralysies.

1° La *méningite aiguë* est difficile à différencier au début, nous avons vu qu'elle se montrait dans les épidémies concomitamment avec la paralysie infantile. Dans les deux cas la ponction lombaire se révèle au début de la polynucléose. Ce n'est donc que l'installation de la paralysie et l'évolution qui permettent de faire le diagnostic.

2° La *polynévrite aiguë* peut de même se mélanger dans les épidémies à la paralysie infantile. Mais ses paralysies sont plus souvent progressives, symétriques et généralisées, à rétrocession plus lente, mais amenant une atrophie plus rapide. Elle s'accompagne de douleurs névralgiques et à la pression, d'hyperesthésie. Les nerfs craniens sont plus souvent atteints. La ponction lombaire ne révèle pas de réaction méningée.

3° La *myélite aiguë*, exceptionnelle dans l'enfance, est plus diffuse et donne des troubles sphinctériens et sensitifs.

4° L'*hémiplégie infantile tardive* peut débuter fébrilement, mais d'abord l'hémiplégie est rare dans la paralysie infantile et de plus l'hémiplégie infantile donne rapidement de la contracture et très souvent des phénomènes cérébraux.

5° La *paralysie diphtérique* apparaît généralement trop tardivement après le début fébrile de l'angine pour que la question de diagnostic se fasse.

B. **On n'a pas assisté au début fébrile.** — Il faut en présence d'une paralysie flasque, d'une amyotrophie ou d'une déformation interroger les parents sur les commémoratifs de ce début qu'on peut parfois reconstituer.

I. Il semble y avoir paralysie. — Avant d'affirmer la paralysie infantile il faut éliminer :

1. Les *impotences fonctionnelles* : 1° une *fracture sous-périostée* est fréquente chez les enfants ; 2° la *pronation douloureuse* malgré la théorie de Chassaignac n'est qu'une subluxation de la tête du radius, qu'une manœuvre de réduction très facile guérit instantanément; 3° la *pseudo-paralysie syphilitique de Parrot* donne une douleur et une tuméfaction diaépiphysaire, surtout fréquente aux extrémités inférieures radiales, la contractilité électrique est normale, on trouve des traces d'hérédo-syphilis et le traitement mercuriel amène la guérison ; 4° le *rachitisme* n'attardera guère le diagnostic; 5° la *chorée molle* donne une instabilité motrice et non une paralysie vraie.

2. Les *paralysies acquises*: 1° le *mal de Pott* donne une paralysie spasmodique; 2° un *traumatisme rachidien* ne passe guère inaperçu.

3° Les *paralysies obstétricales*. Leur début à la naissance, leur curabilité en général plus grande, la localisation sur le plexus brachial les feront reconnaître.

4. Les *paralysies congénitales* : hémiplégie ou diplégie cérébrale, maladie de Little sont essentiellement spasmodiques.

II. Il y a atrophie musculaire. — On ne pensera pas longtemps à toutes les autres amyotrophies dont le caractère général est l'évolution lente et progressive sans rétrocession.

L'*amyotrophie progressive type Charcot-Marie* est plus tardive, souvent héréditaire, prend généralement symétriquement les deux jambes, puis envahit progressivement.

L'*amyotrophie progressive familiale d'Hoffmann* s'étend progressivement et symétriquement des membres inférieurs au dos puis aux membres supérieurs, au cou et à la nuque.

La *myopathie primitive progressive* atteint surtout la seconde enfance, elle est souvent pseudo-hypertrophique.

L'*amyotrophie myélopathique type Aran-Duchenne* ne simule guère la paralysie infantile.

De même les *amyotrophies réflexes* qu'on peut rattacher à une lésion articulaire.

III. Il y a déformation. — Le diagnostic sera facile à faire avec :

1. Les *déformations congénitales* : 1° les *pieds bots congénitaux* sont plus irréductibles, ne s'accompagnant pas d'atrophie musculaire localisée; quand ils sont doubles ils sont toujours de même nature, les pieds bots paralytiques sont parfois différents; 2° la *luxation congénitale de la hanche* ne présente pas d'atrophie musculaire ni de réaction de dégénérescence, elle est souvent bilatérale.

2. Les *déformations acquises* d'origine osseuse, articulaire ou tendineuse.

Traitement. — I. Pendant la période aiguë. — Il faut traiter l'état infectieux et calmer la réaction nerveuse fébrile.

II. Pendant la période de paralysie. — On a conseillé la révulsion rachidienne, frictions, pointes de feu, huile de croton. On recommande l'ergot de seigle et l'hydrastis; au moment de la régression il est bon d'administrer un peu de strychnine.

L'*électricité* constitue la base du traitement à cette période. Certains auteurs commencent dès le début; P. Marie attend la période de régression. Il faut agir surtout sur les muscles qui réagissent encore faiblement au courant galvanique. On commence prudemment et on fait passer des courants galvaniques de 12 à 15 milliampères pendant dix à quinze minutes: l'électrode positive sous forme de plaque est appliquée sur la racine du membre; une cuvette d'eau salée dans laquelle plonge l'extrémité constitue l'électrode négative.

On peut employer dans certains cas les courants sinusoïdaux. Quand les mouvements reparaissent, on prend des courants faradiques progressifs.

Le *massage*, la *gymnastique* raisonnée et les *douches* simples ou sulfureuses seront associés à ce traitement qui devra être long et patient.

III. A la période de déformations. — Les *appareils orthopédiques*, dans beaucoup de cas, permettront d'atténuer l'impotence fonctionnelle, en particulier au point de vue de la marche; ils doivent être légers, le membre atrophié ne supportant que très mal les compressions et les menus traumatismes répétés.

Le *redressement brusque* des déformations fixées sera le premier temps qui permettra dans ces cas la pose d'un appareil.

Les *ténotomies*, l'achilléotomie en particulier pourront être faites dans le même but.

Le *raccourcissement des tendons* peut être fait dans certains cas pour essayer de ramener l'équilibre articulaire détruit par l'amyotrophie.

Deux grandes méthodes sont surtout employées aujourd'hui : l'arthrodèse et la transplantation tendineuse.

L'*arthrodèse* consiste à abraser le revêtement cartilagineux des surfaces articulaires et à fixer ainsi par soudure osseuse l'articulation en bonne position. On a fait dans ce même but des *enchevillements* et des *tarsectomies*. L'arthrodèse ne doit jamais être faite avant l'âge de dix ans.

La *transplantation tendineuse* consiste à suturer au bout distal du tendon du muscle atrophié une partie de celui d'un membre voisin resté sain. C'est ainsi qu'on suture le tendon de l'extenseur du gros orteil à celui du jambier antérieur paralysé. Les résultats de ces transplantations sont encore très discutés.

Enfin il ne faut pas oublier de soigner l'état général de l'enfant par l'hydrothérapie, le grand air et les toniques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 109. — SAMEDI 25 SEPTEMBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 25 SEPTEMBRE 1909. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES :

Anatomie. — Séance du 22 septembre 1909. — Question donnée : « Omoplate. »

MM. Festal, 10; Dehau, 12 ; Langagne, 11 ; Binard, 16; Pauvert, 13; Martin, 11 ; Aubin, 17; Poisvert, 18 ; Viard, 11; Riberolles, 12; Mage, 15; Greder et Gouriou, 12.

Pathologie. — Séance du 23 septembre. — Question donnée: « Accidents primitifs et secondaires de la syphilis acquise. »

MM. Festal, 9; Dehau, 14; Bénard, 8; Aubin et Gouriou, 16; Pérol, 17; Sadoun, 16; Adeline, 19; Vigot, 15; Mercier, 9; Aubert (J.), 12 ; Quantin, 9 ; Plaisant et Marion, 7 ; Provost, 13; Olivieri, 7; Ohier, 12; Proust, 7.

La prochaine séance aura lieu le samedi 25 septembre, à cinq heures (deuxième moitié, deuxième série).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-septième semaine, 774 décès, au lieu de 715 pendant la semaine précédente et au lieu de 775, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La rougeole a causé 4 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 53, au lieu de 51 précédemment (moyenne 42).

La coqueluche a causé 5 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 5).

La diphtérie a causé 4 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 23, au lieu de 29 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

La diarrhée infantile a causé 49 décès de 0 à 1 an, au lieu de 45 pendant la semaine précédente (moyenne 59).

En outre, 24 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 85 décès, au lieu de 78 pendant la semaine précédente (moyenne 81).

La phtisie pulmonaire a causé 153 décès (moyenne 177).

Il a été signalé en outre 1 décès de méningite cérébro-spinale épidémique et 3 nouveaux cas.

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES DU 4 AU 26 OCTOBRE (Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne). — Le cours de physiothérapie est divisé en deux séries de 20 leçons. Le prix de chacune des séries de 20 leçons est de 50 francs.

On peut s'inscrire pour une série ou pour les deux chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole de Médecine, chez M. le docteur Albert-Weil, 21, rue d'Edimbourg, ou chez M. le docteur Durey, 16, rue de Logelbach.

Les cours sont divisés de la façon suivante :

SÉRIE A. — *Electrothérapie* (dix leçons) : M. Albert-Weil, rédacteur en chef du *Journal de physiothérapie.* — *Radiumthérapie* (trois leçons) : M. Dominici, ancien interne des hôpitaux. — *Photothérapie* (une leçon) : M. Degrais, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. — *Radiothérapie* (trois leçons) : M. Albert-Weil. — *Hydrothérapie* (trois leçons) : M. Sandoz.

SÉRIE B. — *Massage en général et massage des membres* (sept leçons) : M. Durey, assistant de physiothérapie de M. Tuffier à l'hôpital Beaujon. — *Massage viscéral* (trois leçons) : M. Cautru, ancien interne des hôpitaux. — *Massage de la face* (une leçon) : M. Raoul Leroy. — *Kinésithérapie gynécologique* (deux leçons) : M. Wetterwald, secrétaire général de la Société de kinésithérapie. — *Rééducation et gymnastique* (trois leçons) : M. Desfosses, chirurgien du dispensaire de la Cité du Midi. — *Mécanothérapie* (trois leçons) : M. Kruger, directeur de l'Institut Zander de Paris. — *Méthode de Bier* (une leçon) : M. Durey.

Les cours de la série A ont lieu à six heures, ceux de la série B à cinq heures. Les jours où les cours ont lieu dans des hôpitaux ou des instituts, leur horaire est avancé ou reculé d'une demi-heure au moins, pour que les élèves d'une série puissent néanmoins suivre les cours de l'autre série.

Les élèves régulièrement inscrits à l'une des deux séries d'octobre 1909 sont invités à six conférences sur les grandes indications diététiques, climatiques et hydrologiques faites par M. Bardet, secrétaire général de la Société de thérapeutique, M. Martinet, ancien interne des hôpitaux et M. Mougeot, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant à Royat.

ÉCOLES MUNICIPALES D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES. — ANNÉE 1909-1910. — Les cours des écoles d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié, de Lariboisière et de l'hospice de Bicêtre, sont publics et gratuits; ils commenceront le 4 octobre 1909; ils sont ouverts à tous les agents du personnel hospitalier ainsi qu'aux élèves libres.

Aucune inscription ne sera reçue après le 15 octobre 1909.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA PSOÏTIS

Par Maurice VERDUN,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Définition. — On désigne sous le nom de psoïtis l'inflammation, la myosite aiguë ou subaiguë du muscle psoas-iliaque, cette myosite pouvant aboutir ou non à la suppuration.

Par extension, on applique également ce terme à toutes les suppurations chaudes collectées dans la loge du psoas.

Les abcès ou phlegmons iliaques sous-aponévrotiques, tels que les décrivaient Grisolle et Chassaignac empruntent en effet à la psoïtis la plupart de leurs caractères cliniques et ne sauraient s'en distinguer que d'une façon purement théorique.

Par contre on doit séparer nettement de la psoïtis les suppurations froides de la loge du psoas dont le type est l'abcès par congestion du mal de Pott dorsolombaire et dont quelques cas seulement relèvent de la syphilis tertiaire et de l'actinomycose.

II

Historique. — Longtemps méconnues, les inflammations du psoas-iliaque furent pour la première fois signalées par Guillaume de la Motte, chirurgien à Valogne, qui rapporta dans son *Traité complet de chirurgie* paru en 1742, quatre observations où les symptômes essentiels de l'affection sont déjà nettement indiqués.

Pourtant, si le siège des abcès qu'il incisa se trouve assez bien précisé « dans le muscle psoas », la distinction n'y est point faite encore avec les autres suppurations de la région lombaire ou de la fosse iliaque.

Les premiers auteurs qui, dans la suite, signalèrent des cas semblables, Sédillot, Lestiboudois, Kyll de Wesel, Dance, Lobstein, ne paraissent pas davantage avoir eu souci de préciser ce diagnostic. Aussi la plupart des observations anciennes de psoïtis sont-elles d'interprétation douteuse et difficile.

Ce n'est qu'en 1839 que Grisolle, établissant une classification anatomique des « tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques », isole définitivement le phlegmon sous-aponévrotique, également décrit par Chassaignac sous le nom de phlegmon du psoas.

Dès lors, les travaux sur la psoïtis se multiplient et l'on tend non seulement à l'individualiser de plus en plus au point de vue anatomo-clinique, mais encore à lui constituer une pathogénie spéciale qui la différencie nettement des autres phlegmasies de voisinage. Ainsi devient-elle, dans la thèse de Marcano, une véritable entité morbide.

Peu après cependant, l'étude des suppurations pelviennes et surtout des abcès appendiculaires vient montrer les rapports étroits de ces différentes affections avec la psoïtis. Celle-ci n'apparaît plus à beaucoup d'auteurs que comme une de leurs complications. On arrive à mettre en doute l'existence de la psoïtis primitive pour n'admettre plus que des abcès de la loge du psoas secondaires aux affections viscérales de voisinage.

Quelles qu'en soient les causes, cette affection ne garde pas moins sa physionomie clinique très particulière, et mérite encore une description spéciale.

Son étude n'a point cessé d'intéresser les chirurgiens et les médecins. De nouvelles observations ont été publiées qui ont permis de reprendre son histoire clinique avec plus d'exactitude. Morestin, Besson ont ainsi décrit des formes bénignes méconnues des anciens auteurs.

En même temps Gangolphe et ses élèves, puis H. Lardennois étudiaient à côté des formes post-puerpérales, les psoïtes d'origine appendiculaire.

Mieux éclairé par des données pathogéniques précises, le traitement devenait enfin plus rationnel et plus complet, faisant ainsi changer le pronostic d'une affection que l'on tint longtemps pour redoutable et presque fatalement mortelle.

III

Étiologie et pathogénie. — La psoïtis, mieux définie et mieux connue, semble aujourd'hui plus rare qu'autrefois et les observations récentes en sont relativement peu nombreuses. Il est d'ailleurs rationnel de penser que le traitement précoce des lésions appendiculaires et de l'infection puerpérale qui comptent parmi ses principales causes en a effectivement diminué la fréquence.

On l'observe indifféremment dans les deux sexes avec une légère prédominance pour le sexe masculin (environ 60 p. 100). C'est surtout une affection de l'adolescence et de l'âge adulte avec un maximum entre quinze et quarante ans, mais on a signalé des cas chez de jeunes enfants (quatre ans et demi dans une observation de Vierhuff) et d'autres, plus nombreux, chez des sujets âgés (soixante-sept ans dans un cas de Condamin).

Les individus qui exercent des métiers pénibles sont surtout atteints : hommes de peine, bouchers, mécaniciens, soldats, ouvriers d'usine, etc.; mais on l'observe également dans la classe aisée et en dehors de toute fatigue professionnelle.

De même, le terrain ne semble pas avoir une grande importance, car, si l'on voit survenir la psoïtis chez des sujets malingres, chétifs, tuberculeux, brightiques, etc., il arrive plus souvent encore qu'elle se déclare chez des individus de constitution robuste et jusque-là bien portants.

Rien que de banal donc en fait de *causes prédisposantes*.

Beaucoup plus importantes à considérer sont les *causes déterminantes*, la psoïtis survenant tantôt au cours ou au déclin de certaines maladies infectieuses, tantôt à la suite de traumatismes ou d'affections de voisinage. Ainsi pouvons-nous étudier trois grandes variétés étiologiques :

La psoïte des maladies infectieuses;

La psoïte traumatique ;
La psoïte par propagation.

Toutes les *maladies infectieuses* peuvent provoquer l'inflammation du muscle psoas, mais les observations en sont relativement rares.

Parmi les plus fréquentes doit se placer la myosite typhique, qui peut siéger dans le psoas comme dans toute autre masse musculaire. Toutefois, cette localisation est loin d'être la plus commune (Hœlscher). D'autre part la myosite typhique aboutit le plus souvent à une dégénérescence spéciale des fibres musculaires suivie de leur rupture et de l'épanchement en plein parenchyme d'une certaine quantité de sang (Virchow, Hoffmann, etc.). En règle générale, elle provoque donc la formation d'un hématome et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a signalé de véritables abcès du psoas au cours de la dothiénenthérie (Kraft, Ebing). Someil n'en rapporte aucun exemple dans sa thèse consacrée à l'étude des abcès musculaires dans la fièvre typhoïde.

On peut également citer comme une rareté l'observation de psoïtis au cours de la variole publiée par Logie.

Enfin les autres cas de psoïtis infectieuses se rapportent à des infections purulentes restées indéterminées faute de recherches bactériologiques.

Dans un cas d'Abel la psoïtis apparut après un panaris et s'accompagna bientôt d'un hydrothorax.

Dans un autre, de Pantelakis, il s'agissait d'un homme atteint de psoïtis droite mort avec des signes d'infection qui furent rapportés à une cachexie palustre et à l'autopsie duquel on découvrit encore une péricardite suppurée.

L'observation, citée partout, de Gendrin, où l'abcès du psoas se développa au vingt-quatrième jour d'un rhumatisme aigu généralisé, se rapportait, sans doute, suivant la remarque de Walther, à une infection pseudo-rhumatismale.

Ruotte a relaté l'observation d'un jeune soldat qui fut pris, à la suite d'une otite moyenne suppurée, de douleurs dans la fosse iliaque droite bientôt suivies de l'apparition d'un abcès du psoas en même temps que d'une bronchite aiguë généralisée et d'un hygroma suppuré de la bourse prérotulienne.

Ajoutons enfin que certaines psoïtis post partum à évolution rapide et grave relèvent vraisemblablement d'une septicémie puerpérale.

Dans tous ces cas, la pathogénie est simple : les microbes pyogènes charriés dans le sang s'arrêtent dans le psoas comme dans tout autre point de l'organisme.

La *psoïte traumatique* a donné lieu à plus de discussions, car, après lui avoir accordé la première place, on va maintenant jusqu'à en nier l'existence.

Il y a lieu dans cette discussion de séparer nettement les traumatismes ouverts et les corps étrangers d'une part, les traumatismes fermés d'autre part. Personne en effet ne nie la possibilité d'une infection directe de la loge du psoas par une *plaie pénétrante* ou par un *corps étranger*. Il existe pour le prouver des observations incontestables.

Gangolphe par exemple a rapporté le cas d'un boucher qui, dans un faux mouvement, s'était enfoncé profondément dans la paroi abdominale la pointe de son « fusil ». A la suite de cet accident, survint une hémorragie assez abondante, puis une psoïtis qui guérit d'ailleurs avant suppuration grâce à des débridements larges et précoces.

De même Salomon (de Saint-Pétersbourg) a vu une psoïtis suppurée succéder à une intervention septique pour anévrisme de l'artère iliaque externe. La psoïtis est également citée par quelques vieux auteurs comme une complication possible des cures radicales de hernies étranglées.

D'autre part on a retrouvé dans le pus de certains abcès développés dans la loge musculaire plus ou moins longtemps après un coup de feu, des balles ou des fragments de biscaïen (Ravaton, John Bell, Vaslin).

D'autres fois enfin, il s'agit d'épingles ou d'aiguilles qui avaient été introduites sous la peau ou surtout par la voie digestive. Vierhuff en a rapporté un exemple des plus nets où il retrouva dans le foyer purulent une aiguille de 3 centimètres venue par migration de l'intestin. Il nous a été donné récemment d'en observer un nouveau cas avec notre maître le professeur agrégé Lenormant dans le service de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Mais ce ne sont là, il faut bien le savoir, que des causes exceptionnelles. Le plus souvent on ne relève dans les antécédents des malades que des *traumatismes fermés* d'une importance très variable :

Traumatismes directs : contusion, chute plus ou moins violente, coup de pied d'homme ou de cheval ayant porté dans la région des lombes ou dans l'une des fosses iliaques ;

Traumatismes indirects plus fréquemment invoqués encore : « efforts », faux mouvements, « tours de rein », accompagnés d'une douleur plus ou moins vive dans le dos ou au niveau du pli de l'aine.

Toutes les observations anciennes ont noté ces causes souvent insignifiantes, depuis celle du joueur d'orgue de Tillaux où les accidents se seraient développés après une journée passée à jouer d'un orgue de Barbarie soulevé sur l'une des cuisses, jusqu'à celle du jeune musicien de Larrey qui vit survenir les premiers symptômes d'une psoïtis grave, à laquelle il finit par succomber, peu après avoir ressenti dans le pli de l'aine gauche un « effort », au cours de l'exécution d'un morceau de cornet à piston.

Jusqu'à quel point convient-il de tenir compte de ces traumatismes si fréquemment disproportionnés aux lésions qu'ils semblent avoir provoquées ? Faut-il admettre, avec Marcano, qu'ils sont suffisants pour expliquer la myosite du psoas à la suite d'une rupture plus ou moins étendue de ses fibres ? Nous serons amenés dès lors à admettre une fragilité spéciale de ce puissant muscle et invoquerons la finesse de sa texture. Nous chercherons ses points faibles (les fibres centrales se rompant les premières d'après les expériences de cet auteur), nous essaierons de déterminer les conditions physiologiques de tension, de relâchement ou de contraction qui favorisent sa rupture. Tout au moins devrons-nous invoquer des modifications pathologiques préalables telles que la

viciation du milieu chimique après une fatigue exagérée. Et pour vouloir expliquer « la tendance de ce muscle à l'hyperphlogose même après des causes extrêmement légères » nous aboutirons à lui donner une anatomie et une physiologie pathologiques d'exception.

Or nous savons précisément, d'après les recherches de Durante, que le tissu musculaire offre une résistance extrême à l'inflammation. Il n'est aucune raison de supposer que le psoas seul échappe à cette loi générale.

Ainsi semble-t-il plus rationnel aujourd'hui de négliger ces causes traumatiques comme insuffisantes à expliquer, sinon la rupture de quelques fibres musculaires, du moins la myosite étendue que l'on observe dans la plupart des psoïtis.

Dans la majorité des cas, en effet, l'inflammation du muscle est due à de tout autres causes que ces efforts ou ces contusions qui retiennent l'attention du malade. Elle succède à la phlegmasie d'un organe voisin dont elle vient compliquer ou masquer l'évolution.

Ainsi l'*ostéomyélite de l'os iliaque* se complique facilement de psoïtis. Il en est de même de l'ostéomyélite des vertèbres lombaires. On a même vu (Wilson) un abcès chaud de la loge du psoas succéder à un mal de Pott ancien dont le foyer s'était réveillé soudainement à l'occasion d'une infection secondaire.

Les *phlegmons périnéphrétiques* peuvent également fuser sous l'aponévrose iliaque jusqu'au petit trochanter.

Vincent a vu de même une vaste collection ayant envahi jusqu'à l'articulation coxo-fémorale succéder à un phlegmon de la cavité de Retzius.

Le *prolongement iliaque des suppurations pelviennes* avec atteinte plus ou moins prononcée du psoas est également connue depuis longtemps (Trousseau, Crusham, Griffith, Duncan, etc.).

Citons encore un cas de Rendu où un phlegmon iliaque avec psoïtis survint à la suite d'une lymphangite suppurée du membre inférieur consécutive à un écrasement des orteils.

Dans tous ces cas, l'infection se fait de proche en proche le long du tissu cellulaire jusqu'aux masses musculaires.

Dans d'autres circonstances le mécanisme de l'infection est moins facile à saisir.

C'est le cas des *psoïtes post partum.* Signalées pour la première fois par Lestiboudois (1819), bien étudiées par Kyll de Wesel, elles furent d'abord rapportées au traumatisme qui dominait alors l'étiologie de toutes les psoïtes. Ainsi Kyll admettait une rupture des fibres du muscle par suite de l'écartement trop prononcé des cuisses au moment de l'expulsion du fœtus. D'autres invoquaient les efforts mêmes de la parturiente, ou encore les contusions consécutives à certaines manœuvres obstétricales. Il a été démontré depuis que ce ne sont là que des causes tout à fait accessoires. Dans tous ces cas de psoïtes des nouvelles accouchées, on peut retrouver, à un moment donné, quelques signes d'infection puerpérale plus ou moins prononcée, sans que d'ailleurs cette infection ait donné lieu à des désordres importants du côté de l'utérus, de ses annexes ou du tissu cellulaire qui les environne. Il reste dès lors à expliquer comment, des voies génitales, l'infection peut gagner la loge du psoas.

Deux voies seulement peuvent être suivies pour le transport à distance des germes pathogènes :

La voie sanguine;
La voie lymphatique.

Dans le premier cas la psoïtis apparaît comme un abcès métastatique au cours d'une septicémie puerpérale. Elle passe souvent inaperçue au milieu des symptômes généraux très graves qui dominent la scène. Aussi les observations en sont-elles rares et d'interprétation douteuse.

Il semble donc que, dans la plupart des cas, la psoïte d'origine puerpérale doive relever d'une infection par la voie lymphatique.

On sait en effet que les lymphatiques de l'utérus se collectent en trois troncs principaux qui suivent :

Le groupe supérieur, les vaisseaux utéro-ovariens jusqu'aux ganglions lombaires;

Le groupe moyen, l'artère du ligament rond jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal;

Le groupe inférieur enfin, l'artère utérine jusqu'aux ganglions hypogastriques situés entre les deux branches de bifurcation de l'iliaque primitive.

Or ces ganglions iliaques internes où aboutissent les vaisseaux blancs du col utérin de la partie inférieure du corps, c'est-à-dire des régions les plus exposées à l'infection, se trouvent précisément en contact immédiat avec le muscle psoas dont ils ne sont séparés que par son aponévrose d'enveloppe fort mince en cet endroit. Comme l'on voit un adénophlegmon de l'aisselle succéder à une plaie de la main sans lymphangite intermédiaire, on peut supposer que la plaie utérine détermine à distance un adéno-phlegmon des ganglions hypogastriques avec psoïtis consécutive. Ce n'est d'ailleurs plus une hypothèse et ce mécanisme pathogénique a été rigoureusement démontré sur des pièces anatomiques (Morestin). Aussi la plupart des auteurs l'admettent-ils comme le plus satisfaisant et probablement le plus fréquent dans la psoïte d'origine puerpérale.

Dans le même groupe, enfin, doit se ranger maintenant la *psoïte appendiculaire.* Complètement méconnue des anciens auteurs comme toute la pathologie de l'appendice, sa description est venue rendre compte de bien des cas de psoïtis primitives en apparence et d'une interprétation jusque-là très obscure.

D'anciennes observations avaient noté déjà la communication de certains abcès du psoas avec le cæcum ou même l'appendice (Menière, Dance, Lendet, Ferrand, etc.), mais en l'interprétant comme une ouverture secondaire de la collection purulente dans l'intestin. Ce n'est qu'en 1889 que Vincent émet des doutes sur cette explication et Gangolphe ne tarde pas à démontrer que, dans tous ces cas, en effet, l'inflammation part bien de l'appendice pour se propager au psoas. De nouvelles observations viennent confirmer les travaux de Gangolphe et de ses élèves (Jean Roger, Blanc et Vitaut, Ménétrier et Hébert, Paul Delbet, Lardennois) en même temps qu'elles

éclairent certains points de la pathogénie des psoïtes appendiculaires.

On sait, en effet, que l'appendice normal, libre dans la cavité abdominale, donne lieu, quand il s'enflamme, à une péritonite enkystée ou généralisée, mais non pas à une psoïtis. Même lorsqu'il est en exposition ascendante, rétrocæcale, il se trouve encore séparé du muscle iliaque par le péritoine pariétal, le tissu cellulaire sous-péritonéal et le fascia iliaca précisément assez épais à son niveau. L'envahissement rapide de la loge musculaire n'aura donc lieu qu'à la faveur d'une disposition anormale de ces différents feuillets. Cavaillon a principalement invoqué la minceur de l'aponévrose dans l'interstice qui sépare le psoas de l'iliaque. Lardennois a surtout insisté sur l'importance de la fossette inconstante signalée par Biesiadecki sous le nom de fossa iliaco-subfacialis. Jonnesco la décrit comme une invagination du péritoine dans la loge du muscle iliaque à travers une éraillure du fascia qui le recouvre, invagination qui peut, d'après Vignard, s'enfoncer à travers les fibres musculaires jusqu'à la face interne de l'os coxal. La pointe de l'appendice enflammé peut s'engager dans cette fossette, s'y fixer par des adhérences, déterminer des réactions inflammatoires violentes du côté du muscle, tandis que le péritoine ne réagira pas. Jean Roger, enfin, a vu, dans un cas, l'extrémité de l'appendice complètement libre dans la loge sous-aponévrotique et sans aucun revêtement péritonéal.

La psoïte apparaît ainsi comme une complication des appendicites postérieures dont elle traduit et masque plus ou moins complètement l'évolution.

Que reste-t-il désormais de la psoïte primitive, de la myosite essentielle du muscle psoas ? Peu de chose assurément et l'on peut conclure avec Lardennois de cette longue étude pathogénique que, « si le psoas est plus souvent atteint de myosite que les autres masses cellulaires, ce n'est pas par suite de sa texture ni de ses fonctions, mais par suite de sa situation et de ses rapports ».

« La psoïte par propagation est de beaucoup la variété la plus commune »; la myosite primitive du psoas doit être tenue pour exceptionnelle.

IV

Bactériologie. — L'examen bactériologique des abcès du psoas, trop rarement pratiqué d'ailleurs, a montré des espèces microbiennes variées.

Le streptocoque a été décelé dans deux cas dont un d'origine puerpérale (Morestin).

Judd a trouvé du staphylocoque dans un autre cas.

Wilson du colibacille.

Nous-même avons isolé du pus de notre malade un para-colibacille.

Là s'arrête l'énumération des recherches pratiquées jusqu'à présent sur le pus de ces abcès; mais il est rationnel de supposer qu'on y peut trouver encore d'autres agents pathogènes, spécifiques ou non, tels que le pneumocoque, le bacille d'Eberth, etc.

On peut, en tous cas, affirmer dès à présent, que la psoïtis ne reconnaît pas une étiologie univoque, mais relève au contraire d'infections diverses survenant dans des conditions également variées.

V

Anatomie pathologique. — Les lésions semblent étroitement en rapport avec les circonstances étiologiques, du moins en ce qui concerne leur siège et leur étendue.

La psoïtis est presque toujours *unilatérale* et se localise au côté *droit* dans 70 p. 100 des cas et même davantage d'après les plus récentes statistiques. On ne trouve au contraire la psoïte gauche qu'une fois sur dix (Lardennois). La psoïte *double* enfin est tout à fait rare.

Cette disproportion est facile à comprendre si l'on songe que l'appendice est le plus souvent en cause.

Les psoïtes gauches se voient surtout dans la variété d'origine puerpérale et même, comme il arrive pour les lésions annexielles, seraient alors plus fréquentes que celles du côté droit. Les autres reconnaissent des causes variées (ostéomyélite, traumatismes, etc.) ou présentent une étiologie très obscure. Quant à la psoïte double, elle relève tantôt de l'infection puerpérale (Morestin), tantôt de l'ostéomyélite des os du bassin. Il est à remarquer que presque toutes les observations de psoïtis double se rapportent en effet à des adolescents exposés, comme on sait, à faire de l'ostéomyélite souvent symétrique au niveau des points marginaux de l'os coxal.

Dans le muscle même les lésions ne se répartissent pas indifféremment. Aussi sont-elles *diffuses* dans les cas où l'infection se fait par la voie sanguine au cours des maladies générales. Elles peuvent rester, au contraire, *limitées* à une partie de la masse musculaire quand il s'agit de psoïte par propagation :

La partie supérieure du psoas si elle succède à un phlegmon périnéphrétique ;

Sa partie moyenne quand elle reconnaît pour cause l'infection puerpérale par l'intermédiaire d'un adénophlegmon des ganglions hypogastriques ;

Sa partie inférieure, enfin, si elle a débuté par un hygroma suppuré de la bourse séreuse que sépare son tendon de l'articulation coxo-fémorale.

La psoïte d'origine appendiculaire, enfin, prédomine au niveau du muscle iliaque.

Au total, les lésions débuteront généralement par la partie moyenne de l'une ou l'autre des deux masses musculaires. Et la raison en sera, non pas comme le croyait Marcano, dans la fragilité spéciale des fibres centrales, mais dans les rapports mêmes qu'affecte cette partie moyenne avec l'appendice et les ganglions iliaques internes.

Pendant un certain temps l'inflammation peut rester limitée et certains auteurs ont pu justement distinguer la psoïte vraie de l'iliite. Kœnig et, après lui, Condamin ont même tenté d'expliquer ce fait par la présence d'un septum intermusculaire qui s'opposerait à la propagation de l'infection du psoas vers l'iliaque et vice versa.

Après un temps plus ou moins long pourtant, l'inflammation finit par envahir toute la loge musculaire où l'on ne trouve plus qu'une vaste collection

purulente s'étendant depuis les vertèbres lombaires jusqu'au petit trochanter.

La *quantité de pus* retirée de ces abcès peut varier dans de grandes proportions, depuis quelques centimètres cubes, « une cuillerée », « un verre », jusqu'à plusieurs litres.

Ce pus peut être jaunâtre, crémeux, bien lié, sans odeur appréciable; mais, le plus souvent, on trouve une bouillie très épaisse, de coloration rougeâtre ou brun chocolat, comparée par Chassaignac à la boue splénique, d'une odeur fade, urineuse ou fécaloïde.

D'autres fois c'est un liquide louche, grisâtre, sanieux, tenant en suspension des débris sphacélés d'une odeur fétide et gangréneuse.

On peut enfin trouver des gaz dus à la fermentation putride ou, beaucoup plutôt, à la communication du foyer avec l'intestin (Leudet, Gleize, Le Dentu).

Les *parois de l'abcès* sont au début assez mal limitées, anfractueuses, taillés dans le muscle déchiqueté et comme disséqué par le pus. Celui-ci fuse à distance en suivant la direction générale des fibres qui prennent une coloration grisâtre ou même verdâtre, jusqu'à ce qu'enfin leur fonte totale lui permette de remplir toute la loge du psoas.

A ce moment, la collection se trouve limitée : en arrière par la colonne lombaire, et le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse, puis par la face interne de l'aile iliaque, le rebord antérieur de l'os coxal et l'articulation de la hanche; en avant par la fascia iliaca qui la sépare de la cavité abdominale et la bride solidement derrière le péritoine, enfin par l'arcade crurale et l'aponévrose fémorale superficielle dans sa partie externe du triangle de Scarpa.

Dans l'intérieur même de cette vaste cavité cheminent les branches du plexus lombaire dénudées, tuméfiées, d'aspect nacré ou quelquefois violacé.

Au devant d'elle, se trouvent les *vaisseaux* iliaques externes et fémoraux qui cheminent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, puis le canal crural. Fréquemment les veines sont oblitérées par thrombose de voisinage (Polaillon, Gangolphe, Morestin). Le *péritoine* est généralement intact, sans le moindre dépoli, si bien qu'à la laparotomie aucune lésion n'apparaît évidente. Dans d'autres cas cependant il existe des adhérences plus ou moins étendues.

Les *viscères abdominaux* sont généralement sains, sauf le cæcum et l'appendice que l'on peut voir adhérer à la paroi antérieure de l'abcès ou même communiquer avec sa cavité par une perforation.

Laissé à son évolution spontanée, le phlegmon iliaque sous-aponévrotique finit par déborder ces limites.

En haut, il peut fuser vers la cavité thoracique et déterminer une pleurésie purulente ou un abcès du poumon.

En avant, il peut rompre le feuillet aponévrotique qui le sépare de la cavité péritonéale et s'y ouvrir en déterminant une péritonite généralisée. Les observations de Perrochaud et de Broca-Marchand qui sont prises comme exemple de cette complication semblent d'ailleurs se rapporter non à des psoïtes vraies, mais à des phlegmons iliaques sous-péritonéaux.

En arrière, la collection peut s'ouvrir dans la région lombaire à la façon des phlegmons périnéphrétiques.

En dehors, elle dénude l'os coxal et peut finir par le perforer pour s'ouvrir dans la fosse iliaque externe (Leudet).

Mais ce ne sont pas là les points les plus menacés; la plupart du temps, c'est à l'extrémité inférieure de la loge que le pus se cherche passage : il apparaît alors à la paroi abdominale antérieure, un peu au-dessus du ligament de Poupart ou bien dans le triangle de Scarpa en dehors des vaisseaux fémoraux. Plus rarement enfin il dénudera la partie supérieure du fémur, pénétrera dans l'articulation coxo-fémorale (Vinant, Gangolphe) déterminant une arthrite suppurée, et finira par s'ouvrir dans la région obturatrice ou même à la partie postérieure de la cuisse.

Telles sont les lésions que l'on peut rencontrer à l'autopsie.

Histologiquement on constate au début une réaction inflammatoire semblable à celle de toutes les myosites aiguës caractérisées par :

De la dilatation de tous les vaisseaux;

Une infiltration plus ou moins abondante du tissu conjonctif par des cellules migratrices et de la fibrine;

Enfin la tuméfaction trouble, la dégénérescence cireuse ou la désintégration granuleuse des fibres musculaires dont les gaines de sarcolemme rompues ne tardent pas à se trouver envahies par les cellules migratrices de voisinage.

La plupart du temps, les lésions sont d'emblée très accentuées, l'ensemble du muscle se trouve rapidement transformé en une véritable éponge imbibée de pus. On n'y trouve plus alors que des leucocytes plus ou moins dégénérés, avec des débris de fibres musculaires profondément altérées et méconnaissables.

Dans les cas favorables la *restitutio ad integrum* peut survenir dans des conditions presque parfaites par suite de la prolifération des noyaux de quelques fibres épargnées par l'inflammation.

D'autres fois, après évacuation du foyer phlegmoneux, « il se produit une zone de délimitation qui comble la plaie par ses bourgeons charnus et s'organisera sous forme d'une cicatrice plus ou moins épaisse donnant lieu à une longue travée ou à un nodule fibreux, à une cicatrice fibreuse ne présentant aucune tendance à la vascularisation, parfois même capable de subir la calcification ».

Les constatations histologiques précises manquent jusqu'à présent en ce qui concerne la régénération plus ou moins parfaite des fibres musculaires après les psoïtes suppurées. Mais il est important de noter que la restauration fonctionnelle se fait presque toujours dans des conditions excellentes, même après une fonte purulente très étendue des masses musculaires.

VI

Symptômes. — Le *début* de la psoïtis peut être brusque et bruyant d'emblée, mais, dans l'immense majorité des cas, il est *lent et insidieux*.

Il se traduit par quelques *douleurs* dans la région des reins ou au niveau de l'une des fosses iliaques, douleurs qui augmentent avec la fatigue et obligent bientôt le malade à pencher le corps sur le membre atteint dans la station debout et pendant la marche. Il en résulte une *claudication* d'abord légère, intermittente, bientôt plus accentuée et permanente. Le malade se trouve alors contraint au repos, sous l'influence duquel les phénomènes peuvent s'amender. Mais ce n'est là qu'une rémission bientôt suivie de la reprise des accidents accompagnés cette fois d'une altération plus ou moins profonde de l'état général.

A la *période d'état*, le malade éprouve des *douleurs* spontanées dont le maximum répond le plus souvent au pli de l'aine. Ces douleurs, d'intensité variable, généralement sourdes et continues, peuvent prendre le type intermittent des névralgies, s'irradiant dans la région des lombes et vers la racine de la cuisse, et jusqu'au genou dans le territoire du nerf crural. Quelques auteurs ont même constaté des troubles sensitifs plus accusés tels qu'hyperesthésie ou anesthésie (Klein) dans la zone innervée par les branches du plexus lombaire.

Les phénomènes douloureux s'exagèrent par les mouvements du membre lésé et se calment au contraire par le repos au lit. Malgré ces douleurs, la marche reste généralement possible, mais elle s'accompagne d'une *claudication* constante par suite de la flexion du membre inférieur du côté malade.

Cette *flexion* persiste dans la position couchée et frappe dès le premier examen. La cuisse est tenue fléchie sur le bassin avec un léger degré d'*abduction* et de *rotation externe*, le membre inférieur ne reposant plus sur le plan du lit que par le talon et le bord externe du pied. Tel est le *signe de la Motte.*

Cette flexion est plus ou moins accusée, ne dépassant généralement pas l'angle droit, mais pouvant s'exagérer jusqu'à forcer les malades à « tenir le nez entre les genoux et les talons entre les fesses ».

Si l'on essaie de corriger cette attitude vicieuse, on se heurte à une résistance extrême ou, plus exactement, on peut exagérer la flexion, porter la cuisse en abduction forcée ou en adduction complète, tandis que toute tentative d'extension du membre sur le bassin demeure vaine. Si l'on insiste, on provoque de vives douleurs et, le bassin exécutant un mouvement de bascule, on détermine l'apparition d'une ensellure lombaire de compensation.

Cette *limitation exclusive des mouvements d'extension* constitue le caractère essentiel de l'attitude vicieuse produite par la psoïtis.

Cette attitude serait due, d'après les uns à la contracture même du psoas, d'après les autres (Vincent) à la contraction réflexe de vigilance des muscles voisins aboutissant à placer le muscle malade dans l'état de relâchement complet par rapprochement de ses points d'insertion.

Cette position, d'ailleurs, peut subir quelques variations. Ainsi quelques auteurs ont vu la flexion s'accompagner de rotation interne et d'adduction (Nélaton, Chassaignac, Gangolphe, etc). D'autres ont noté l'absence de toute flexion (Gangolphe, Le Dentu) ou son apparition très tardive. Duplay interprétait cette anomalie en supposant qu'il y a dans ces cas destruction complète du muscle.

D'autres signes sont fournis par l'*exploration manuelle.*

Ainsi pourra-t-on par une palpation large et profonde déterminer une douleur vive au niveau de la partie externe de la fosse iliaque, avec un maximum un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, au-dessous et en dehors du point de Mac Burney.

La pression est également douloureuse au niveau du pli de l'aine et de la partie externe du triangle de Scarpa. Enfin Gangolphe a insisté sur la douleur à la pression sur le petit trochanter qu'il considère comme l'un des premiers signes de la psoïtis.

La *recherche de ces points douloureux* présente une grande importance, car ce n'est souvent que fort tard (quinze jours, un mois et même deux mois après l'apparition des premiers symptômes) que l'on pourra constater la présence d'une collection purulente dans la loge du psoas.

Pendant longtemps la paroi abdominale antérieure reste souple, n'opposant aucune résistance à la palpation. Elle demeure sonore à la percussion. Peu à peu on arrive à percevoir un léger *empâtement* dans le fond de la fosse iliaque.

La tuméfaction gagne le triangle de Scarpa, soulevant les vaisseaux fémoraux qui viennent battre à fleur de peau (Dance).

Après plusieurs jours, quelquefois plusieurs semaines, elle s'étend vers la région lombaire et prend alors une forme allongée suivant la direction des fibres du psoas.

La peau rougit au pli de l'aine. Un *œdème* plus ou moins étendu infiltre le tissu cellulaire, pouvant gagner la région lombaire, la racine de la cuisse et même tout le membre inférieur, par compression ou par thrombose des veines iliaques.

A ce moment, la main finit par sentir de la rénitence, puis une *fluctuation* très nette au voisinage du pli de l'aine. Quelques observateurs ont pu, dans certains cas, obtenir, comme dans les abcès par congestion, la sensation de balancement entre deux poches fluctuantes situées de part et d'autre du ligament de Poupart dans la fosse iliaque et le triangle de Scarpa (Roy, Ferrand).

Enfin il ne faudra pas négliger l'exploration du bassin par le *toucher rectal* ou le *toucher vaginal.* Une vive douleur, avec ou sans empâtement, au niveau des parties latérales de la cavité pelvienne permettra quelquefois d'affermir un diagnostic hésitant.

Les *symptômes généraux* sont ceux de toute grande suppuration.

Après quelques jours d'inappétence, le malade présente dss *troubles gastro-intestinaux* plus ou moins accusés : diarrhée ou au contraire constipation opiniâtre (Lobstein), nausées, plus rarement hoquet ou vomissements.

La *fièvre* s'allume ; la température s'élève à 38, 39 degrés, atteint bientôt 40 degrés avec de faibles rémissions matinales. La courbe thermique affecte le plus souvent le type continu, mais peut également

présenter le type intermittent avec de grandes oscillations, comme on en observe dans la pyohémie.

Le *pouls* est fréquent, battant à 100, 120 pulsations à la minute.

Le facies est terreux, quelquefois même bronzé, comme il arrive chez les individus profondément infectés. On observe des sueurs abondantes, les urines sont rares, foncées, souvent albumineuses. On note fréquemment des frissons, de l'insomnie, quelquefois même du délire.

Tous ces symptômes peuvent s'amender quand le pus est collecté (Duplay); mais, la plupart du temps, si l'on n'intervient pas, le malade tombe bientôt dans l'adynamie, les extrémités se refroidissent, le pouls devient filiforme, incomptable et la mort survient dans le collapsus.

Telle est l'action habituelle de la psoïte suppurée dans laquelle le malade finit par succomber avec des phénomènes d'infection purulente généralisée.

Plus rarement la mort sera le fait d'une *complication* telle que l'ouverture de la collection phlegmoneuse dans le péritoine, ou, surtout, la production d'une *embolie* née dans les veines iliaques ou fémorales thrombosées. Si le caillot s'arrête dans le cœur, la mort surviendra en quelques minutes (Polaillon); s'il s'agit de petites embolies pénétrant jusque dans les vaisseaux pulmonaires, on pourra observer une série de crises dyspnéiques avec brusque ascension thermique, « en clocher », et expectoration dans les jours suivants de crachats hémoptoïques, jusqu'à ce qu'une crise plus violente, déterminée par l'arrêt d'un caillot plus volumineux dans une branche principale de l'artère pulmonaire, emporte le malade par asphyxie (Morestin).

La *guérison* spontanée de la psoïte suppurée est rare. Elle peut néanmoins survenir par suite de l'ouverture à la peau de la collection phlegmoneuse. Cette ouverture se fait alors tantôt à la région lombaire sur le triangle de Jean L. Petit, tantôt, et plus souvent, au-dessus ou au-dessous de l'arcade de Fallope.

Qu'elle soit spontanée ou chirurgicale, l'évacuation du pus amène généralement une *sédation* de tous les symptômes. Les douleurs cessent, la fièvre tombe après vingt-quatre ou quarante-huit heures, l'état général s'améliore rapidement et, peu après, le membre malade reprend sa position normale. Après quelques semaines, le malade refait quelques pas, accompagnés au début d'une légère boiterie qui finit toujours par disparaître complètement.

La plaie qui a donné issue au pus se ferme en général assez vite, mais on observe quelquefois des *fistules* persistantes par où continue de s'écouler du pus souvent mélangé de bile ou de débris fécaloïdes. C'est qu'alors il s'agit d'une psoïte appendiculaire avec communication permanente du foyer avec l'intestin. Il sera facile de s'en assurer en faisant ingérer au malade une poudre colorée que l'on retrouvera dans le pansement.

Dans le cas de fistule pyostercorale, la mort peut survenir secondairement dans un état de marasme profond du double fait de l'infection persistante et de l'inanition (Gangolphe, in th. de Couraud).

Plus souvent d'ailleurs la fistule finit par se fermer et le malade guérit alors complètement.

Pourtant il n'est pas à l'abri d'une *récidive*. Lardennois a rapporté l'observation d'un cas très remarquable de psoïtis à rechutes où les accidents se renouvelèrent jusqu'à quatre fois à des intervalles de plus en plus rapprochés. La guérison ne fut définitive qu'après ablation de l'appendice dont l'extrémité perforée s'engageait derrière le péritoine dans la cavité purulente constituée par la loge du psoas. Ainsi peut-on faire une psoïte récidivante comme on fait plusieurs poussées d'appendicite.

(*A suivre.*)

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[*Budapest, 29 août-4 septembre 1909* (1).]

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

L'accouchement par dilatation rapide du col. — M. Paul Bar (de Paris). L'accouchement par dilatation rapide du col dérive de l'accouchement forcé. Il en diffère parce que la dilatation est obtenue avant l'extraction du fœtus et doit être telle que le col ne fasse plus obstacle à cette extraction. L'auteur limite son étude seulement aux cas dans lesquels la grossesse a dépassé six mois. Il étudie successivement l'accouchement par dilatation rapide du col :

1° Au point de vue des procédés qui permettent de l'obtenir, de leurs avantages et de leurs inconvénients ;

2° Au point de vue de sa place parmi les interventions rendant possible la prompte extraction de l'enfant.

Il conclut sur le premier point :

1. La nécessité d'agir vite et indépendamment de la contraction utérine, fait qu'aucun des procédés de dilatation ne permet d'obtenir des modifications du canal cervical, de ses orifices, du segment inférieur, semblables à celles qui se produisent au cours du travail quand l'œuf, poussé par les contractions utérines, emplit le segment inférieur et le col, et dilate l'orifice externe.

2. La dilatation du col n'est souvent obtenue qu'au prix de déchirures, qui peuvent s'étendre et devenir une cause de complications immédiates : hémorragie, aggravation de l'infection. Mal cicatrisées, elles sont une des causes principales de l'ectropion du col, d'infection secondaire de la paroi cervicale et, par suite, de métrite cervicale.

3. La dilatation artificielle et rapide du col, sauf chez certaines grandes multipares, ne fait généralement pas disparaître tout obstacle à l'extraction de tête fœtale, quand le fœtus est à terme et de poids moyen, surtout si, ce qui est presque de règle, cette extraction doit être rapide. Dans ces cas, l'accouchement par dilatation rapide du col a quelque chose, dans une mesure variable suivant le cas, mais a quelque chose de l'accouchement forcé.

4. On ne doit jamais, pour les raisons qui précèdent, y recourir sans indication précise.

5. La dilatation avec le ballon, pratiquée avec prudence, apparaît comme peu dangereuse et assuré-

(1) Suite. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n°s 103, p. 1296; 105, p. 1315; 106, p. 1327; 108, p. 1351.

ment moins dangereuse que les procédés agissant par divulsion. Si l'on retient, comme procédés de divulsion, la dilatation digitale et celle par le dilatateur Bossi, le premier apparaît comme moins puissant, moins rapide, d'exécution plus fatigante, mais aussi comme moins dangereux et permettant souvent d'obtenir une dilatation plus large que le second.

Il conclut sur le second point :

1. Les opérations qui entrent en concurrence avec la dilatation rapide du col sont : *a.* la section césarienne, suivie d'hystérectomie partielle ; *b.* la section césarienne classique ; *c.* la section césarienne suprasymphysaire.

2. Si on réserve le nom de « section césarienne vaginale » aux cas dans lesquels l'incision porte sur un col dont la dilatation est nulle ou à peu près nulle, il semble que, dans tous les cas où il n'est pas indiqué d'obtenir un résultat tout à fait immédiat, la dilatation avec le ballon sera préférée, à moins que l'état du col soit une contre-indication à cette dilatation. Quand il en est ainsi, les conditions sont également défavorables à la césarienne vaginale. On hésitera à pratiquer la césarienne vaginale quand le fœtus est volumineux, quand une insertion basse du placenta pourra faire craindre que l'incision atteigne le placenta, quand l'état du bassin ou des parties molles nécessitera des manœuvres d'extraction laborieuses.

3. La section césarienne suivie de l'hystérectomie partielle est une solution extrême qui s'impose dans les cas : infection avérée de l'œuf, etc., où la dilatation apparaît comme particulièrement laborieuse et où la conservation de l'utérus constitue un danger.

4. Dans les cas où il faut obtenir un résultat immédiat et opérer par divulsion, et où l'état du col sera tel : longueur, étroitesse, rigidité, volume du fœtus, voisinage du placenta, qu'une effraction sérieuse devra être redoutée, l'opération césarienne classique sera préférée à la dilatation rapide du col, à moins qu'il y ait une présomption, si légère soit-elle, d'infection. Dans ce cas, elle ne doit jamais être préférée.

5. Si l'infection est seulement présumée ; si, reconnue, elle paraît peu grave, on préférera l'accouchement par dilatation rapide du col, à la section césarienne supra-symphysaire, dans les cas où la dilatation pourra être pratiquée sans effraction sérieuse. La section césarienne supra-symphysaire sera au contraire préférée quand on estimera la dilatation du col difficile, aléatoire, probablement insuffisante, étant donné le volume du fœtus, et comme devant être suivie de manœuvres d'extraction laborieuses.

6. Dans tous les cas où l'accoucheur envisage la question de l'accouchement par la voie haute, il doit placer au premier rang des facteurs de sa décision l'état de l'enfant. Quand celui-ci souffre assez pour qu'on puisse craindre qu'il ne vienne pas au monde vivant, à plus forte raison quand il est mort, l'accoucheur devra tendre à adopter la dilatation rapide, si elle ne lui paraît pas trop risquée.

Le traitement des infections puerpérales. — M. Pinard (de Paris), dans son travail, est resté absolument sur le terrain clinique. Il montre par de nombreux tableaux et graphiques les résultats physiologiques et pathologiques constatés dans son service depuis vingt-cinq ans. Ces tableaux démontrent que la mortalité et la morbidité ont été en progression constamment décroissante. Le professeur Pinard attribue ces résultats aux moyens employés à la clinique Baudelocque pour prévenir ou combattre l'infection puerpérale. Il énumère tous ces moyens et expose :

1. Le traitement prophylactique, appliqué avant, pendant et après l'accouchement ; 2. le traitement curatif de l'infection puerpérale déclarée. Il fait un examen critique de ces différents moyens et donne son opinion personnelle sur la valeur de l'injection intra-utérine intermittente ou continue, du curettage intra-utérin, des injections sous-cutanées de sérum antistreptococcique. S'il admet la puissance et l'innocuité des injections intra-utérines pratiquées dans certaines conditions, il restreint et de beaucoup les indications du curettage qu'il considère comme étant souvent dangereux. Mais il attribue une grande valeur à la sérothérapie. Il l'a mise en pratique systématiquement depuis 1896, comme moyen préventif et comme moyen curatif, l'observation lui ayant démontré que le streptocoque, ainsi que l'avait indiqué Pasteur et répété Widal, est l'agent pathogène produisant le plus souvent l'infection puerpérale. Il termine en disant que pour prévenir l'infection puerpérale ou lutter contre elle, il faut persévérer dans les voies nettement tracées par Semmelweis, Tarnier et Pasteur.

Fibromes de l'utérus et grossesse. — M. Pozzi (de Paris). — I. Influence de la grossesse sur les fibromes. — Sous l'influence de la grossesse, les fibromes subissent une série de modifications d'importance variable. Les unes portent sur le volume de la tumeur et sa texture qui peut se trouver diversement modifiée, les autres ont rapport à la situation du fibrome qui se déplace du fait de l'accroissement du volume de l'utérus : a. *Modifications de volume.* Il est de notion courante que les fibromes augmentent de volume pendant la grossesse pour subir, pendant les suites de couches, une sorte de régression. Cet accroissement de volume est des plus variables. Il est le plus souvent modéré ; parfois il est plus considérable et peut déterminer, particulièrement dans les cas de fibromes pelviens, des accidents de compression. Enfin, dans quelques cas exceptionnels, le fibrome acquiert en peu de temps des dimensions formidables et constitue un danger imminent par sa répercussion sur l'état général. Fibromes à marche galopante de Pozzi. — b. *Modifications de structure.* L'augmentation de volume des fibromes est due principalement à l'infiltration œdémateuse de la tumeur, qui a pour conséquence un ramollissement plus ou moins marqué. Dans certains cas, il s'agit cependant d'une hypertrophie véritable de la tumeur dont les éléments sont multipliés (Cornil). Le fibrome subit parfois, en totalité ou en partie, un processus de mortification aseptique, mais, le plus souvent, la tumeur se ramollit à son centre, se creuse de cavités et on peut aboutir ainsi à une véritable transformation kystique. On a signalé exceptionnellement, au cours de la grossesse, la suppuration et la gangrène du fibrome. — c. *Modifications de situation.* Les modifications de situation, qu'imprime la grossesse aux fibromes, présentent une importance capitale au point de vue du rapport de la tumeur avec le canal pelvien. On sait, depuis Tarnier, que les fibromes ont, durant la grossesse, une tendance à s'élever progressivement dans l'abdomen. Ceci est important pour les fibromes pel-

viens qui peuvent franchir le détroit supérieur et cesser d'être cause de dystocie. Malheureusement cette évolution favorable n'est pas constante et certains fibromes, au lieu de s'élever, s'enclavent dans le bassin qu'ils obstruent de plus en plus.

II. Influence de fibromes sur la grossesse. — Cette influence peut être nulle et il est fréquent de voir des fibromes ne gêner aucunement la marche et le développement de la gestation. Mais il n'en est pas toujours ainsi et l'on peut voir souvent des accidents de gravité variable, qui sont les suivants : a. *Rétroversion et incarcération de l'utérus gravide.* Cet accident survient surtout dans les cas de fibromes développés aux dépens des parties inférieures de l'utérus et spécialement dans les fibromes intraligamentaires. Il se produit généralement vers le quatrième mois, au moment où l'utérus augmente brusquement de volume. — b. *Accidents de compression pelvienne.* Ils sont au maximum dans les cas d'incarcération, mais surviennent aussi, avec une assez grande fréquence, dans les cas où la tumeur est mobile, mais où, par son volume, son poids et les prolongements qu'elle peut présenter, elle exerce une pression marquée sur les parois du petit bassin. Ce sont surtout des troubles de compression nerveuse, se traduisant par des douleurs. Ce sont fréquemment aussi des troubles de compression des voies urinaires, dysurie, pollakiurie, rétention, compression des uretères, albuminurie, pyélonéphrite. Plus rarement, on observe des troubles de compression vasculaire (œdèmes) ou intestinale (constipation, ballonnement). — c. *Troubles de réaction péritonéale.* Ces accidents peuvent être subaigus : douleurs, sensibilité du ventre; ou aigus. Dans ce dernier cas, on peut observer des vomissements, de la température, de l'accélération du pouls; tous accidents qui peuvent conduire à une intervention rapide. — d. *Torsion du pédicule de fibromes sous-séreux et torsion axiale de l'utérus fibromateux gravide.* Ce sont des accidents assez rares, dont le tableau clinique est généralement calqué sur celui de la torsion des kystes de l'ovaire et qui obligent d'intervenir rapidement. — e. *Influence des fibromes sur l'évolution de la grossesse.* Il y a beaucoup d'observations dans lesquelles la grossesse n'a été nullement influencée. Parfois cependant on peut voir survenir des hémorragies. L'avortement se produit en moyenne dans 5 à 6 p. 100 des cas; l'accouchement prématuré est plus fréquent. La mort du fœtus et sa rétention dans l'utérus ont été quelquefois observées.

III. Diagnostic des fibromes pendant la grossesse. — Ce diagnostic est généralement simple, mais peut, dans certains cas, présenter des difficultés surtout durant les premiers mois. On peut avoir à poser ce diagnostic dans trois conditions différentes : *a.* On a reconnu depuis certain temps chez une femme l'existence d'un fibrome et on observe dans son état des modifications qui permettent de soupçonner une grossesse. On devra toujours attendre, à moins d'accidents graves, le moment où la grossesse se traduit par des signes certains, et ne pas intervenir de façon trop hâtive. — *b.* On ne sait rien de la maladie. On constate un fibrome, mais il est plus marqué que de coutume, ou bien on perçoit, à côté de la tumeur, une masse plus ou moins fluctuante. Il faudra préciser l'interrogatoire et, ici encore, attendre le moment où l'on pourra entendre les bruits du cœur fœtal. — *c.* La grossesse peut être évidente et le problème consiste à chercher s'il existe un fibrome. On examinera attentivement la paroi utérine au moment d'une contraction pour reconnaître les nodules fibromateux qui font saillie à ce moment. Le diagnostic peut présenter des difficultés sérieuses. On a signalé la confusion possible avec une grossesse extra-utérine ou avec une grossesse interstitielle.

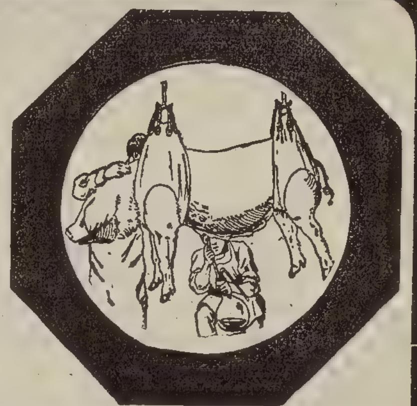
IV. Traitement des fibromes pendant la grossesse. — Les statistiques prouvent que la grossesse évolue la plupart du temps sans accident dans le cas de fibrome, l'expectation devra être une règle à peu près absolue. L'intervention n'est légitimée, pendant la grossesse, que lorsque surviennent des accidents graves : troubles de compression, douleurs, vomissements graves, accidents de réaction péritonéale. Même lorsque l'on est certain que le fibrome ne permettra pas l'accouchement, on doit faire tout son possible pour attendre le terme et pratiquer à ce moment une opération césarienne.

Dans le cas où l'on a la main forcée et où il faut intervenir, on aura le choix entre plusieurs procédés. L'interruption artificielle de la grossesse n'est plus défendable. La myomectomie, vaginale ou abdominale suivant la situation du corps fibreux, est l'opération idéale, car elle enlève le fibrome, cause des accidents, en laissant subsister la grossesse. Elle a donné de beaux succès, mais elle n'est malheureusement pas toujours praticable. L'hystérectomie devra être la dernière ressource et on n'y aura recours que quand il sera impossible de faire autrement.

(*A suivre.*) FERNAND TRÉMOLIÈRES.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



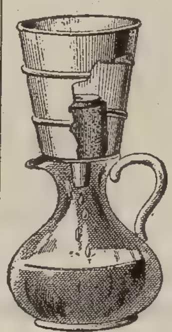
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Alimentation naturelle et le retour éclairé à la nature, par le docteur MONTEUUIS (de Nice), directeur de la villa du repos Saint-Antoine. Une broch. in-8. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Maloine.

Les Néphrites chroniques (consultations médicales françaises, fasc. I), par le docteur J. CASTAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco. — Paris, A. Poinat.

La Tiquose (consultations médicales françaises, fasc. VIII), par le docteur R. CRUCHET, professeur agrégé à l'Université de Bordeaux, médecin des hôpitaux. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco. — Paris, A. Poinat.

La Gastro-entérite des nourrissons, par le docteur MOUSSOUS. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco. — Paris, A. Poinat.





Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 24 septembre 1909. — Question donnée : « Muscle diaphragmatique. »

MM. Fabre de Parrel, 5 ; Errard, 13 ; Falliès (Georges), 4 ; Gignoux, 3 ; Ecot, 20 ; Gaujard, 17 ; Falliès (Henri), 15 ; Grabois, 11 ; Guillard, 10 ; Duclos, 15 ; Dumet, 14 ; Ducrochet, 10 ; Gambier, 12 ; Grèze, 13 ; Grillet et du Souich, 8 ; Fouquet, 11 ; Gillard, 9.

— MM. les candidats sont prévenus que les séances de pathologie sont suspendues jusqu'à nouvel ordre : un avis ultérieur affiché probablement lundi ou mardi fera connaître la date de la reprise des séances. Cet avis sera affiché à la salle des concours et à l'administration centrale.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 25 septembre 1909, sont promus dans le cadre du corps de santé militaire et ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Sudour, nommé médecin chef de l'hôpit. thermal d'Amélie-les-Bains.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Goumy, maintenu médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte du Mans ; Fribourg, de l'hôpit. milit. de Lille.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Aune, maintenu au 91e d'inf. ; Oberlé, aux hôpit. de la division d'Oran ; Morigny et Gauthier, au 142e d'inf. ; Faure, au 62e d'inf. ; Masson, au 119e d'inf. ; Ramally, au 56e d'inf. ; Capillery, aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie ; Menut, au 92e d'inf. ; Marie, au 159e d'inf.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe de Kermabon, maintenu au 41e d'inf. ; Gensollen, au 104e d'inf. ; Rebierre, au 49e d'inf. ; Noirot, aux hôpit. de la division de Constantine ; Baget, au 95e d'inf. ; Girard, au 45e d'inf. ; de Brianson, au 154e d'inf. ; Reverchon, passe au 37e d'inf. ; Bordet, maintenu aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie ; Montané, au 9e d'inf. ; Trenel, au 79e d'inf. ; Sorel, affecté à l'hôpit. milit. Saint-Martin, à Paris, provisoirement.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 25 septembre 1909, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de deuxième classe Rigaud, maintenu au 7e d'inf.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Percheron, maintenu aux établissements français de l'Inde ; Boucher, en Cochinchine ; Léger, au 1er d'inf. colon. à Cherbourg ; Martin, au 3e d'art. colon. à Nîmes ; Mercier, en Indo-Chine ; Koun, au 6e d'inf. colon, à Brest ; Bernoud, en Cochinchine ; Mouzels, au Tonkin ; Levet et Carayon, au 22e d'inf. colon. à Hyères.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La médaille d'honneur des épidémies en or, vermeil, argent ou bronze est décernée aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médailles d'or. — MM. les docteurs de Brun du Bois-Noir (de Beyrouth) et Conseil (de Tunis).

Médaille de vermeil. — M. le docteur Vullien (de Tunis).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Medawar, Bouloumoy, Amadeo et Zannettos (de Beyrouth) ; Durand (de Tunis).

Médailles de bronze. — M. le docteur Rigal (de Chevreuse) ; MM. Rouyer, externe des hôpitaux de Paris, et Apard, étudiant en médecine.

LEÇONS PRATIQUES SUR LES MALADIES DE L'ESTOMAC. — M. le docteur G. Leven commencera, le lundi 11 octobre, à dix heures, à l'hôpital Tenon, des consultations-leçons sur les maladies de l'estomac (diagnostic, traitement et présentation de malades).

Ces leçons auront lieu tous les lundis, dans le service de M. le docteur Caussade, salle Pidoux.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXI, n° 2, 8 juillet 1909.) E. W. Taylor : Les tendances et le développement de la médecine. — Cecil Kent Austin : L'Evangile de la Paix. Un voyage en Norwège. — Salomon Solis Cohen : La pharmacopée : ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas. — Robert Amory : Stérilisateur spécial à air chaud (1 fig. et 2 tracés). — (N° 3, 15 juillet.) Harvey Cushing : Quelques particularités de physiologie pathologique dans les tumeurs intra-craniennes (2 fig.). — Charles R. C. Borden : Les complications auriculaires dans les exanthèmes. — G. L. Goodale : Sur l'emploi du bacille para-lactique dans le traitement des suppurations chroniques des fosses nasales. — Harris P. Mosher : Un exemple d'abcès encapsulé du cerveau (2 figures). Occlusion congénitale du canal auriculaire cartilagineux (2 figures). — Albert H. Miller : L'anesthésie dans les opérations sur les amygdales et végétations adénoïdes. — (N° 4, 21 juillet.) E. E. Tyzzer : Etat de la question des recherches expérimentales sur les tumeurs, dans le problème des tumeurs en général. — Horace W. Soper : Description de deux cas de cancer primitif du jéjunum et de l'iléon. — Robert W. Lovett : Sur la production de la paralysie infantile dans les Massachusetts en 1908. — Herbert C. Emerson : Une épidémie de paralysie infantile dans le Western Massachusets en 1908. — Hermann Bucholz : Le traitement des fractures à consolidation retardée. — (N° 5, 29 juillet.) F. B. Mallory : Classification histologique des tumeurs (3 fig.). — Charles J. White : Les injections d'eau de mer dans les maladies de peau. — Charles Ricksher : Etude sur les psychoses qui débutent pendant l'état puerpéral. — A. C. Eastman : L'éducation du système nerveux des enfants. — Harry F. Byrnes : Le mystagmus d'origine vestibulaire et ses relations avec l'organe de la perception du son. — Charles H. Lawrence : Isolement du bacille typhique dans le lait d'une femme atteinte de la maladie.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 27, 8 juillet 1909.) Wolf et Reiter : Opsonines et tuberculose pulmonaire. — Korschum et Leibfreid : Sur la réaction de fixation dans le typhus récurrent. — Schormer : Traitement spécifique de Römer pour la cataracte sénile. — Hüber et Selter : Sur la réaction au poison de cobra de Much-Holzmann dans le sang des aliénés. — Bratz et Schokklow : Sur les nouvelles méthodes de traitement de l'épilepsie. — Schömwerth : Iléus après traumatismes souscutanés. — Mezincescu : Syphilome testiculaire chez le lapin après inoculation avec le virus syphilitique. — Citron : Un procédé pour le dosage quantitatif du sucre urinaire. — Karoly : Sur un nouvel examen spectroscopique hémochromogène des fèces. — Vulpius : Une articulation du genou pour jambes artificielles. — Engelen : Un plessimètre en caoutchouc mou. — (N° 28, 15 juillet.) Hoppe Seyler : Le traitement des bronchectasies. — Schlippe : Sur la connaissance de quelques mononévrites rares. — Halben : Affections du sympathique oculaire d'origine inconnue. — Liebermeister : Sur la forme du bacille tuberculeux non décelable par la méthode de Ziehl. — Arning et Lewandowski : Sur la recherche des bacilles lépreux non colorables par le Ziehl, par l'emploi de la coloration de Gram prolongée de Much. — Offergeld : Sur les indications à l'interruption de la grossesse chez les femmes diabétiques. — Müller : Sur un cas d'apparition précoce de gommes cutanées. — Haedicke : Le traitement par le goudron et sa forme nouvelle par l'emploi du pyttilène. — Porosz : Le traitement par hyperhémie des voies urinaires avec des sondes chaudes. — Becker : Sur un cas de tuberculose étendue des poumons et du péritoine avec intégrité de la muqueuse intestinale. — (N° 22, 29 juillet.) Kleine : Nouvelles recherches sur l'étiologie de la maladie du sommeil. — Schereschewsky : Nouvelle et communication sur la culture du spirochæte pallida. — Mühlens : Culture pure d'un spirochæte provenant d'une glande syphilitique. — Meyer : Aphasie sensorielle complète par lésion de la première circonvolution temporale droite. — Frotscher : Sur la casuistique des myomes de l'intestin. — Busch : Sur les cas de mort subite avec considération particulière de l'indication de l'opération de Trendelenburg dans l'embolie pulmonaire. — Dege : Contribution à la connaissance des perforations gastro-intestinales. — Selberg : Plastique du quadriceps. — Samuel : Sur la mastodynie. — Engel : Sur l'hypersécrétion de suc gastrique dans la pathogénie et au cours de la sténose pylorique des nourrissons. — Homuth : Un cas de noma de l'oreille avec terminaison par guérison. — Littaur : Expériences avec l'ensenine. — (N° 30, 29 juillet.) Lœffler : Un nouveau procédé de recherche et de diagnostic différentiel des bacilles typhiques au moyen des milieux de culture au vert malachite : sopranniereinblau. — Stieda : Coxa vara rachitique. — Braun : Sur l'opérabilité des carcinomes gastriques. — Makkas : Sur le traitement du cardiospasme. — Œstreich : Structure du côlon transverse trois ans après la résection du pylore. — Wechselmann et Michaelis : Sur le traitement des abcès multiples des nourrissons avec la vaccine spécifique. — Miura : Un cas de paralysie récurrentielle dans le béribéri avec examen anatomique. — (N° 31, 5 août.) Gaethgens : Les recherches des opsonines chez les porteurs de bacilles typhiques. — Richartz : Sur la présence d'isolysines dans le sang en cas de tumeurs malignes. — Grandauer : L'épreuve du résidu dans l'ulcère et le catarrhe gastriques. — Mœhring : Un symptôme anormal dans la cirrhose atrophique du foie. — Sommer : Contribution à la maladie d'Hirschprung. — Bergel : Expériences pratiques avec la fibrine et le sérum. — Schüler : Expériences avec l'éclairage Röntgen profond de Dessau. — Levin : Sur le thyresol dans le traitement de la gonorrhée. — Hirschberg : Manifestations accessoires rares dans l'intoxication aiguë par la morphine— (N° 32, 12 août.) Finkelstein : Sur le sommet estival de la mortalité infantile. — Braun et Boruttan : Sur la question de la mort par iléus et du traitement de l'iléus. — Molnar : Sur l'analyse du mécanisme de la provocation et de l'empêchement de la sécrétion du suc intestinal. — Schlimpert : Observations dans la réaction de Wassermann. — Wechselmann : Sur la dermatite par bois de *satin*, une anaphylaxie de la peau. — Kulenkamp : Sur le traitement physique de l'œdème pulmonaire. — Bünting : Un cas de myxœdème infantile. — Auerbach : Sur le jugement des affections nerveuses par accident. — Scheffzek : Opération césarienne suprapubienne répétée chez la même femme. — Hesse : Sur l'emploi de l'examen du fond de l'œil au diagnostic de l'anémie pernicieuse des anémies graves secondaires. — Heschlin : Cas rares de corps étrangers combinés de l'œsophage et de la trachée.

Revue de médecine. — (N° 8, 10 août 1909.) Halbron : Les lésions bronchiques du poumon tuberculeux. — Roch : Hippus circulatoire. — Cotoni : Les glandes parathyroïdes, d'après les travaux récents. — Roch et Campiche : Sur la coexistence de l'hippus respiratoire et du pouls dit paradoxal (1 fig.). — Lépine : Sur la fréquence du diabète sucré dans différentes localités du globe et sur son augmentation.

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DU TÉTANOS

Par M. L. BABONNEIX.

Pour la plupart des classiques, tétanos et tétanie constituent deux affections aussi dissemblables que possible. L'une reconnaît presque toujours une origine traumatique; elle se caractérise surtout par du trismus; son évolution est aiguë, souvent même suraiguë; elle est influencée, dans une certaine mesure, par la sérothérapie. L'autre accompagne habituellement les gastro-entérites ou la dilatation de l'estomac; elle se manifeste par des symptômes spéciaux, tels que le signe de Chvostek, évolue avec lenteur et guérit assez souvent. Entre les deux, le diagnostic devrait donc être toujours aisé.

En réalité, il n'en est pas toujours ainsi. A tout âge, la tétanie peut être confondue avec le tétanos. Voici, à ce sujet, quelques exemples probants.

Il y a quelque dix ans, nous avons eu l'occasion, avec mon maître et ami Sergent, de donner nos soins à une malheureuse infirmière, morphinomane depuis des années, et qui, après avoir présenté des contractures généralisées, de la fièvre, de la tachycardie, mourut presque subitement. On sait que la morphine est susceptible, à elle seule, de produire le syndrome tétanie chez les sujets qui en font usage. Il n'était donc pas interdit de penser que notre malade avait succombé à une crise aiguë de tétanie. Mais, d'autre part, le bacille de Nicolaïer pénètre souvent dans l'organisme à la faveur d'une solution de continuité produite, au niveau du tégument cutané, par une injection septique. De telle sorte que, la rapidité foudroyante des accidents ne nous ayant pas permis de procéder à un examen électrique, il nous fut impossible de formuler un diagnostic ferme.

Dans un cas récent de M. Guinon (1906), on avait très légitimement porté le diagnostic de tétanos chez un petit garçon qui, quinze jours auparavant, s'était fait une petite plaie de la malléole interne droite et qui, au moment de son entrée, présentait un trismus très net, sans aucune lésion locale capable de l'expliquer, de la raideur du tronc et de la fièvre. Les symptômes cardinaux de la tétanie faisaient défaut. On pratiqua donc une injection de sérum antitétanique. Mais voici qu'au bout de quelques jours, les selles deviennent liquides et fétides, la rate se tuméfie, des signes de bronchite apparaissent, la diazo-réaction et l'agglutination se montrent nettement positives. Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une fièvre typhoïde s'étant annoncée par une tétanie à forme de pseudo-tétanos (1).

Citons encore les cas de Bitot (2) et Moussous (3) relatifs tous deux à des nouveau-nés (4).

(1) GUINON. *Revue des mal. de l'enfance*, 1906, p. 409.

(2) BITOT. Pseudo-tétanos diphtérique, *Revue de gyn., d'obst. et de péd.*, Bordeaux 1903.

(3) MOUSSOUS, in BRUNET. *Quelques cas de pseudo-tétanos*, Th. de Bordeaux, 1901-1902.

(4) Ces deux observations se trouvent résumées dans le travail suivant : L. BABONNEIX. Diphtérie et tétanie, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1905.

Dans le premier, il s'agissait d'une petite fille de vingt-six jours qui, une semaine après sa naissance, avait été prise de trismus. Comme la plaie ombilicale suppurait encore, on crut à un tétanos des nouveau-nés. Mais l'examen bactériologique montra l'existence, dans ce pus, de bacilles diphtériques, à l'exclusion de tout bacille tétanique ; on fit des injections de sérum antidiphtérique et l'enfant guérit; elle avait donc été atteinte de tétanie à forme de pseudo-tétanos.

Le second concerne un nouveau-né, amené à l'hôpital pour du trismus. La plaie ombilicale étant le siège d'une abondante suppuration, on injecta au bébé 5 centimètres cubes de sérum antitétanique. Mais, ici encore, l'agent microbien en cause était, non le bacille de Nicolaïer, mais celui de Löffler : on pratiqua donc une injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. L'enfant mourut quelques jours après.

*
* *

Dans ces cas difficiles, où l'on hésite entre tétanos et tétanie, l'examen électrique du patient peut, assez facilement, fournir au diagnostic des renseignements décisifs. Dans la tétanie, il existe presque toujours, en effet, une hyperexcitabilité très nette aux courants galvaniques (1). Mais, ce que l'on sait moins, et ce qu'il nous paraît intéressant de signaler, c'est que, dans le tétanos, cette hyperexcitabilité galvanique manque constamment.

Les premières recherches faites à ce sujet sont dues à M. Bonniot (2). Cet auteur, examinant les réactions électriques d'un malade guéri du tétanos, trouve les résultats suivants :

Pour le nerf cubital :

	Côté droit.		Côté gauche.	
Ka FS....	2 M. A.	6 volts.	2 M. A.	6 volts.
An FS....	2 M. A.	12 »	3 M. A.	9 »
An OS....	5 M. A.	15 »	4 M. A.	12 »

Pas de Ka OS ni de Ka F Te.

Pour le sciatique poplité externe :

	Côté droit.		Côté gauche.	
Ka FS....	3 M. A.	12 volts.	3 M. A 1/2.	13v5.
An FS....	7 »	21 »	5 »	18 volts.
An OS ...	11 »	24 »	8 »	21 »
Ka OS....	22 »	28v5	22 »	28v5
Ka F Te..	30 »	31v5	30 »	31v5

Au nerf cubital :

	Côté droit.		Côté gauche.	
Ka FS....	8 M. A.	22v5.	8 M. A.	25v5.

De ces résultats, M. Bonniot conclut que ce cas diffère de l'état normal par plusieurs points : « D'abord Ka FS apparaît quelquefois plus tardivement; ensuite il est souvent difficile de provoquer les autres réactions et notamment le tétanos musculaire de fermeture qui, ou n'apparaît pas, ou apparaît pour des intensités de beaucoup supérieures aux intensités normalement nécessaires. A plus forte raison, diffère-t-il

(1) V. pour plus de détails : HUTINEL et BABONNEIX. *Les maladies des enfants*, art. TÉTANIE ; Asselin et Houzeau, édit.

(2) BONNIOT. Réactions électriques dans le tétanos guéri, *Soc. de neurol.*, 10 janv. 1907.

de ce qu'on connaît dans la tétanie, dans laquelle, en dehors même de la facilité à produire toutes les réactions galvaniques du nerf, et même le tétanos d'ouverture à l'anode, on trouve un tétanos de fermeture dont le moment est très rapproché de la simple secousse cathodique... Le tétanos une fois guéri paraît avoir laissé les systèmes moteur, musculaire et nerveux dans un état de fatigue particulier qui se traduit par la difficulté d'obtenir une partie des réactions galvaniques et, notamment, de provoquer le tétanos musculaire de fermeture. »

Nous avons nous-même étudié récemment (1) les réactions électriques du tétanos expérimental, et nous avons été amené à conclure que, dans cette affection, l'hyperexcitabilité électrique aux courants de fermeture comme aux courants d'ouverture manque constamment. Quelle déduction tirer de tous ces faits ?

A notre avis, la suivante : chez l'adulte atteint d'un tétanos aigu, il y aurait sans doute quelque inhumanité à rechercher l'état des réactions électriques. Le malade considérerait, non sans raison, que cette recherche lui apporte plus de tourments que de profit. Aussi bien, n'est-elle que rarement utile. Car, comme nous l'avons laissé entendre plus haut, c'est surtout chez l'enfant, et particulièrement chez le nourrisson, que le diagnostic différentiel entre tétanos et tétanie peut présenter, pour le clinicien, des difficultés presque insurmontables. Ici, il n'y a pas à redouter d'action « psychique ». Il suffira, dès lors, pour arriver à la solution, d'étudier les réactions galvaniques des nerfs du petit malade. Si l'on a, sous la main, un électricien de profession, inutile de dire qu'il est préférable de recourir à ses bons offices. Dans le cas contraire, on se rappellera que, pour arriver à un résultat valable, on n'a besoin que d'une boîte de piles et d'un milliampèremètre type Meylan-d'Arsonval, gradué de 1 à 10 M. A. avec des divisions intermédiaires nombreuses. On fera tremper les mains du bébé dans une cuvette contenant de l'eau tiède, où l'on aura préalablement immergé une électrode, l'autre reposant sur la colonne vertébrale, entre les deux épaules. Avec un interrupteur de Mergier, ou avec tout autre, on obtiendra facilement : 1° la fermeture et l'ouverture ; 2° le renversement du courant. On comparera les chiffres obtenus aux chiffres normaux, que nous avons fixés, avec MM. Albert-Weil et Harvier (2) :

KSZ	An SZ	An OZ	Ka OZ.
1 M. A. 3	2 M. A	6 M. A. 2	8 M. A. 5.

Les résultats seront dès lors faciles à interpréter. Obtient-on des contractions galvaniques avec des intensités de courants inférieures aux moyennes précédentes, c'est qu'il y a hyperexcitabilité galvanique. Dans le cas contraire, l'excitabilité galvanique est normale ou abaissée. Dans le premier cas, il s'agit de tétanie ; dans le second, la tétanie peut être éliminée à peu près sûrement, et le diagnostic de tétanos devient très vraisemblable (1). Et il est d'autant plus important d'arriver à une solution exacte que le traitement diffère essentiellement suivant que l'on a affaire à l'une ou à l'autre de ces deux affections.

(1) L. Babonneix. Réactions électriques du tétanos expérimental, *Soc. de biol.*, 24 juillet 1909.

(2) Albert-Weil, Babonneix et Harvier. *Soc. de péd.*, 1909.

(1) Il faut reconnaître que, dans les cas de tétanie à forme de pseudo-tétanos, l'hyperexcitabilité galvanique des nerfs manque souvent (Pfaundler, Thiemich).

LES MÉFAITS DE LA COCAÏNE

Par M. BONNETTE,
Médecin-major, lauréat de l'Institut de France.

La cocaïne est un excellent anesthésique local des muqueuses et des téguments externes, sur lequel M. le professeur agrégé de Bordeaux, Guyot, a de nouveau attiré l'attention au dernier Congrès français de chirurgie.

« Dans 165 interventions, en se servant, soit de la solution de cocaïne à 1/100 ou à 1/200, M. Guyot n'a eu aucun accident imputable à l'anesthésie, sauf dans un cas où le pharmacien avait ajouté, à la solution de cocaïne, de l'héroïne, qui détermina des phénomènes graves d'intoxication. »

L'emploi de ces solutions de cocaïne, bien précisé par M. le professeur Reclus, semble ne devoir présenter aucun danger. Cependant il ne faut pas croire cette substance absolument inoffensive, même maniée avec prudence et en suivant tous les conseils donnés [dose injectée ne dépassant pas 10 centigrammes d'une solution au 1/100 (Magitot)] ; doses fractionnées et suffisamment espacées (Lépine) ; décubitus dorsal pour prévenir l'anémie cérébrale (Reclus, Dujardin-Beaumetz) ; tenir compte de la susceptibilité des malades (enfants, vieillards, catarrheux, cardiaques, etc.) ; pour les doses fortes, faire une injection préventive de caféine (Guyot) ; rassurer les patients (Lépine) ; enfin, tenir compte des régions sur lesquelles on opère.

En prenant toutes ces précautions, les alertes cocaïniques sont exceptionnelles, mais malheureusement on observe encore, comme nous avons pu le constater deux fois, des cas d'idiosyncrasie médicamenteuse, provoqués par de très faibles doses de ce poison nervin, de ce « poison protoplasmique » (Poucher).

Voici ces deux méfaits :

Premier cas. — Un vétérinaire de l'armée vint un jour à la pharmacie de l'hôpital militaire d'Aïn-Sefra demander un tampon de coton hydrophile, qu'il imbiba lui-même d'une solution de cocaïne à 1/50 pour calmer, nous dit-il, « de violentes douleurs d'oreilles ».

Rentré à son domicile, cet officier ne tarda pas à être frappé d'une crise de cocaïnisme aigu (pâleur, vertiges, sueurs froides, dyspnée, arythmie cardiaque, état syncopal, pouls filiforme, etc.) qui impressionna vivement son entourage et fut combattue par des frictions cutanées, des boissons chaudes, des injections d'éther, de spartéine, d'huile camphrée stérilisée. Six heures après, ces divers phé-

nomènes d'intoxication avaient complètement disparu.

Interrogé sur ce cas embarrassant, notre Maître Reclus nous fit répondre : « Je ne crois pas que la solution au 1/50, surtout en faible quantité comme dans votre cas, puisse être une cause d'accidents. Il est certain que la position horizontale aurait, comme toujours, été un moyen d'éviter autant que possible la syncope. Enfin, il est probable que, dans votre cas, la cocaïne n'est pas seule en cause et qu'il faut faire intervenir surtout la grande fréquence des syncopes réflexes par irritation des muqueuses des cavités de la face; pour le conduit auditif externe la distribution à ce conduit et à la membrane du tympan du rameau auriculaire du pneumogastrique peut expliquer une action directe sur le cœur. »

Deuxième cas. — Le 20 juin 1904, dans l'infirmerie d'un régiment d'infanterie, nous pratiquions deux opérations sans gravité.

Chez le premier patient, excision d'un petit kyste, situé à proximité de la tête du péroné droit. Injections traçantes intradermiques de 4 centimètres cubes d'une solution à 1/100; incision, énucléation, suture, rien d'anormal.

Chez le second malade, ablation d'une loupe cranienne, grosse comme un œuf de pigeon, située à trois travers de doigt en arrière de l'oreille gauche : quatre injections traçantes, radiales, intradermiques, d'un centimètre cube de la même solution, préparée le matin même de l'opération. Le malade est dans le *décubitus dorsal*, pas de lésions organiques, pas de cocaïnophobie.

Durant la décortication, nous constatons brusquement chez notre patient une pâleur livide du visage, des sueurs profuses, une contracture des muscles de la face et de tout le côté gauche. La pupille est assez fortement dilatée, le pouls à peine perceptible et les bruits du cœur lointains.

La couchette est aussitôt attirée au milieu de la chambre et les croisées sont largement ouvertes. Et pendant que les infirmiers frictionnent, flagellent, sinapisent les membres, nous procédons à la respiration artificielle.

Au bout d'un quart d'heure, le dénouement paraît fatal, les bruits cardiaques ne sont plus perçus et le refroidissement des extrémités s'accentue. Phlébotomie immédiate, un peu de sang sort « en bavant », injection intraveineuse de 500 grammes de sérum artificiel tiède, puis lavement de 250 grammes de café fort, ébouillantement des pieds, tractions rythmées de la langue.

Dix minutes plus tard, une légère réaction organique se dessine, la contracture semble s'atténuer et la vie reparaît avec la calorification. De faibles pulsations cardiaques sont alors perçues.

Au bout d'une demi-heure, la résurrection est complète, thé alcoolisé, bouillottes, bottes d'ouate.

A la contre-visite, le blessé n'accuse plus qu'une assez forte brisure des membres, qui persista trois jours.

* * *

Conclusions :

1° Les crises de cocaïnisme aigu — dues à d'obscures idiosyncrasies — sont vraiment impressionnantes, surtout quand elles arrivent dans une infirmerie régimentaire;

2° Malgré toutes les précautions prises, un décès, survenu au corps, aurait été divulgué par la presse et aurait trouvé dans le pays un douloureux écho;

3° La région auriculo-cranienne semble être une zone particulièrement dangereuse, puisque nos deux alertes cocaïniques intéressaient cette région anatomique;

4° La saignée, l'injection intra-veineuse de sérum artificiel et le lavement de café fort ont produit, chez notre intoxiqué, une véritable résurrection;

5° Enfin, les ampoules de chlorure d'éthyle étant actuellement réglementaires dans nos infirmeries, nous souhaitons que l'anesthésie locale à la cocaïne ne soit plus utilisée que dans les hôpitaux militaires.

XVI[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[*Budapest, 29 août-4 septembre 1909* (1).]

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

(SUITE)

Traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus. — M. J.-L. Faure (de Paris) expose ses idées actuelles sur le traitement du cancer du col de l'utérus. Elles ne font d'ailleurs que confirmer de plus en plus celles qu'il a déjà exposées à plusieurs reprises sur la même question.

En règle générale, les cancers du col utérin qui ont conservé une assez grande mobilité doivent seuls être opérés. Dans les conditions où les malades se présentent actuellement à nous, il semble que les trois quarts environ soient justiciables d'une intervention radicale.

Cette intervention doit être l'hystérectomie abdominale avec extirpation de l'utérus, de la partie supérieure du vagin, et du paramètre. Cette opération ne peut se faire qu'avec une dissection attentive des uretères, qui est la condition même d'une opération bien faite. Il faut toujours voir les deux uretères.

On sera sobre de recherches ganglionnaires. Seuls les ganglions des parties latérales, au niveau de la bifurcation des iliaques, seront enlevés lorsqu'une exploration attentive aura permis de les reconnaître. L'extirpation de tous les ganglions, l'évidement pelvien, dont on a tant parlé est plus nuisible qu'utile. Il est illusoire et aggrave beaucoup l'opération.

Dans les cas qui semblent devoir être difficiles, on se trouvera bien de pratiquer la ligature des hypogastriques. On pourra s'en passer dans les cas simples.

Dans les cas avancés et qui paraissent devoir être très difficiles, il pourra être utile de commencer

(1) Suite. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n°s 103, p. 1296; 105, p. 1315; 106, p. 1327; 108, p. 1351; 109, p. 1369.

l'opération par la section du vagin et de pratiquer ainsi une hystérectomie vagino-abdominale.

La mortalité varie infiniment suivant les cas. Tout à fait au début, l'opération n'est pas sensiblement plus grave qu'une hystérectomie totale ordinaire. Dans les cas avancés elle est encore considérable. En bloc, elle paraît pouvoir être évaluée à 15 à 20 p. 100.

C'est donc encore une opération grave, mais il faut la tenter, car les résultats éloignés en sont excellents, et le cancer du col de l'utérus est peut-être, après celui du sein, celui qui donne le plus de guérisons durables. Dans les cas simples, d'après l'expérience de l'auteur, celles-ci dépassent la moitié du nombre des opérées et, dans les cas un peu étendus, le quart des malades survivant à l'opération. En bloc, il croit qu'on peut s'arrêter au chiffre de 30 à 40 p. 100.

Chez les femmes obèses ou très épuisées, l'hystérectomie vaginale conserve encore des indications, si les lésions sont encore très circonscrites.

L'hystérectomie périnéo-vaginale de Schauta permet des opérations beaucoup plus larges que l'hystérectomie vaginale simple. Mais elle ne saurait être comparée à l'hystérectomie abdominale.

Sur le traitement du cancer de l'utérus. — M. Potherat (de Paris). Dans le cas de cancer du col, l'hystérectomie totale n'est applicable qu'aux cas où le mal est limité à l'organe, l'utérus mobile et facilement abaissable. L'auteur préfère l'hystérectomie vaginale à l'hystérectomie abdominale. Les longues survies atteignant cinq ans sont très rares; parfois, dans les cas même très favorables, la récidive survient dès la première année.

Dans les cas qui ne sont plus justiciables de l'hystérectomie totale, l'exérèse partielle suivie de cautérisation ignée, répétée au besoin plusieurs fois, peut donner d'excellents résultats et une survie fréquente de trois à sept ans et, dans un cas, même de quatorze ans.

Le cancer du corps est justiciable de la seule hystérectomie totale; la survie variable de durée n'est jamais bien longue, la récidive souvent très rapide. Ici encore l'auteur est partisan de l'hystérectomie vaginale.

Toute la communication est basée sur les résultats de vingt-cinq années de pratique chirurgicale.

Traitement précoce du cancer du corps de l'utérus. — M. Emile Reymond (de Paris). De la discussion qui précède ressortent les avantages de la précocité de l'intervention tant au point de vue du résultat immédiat que des chances de guérison définitive, on ne doit rien négliger de ce qui permet d'opérer de bonne heure.

L'auteur a eu, dernièrement, l'occasion de présenter à la Société d'anatomie de Paris, sept utérus portant des cancers du corps au début; leur histoire clinique trouve ici son intérêt.

Les malades à qui il avait enlevé ces utérus néoplasiques s'étaient toutes présentées à lui dans les conditions suivantes : femmes ayant dépassé la ménopause et présentant depuis lors des hémorragies utérines.

Vis-à-vis de huit femmes dans les précédentes conditions, sa conduite a été la même : examen direct immédiat, constatation de l'absence d'un cancer du col ou d'une autre lésion susceptible de provoquer l'hémorragie, diagnostic de cancer probable du corps de l'utérus et hystérectomie abdominale totale.

Dans un seul cas, le diagnostic fut en faute; il s'agissait d'une lésion bien inattendue, d'un anévrisme de l'artère utérine qu'il enleva grâce à la laparotomie et dont il a publié l'observation; les autres utérus portaient un cancer du corps au début; la nature de la tumeur fut histologiquement vérifiée.

Tous les malades guérirent : le peu d'étendue des lésions laisse espérer que cette guérison sera définitive.

En pareil cas, la conduite classique n'est pas celle qu'il a suivie; on procède à un curettage et on recherche dans les débris de la muqueuse les preuves histologiques de l'épithélioma. Cette pratique constitue une perte de temps fort nuisible en pareil cas; elle nécessite deux opérations rapprochées dont la première ne contribue pas à mettre la malade dans un meilleur état pour subir la seconde; elle peut enfin contribuer à une erreur fatale de diagnostic, alors qu'il s'agit, comme il l'a vu, d'un petit noyau néoplasique développé dans une corne utérine et pouvant échapper à la curette; la règle du curettage, en pareil cas, lui apparaît comme plus dangereuse que prudente.

Quant au procédé d'hystérectomie, il indique qu'il l'a faite abdominale, sans rentrer, à ce propos, dans la discussion générale; il ajoute qu'il l'a faite totale et que bien lui en a pris, car, dans un des cas, l'épithélioma siégeait à l'isthme de l'utérus.

A propos de vingt cas d'hystérectomie vaginale. — M. Le Jemtel (d'Alençon) est intervenu pour six prolapsus utérins complets, neuf fibromes, quatre cancers du col et une infection puerpérale. Il élimine tout d'abord les cas de prolapsus pour lesquels l'indication est universellement posée : ou l'utérus doit être respecté, ou il doit être enlevé par voie vaginale. Pour les quatorze autres cas, l'auteur se propose d'étudier les raisons qui ont dicté sa conduite et il examine successivement les indications de l'hystérectomie vaginale pour fibromes, pour cancers du col, pour annexites, pour infections puerpérales.

Fibromes. — La voie abdominale est la règle, la voie vaginale l'exception. Celle-ci exige une tumeur petite, avec état général mauvais, soit du fait d'hémorragies abondantes ayant amené une anémie intense, soit du fait de complications viscérales (rein, cœur, foie), augmentant la gravité de la laparotomie, soit du fait de l'embonpoint de la malade ou de la présence d'un col douteux.

Cancer. — La voie vaginale doit être rejetée pour le cancer du corps (dilacération, morcellement). Pour le cancer du col, c'est une voie d'exception qui peut donner des succès tout à fait au début du mal, et il estime que, pour ce cas, il faut une hystérectomie facile.

Suppurations annexielles. — L'hystérectomie vaginale constitue une merveilleuse voie de drainage. Son innocuité dépend de l'ablation de l'utérus seul ou de la coexistence de l'ablation des annexes.

Infection puerpérale. — L'auteur n'est guère partisan d'aucune hystérectomie, soit vaginale, soit abdominale. Le seul décès opératoire de la série de quatorze cas est celui de l'infection puerpérale.

L'hystérectomie vaginale est une opération d'exception, mais dans les conditions énumérées plus haut, elle donne de merveilleux succès et mérite une considération justifiée.

Sur l'étiologie et le traitement spécifique de l'ostéomalacie. — M. Artoin di Santa Agnese (de Rome) confirme pleinement et élargit par ses recherches les résultats de Arcangeli et Fioca, Levi et Stefanelli, etc., sur l'étiologie de l'ostéomalacie, c'est-à-dire qu'après avoir obtenu dans neuf cas d'ostéomalacie, huit résultats bactériologiques positifs, ayant dans chaque cas isolé en culture pure le *Diplococcus osteomalaciæ*, il est ainsi parvenu à reproduire complètement une maladie chez les rats blancs en leur introduisant sous la peau du dos des fragments de côte d'une femme ostéomalacique. Les inoculations furent faites à sept rats qui tombèrent tous malades et moururent dans les trois mois suivants : les femelles grosses eurent des lésions osseuses beaucoup plus graves que les rats mâles, avec altération structurale du tissu osseux (étudié radiologiquement et histologiquement) et de nombreuses fractures spontanées.

D'autres animaux furent infectés avec le diplocoque obtenu par ceux de la première série et montrèrent aussi tous de très graves symptômes d'ostéomalacie.

De même que Morpurgo, l'auteur observa chez les petits de ces animaux des formes de rachitisme.

L'auteur a fait aussi des essais thérapeutiques en collaboration avec M. Arcangeli : par l'atténuation par la chaleur de ses cultures de *Diplococcus osteomalaciæ*, il a obtenu un vaccin qui a montré dans plusieurs cas d'ostéomalacie puerpérale des effets thérapeutiques très satisfaisants, aussi dans des cas qui remontaient à très longtemps et où tous les autres moyens avaient échoué.

L'auteur a enfin répété les mêmes recherches chez des enfants rachitiques : dans trois cas sur quatre, il est parvenu à isoler des os de ces enfants un *Micrococcus* morphologiquement très semblable à celui de l'ostéomalacie puerpérale : cela s'accorde parfaitement avec les conclusions de Morpurgo, que le même diplococcus produit l'ostéomalacie et le rachitisme des rats.

La vaccination a été ici aussi suivie de résultats encourageants. L'inoculation dans des rats adultes de quantités massives de microorganisme isolé d'un enfant rachitique a eu pour effet une maladie en tout semblable à celle obtenue avec du matériel provenant des femmes ostéomalaciques.

Tout en s'abstenant de généraliser, l'auteur affirme sa conviction de la nature infectieuse des cas de rachitisme dont il a parlé ; on possède là des arguments objectifs très importants pour soutenir l'unité étiologique du rachitisme et de l'ostéomalacie.

PÉDIATRIE

Le rachitisme. — M. Hutinel (de Paris). Les théories proposées pour éclairer la pathogénie du rachitisme sont nombreuses, mais la plupart ont le tort d'être trop exclusives. L'étude de l'ossification chondrale et périostique et surtout celle de la moelle osseuse peuvent servir de base à une interprétation plus large. Au début de la maladie, le cartilage de conjugaison est épaissi (*tissu chondroïde*) ; entre lui et le tissu spongieux apparaissent soit des îlots, soit une bande mince d'un tissu nouveau (*tissu spongoïde*). A la période d'état, les lésions sont plus accentuées ; c'est alors que se forment au niveau des épiphyses des nodosités.

L'épaississement du tissu chondroïde est considérable ; entre lui et l'os spongieux le tissu spongoïde forme une bande sinueuse. Parfois la diaphyse des os longs présente un aspect feuilleté. Dans la couche chondroïde, les cellules cartilagineuses ont proliféré d'une façon tumultueuse et la substance fondamentale forme une sorte de réseau entre les amas de cellules. Le tissu spongoïde est constitué par des îlots juxtaposés de tissu cartilagineux dont la substance fondamentale a subi une calcification imparfaite ; ces îlots sont séparés par des vaisseaux entourés de tissu conjonctif. Les zones chondroïde, spongoïde et même le tissu spongieux se mêlent et s'enchevêtrent souvent, surtout dans les formes graves. Le tissu ostéoïde sous-périostique est constitué par une véritable intrication de lamelles osseuses et de tissu conjonctif. La *moelle* est plus abondante qu'à l'état normal. Au début, elle présente une prolifération parfois énorme du tissu myéloïde. Elle élargit les lacunes du tissu spongieux et les transforme en logettes qui s'ouvrent successivement dans le canal central ; elle détermine la résorption des lamelles osseuses qui cloisonnent le canal médullaire.

L'examen histologique y révèle les signes d'une grande activité cellulaire. Les éléments de la série myéloïde l'emportent sur les hématies. Les aréoles graisseuses disparaissent ; quelquefois il se produit de la sclérose ; celle-ci est inconstante ; elle prédomine autour des artérioles. Souvent on rencontre des *îlots lymphoïdes* analogues aux nodules infectieux. Les modifications quantitatives sont plus importantes que les modifications qualitatives ; ce n'est cependant pas la moelle qui brise la ligne d'ossification, ce sont les bourgeons conjonctivo-vasculaires.

Ces lésions sont-elles de nature inflammatoire ? Il nous semble plus juste de dire qu'elles sont de *nature dystrophique*. En effet, à côté des réactions vraiment irritatives, il en est d'autres qui sont plutôt de nature régressive. Si, dans le rachitisme, l'action dystrophiante se manifeste particulièrement sur le tissu osseux, elle ne s'y localise pas exclusivement ; souvent elle atteint les parenchymes, surtout quand ils sont en évolution.

Cette conception rapproche le rachitisme des au-

tres *dystrophies* qu'on observe chez l'enfant aux périodes les plus actives de son développement. Quand le sujet est très jeune, les troubles de l'assimilation déterminent une souffrance de tous les tissus, une sorte d'atrophie totale (*athrepsie*); quand il est plus grand, certains organes résistent mieux, et on note seulement une *hypotrophie* dont la gravité est moindre. Plus tard, on observe souvent des *anémies* qui se rapprochent de la chlorose par leurs caractères hématologiques. D'autres enfants présentent un état *lymphatique* dont les caractères varient suivant qu'il s'agit de nourrissons ou de sujets plus âgés. L'*athrepsie*, les *hypotrophies*, les anémies, le lymphatisme nous apparaissent comme des dystrophies voisines du *rachitisme*, se produisant dans des conditions analogues et pouvant se combiner avec lui dans des proportions variables. La trace de ces dystrophies se retrouve à toutes les périodes de l'enfance. En dehors des deux premières années, c'est surtout au moment de la puberté qu'elles reparaissent, avec des caractères particuliers. La chlorose, les déformations osseuses, l'état lymphatique des adolescents ont certainement des points de contact avec les dystrophies des nourrissons.

Tuberculose des nourrissons. — M. H. Barbier (de Paris). La tuberculose des nourrissons est liée à la tuberculose des parents et en particulier de la mère. Si celle-ci n'avorte pas, la tuberculose de l'enfant est *typique* (avec granulations apparentes à l'autopsie) ou *atypique* (sans granulations tuberculeuses apparentes). Dans la forme atypique, on observe la débilité congénitale, des arrêts de développement, des malformations, des hypofonctions organiques ou glandulaires, des hypoplasies, des dégénérescences viscérales, en particulier du foie : l'enfant prend l'aspect d'un atrophique.

Dans la *tuberculose typique* on trouve coexistant en général tous les aspects anatomiques du tubercule et, dans le poumon, une lésion pneumo-ganglionnaire qui paraît bien être le chancre d'inoculation.

La fréquence de la tuberculose est très grande chez les nourrissons, et c'est dans la première année de la vie qu'elle fait le plus de victimes, 30 à 60 décès sur 200, selon les statistiques, pour 1 000 enfants vivants de zéro à un an. Ce déchet baisse rapidement de un à deux ans et tombe à douze en moyenne dans les mêmes conditions d'examen.

La tuberculose se présente chez eux sous des formes disparates, évoluant cependant sur un fond commun de déchéance qui donne le tableau de l'atrophie classique. Les *formes aiguës* sont :

1. La *bacillémie* tuberculeuse.

2. La *granulie* et la *méningite*. Le ramollissement cérébral étendu, l'hydrocéphalie, l'artérite expliquent la forme dépressive que revêt le plus souvent celle-ci.

3. Les *broncho-pneumonies récidivantes*.

Les *formes subaiguës ou chroniques* comprennent :

1. Des formes évoluant sous le masque de l'atrophie avec phénomènes dyspeptiques récidivants et tenaces, *forme dyspeptique ou atrophie tuberculeuse*.

2. Des formes à lésions pulmonaires plus marquées aboutissant à des cavernes, d'un diagnostic souvent bien incertain, *formes ulcéreuses*, dans lesquelles on peut observer chez les enfants de quelques mois des fonctions caséeuses d'un lobe tout entier.

3. Des formes moins sévères avec *sclérose pulmonaire* et *dilatation bronchique* dans lesquelles les phénomènes cavitaires, souvent très marqués, présentent la particularité d'être inconstants et mobiles.

4. Enfin, des *formes à localisations caséeuses diverses* ou multiples dans les viscères, dans le cerveau, dans les ganglions, les abcès froids de la peau.

Ces formes se terminent habituellement par la granulie ou la méningite.

En résumé, avec la syphilis, la tuberculose est une des causes les plus importantes de la mortalité infantile et de la dépopulation.

Vomissements cycliques chez les enfants. — M. J. Gomby (de Paris). Les vomissements *périodiques* ou *cycliques* se reproduisent par crises de deux ou plusieurs jours, à des intervalles variables, dans la seconde enfance, entre deux et six ou huit ans. On compte un peu plus de filles que de garçons. Parfois plusieurs membres de la même famille sont atteints à tour de rôle. L'hérédité neuro-arthritique est relevée, dont témoignent les végétations adénoïdes, la dyspepsie, le vomissement facile, l'entérocolite, l'appendicite. On a incriminé l'état du foie et l'intoxication acide grasse, l'*acidose-acétomie*, mais avec exagération. Si, dans les cas mortels on a trouvé la stéatose du foie, il est bien évident que cette stéatose n'était pas primitive, mais secondaire aux troubles digestifs. Il faut rechercher les lésions de l'appendice. Les symptômes se résument en : vomissements incoercibles, avec amaigrissement rapide, qui font penser à la méningite, à la péritonite, à l'étranglement interne, à l'appendicite ; constipation habituelle, fièvre variable, acétonurie fréquente. Le pronostic est généralement favorable. On a publié toutefois au moins dix cas mortels.

Il faut penser à l'*appendicite* qui se trouve souvent derrière le syndrome vomissements cycliques. Après avoir éliminé l'indigestion, l'empoisonnement, la migraine, l'obstruction intestinale, la péritonite, on devra explorer la région de Mac Burney. Traitement médical par les alcalins : bicarbonate de soude, le régime végétarien, l'hydrothérapie, les injections de sérum artificiel. Traitement chirurgical par l'appendicectomie à froid. Car, dans 50 pour 100 au moins de ses cas personnels, l'auteur a découvert l'*appendicite chronique*.

Le traitement médical repose sur l'emploi des alcalins (bicarbonate de soude à haute dose), et sur le régime végétarien associé à une hygiène convenable : vie au grand air, exercices physiques, pas de sédentarité ni surmenage intellectuel, hydrothérapie, frictions cutanées, bains, etc. Au moment des crises, diète absolue, soutenir l'enfant et combattre la déshydratation par les injections de sérum artificiel, essayer de couper court aux vomissements par le lavage de l'estomac, par les injections de mor-

phine. Mais le vrai remède des vomissements cycliques, c'est l'appendicectomie ; quand on aura reconnu l'appendicite, lors d'une crise ou dans l'intervalle des crises, on devra préparer l'enfant à l'opération.

Les infections paratyphoïdes dans l'enfance. — MM. Arnold Netter et Louis Ribadeau-Dumas. Les infections ont parfois frappé simultanément ou successivement *plusieurs membres d'une même famille.*

Dans un premier groupe huit cousins et cousines ont été pris, dans un autre cinq frères et sœurs. La contagion en dehors de ces cas a paru manifeste dans les circonstances suivantes : infirmiers ayant soigné des malades, enfants pris plusieurs semaines après le début de l'hospitalisation.

L'intervalle entre deux cas successifs dans une famille a varié entre neuf et dix-neuf jours. Il a été plus souvent de douze à quinze. L'intervention d'aliments avariés (viande, gâteaux à la crême) a été évidente dans quelques cas.

En dehors des cas bien connus d'embarras gastrique, de diarrhée dysentériforme ou cholériforme, les auteurs signalent surtout les formes fébriles de durée variable. Les unes durant de trois à douze jours ont un début très brutal. D'autres durant de quinze à vingt et un jours passent par les trois stades d'ascension, d'état, de déclin. Il y a des cas de fièvre de trente jours et plus. La rate est généralement grosse.

Le diagnostic n'est possible que par les procédés de laboratoire. La séro-agglutination, sans valoir la culture du sang, donne des premières indications précieuses et peut suffire à condition d'être pratiquée à plusieurs reprises et de porter comparativement sur plusieurs espèces bacillaires.

Les auteurs ont surtout eu affaire au paratyphique A. Ils ont aussi rencontré le B et aussi d'autres formes, véritables intermédiaires entre le bacille d'Eberth et les paratyphiques.

Le collargol administré par les voies digestives (potion ou lavement) a rendu les meilleurs services et paraît être un médicament spécifique.

Sur l'utilité des opiacés et leur innocuité relative en médecine infantile. — M. Lust (de Bruxelles). Il résulte de l'expérience acquise par de nombreux pédiâtres que non seulement la *morphine* ne doit pas être bannie de la thérapeutique infantile, mais qu'elle en constitue un des éléments les plus efficaces pourvu que l'on sache s'en servir avec *prudence, méthode et à propos.* L'innocuité relative et la grande tolérance de la morphine chez les jeunes enfants est un fait actuellement démontré : les nombreuses observations probantes publiées sur ce sujet en ces dernières années permettent d'affirmer cette vérité. Pour préciser cet énoncé, on vient dire que : 1° au point de vue thérapeutique, la tolérance des nouveau-nés pour la morphine est égale à celle des adultes, si, comme terme de comparaison, on se base sur le poids pour établir les *doses habituellement utiles* ; 2° au point de vue *toxicologique*, la tolérance des nouveau-nés pour la morphine est sensiblement *supérieure* à celle des adultes, si, comme terme de comparaison, on se base sur le poids pour établir les *doses maxima* ; 3° cette tolérance remarquable est, toutes proportions gardées, d'autant plus accusée que l'enfant est plus jeune, contrairement au principe admis comme règle pendant trop longtemps et que les symptômes morbides à combattre sont plus accentués ; 4° l'on doit déconseiller en médecine infantile sans pour cela en condamner absolument l'emploi, l'usage de préparations ayant l'opium pour base, telles que la poudre, l'extrait, le sirop et la teinture d'opium, le laudanum, l'élixir parégorique, le sirop diacode, les gouttes noires anglaises, le sirop de Karabé, la poudre de Dover, etc., à cause de l'inconstance et de la *variabilité* de proportion des éléments entrant dans leur composition. L'opium, produit *très* complexe, contient, entre autres principes non dosés et en proportions variables, une vingtaine d'alcaloïdes à action mal définie, à propriétés différentes et même antagonistes ; 5° pour obtenir les effets sédatifs et hypnotiques, recherchés par l'administration des opiacés, il est préférable de se servir de la morphine, médicament simple, stable, toujours identique à lui-même, dont le dosage peut se faire avec une précision absolue, à effets bien connus, et qui a donné des preuves suffisantes de son efficacité et de son innocuité lorsqu'il est méthodiquement employé ; 6° chez l'enfant, l'administration de la morphine doit se faire en proportion de son *poids* et non de son *âge*. En règle générale, on débute par une dose correspondant à 5 dixièmes de milligramme (demi-milligramme) par kilogramme, en vingt-quatre heures, en général *par prises filées* dans vingt cuillerées à café, 60 grammes d'eau et 30 grammes de sirop de napha lorsqu'on l'administre par la bouche, par une dose massive de 2 dixièmes 1/2 de milligramme (1/4 milligramme) dans un *lavement* de 30 grammes environ : en *injections hypodermiques* on peut débuter par 1 dixième de milligramme par kilogramme. Ces doses peuvent être considérées comme des minima à utiliser pour débuter, mais que l'on peut, sans danger, dépasser au bout de quelques heures, si les indications le commandent ; 7° l'accoutumance à la morphine chez l'enfant est rapidement atteinte et au bout de quelques jours, si l'on est forcé de persévérer *sans discontinuer* et jusqu'à effet produit, dans la voie de la médication calmante, l'on peut, sans crainte d'*accumulation*, donner des doses rapidement croissantes et dépassant notablement les minima indiqués, tout en restant cependant dans de certaines limites n'atteignant pas habituellement le double des doses fixes.

Les glandules juxta-thymiques de l'enfant. — M. Léon Tixier (de Paris) attire l'attention sur l'existence de formations anatomiques annexées au thymus, non décrites, de structure spéciale, nettement différenciées du thymus et des parathyroïdes.

La tuberculose du thymus. — M. Léon Tixier et Mlle Feldzer ont observé cinq cas de tuberculose du thymus.

Sans être aussi rare qu'on le pense généralement, la tuberculose du thymus est cependant une des localisations les moins communes du bacille de

Koch. Les observations en sont plus nombreuses dans le jeune âge, mais il en existe aussi quelques cas après la puberté — vingt-six et trente-deux ans — et même à un âge assez avancé, cinquante-deux et cinquante-neuf ans. Le bacille de Koch peut emprunter plusieurs voies pour arriver au parenchyme glandulaire; l'envahissement par la circulation sanguine est rare, la contamination par voie lymphatique est plus souvent réalisée que par le voisinage immédiat des lésions tuberculeuses du médiastin (contiguïté).

La tuberculose du thymus n'a présenté jusqu'alors qu'un intérêt anatomique : maintenant que l'attention est attirée du côté de cet organe et que se précise la séméiologie du médiastin antérieur, il sera possible d'en établir le diagnostic et peut-être même d'en faire l'ablation, grâce aux progrès réalisés récemment dans la technique chirurgicale.

Sténose du pylore chez le nourrisson. — MM. E. Weill et M. Péhu (de Lyon) soutiennent la nature inflammatoire de la sténose dite par hypertrophie musculaire du pylore chez le nourrisson.

Ce n'est point une tumeur, car l'architecture générale de l'estomac, et, notamment, des deux couches musculaires est intégralement conservée. La théorie du spasme, soutenue par Thomson, en Angleterre, est critiquable parce qu'elle n'explique pas les multiplications cellulaires constatées au niveau des différentes tuniques. Pareille objection peut être dirigée contre l'hypothèse d'une malformation congénitale; de plus, cliniquement au moins, les signes de l'affection n'apparaissent pas constamment dès la naissance même.

La caractéristique histologique de la maladie de Hirschsprung est précisément l'inflammation prédominante au niveau de la tunique musculaire avec hyperplasie des deux couches longitudinale et surtout musculaire, mais, comme dans les cas de MM. Weill et Péhu, pouvant atteindre aussi les différentes tuniques. Il s'agit donc, en réalité, d'une gastrite plus souvent à prédominance pylorique, parfois généralisée à l'estomac tout entier. Cette inflammation peut apparaître dès la naissance même, ayant dans ces conditions une origine probablement intra-utérine, ou encore se montrer plus tardivement, quelques semaines après la naissance. Sur la nature de l'agent pathogène aucune précision ne peut être fournie. Cette origine inflammatoire explique les symptômes cliniques, de même que l'aspect anatomique de la maladie, dont le syndrome pylorique n'est qu'un élément.

Il en résulte, au point de vue thérapeutique, cette conséquence qu'il faudra essayer d'abord les moyens médicaux susceptibles de modérer ou de modifier la nature inflammatoire du processus et ne se décider à l'intervention chirurgicale qu'après échec certain de la médication interne.

Entérite et évolution dentaire. — M. Violi (de Constantinople) donne une statistique de 427 malades d'entérite soignés à la Clinique et Hôpital international des enfants, depuis treize ans, par laquelle il veut montrer l'influence que l'évolution dentaire a dans le cours des maladies et spécialement dans l'entérite.

Il conclut qu'on doit intervenir et débrider les gencives, sitôt enflées, afin de faire disparaître les symptômes sympathiques centripètes ou centrifuges qui entraînent la guérison des maladies.

(*A suivre.*) Fernand Trémolières.

LIVRES NOUVEAUX

Commentaires thérapeutiques du Codex de 1908 (1), par P. Yvon, membre de l'Académie de médecine.

La révolution considérable, apportée par la transformation du Codex dans la thérapeutique médicamenteuse, impose aux médecins la nécessité de connaissances nouvelles. Pour lui éviter une perte de temps et des efforts considérables, M. Yvon, un des auteurs du Codex, a pris la peine d'extraire de l'ouvrage officiel tout ce qui peut intéresser le praticien.

C'est en réalité un résumé du Codex de 1908 plutôt qu'une œuvre de critique que M. Yvon offre aujourd'hui au public médical, et nul doute que ce dernier n'y trouve son compte.

A. Gaullieur l'Hardy.

Les Opsonines et la thérapeutique opsonisante par les vaccins de Wright (2), par le docteur René Gaultier, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Académie de médecine.

Opsonines et *thérapeutique opsonisante*, voilà assurément, pour beaucoup de médecins, des mots nouveaux, un peu rébarbatifs au premier abord et qui sentent plus le laboratoire que la clinique. Et cependant les voilà qui sortent du domaine des conceptions biologiques et que la méthode de thérapeutique opsonisante entre dans la pratique médicale.

Les opsonines sont des substances solubles contenues dans les sérums normaux et les immunisérums, intermédiaires aux phagocytes et aux microbes, et qui interviennent dans l'acte de la phagocytose pour l'exagérer et le rendre plus efficace.

La thérapeutique opsonisante est donc une application de la méthode de l'immunisation. M. Gaultier expose l'utilisation dans la lutte contre les maladies infectieuses des substances protectrices élaborées par l'organisme sous l'influence des vaccins.

L'utilisation pratique de ces vaccins a déjà été tentée, sous le contrôle de la méthode opsonique, dans la tuberculose, et, par le contrôle des seuls phénomènes cliniques, dans la fièvre typhoïde, la furonculose, l'acné et la gonococcie.

Les méthodes de thérapeutique nouvelles issues des travaux de Pasteur et de ses successeurs, basées sur la connaissance approfondie des maladies infectieuses et des réactions biologiques qui les accompagnent, demandent à être chaque jour plus étudiées pour être davantage pratiquées.

Ce volume, publié dans la collection des *Actualités médicales*, intéressera non seulement les chercheurs de laboratoire, mais ouvrira des aperçus nouveaux aux praticiens soucieux de se tenir au courant des recherches nouvelles.

L. Gayard.

(1) In-8 de 222 pages. — Paris, O. Doin.

(2) In-18 de 80 pages avec figures. — Prix : cart., 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 111. — JEUDI 30 SEPTEMBRE 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 30 SEPTEMBRE 1909. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — La prochaine séance de pathologie aura lieu le samedi 2 octobre, à cinq heures.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision du 25 septembre 1909 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Rostan, passe à l'hôpit. milit. de Nancy; Bich, à l'hôpit. milit. de Bourges; Villers, nommé médecin chef à l'hôpit. milit. de Bastia; Mendès-Bonito, passe au 127e d'inf.; Courtet, affecté aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Aix; Teissier, passe au 5e d'inf.; Fromont, au 128e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Barisien, passe au 2e étranger; Malaval, au 143e d'inf.; Rouquette, au 55e d'inf.; Eybert, au 54e d'inf.; Oui, au 2e chass. d'Afrique; Perrin, aux hôpit. de la division d'Oran; Blot, au 27e drag.; Ehrmann, au 13e bat. d'art. à pied; Notin, au 5e cuirass.; Evrard, au 26e drag.; Coudeyras, au 2e zouaves; Petit (G.), aux hôpit. de la division de Tunisie; Chanal, au 160e d'inf.; Bachon, rappelé aux hôpit. de la division d'Alger.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Ribaut, passe au 124e d'inf.; Heuls, au 119e d'inf.; Guillon, au 133e d'inf.; Fourcade, au 42e d'inf.; Arnould, au 5e génie; Reynaud, au 14e d'inf.; Pérot, à la légion de la garde républicaine; de Sauvejunte, à l'hôpit. thermal d'Amélie-les-Bains; Jammes, au 13e chass. à cheval; Biros, au 59e d'inf.; Antoine, à la Compagnie saharienne de la Saoura.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Chatinières, passe au 148e d'inf.; Bouchet, aux hôpit. de la division d'Oran.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS DE PARIS ET DE LA SEINE (siège provisoire : 28, rue Serpente). — Conformément aux décisions prises au Congrès des médecins praticiens de France, réuni à Lille en 1908, la Fédération des médecins de Paris et de la Seine (Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement, Syndicat des médecins de la Seine, Syndicat médical de Paris), considérant :

D'une part, l'augmentation du prix de la vie et des charges professionnelles;

D'autre part, l'augmentation générale de la rémunération des travailleurs dans toutes les classes de la Société;

Et la facilité pour tous les malheureux de recevoir des soins médicaux gratuits;

Considérant enfin qu'un taux d'honoraires suffisant est la meilleure sauvegarde de la santé publique; que la médecine est une profession dans laquelle le rabais est loin d'être une garantie pour la santé publique;

Décide qu'il est nécessaire et légitime d'augmenter le taux des honoraires médicaux d'au moins un tiers sur les prix en usage à ce jour.

LE DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL POUR LA RÉPRESSION DES FRAUDES, organisé sous les auspices de la Société universelle de la Croix-Blanche de Genève se tiendra à Paris, du 17 au 24 octobre 1909, à la Faculté de médecine.

MONUMENT TILLAUX. — L'inauguration du monument élevé à la mémoire du professeur Tillaux aura lieu le jeudi 7 octobre prochain, à dix heures très précises, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, rue du Fer-à-Moulin, 17.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chevassu, médecin principal, directeur du service de santé du 17e corps et E. Potin (de Paris).

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Sous la direction de M. Pierre Sébileau, chirurgien des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, MM. Paul Gibert et Fernand Lemaître, assistants du service, commenceront le 18 octobre 1909, un enseignement clinique sur les maladies des oreilles, du nez et du larynx. Cet enseignement aura lieu tous les jours à huit heures et demie du matin.

Le droit d'inscription est de 50 francs. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance dans le service, auprès des assistants.

NOUVELLE ENQUÊTE

SUR

LA MORBIDITÉ ET LA LONGÉVITÉ

DES DÉBITANTS DE FRANCE

Par MM. Jacques ROUBINOVITCH,
Médecin de l'hospice de Bicêtre,

et Georges FONTORBE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Que l'alcoolisme soit un des fléaux les plus graves qui menacent la vitalité et la valeur de notre nation, c'est là une vérité qui paraît à l'heure actuelle chose à peu près universellement admise, tout au moins dans l'ordre de l'idée. Et, aujourd'hui, dire : « l'alcoolisme, toutes choses égales d'ailleurs, augmente la morbidité et la mortalité totales en des proportions énormes » (1), semblerait une banalité, tant c'est là une assertion passée dans le courant des choses qui se répètent partout. Tel est le résultat auquel nous ont mené : les enquêtes multiples et consciencieuses faites un peu partout et dans les hôpitaux parisiens, en particulier (2); les conclusions qu'ont tirées des chercheurs patients de la lecture des statistiques laborieusement réunies tant à l'étranger qu'en France; enfin, la conduite des compagnies d'assurance, étrangères surtout, vis-à-vis des buveurs. Les propagandistes de la lutte anti-alcoolique ont habilement utilisé tous ces travaux; soucieux qu'ils sont de faire rendre à chacun d'eux le maximum d'effet utile, ils en présentent la substance sous les formes les plus variées, supposées devoir atteindre chaque individu par le point sensible par où sera engendrée en lui non seulement la conviction de la nocivité de l'alcool, mais surtout la détermination de ne plus consentir à en être la victime. Et cependant atteindre ce second but est sans doute chose bien difficile et vraiment rare, car plus que jamais retentissent les cris d'alarme dénonçant les progrès du mal, et non à tort malheureusement !

Il importe donc de multiplier les efforts, d'apporter sans cesse de nouveaux matériaux, de varier de plus en plus les méthodes dans la recherche et l'utilisation de ces matériaux.

C'est en nous inspirant de cette nécessité impérieuse que le 21 juillet 1908 nous avons commencé une enquête sur la morbidité et la longévité des marchands de vin.

Ce sont, en effet, précisément ceux chez lesquels vient se faire la consommation de l'alcool qui sont les plus exposés aux ravages de l'alcoolisme, ainsi que le prouvent jusqu'à l'évidence les diverses statistiques résumant en tableaux comparatifs la mortalité des diverses professions parues jusqu'à ce jour.

(1) L. Jacquet. Alcool, maladie, mort, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, n° 37, 14 déc. 1899, p. 936.

(2) Jacquet. Loc. cit.

*
* *

En effet, nous trouvons déjà en 1880 dans les *Annales de démographie* une « étude sur l'influence des professions sur la durée de la vie en Angleterre », dont les conclusions sont bien nettes à cet égard : « On peut, dit M. Neison, n'être pas partisan du tectotalisme (abstention absolue de toute espèce de boissons alcooliques); mais il n'est pas possible de n'être pas frappé par l'effet déplorable de l'alcoolisme sur la santé. Ainsi, les marchands de bière meurent — toujours de vingt-cinq à soixante-cinq ans — dans la proportion de 2,15 p. 100; les marchands de vin et spiritueux, de 2,50; les cabaretiers et marchands de comestibles, de 2,45; les propriétaires ou gérants d'hôtels garnis, de 2,70. Or, dans aucune autre profession on ne constate de mortalité aussi élevée. En résumant les diverses catégories qui précèdent, on trouve une moyenne de 24 décès pour 1 000 vivants, tandis que pour la population totale de l'Angleterre et pour la même période d'âge, la moyenne est de 15, et elle s'abaisse à 8 pour les jardiniers ou domestiques attachés à la maison. »

Plus récemment, Latham donne une excellente statistique de la mortalité par professions et par causes pour l'Angleterre et le pays de Galles. Cette étude porte sur trois années : 1890-1891-1892 et comprend 504 923 décès. Si « nous y considérons d'une part une population éminemment exposée à l'alcoolisme, celle des débitants; d'autre part, la population des autres boutiquiers, on voit que la mortalité des débitants est à chaque âge deux fois plus forte que celle des autres boutiquiers. Chez ceux-ci l'alcoolisme n'est certes pas inconnu, mais il est incomparablement plus rare que chez les débitants » (1).

C'est ainsi qu'on peut donner les tableaux comparatifs suivants où sont répartis par périodes d'âge les nombres des décès :

Sur 100 000 habitants masculins meurent, toutes causes réunies :

	Débitants	Autres boutiquiers
De 25 à 35 ans......	1505.9	688.0
De 35 à 45 ans......	2451.6	1114.0
De 45 à 55 ans......	3524.2	1829.2
De 55 à 65 ans......	5268.4	3291.2

Si, d'autre part, on considère que, d'après le même travail, il y a une moyenne annuelle de 1 000 décès dans la série mâle pour une population de 61 215 individus de vingt-cinq à soixante-cinq ans, on constate que meurent :

Membres du clergé........................	533
Jardiniers................................	553
Fermiers..................................	563
Brasseurs.................................	1.427
Aubergistes, marchands de vins et spiritueux.	1.642
Servants d'auberges et cabarets............	1.726
Débitants et servants (Londres)............	1.838
Aubergistes et servants (districts industriels).	1.948
Garçons de café (Londres)..................	1.971
Garçons de café (districts industriels)........	2.030

(1) J. Bertillon. *L'alcoolisme et les moyens de le combattre jugés par l'expérience*, p. 58. Lecoffre, édit.

La mortalité est ici quatre fois plus considérable chez les garçons de café que chez les clergymans.

* * *

Adressons-nous à d'autres sources maintenant et demandons aux compagnies d'assurance les renseignements qu'elles peuvent nous donner. Toute semblable est l'impression qui va s'en dégager.

D'après l'expérience d'une des plus importantes compagnies d'assurance sur la vie en Ecosse (1), on constaterait pour certaines professions des différences de mortalité ci-après, en prenant les âges de quarante-cinq à cinquante-cinq ans qui représentent la période moyenne de la vie :

	Décès p. 1.000 vivants
Cultivateurs	12
Cordonniers et tisserands	15
Epiciers	16
Serruriers et charpentiers	17
Ouvriers mineurs	20
Boulangers	21
Bouchers	23
Débitants de spiritueux	28

Ici encore nous trouvons les débitants au premier rang de l'échelle de la mortalité.

Second document dû à une compagnie d'assurance : il a été publié un rapport « sur la mortalité dans les professions qui ont trait à la fabrication et à la vente des boissons alcooliques » basé sur les cinquante ans d'expériences de la banque d'assurance sur la vie de Gotha. L'auteur range ses observations dans plusieurs groupes (2) :

I. *a*. Hôteliers, propriétaires d'auberge, gérants ;
b. Aubergistes ;
c. Cabaretiers, restaurateurs, garçons et ouvriers brasseurs.
II. *a*. Patrons brasseurs, directeurs de brasseries et tous les autres brasseurs associés pour plus de 5000 marks ;
b. Employés de brasseries (maîtres brasseurs, auxiliaires, livreurs, etc.).
III. Patrons de distilleries et employés distillateurs.
IV. Vignerons et viticulteurs.
V. Sommeliers.

Si le chiffre 100 représente la mortalité moyenne ordinaire, ces chiffres deviennent respectivement dans chacun de ces huit groupes : I. *a* : 131 ; I. *b* : 147 ; I. *c* : 155 ; II. *a* : 141 ; II. *b* : 162 ; III : 121 ; IV : 104 ; V : 144.

Les groupes I. *a* à II. *b* et le groupe V montrent une surmortalité très nette.

Même conclusion se tire enfin de la statistique due au directeur, à Lille, de la « Providence accident », M. Etienne Butteur, qui porte sur les accidents survenus pendant une période de huit ans, de 1884 à 1892, dans l'industrie de l'arrondissement de Lille. On y constate que la profession de distillateur et de brasseur compte parmi les plus dangereuses et les plus fécondes en accidents professionnels. Elle donne une proportion d'accidents de 300 pour 10 000, soit 3 p. 100, presqu'autant que la scierie mécanique (1).

* * *

Il apparaît donc bien certain, d'après tous ces travaux, combien est forte la mortalité chez les débitants.

Nous avons voulu faire en quelque sorte une contre-épreuve, nous attachant exclusivement à étudier les ravages de l'alcoolisme chez cette corporation la plus menacée, et chez elle seule, et, plus particulièrement, l'influence de l'alcool sur la longévité et la morbidité.

Voici les questions que nous avons posées à de nombreux confrères :

1° Quel a été le nombre des débitants malades de toute catégorie observés par vous ?

2° Quelles ont été les maladies observées chez eux ?

3° Dans combien de cas pathologiques l'influence de l'alcoolisation a été directe ?

4° Dans combien d'autres cas cette action a été indirecte ?

5° Combien de cas se sont terminés par la mort ?

6° Quelle a été la longévité des débitants de toute catégorie observés par vous ?

Afin que notre enquête eût une portée plus générale, nous ne l'avons point cantonnée en un seul point, mais nous avons procédé en quelque sorte à une série de sondages, puisque nos correspondants sont dispersés dans les quartiers les plus divers de Paris et que plusieurs d'entre eux habitent en province des régions fort éloignées.

Trente-deux praticiens nous ont répondu et ont bien voulu nous faire part des résultats de leur expérience personnelle. Nous ne saurions trop les en remercier ici.

Laissant de côté toute idée a priori, nous allons simplement laisser parler les faits ; nous croyons qu'ils ont par eux-mêmes une force probante que tout commentaire ne pourrait qu'affaiblir.

Grâce à la complaisance de nos correspondants, nous avons pu réunir un nombre important d'observations ; cependant, comme plusieurs qui ont eu l'occasion de soigner beaucoup de débitants n'ont pu malheureusement nous en donner le nombre exact, nous ne retiendrons que les indications précises. Notre enquête nous laisse ainsi un résidu de 233 cas répartis entre onze observateurs. Ce sera sur ceux-là surtout que portera notre étude, tout en tenant compte des réflexions intéressantes que l'expérience a souvent suggéré aux autres observateurs.

Un premier point frappe d'emblée à la lecture de

(1) De l'influence des professions sur la durée de la vie, *Ann. de démographie*, 1880.

(2) Docteur L. Chiffres éloquents, *Ann. antialcooliques*, sept. 1905, n° 9, 3e année, p. 156.

(1) Legrain. L'alcoolisme et les accidents du travail, in *Ann. antialcooliques*, mai 1906, n° 5, p. 80.

ces réponses : c'est leur concordance au point de vue de la mortalité.

Voici à ce point de vue un résumé des observations fournies :

Sur 40 cas observés,	20 décès	en 8 ans.	
12	—	4	— 5
10	—	5	— 3
10	—	2	— 1
21	—	7 décès.	
10	—	2 —	
20	—	4 —	
6	—	6 —	

Il y a là très nettement posée l'indication d'une forte mortalité. Sans doute, pour être absolument rigoureux, il aurait fallu toujours savoir la durée exacte des observations, ce que nous ne trouvons indiqué que quatre fois. Aussi, ne poussons-nous pas plus loin la démonstration nous contentant d'enregistrer ce fait de la très grande mortalité chez les marchands de vin que vient à son tour affirmer notre enquête, fait qui nous paraît d'autant plus acquis que parmi les vingt-quatre correspondants qui ne nous précisent pas le nombre des décès qu'ils ont pu observer, nombreux sont ceux qui affirment avoir constaté une mortalité élevée précisément dans la partie de leur clientèle qui comprend les débitants.

* * *

Nos correspondants ajoutent : la plupart des débitants meurent jeunes.

C'est là le second point sur lequel il convient d'insister. Et là encore laissons parler nos confrères. Cette question de la longévité les a encore plus frappés, puisque quatorze d'entre eux précisent les résultats de leur expérience.

Voici résumées en un tableau leurs réponses. Les cas observés se sont terminés par la mort aux âges suivants :

1. De 38 à 45 ans.
2. De 40 à 48 ans.
3. Vers 50 ans.
4. Vers 50 ans.
5. De 38 à 55 ans.
6. Vers 50 ans.
7. De 50 à 55 ans.
8. Vers 50 ans.
9. De 38 à 55 ans.
10. De 40 à 50 ans.
11. Vers 55 ans.
12. De 30 à 40 ans.
13. Vers 55 ans.
14. De 30 à 40 ans.

La longévité varierait entre trente-deux et cinquante-cinq ans. Pour la majorité, elle n'aurait pas dépassé cinquante ans ; en tout cas, il semble que cinquante-cinq ans soient habituellement la limite extrême de la vie pour les marchands de vin.

Et venant confirmer cette notion, l'un de nos correspondants nous fait observer que c'est dans le métier de débitants qu'il a compté le plus de veuves; un autre, que la mortalité chez les cantiniers est assez élevée pour permettre aux cantinières de se remarier plusieurs fois.

Il importe de remarquer qu'il s'agit là d'une catégorie d'individus soumise à une intoxication très forte, puisque, nous dit-on plusieurs fois, c'est après dix, douze ou quinze ans au plus d'exercice que meurent les débitants.

* * *

Nous aurions voulu donner les causes exactes de tous les cas terminés par la mort afin que pût s'en dégager nettement par quelles conséquences l'alcool amenait la mort chez les marchands de vin. Les éléments ne nous semblent pas assez nombreux pour en tirer une conclusion nette.

Il n'en est plus de même, si nous donnons un tableau récapitulatif au point de vue de la morbidité générale ; neuf séries d'observations portant sur 99 cas se classent en effet de la manière suivante :

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	TOTAL
1. Tuberculose	7	11	»	»	2	»	7	1	1	29
2. Maladies du foie (cirrhose surtout)	4	10	2	1	1	»	2	»	»	20
3. Maladies nerveuses	4	7	»	2	»	»	»	»	»	13
4. Gastrites	»	10	4	»	»	»	3	»	»	17
5. Maladies de l'appareil circulatoire	»	»	»	1	2	1	»	»	»	4
6. Néphrites	1	»	2	»	»	»	»	»	»	3
7. Rhumatisme	3	»	»	»	»	»	»	»	»	3
8. Diabète	2	»	»	»	1	»	»	»	»	3
9. Cancer de l'estomac	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
10. Pneumonie aiguë	»	2	»	»	»	»	»	»	1	3
11. Hypertrophie de la prostate	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
12. Blennorragie	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
13. Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1

Ici encore la conclusion saute aux yeux avec une évidence manifeste : tuberculose, maladies du foie (cirrhose surtout), maladies nerveuses, gastrites, voilà les dangers qui menacent surtout les marchands de vin. Et cela cadre bien avec le dire des auteurs. M. Bertillon le résume bien en ces quelques mots (1) : « Presque toutes les maladies contribuent à ce résultat (la forte mortalité des débitants), mais surtout les maladies du foie (lisez la cirrhose du foie), cinq fois plus fréquente chez les cabaretiers que chez leurs voisins; la maladie de Bright, les accidents, les maladies du système nerveux, les suicides, deux fois plus fréquents ; la pneumonie, deux ou trois fois plus fréquente ; la phtisie, deux fois plus fréquente ; le diabète, l'anévrisme, deux ou trois fois plus fréquents, lorsqu'est venu l'âge.

(1) J. Bertillon. Loc. cit.

Au contraire, le cancer ne présente pas une majoration aussi sensible ; les maladies valvulaires du cœur présentent une majoration moindre qu'on ne l'aurait peut-être attendu, mais les autres maladies de l'appareil circulatoire (athérome artériel pur) sont beaucoup plus fréquentes. »

*
* *

Mais bien plus grave encore est en réalité le tableau, car nous n'avons considéré là que les marchands de vin eux-mêmes ; or, c'est aussi du retentissement qu'a sur sa famille l'alcoolisation du chef de famille débitant qu'il faudrait tenir compte. On verrait alors, comme nous pouvons le relever dans quelques-unes de nos observations, combien les membres des familles de débitants constituent des terrains bien préparés pour la tuberculose, pour les maladies mentales ; combien ils sont exposés à subir eux aussi l'alcoolisation intensive ; combien ils succombent sous son action ; et, enfin, quels dangers moraux les guettent infailliblement, lorsque l'alcool a affaibli leur raison et énervé leur volonté.

*
* *

De tous ces faits on conclura que la profession de débitant est particulièrement insalubre ; on ajoutera que c'est bien à l'alcool qu'elle doit ce triste privilège, car il y a unanimité parmi tous nos correspondants à insister sur ce que toujours dans les cas observés ils ont pu noter l'influence directe ou indirecte de l'alcool. Et fatalement les marchands de vin deviennent la proie de l'alcool, ainsi que vient le confirmer l'observation suivante due à M. Grandmaison.

Du 1er février au 1er août 1896, tous les malades venus à la consultation de l'hôpital Laënnec ont été examinés au point de vue de l'alcoolisme possible (1). Sur 441 consultants hommes il y a eu 23 marchands de vin, garçons de débit, restaurateurs, garçons d'office : tous ces individus présentaient des signes indéniables d'alcoolisme.

Sur 530 femmes, il y eut 3 marchandes de vin, toutes 3 alcooliques ; 5 filles de brasserie dont 4 alcooliques ; la non-alcoolique, âgée de vingt-trois ans seulement, était atteinte de péritonite tuberculeuse.

C'est donc bien par l'alcoolisme qu'elle engendre presque infailliblement que la profession de débitant est des plus insalubres. Il y a là un véritable danger social, si l'on considère qu'avec la facilité qu'a un chacun de se mettre du jour au lendemain à débiter le poison, le nombre des professionnels de cette corporation augmente de jour en jour en des proportions effrayantes.

(1) Henry Imbert. L'alcoolisme chronique et ses rapports avec des professions, *Soc. d'éd. scient.*, Paris 1897.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[*Budapest, 29 août-4 septembre 1909* (1).]

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES

Les scarifications linéaires quadrillées dans le traitement du lupus vulgaire et en particulier dans le traitement du lupus vulgaire du nez. — M. L. Brocq (de Paris). La méthode de choix de traitement du lupus vulgaire paraît être l'ablation chirurgicale très large.

Quand il s'agit de lupus très étendu, l'auteur conseille de pratiquer le raclage chirurgical à fond, avec énucléation minutieuse de tous les prolongements, quelque minimes qu'ils soient, puis de faire une cautérisation également minutieuse au chlorure de zinc ou au fer rouge et de panser avec de l'iodoforme.

Quand ces deux traitements sont impossibles, M. Brocq conseille pour les lupus du front, des tempes, des pommettes, et surtout pour les lupus de la joue, d'employer la photothérapie, qui est vraiment la méthode de choix pour les lupus un peu importants de cette dernière région.

La scarification bien faite peut guérir le lupus vulgaire ; elle donne des cicatrices aussi belles que celles de la Finsenthérapie.

A cause de la nécessité qu'il y a à agir en surface sur toute l'étendue du mal, et en profondeur jusqu'à ses dernières limites, la scarification n'est vraiment applicable que lorsque le lupus n'est pas très vaste, et elle n'est très efficace que lorsque le lupus occupe des téguments minces reposant sur un plan résistant, comme dans les lupus du nez.

Etant donnée la multiplicité des séances qu'elle exige, elle n'est pratique, d'autre part, que lorsqu'il est indispensable de guérir le mal avec un minimum de cicatrice et d'atrésie, comme lorsqu'il s'agit de lupus des lèvres, des paupières, des narines.

La scarification est le traitement de choix du lupus vorax et du lupus ulcéreux du nez. Elle agit alors avec plus d'efficacité et de rapidité qu'aucun autre procédé, et elle permet d'obtenir d'extraordinaires réparations des parties atteintes.

Traitement du lupus érythémateux. — M. Malcolm Morris (de Londres). Le traitement général comprend surtout un régime sévère, excluant tout ce qui peut charger l'intestin de matériaux capables de fournir un terrain favorable à l'infection digestive. La quinine est souvent utile. Localement, dans la phase hyperémique, on emploiera des lotions rafraîchissantes, des onctions avec des pommades à base de sous-acétate de plomb. L'ichthyol sous forme de lotions ou de pommades est le plus utile des topiques. Dans des cas chroniques, l'auteur a trouvé que le meilleur remède était l'application constante de fortes solutions d'ichthyol.

Dans les cas graves les scarifications linéaires ou

(1) Suite. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 103, p. 1296 ; 105, p. 1315 ; 106, p. 1327 ; 108, p. 1351 ; 109, p. 1369 ; 110, p. 1377.

de légères touches de thermocautère donnent souvent de bons résultats.

L'auteur a quelquefois employé avec succès dans les cas invétérés les courants de haute fréquence et dans les cas chroniques la méthode de Finsen et les rayons X. Le radium peut être employé avec succès dans les cas limités.

Les sarcoïdes cutanées et sous-cutanées. — M. Darier (de Paris). Il est jusqu'à nouvel ordre indispensable de conserver dans les cadres de la nosographie un groupe appelé sarcoïde. Dans ce groupe rentre toute une série de néoplasies conjonctives, de nature incertaine, mais qui, malgré une apparence grossière, ne sont pas des sarcomes.

Cliniquement, les sarcoïdes se présentent sous l'aspect de tumeurs cutanées ou sous-cutanées, généralement multiples, indolentes, à évolution lente ou même chronique, n'atteignant que des dimensions modérées, n'ayant aucune tendance à se ramollir et à s'ulcérer, d'évolution bénigne en ce sens qu'elles ne récidivent pas localement après leur ablation, qu'elles ne donnent pas lieu à des métastases viscérales, et qu'elles n'influent pas sensiblement sur la santé générale des malades. Le sang conserve sa constitution normale et les organes lymphatiques, notamment les ganglions, peuvent rester indemnes.

Les sarcoïdes sont habituellement sujettes à régression ; elles ont paru souvent guéries par l'arsenic, le calomel, la tuberculine, etc.

Anatomiquement, les sarcoïdes sont constituées par des amas ou infiltrats cellulaires, insinués dans la trame du derme ou de l'hypoderme, ce qui les distingue des sarcomes, dont les éléments sont disposés en masses cohérentes et homogènes. Les formes morbides qui répondent à cette définition sont nombreuses, variées et forment entre elles une série à peu près continue, en sorte qu'il est fort difficile d'en distinguer des types bien nets. On peut cependant admettre les quatre types suivants, qui sont à la vérité reliés entre eux par de nombreuses formes de passage :

Premier type. — Sarcoïdes cutanées de Bœck, ou lupoïdes miliaires, dont il existe trois variétés : papuleuse, tubéreuse et infiltrée.

Deuxième type. — Sarcoïdes sous-cutanées de Darier-Roussy.

Troisième type. — Sarcoïdes se rapprochant de l'érythème induré, ou sarcoïdes noueuses et nodulaires des membres.

Quatrième type. — Sarcoïdes de Spiegler-Fondt, sarcoïdes à cellules rondes, non tuberculoïdes, se rapprochant des lymphodermies néoplasiques.

Les sarcoïdes des trois premiers types paraissent, en majeure partie tout au moins, affecter d'étroites relations avec la tuberculose et l'on est en droit à ce titre de les faire rentrer dans les tuberculides.

Quant à celles du quatrième type leur nature infectieuse est probable, leur nature tuberculeuse n'est pas impossible, mais elles restent en réalité tout à fait énigmatiques. Les cas de cette catégorie exigeront de la part des observateurs une enquête approfondie au point de vue de leurs relations, d'une part avec des infections connues ou inconnues, d'autre part avec les maladies des organes hématopoïétique et lymphatique.

Les atrophies idiopathiques de la peau. — M. G. Thibierge (de Paris). Le cadre des atrophies appelées idiopathiques de la peau est un chapitre d'attente destiné à un démembrement complet. Il faut se garder d'y faire rentrer les vergetures qui sont dues à une simple destruction ou distension des fibres élastiques.

Les atrophies cutanées généralisées comprennent, outre des faits très rares, d'origine congénitale, dont la pathogénie est inconnue, les modifications régressives qui constituent l'atrophie sénile de la peau et, en outre, des types morbides très mal définis.

Parmi ceux ci, les plus fréquents, caractérisés par l'amincissement diffus du derme, qui a perdu son élasticité, par le plissement de l'épiderme et par la présence de veines très apparentes, succèdent à des placards érythémateux diffus et paraissent très voisins de l'érythromélie de Pick.

Les atrophies cutanées circonscrites ou en plaques forment un groupe encore plus complexe. Le type le plus connu et le plus anciennement différencié est décrit sous le nom d'hémiatrophie faciale progressive : son origine nerveuse est généralement admise.

D'autres types d'atrophie circonscrite de la peau appartiennent incontestablement au lupus érythémateux, au lichen, à la sclérodermie. Il y a entre la sclérodermie en plaques et l'atrophie cutanée d'étroites relations : l'atrophie cutanée tantôt coïncide avec des plaques de sclérodermie, tantôt leur succède *in situ*. Facilement explicable dans ce dernier cas, elle doit être considérée dans le premier comme la conséquence d'une sclérose périvasculaire insuffisante pour se révéler cliniquement, mais suffisante pour altérer la nutrition des tissus dermo-hypodermiques. De même, le lichen de Wilson peut se traduire, presque dès son début, par un processus atrophodermique. Ces différents faits sont faciles à reconnaître : éventuellement, la coexistence de lésions sclérodermiques ou lichéniennes de la peau ou des muqueuses en tous cas, la configuration des lésions, leur topographie, la coexistence fréquente du lilac ring, s'il s'agit de sclérodermie, le prurit au cas de lichen, les font au moins soupçonner.

D'autres faits appartiennent au lupus érythémateux : tels sont ceux décrits sous le nom d'atrophodermie érythémateuse ou plaques à progression excentrique, et la plupart de ceux décrits sous le nom d'atrophie maculeuse de la peau. Pour la plupart d'entre eux, la démonstration est donnée par le siège des lésions, par leur évolution, par leur structure histologique. Pour nombre d'autres faits, il faut admettre une relation avec la tuberculose et il y a lieu de décrire ces tuberculides atrophodermiques en plaques : les conditions de développement de l'affection, la coexistence de tuberculose viscérale le font soupçonner et la démonstration en peut être donnée et en doit être cherchée dans tous les

cas douteux, par l'injection de tuberculine et par l'inoculation aux animaux.

Il reste cependant encore des cas non classés, où l'atrophie a succédé à des taches érythémateuses plus ou moins étendues, plus ou moins persistantes, parfois très fugaces, et dont l'étiologie demeure incertaine. Ces derniers faits qui ne méritent pas non plus, à proprement parler, le nom d'atrophie cutanée idiopathique, puisque l'atrophie a été précédée de lésions macroscopiquement appréciables, doivent être étudiés de près. On se rappellera en leur présence que les lésions les plus diverses, la lèpre, la syphilis, les parasporiasis, etc., peuvent laisser après elles des altérations atrophiques d'intensité variable et que, avant d'admettre l'existence d'une atrophie idiopathique, il faut éliminer tous les processus atrophiques secondaires.

Fréquence de la sporotrichose de de Beurmann. Facilité de son diagnostic. Son importance pronostique et thérapeutique. — MM. de Beurmann, Gougerot et Vaucher (de Paris) montrent l'importance et la fréquence de la sporotrichose de de Beurmann, c'est-à-dire de la sporotrichose due au sporotrichum Beurmanni, et qui a été le sujet d'une Revue générale publiée ici (1).

L'emploi des rayons X en dermatologie. — M. Lenglet, dans son très intéressant rapport, étudie et critique avec une grande compétence les appareils de mesure, les notations actuellement usitées, dresse une sorte de bilan des principales inconnues de la radiothérapie et passe successivement en revue les dermatoses justiciables de ce mode de traitement seul ou associé à d'autres méthodes.

Du traitement des cancers profonds inopérables par le rayonnement ultra-pénétrant du radium. — M. Henri Dominici (de Paris). Cette méthode consiste à introduire dans la masse des tissus cancéreux des appareils creux contenant un sel de radium pur dont le rayonnement est filtré par un étui de métal dense, tel que l'or ou l'argent.

Parmi les résultats obtenus, M. Dominici note :

1° La disparition d'une tumeur maligne de la parotide, un lymphadénome ;

2° L'amélioration d'un sarcome inopérable du cou qui permit de pratiquer l'opération jusqu'alors impossible ;

3° La disparition d'un cancer de la parotide (épithéliome).

A ces résultats, s'ajoutent des améliorations concernant d'autres tumeurs malignes de nature et de siège variés, qui furent soignées dans les services de MM. Segond, Tuffier et Picqué.

Néanmoins, M. Dominici ne considère pas comme définitivement guéries celles même des tumeurs qui ont disparu depuis plusieurs mois. En effet, la guérison peut être compromise par la production de métastases; quand le processus métastatique fait défaut, la crainte des récidives persiste encore.

L'application du rayonnement ultra-pénétrant du radium au traitement de ces tumeurs a fourni deux résultats notables :

Elle a rendu opérables des néoplasmes inopérables;

Elle a supprimé ou atténué les troubles généraux ou les lésions locales des malades atteints de tumeurs devant lesquelles désarmait la chirurgie.

Le traitement des cancers de la peau et des muqueuses par le radium. — MM. Henri Dominici et Barcat (de Paris). Les premiers appareils employés en radiumthérapie étaient des récipients creux contenant un sel de radium à l'état pulvérulent; on leur préféra ultérieurement des appareils à sel fixé sur des supports de métal ou de toile, tout en conservant, de l'outillage primitif, des tubes de verre scellés renfermant un sel de radium à l'état meuble.

Ces appareils s'utilisent suivant deux méthodes :

La méthode du rayonnement global ;

La méthode du rayonnement ultra-pénétrant inventée, réglée par Dominici et exposée par lui au Congrès de médecine de Paris (oct. 1907).

La première méthode met en jeu la totalité du rayonnement des appareils, abstraction faite de la fraction de ce rayonnement qui est absorbée par une enveloppe de baudruche ou de caoutchouc mince, jouant simplement un rôle de protection à l'égard de l'appareil.

La deuxième méthode comporte l'usage du rayonnement ultra-pénétrant de Dominici, lequel est constitué par ceux des rayons du radium qui ont traversé des écrans de métaux denses (plomb, argent, or, platine...) de 4/10 de millimètres à plusieurs millimètres d'épaisseur.

La technique de Dominici diffère de celles qui étaient antérieurement en usage, en ce qui concerne *la qualité et l'intensité du rayonnement employé et la durée de la mise en jeu* de ce rayonnement.

L'*intensité* du rayonnement est considérablement atténuée, car elle est réduite de 99 p. 100 en moyenne par les écrans métalliques denses.

La *qualité* en est très spéciale, car le rayonnement n'est plus représenté que par une partie des rayons γ et une fraction extrêmement minime des rayons β; les autres rayons, les α, l'immense majorité des β et ceux des γ qui correspondent aux rayons X sont absorbés par les filtres métalliques.

La *durée* des applications est considérable et peut aller de vingt-quatre heures à plusieurs jours : elle compense l'atténuation de l'intensité du rayonnement.

Malgré sa longue durée, l'application est inoffensive pour la plupart des tissus normaux, parce qu'elle ne comporte que l'usage des rayons ultra-pénétrants. Ceux-ci, en raison de leur grande vitesse de propagation, sont absorbés en faible proportion, abandonnent peu d'énergie aux tissus et leur impriment un minimum d'altération tout en conservant une action curative remarquable à l'égard des tumeurs telles que les lymphadénomes, les sarcomes et de nombreux épithéliomes.

Les autres méthodes conviennent au traitement des cancers banals de la peau, mais la méthode du

(1) H. Gougerot. Formes cliniques de la sporothricose de de Beurmann, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n°s 44 et 47.

rayonnement ultra-pénétrant de Dominici s'applique d'une façon très particulière au traitement :

1° Des épithéliomas anfractueux et des épithéliomas infiltrants développés aux dépens de la peau;

2° Des épithéliomas de diverses muqueuses;

3° Des épithéliomas sous-cutanés et sous-muqueux qui doivent être traités de deux façons : *a.* par des applications externes ayant pour but d'influencer les tumeurs à travers les téguments sains sans altérer ceux-ci; *b.* par l'introduction dans les tumeurs de tubes contenant un sel de radium pur. C'est là le procédé de Morton, Abbe, Diffenbach, procédé que Dominici a modifié en entourant les tubes de verre d'un étui métallique continu (or ou argent) destiné à servir non seulement de support et d'armature, mais encore de filtre ne laissant passer que le rayonnement ultra-pénétrant.

A l'appui de ses communications, M. Dominici a montré une série fort remarquable et très remarquée de photographies montrant les diverses étapes et les résultats impressionnants du traitement des cancers par le radium.

Sur les progrès récents dans l'étude clinique de l'évolution de la syphilis. — M. H. Hallopeau (de Paris). L'intensité de la réaction qui caractérise le chancre, et la haute virulence des produits morbides, qui en émanent directement, y indiquent une *suractivité du treponema.* Elle appartient également aux adénopathies satellites. Les treponema émanés directement du chancre peuvent suivre différentes voies. Ce sont : *A.* Les lymphatiques qui les transmettent, sans ou avec lymphangite aux ganglions de voisinage. *B.* Les capillaires. *C.* Les intestins des tissus voisins, où souvent ils s'infiltrent de proche en proche. Ces derniers présentent un plus haut degré de virulence que ceux qui émanent secondairement des ganglions satellites doués d'une grande puissance d'atténuation. Il faut ranger parmi leurs manifestations ultravirulentes, la plupart des syphilomes secondaires de la vulve, du prépuce, du pourtour de l'anus. Lorsque les lymphatiques et les ganglions satellites sont stérilisés, l'infection a lieu exclusivement par la circulation sanguine et la roséole fait défaut; on peut dire qu'elle est fonction de l'adénopathie primitive. L'infection parasitaire généralisée n'a lieu qu'au début de la période secondaire; plus tard, les altérations se propagent exclusivement par intra ou extra-inoculations. *D.* Il se produit des modifications dans l'intensité virulente et le mode d'action des treponema et, par conséquent, dans la constitution intime des toxines qu'ils produisent : il faut donc une évolution intra-organique de ces parasites. L'action pathogénique des treponema a pour facteurs exclusifs les substances solubles qu'ils engendrent. Le treponema a, chez les divers sujets, des affinités pour certains tissus. Des affections secondaires se produisent sous l'influence de syphilomes et évoluent ensuite spontanément : ce sont des deutéropathies syphilitiques.

L'avortement de la syphilis par le traitement intensif et précoce. — M. Duhot (de Bruxelles), s'appuyant sur une expérience de quinze ans et sur une statistique de 208 cas de traitement abortif tenus en observation depuis deux à douze ans, affirme la possibilité d'enrayer définitivement l'évolution de la syphilis par un traitement mercuriel intensif et précoce qui supprime le tertiarisme.

Le traitement abortif doit être commencé avant le douzième jour qui suit l'éclosion du chancre. Cette limite ne reconnaît que 5 p. 100 d'échecs. L'auto-inoculation du chancre possible jusqu'au quinzième jour, le séro-diagnostic négatif avant cette date, le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien, confirment les données de l'auteur. Dans 35 cas où le séro-diagnostic fut fait à la suite du traitement abortif, il fut toujours négatif. Lorsque la cure est entreprise après le douzième jour, les résultats, quoique encore très encourageants, deviennent plus variables. Lorsque la roséole a pu se développer librement, l'on n'est jamais absolument certain d'éviter le tertiarisme.

L'auteur conseille comme traitement *adjuvant* l'ablation du chancre et la stérilisation de la région des ganglions satellites. Il conseille de laisser la plaie ouverte après l'exérèse du chancre et d'y appliquer journellement de la teinture d'iode; mais le traitement local seul, quel qu'il soit, ne peut être considéré comme abortif.

Il faut employer une méthode énergique capable de réaliser le traitement intensif. Les injections d'huile grise sont seules à la fois efficaces et pratiques. Il est faux qu'elles soient dangereuses. Les accidents sont dus à des erreurs de doses, ou à l'administration du médicament chez des cachectiques. Il faut bien connaître la méthode et sa technique et respecter les contre-indications. Une hygiène buccale très sévère doit être absolument exigée des malades, après mise en état de la bouche par un dentiste.

L'auteur conseille d'utiliser la méthode suivante : pour les sujets d'un *poids net* de 75 kilos, il faut utiliser l'injection de 14 centigrammes d'huile grise; pour ceux de 70 kilos, il faut utiliser deux injections de 14 centigrammes, puis 10 à 12 centigrammes; pour ceux de 65 kilos (P. N.) 9 à 10 centigrammes; et 7 centigrammes pour ceux de 60 kilos. Ces doses sont indiquées pour des adultes exempts de toute tare organique. La première cure est de quinze injections; vient ensuite un premier repos de deux mois, puis reprise de la cure à doses moindres : 11 à 12 centigrammes pour les sujets de 75 kilos; 9 à 10 centigrammes pour ceux de 70 kilos; 7 à 8 centigrammes pour ceux de 65 kilos et 7 centigrammes pour les sujets de 60 kilos. La seconde cure est de 8 à 10 piqûres suivant la tolérance individuelle. Vient un second repos de deux mois et demi; reprise d'une troisième cure de 8 piqûres aux doses de la seconde. Les repos suivants sont de trois mois et ainsi de suite pendant trois ans. Chaque cure doit être suivie d'un séro-diagnostic. Il faut ordonner deux litres de lait par jour avec suppression absolue de l'alcool et faire précéder toute piqûre d'une analyse d'urine pour prévoir les cas où il pourrait survenir de l'albumine. L'auteur croit qu'il est suffisant dans ces cas de traiter trois ans, et que deux ans

pourront suffire chez les malades ayant rigoureusement observé le traitement abortif. Il faut maintenir quatre ans chez les malades qui ont eu la roséole.

Action préventive du traitement mercuriel. — M. Lévy-Bing (de Paris). L'action du mercure sur la syphilis n'est pas seulement curative, mais aussi préventive :

1° Cette action préventive s'exerce, avec netteté et évidence, sur les manifestations de la période secondaire ;

2° Cette action préventive s'exerce d'une façon tout aussi manifeste sur la période tertiaire ;

3° Enfin, cette action préventive est encore moins discutable dans l'hérédité spécifique : le traitement antisyphilitique constitue par excellence, un correctif, un neutralisant de l'influence héréditaire de la vérole ;

4° Un argument d'ordre bactériologique peut être tiré de la manière dont le tréponème se trouve heureusement influencé par le traitement mercuriel, cette action immédiate donne le droit de prétendre qu'elle doit se prolonger au delà des périodes d'accidents, c'est-à-dire prévenir l'apparition possible de manifestations ultérieures.

Cette action préventive se manifeste, en règle générale, d'une manière d'autant plus efficace et d'autant plus complète, qu'on administre le traitement à une période plus rapprochée du début de l'infection, et qu'on le poursuit plus sévèrement pendant plusieurs années. Il faut donc diriger, systématiquement, la médication spécifique, non seulement contre les accidents, ce qui ne suffit pas, mais contre la diathèse avec, en perspective, le but de préserver l'avenir de l'individu et de l'espèce.

Note sur l'emploi des injections de sels mercuriels solubles dans le traitement intensif et précoce de la syphilis. — M. Carle (de Lyon). Le schéma du traitement est le suivant : commencer *de suite* par les injections de sels mercuriels *solubles*, benzoate ou biiodure de Hg donnés en injections intra-musculaires à la dose de 4 centigrammes tous les deux jours, jusqu'à 15 ou même 20 injections, avec surveillance attentive de la bouche et des urines. Renouveler des séries de 12 ou 15 injections séparées par des repos de vingt à trente jours pendant la première année. Puis continuer pendant la seconde année en espaçant les séries. On peut alors également employer l'huile grise ou les frictions, en quantités variables avec l'état du malade. A partir de la troisième année, faire un traitement de plus en plus atténué, une ou deux fois par an, combiné ou non avec le traitement ioduré.

Cette méthode précoce, intensive, et aussi préventive que possible, a donné à l'auteur des résultats qu'il résume ainsi :

a. Au cours de la période secondaire, disparition habituelle des accidents cutanés, névralgiques, céphaliques et génitaux. Atténuation des plaques muqueuses buccales, qui constituent souvent le seul symptôme de cette période.

b. Disparition complète des accidents tertiaires. Sur 428 cas traités par l'auteur depuis huit ans, dont 98 ayant dépassé la troisième année, 5 cas seulement ont présenté des accidents gommeux ou mutilants. Ces 5 cas rentrent d'ailleurs tous dans la classe des syphilis précoces malignes, avec manifestations ulcéreuses dans le cours de la première année, contre lesquels le mercure ne peut rien.

Les excellents résultats obtenus et surtout la disparition des accidents tertiaires permettent d'espérer la diminution des manifestations lointaines, question que l'avenir jugera.

Il semble acquis aujourd'hui, en France du moins, qu'une médication mercurielle précoce, intensive, et si possible hypodermique, doit être appliquée dès le début de la maladie, comme étant le meilleur gage de guérison pour l'avenir.

(*A suivre.*) FERNAND TRÉMOLIÈRES.

NOTES POUR L'INTERNAT

ALBUMINURIE

I. **LE SYMPTOME ALBUMINURIE.** — 1° Recherche de l'albumine vraie. — La *présence* de l'albumine sera recherchée pratiquement par les procédés classiques de l'acide azotique, de la chaleur (en milieu acide), du réactif de Tanret. La *quantité* varie depuis les traces non dosables à l'Esbach, jusqu'à 10 grammes et plus. La *nature* de l'albumine précipitable par la chaleur varie ; elle comprend surtout la *sérine* et la *globuline*, celle-ci précipitée par le sulfate de magnésie. Il existe aussi dans l'urine des *substances* albuminoïdes, non coagulables par la chaleur, telles que la *peptone*, qui précipite à froid par l'alcool absolu, la *propeptone* ou *albumose*, précipitée à froid par les acides, redissoute par la chaleur et qui s'observe surtout au cours des maladies osseuses (Bence Jones). Citons encore l'*albumine acéto-soluble* de Gouraud.

2° L'étude du syndrome urinaire doit compléter la recherche de l'albumine, c'est-à-dire qu'il faudra tenir compte de la quantité, de la couleur de l'urine émise, de sa teneur en azote, de sa toxicité, du résultat de l'épreuve du bleu de méthylène, du point cryoscopique, de l'examen microscopique (cellules, cylindres, microbes).

3° Enfin, les symptomes associés qui doivent tout d'abord être recherchés sont : les œdèmes, les signes urémiques, le syndrome cardio-vasculaire (bruit de galop, hypertension artérielle).

II. **SA PATHOGÉNIE.** — Le passage de l'albumine du sang dans l'urine a suscité de nombreuses théories, qui peuvent être ramenées aux trois suivantes :

1° Théorie de la dyscrasie, d'après laquelle l'albumine sanguine, modifiée dans sa quantité (Gubler) ou dans sa composition intime (Semmola, Jaccoud), traverse le filtre rénal. On peut ainsi expliquer les albuminuries au cours des maladies telles que le diabète, la goutte, la dilatation gastrique, les affections chroniques du foie ou du pancréas. Mais il faudrait pouvoir admettre que les lésions rénales sont secondaires à l'altération sanguine.

2° Théorie mécanique qui attribue l'albumine à un trouble dans les conditions physiologiques de la filtration rénale : on sait par l'expérimentation (expérience de Stokvis) que le *ralentissement* de la circulation dans le rein entraîne l'albuminurie. Or ce phénomène est réalisé au cours des cardiopathies chroniques, dans les affections déterminant un obstacle à l'excrétion urinaire, dans certaines lésions nerveuses traumatiques ou non (centre de l'albuminurie de Cl. Bernard). Cette théorie explique un certain nombre de faits, mais beaucoup lui échappent et en outre elle ne montre pas *comment* le ralentissement de la circulation cause le passage de l'albumine. Aussi faut-il invoquer une lésion rénale, d'où la théorie suivante.

3° Théorie organique, supposant une altération glomérulaire ou tubulaire. Il y a un premier groupe de faits où la lésion est évidente : dans les intoxications, les infections ai-

guës ou chroniques, où l'on trouve les lésions types de la néphrite à prédominance épithéliale, qui peuvent être reproduites par l'expérimentation, et un second groupe où les lésions ne sont pas évidentes et pour lequel la notion de l'*osmo-nocivité*, introduite par Castaigne et Rathery, permet de comprendre les défaillances passagères du filtre rénal. Enfin il est nécessaire de faire intervenir aussi la notion de la prédisposition héréditaire, ou de la *débilité rénale*, sur laquelle nous reviendrons à propos de certaines variétés étiologiques d'albuminurie.

III. **Ses variétés étiologiques.** — 1° Dans les maladies infectieuses aiguës. — On peut distinguer :

a. L'albuminurie légère, transitoire du début;

b. L'albuminurie de la période d'état et de la convalescence, plus importante et plus persistante ;

c. L'albuminurie grave, de la forme dite *rénale* des maladies aiguës, véritable néphrite aiguë.

Ces trois variétés peuvent s'observer au cours de la diphtérie (souvent associée à la paralysie), des fièvres éruptives (particulièrement grave dans la scarlatine), de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, du rhumatisme aigu, de la grippe, etc.

2° Dans les maladies infectieuses chroniques. — *a*. dans la *syphilis*, il y a une albuminurie *secondaire* légère, associée aux autres symptômes généraux (fièvre, roséole), une albuminurie grave (néphrite secondaire aiguë) et une albuminurie *tertiaire*, liée à la néphrite scléreuse ou scléro-gommeuse, ou à la dégénérescence amyloïde, enfin une albuminurie relevant de l'hérédo-syphilis (Talamon).

b. Dans la *tuberculose*, on peut décrire : α. une albuminurie *prétuberculeuse* (J. Teissier), albuminurie prémonitoire, existant souvent plusieurs mois avant toute localisation appréciable, chez des sujets jeunes ; elle est intermittente, cyclique, matinale, peu abondante ; β. l'albuminurie *de la période d'état*, fréquente (1 fois sur 2 d'après Talamon) par néphrite subaiguë diffuse, par néphrite folliculeuse (v. Jousset), par néphrite purulente ; γ. une albuminurie *terminale*, intense et permanente, due à l'amyloïde ;

c. Dans l'*impaludisme*, l'albuminurie apparaît ordinairement après l'accès, ou par crise paroxystique ou au cours de la néphrite paludique (Kelsch et Kiener).

3° Dans les intoxications exogènes et endogènes. — a. *Intoxications exogènes*. — Elles provoquent une néphrite aiguë ou chronique (néphrite glomérulaire, dégénérescence graisseuse, sclérose), suivant la dose et la durée de l'action de l'agent toxique : cantharide, plomb, mercure, phosphore, arsenic, etc.

b. *Intoxications endogènes* d'origine : *digestive* (dilatations gastriques, entérites, ictères), *cutanée* (dermatoses, lésions de la peau), *sanguine* ou *glandulaire* (goutte, chlorose, diabète).

4° Dans la grossesse. — On distingue l'albuminurie *gravidique* (due à une lésion antérieure du rein pour Talamon) qui s'observe surtout chez les primipares, peut s'accompagner d'œdème, de troubles de la vue, d'accidents éclamptiques ; l'albuminurie *du travail* et l'albuminurie *post-partum*.

5° Au cours des cardiopathies, l'albuminurie faisant partie du syndrome urinaire de l'asystolie.

6° Au cours de certaines affections nerveuses : hémorragie cérébrale, tumeurs de l'encéphale, névralgies, épilepsie, chorée, maladie de Basedow.

7° Dans les néphrites. Ici nous retrouvons un grand nombre des causes signalées dans les paragraphes précédents, mais on ne retrouve pas toujours une étiologie certaine à l'albuminurie : la néphrite peut être dite *primitive*; on peut, à cet égard, diviser les néphrites en trois groupes :

a. Les *néphrites chroniques*, ou mal de Bright, néphrites albumineuses chroniques, répondant à trois types anatomiques principaux : α. le *gros rein blanc*, ou néphrite diffuse à prédominance épithéliale, caractérisée cliniquement par les urines troubles, rares, denses, contenant des cylindres, avec 5 à 8 grammes d'albumine, qui est formée de sérine et de globuline ; β. le *petit rein rouge*, ou néphrite interstitielle ; les urines sont très abondantes, pâles, très peu albumineuses ; elles contiennent de la sérine ; γ. enfin le rein *amyloïde*, où l'albuminurie (globuline) est très abondante et permanente ; il existe ordinairement des signes de dégénérescence amyloïde d'autres organes (foie, rate).

b. Les *néphrites aiguës*, dont le type est la néphrite dite a frigore (oligurie, albuminurie, hématurie, hémoglobinurie).

c. Les *néphrites légères*, dans lesquelles on peut faire rentrer certains faits considérés comme non pathologiques par quelques auteurs : les albuminuries dites *fonctionnelles* et physiologiques.

α. Albuminurie *par surmenage* (ancienne albuminurie dite physiologique), albuminurie de fatigue de J. Teissier;

β. Albuminurie *gastro-intestinale*, survenant après un repas copieux, ou chez des gastriques ;

γ. Albuminurie d'origine *hépatique*, rentrant peut-être dans le groupe précédent, ou d'origine infectieuse ; albuminurie des *cholémiques* (Gilbert et Lereboullet);

δ. Albuminurie *a minima* (Lécorché et Talamon), albuminurie persistante et très légère, se montrant chez des sujets âgés (albuminurie sénile);

ε. Albuminurie *cyclique de Pavy*, décelable l'après-midi, relevant de l'hérédité goutteuse pour J. Teissier; peut-être d'origine cholémique ;

ζ. Albuminurie *orthostatique*, ne survenant que lorsque le sujet est resté debout.

Toutes ces variétés supposent en réalité une atteinte légère de l'épithélium rénal, sinon acquise, au moins congénitale et peuvent s'expliquer par la notion de la prédisposition héréditaire, par la connaissance des faits de transmission de lésions rénales de la mère au fœtus (Castaigne), que résume l'expression de *débilité rénale*.

Les **pronostic et traitement** varient trop suivant chaque modalité étiologique pour qu'on puisse les ramener à des règles générales. On peut toutefois distinguer des albuminuries graves et des albuminuries curables, représentées par ces dernières. Aux unes comme aux autres, convient, comme élément thérapeutique principal, le régime déchloruré.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 112. — SAMEDI 2 OCTOBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 2 OCTOBRE 1909. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 29 septembre 1909. — Question donnée : « Configuration externe et rapports de l'estomac. »

MM. Faugeron, 9; Dugué, 14; Mlle Goldenfann, 13; MM. Durand (Marcel), 3; Duvelleroy, 16; Eirard, 14; Fumet, 19; Froment, 2; Gallois et Gourvitch, 14; Durand (René), 9; Gauchon et Dombrowski, 12; Dom, 9; Doumenge, 13; Gras, 12; Gourcerol, 11; Fresney, 1; Grisoni, 8; Guennou, 11.

Séance du 30 septembre. — Question donnée : « Nerf médian (tronc et branches), racines exceptées. »

MM. Fortineau, 11; Frémond, 8; Grigaut, 15; Dupuy (Henri), 16; Gibert, 13; Grémeaux, 11; Guibert, 14; Mlle Halberstadt, 16; MM. Haddad, 18; Fauconnier, 8; Gros, 13; Fontaine (Lucien), 14; Fleurot et Guyot, 10; Dupuy (Lucien), 16; Gustin, 11; Guillouet, 10; Guillemet, 13; Dubois (François), 10.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision du 29 septembre 1909 :

M. le médecin principal de première classe Landriau, adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, est nommé directeur du service de santé du 17e corps d'armée.

M. le médecin principal de première classe Labit, médecin chef de l'hôpital militaire de Lille, est nommé adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 29 septembre 1909, ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de première classe retraité Branzon-Bourgogne.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe démissionnaires Hermant et Dodier.

MARINE. — MM. les médecins de deuxième classe Bellot (du port de Cherbourg) et Le Berre sont autorisés à prendre part au concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie qui doit s'ouvrir à Brest le 4 octobre 1909.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. Blanchard, médecin-major de deuxième classe au régiment de sapeurs-pompiers; Duchêne-Marullaz, médecin chef de l'hôpital militaire de Bou-Saâda.

— Une médaille de vermeil est accordée à M. le médecin-major de deuxième classe Spindler.

— Il a été attribué pour services exceptionnels rendus à l'assistance publique les récompenses ci-après :

Médaille d'argent. — M. le docteur Bruesse (de Roubaix).

Médaille de bronze. — M. le docteur Oui (de Lille).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-huitième semaine, 720 décès, au lieu de 774 pendant la semaine précédente et au lieu de 775, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole a causé 7 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 45, au lieu de 53 précédemment (moyenne 42).

La coqueluche a causé 6 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 5).

La diphtérie a causé 4 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 28, au lieu de 23 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

La diarrhée infantile a causé 45 décès de 0 à 1 an, au lieu de 49 pendant la semaine précédente (moyenne 59).

En outre, 13 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 72 décès, au lieu de 85 pendant la semaine précédente (moyenne 81).

La phtisie pulmonaire a causé 167 décès (moyenne 177).

Il a été signalé 2 nouveaux cas de méningite cérébro-spinale épidémique; pas de décès.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA PSOÏTIS (2)

Par Maurice VERDUN,
Interne des hôpitaux de Paris.

VII

Formes cliniques. — A côté de la forme habituelle qui évolue en deux à six semaines, on pourra décrire des formes cliniques dont l'évolution est très différente.

Les unes, *formes suraiguës*, sont caractérisées par l'extrême gravité des phénomènes généraux dès les premiers jours de la maladie : fièvre très élevée et continue, grands frissons, diarrhée fétide et vomissements, facies plombé, état d'adynamie extrême, délire et phénomènes d'excitation nerveuse, accidents hémorragiques rappellent le tableau des formes graves de la fièvre typhoïde.

La mort survient d'une façon fatale dans un délai de quelques jours. Ainsi le malade de Dance mourut au douzième jour. Dans le cas de Jean Roger, la mort survint exactement six jours après le début des accidents.

Les autres formes, *formes bénignes*, à évolution *subaiguë*, sont au contraire remarquables par l'atténuation de tous les symptômes et la lenteur de leur évolution.

Elles ont été particulièrement étudiées par M. Morestin et par Besson (de Lille) qui en ont rapporté de beaux exemples.

Il s'agissait dans leurs observations de psoïtis post-puerpérales. Après des suites de couches pathologiques, les malades s'étaient relevées et avaient repris leurs occupations et ce n'est que quinze jours, un mois et même six semaines après l'accouchement que la cuisse se plaça dans l'attitude caractéristique.

Cependant, l'état général restait relativement satisfaisant, la température ne dépassait pas 38 degrés et les signes locaux se réduisaient à quelques douleurs dans la fosse iliaque et la racine de la cuisse, rapidement calmées par le repos. L'exploration la plus minutieuse, outre qu'elle ne révélait aucune lésion génitale (sauf dans un cas où Besson diagnostiqua une salpingite) donnait seulement un peu d'empâtement dans le fond de la fosse iliaque.

Et cela pendant deux, trois, quatre et même six mois sans qu'il survînt aucun changement. Les deux malades de Besson avaient fini par se relever pour tenter la reprise de leurs occupations et se présentèrent à son examen avec l'aspect de véritables coxalgiques. Le membre inférieur atteint (du côté gauche dans les deux cas) était maintenu en flexion permanente. L'une des malades présentait en outre de l'abduction, l'autre de l'adduction comme à la seconde période de la coxo-tuberculose. Chez cette dernière on notait une ascension de l'épine iliaque antéro-supérieure avec un allongement apparent du membre à la mensuration. Toutes deux présentaient une ankylose complète de l'articulation avec gonflement de la racine de la cuisse qui prenait l'apparence dite « en gigot » ; enfin, une atrophie marquée de tous les muscles du membre inférieur. Il n'y avait par contre aucun des points douloureux de la coxalgie ni de la sciatique.

Toutes ces malades finirent par guérir après un temps plus ou moins long, deux d'entre elles sans intervention par la seule immobilisation, les deux autres après l'évacuation relativement tardive d'un volumineux abcès qui siégeait une fois en dehors de la gaine du psoas, l'autre fois dans la loge même du muscle. Dans ce dernier cas, il s'agissait donc bien d'une psoïte suppurée bénigne. Dans le précédent, la psoïte était secondaire à un phlegmon abdomino-pelvien.

Dans les deux premiers enfin, il s'agissait de myosite simple non suppurée. On en peut rapprocher un cas cité par le professeur Le Dentu dans l'une de ses cliniques : il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans qui fut pris, à la suite d'un effort, de douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche avec rétraction de la cuisse en même temps que se manifestait un mouvement fébrile allant jusqu'à 38 et 39 degrés. Cependant cet état resta stationnaire pendant seize jours, sans qu'aucun signe physique permît de révéler la formation d'une collection purulente. A ce moment survint une détente de tous les accidents jusqu'à guérison spontanée, rapide et définitive.

On pourrait se demander s'il ne s'agissait point là de simple contracture réflexe sans myosite, analogue à celle que l'on observe quelquefois au cours de l'appendicite (particulièrement chez l'enfant) ou au cours des affections utéro-annexielles,

En l'absence de constatations histologiques précises, il semble difficile de se prononcer, néanmoins le mouvement fébrile qui accompagne ces formes bénignes permet à bon droit de supposer une infection, et l'absence de tout autre signe de localisation oblige à la rapporter à l'inflammation du psoas.

Il semble donc légitime de décrire des formes bénignes de psoïtis caractérisées par leur début souvent tardif, leur évolution lente, subaiguë, révélée surtout par la contracture du psoas, enfin leur résolution possible sans suppuration.

VIII

Pronostic. — Le pronostic sera donc variable suivant les cas, et nous ne pouvons plus le considérer avec les anciens auteurs comme presque uniformément fatal.

Il y a des psoïtes non suppurées, susceptibles de guérir spontanément. Il en est d'autres qui « ne demandent qu'à guérir » par l'intervention chirurgicale la plus simple ; il en est une dernière catégorie, comportant des cas chaque jour moins nombreux, dont la marche fatale ne peut être enrayée par aucune thérapeutique.

Le pronostic de la psoïtis laissée à son évolution

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 109, p. 1363.

spontanée est assurément *grave*, mais ce qu'il faut savoir, c'est que, dans la grande majorité des cas, l'évolution est assez lente pour que l'on ait le temps d'intervenir utilement si l'on a seulement su porter un diagnostic précoce.

IX

Diagnostic. — Le *diagnostic positif* s'appuiera surtout sur l'attitude caractéristique du membre inférieur avec limitation des seuls mouvements d'extension, la recherche des points douloureux et en particulier du point trochantinien de Gangolphe, enfin sur l'empâtement douloureux de la fosse iliaque, de la racine de la cuisse et de la région lombaire.

Le *diagnostic différentiel* se présentera dans des conditions un peu différentes, suivant que l'on aura affaire à une forme suraiguë, aiguë ou subaiguë.

Dans le cas de *psoïtis suraiguë*, à évolution rapide et grave, le malade se présente dans un état typhoïde et l'on doit éviter de confondre la psoïtis avec la *dothiénentérie* ou encore avec certaines formes de méningite. On portera parfois le diagnostic, incomplet, de *septicémie*. Seule la recherche des signes locaux permettra de préciser quel est le foyer principal de l'infection.

Dans les *cas aigus*, on pourra penser tout d'abord à quelque *affection ostéo-articulaire de la hanche ou du bassin*.

On y trouve en effet les mêmes symptômes généraux, les mêmes douleurs, la même impotence fonctionnelle du membre inférieur atteint.

Pourtant, s'il s'agit d'*arthrite aiguë suppurée de la hanche*, le début sera généralement plus rapide et plus dramatique; l'attitude prise par la cuisse ne sera pas toujours conforme au type décrit pour la psoïtis, on trouvera une limitation beaucoup plus étroite de tous les mouvements de la hanche et non pas seulement des mouvements d'extension. La pression sur le grand trochanter sera douloureuse alors qu'elle est indolente dans la psoïtis. Enfin la racine de la cuisse sera le siège d'une tuméfaction à la fois plus précoce et plus étendue. Ajoutons qu'on l'observe surtout chez les jeunes enfants comme complication de l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur ou encore de l'os coxal. Dans ce dernier cas, on trouverait en outre des lésions étendues du côté du petit bassin.

Chez l'adulte il s'agit plutôt d'*arthrite aiguë rhumatismale*. Mais alors les symptômes s'amendent rapidement, en même temps que l'on constate la reprise des accidents au niveau d'une autre jointure.

Il en serait de même pour l'*arthrite rhumatismale de l'articulation sacro-iliaque*. En outre on trouverait le maximum de la douleur au niveau de l'interligne articulaire. On pourrait encore la provoquer indirectement par pression sur les deux ailes iliaques (signe d'Ericksen).

Quant à l'*ostéomyélite marginale aiguë de l'os iliaque* que l'on voit survenir chez les adolescents (Gouilloud), elle se complique presque fatalement de psoïtis et ne saurait s'en distinguer que par la présence en un point quelconque de la crête d'un empâtement limité et spécialement douloureux.

Il en sera de même pour l'*ostéomyélite* aiguë, d'ailleurs exceptionnelle, des *vertèbres lombaires*.

Beaucoup plus fréquemment, l'hésitation portera sur les *affections inflammatoires de l'appendice ou des annexes de l'utérus*, que nous avons vues, d'ailleurs, tenir une place si importante dans l'étiologie de la psoïtis.

Les symptômes généraux sont les mêmes, le malade accuse dans les deux cas des douleurs vives dans le bassin ou la fosse iliaque droite avec irradiations crurales et lombaires. La flexion de la cuisse sur le bassin peut s'y observer à titre de symptôme accessoire et l'on comprend les réelles difficultés que peut présenter un diagnostic précoce. Pourtant, l'importance des troubles digestifs (vomissements, hoquet, constipation, etc.) fera penser davantage à l'appendicite ou aux affections annexielles. C'est que, dans ces cas, il y a toujours une vive réaction péritonéale qui se traduit encore à l'examen par de l'hyperesthésie cutanée et de la défense de la paroi. En outre, on trouvera une douleur plus nettement limitée soit au point de Mac Burney, soit au niveau des culs-de-sac vaginaux.

S'il s'agit au contraire de psoïtis vraie, il n'y aura que peu ou point de réaction péritonéale, on rencontrera le plus souvent une paroi abdominale antérieure réellement souple, on n'obtiendra de la douleur que par une palpation profonde de la fosse iliaque et de la fosse lombaire. Par contre on la trouvera plus vive au niveau même du pli de l'aine dans son tiers externe, au-dessous et en dehors du point de Mac Burney. On la réveillera également par la pression dans le triangle de Scarpa en dehors des vaisseaux fémoraux ou encore au niveau du petit trochanter.

D'autres fois enfin on la trouvera prédominante dans la région lombaire et l'on pourrait penser plutôt au *phlegmon périnéphrétique*. Dans ce dernier cas, l'analyse des urines pourra fournir des renseignements importants sur l'état du rein et trancher ainsi le diagnostic.

Avant l'apparition d'une collection phlegmoneuse, la localisation exacte des lésions pourra donc présenter de sérieuses difficultés. Mais, lorsque le pus s'est collecté dans la loge du psoas, ce diagnostic devient beaucoup plus facile.

On évitera toutefois de confondre avec le phlegmon sous-aponévrotique les *abcès enkystés péri-appendiculaires*, ou encore les phlegmons sous-péritonéaux du ligament large avec *phlegmon iliaque* consécutif.

Ces variétés de « tumeurs phlegmoneuses » abdomino-pelviennes évoluent plus rapidement vers la paroi. Elles l'empâtent de façon précoce en constituant un véritable « plastron ». Restant limitées à la cavité abdominale et au bassin, elles pointent en avant et ne se propagent guère vers les lombes ni la racine de la cuisse.

Elles ne rappellent donc pas la tumeur fusiforme, obliquement allongée suivant la direction du psoas que l'on sent par une palpation profonde dans les cas de phlegmon sous-aponévrotique, tumeur où l'on détermine parfois la fluctuation de part et d'autre du ligament de Poupart en renvoyant à travers le

canal iliaque de Velpeau le pus collecté dans la fosse iliaque vers le triangle de Scarpa et inversement.

Enfin l'absence de tout empâtement du côté de l'abdomen permettra de distinguer facilement l'*abcès* de la loge du psoas de l'*hygroma suppuré de sa bourse séreuse* ou de toute autre *collection phlegmoneuse de la racine de la cuisse*.

Il ne reste plus dès lors à éliminer que les autres affections développées dans la loge même du muscle : les abcès froids, les hématomes, les tumeurs.

Les *abcès froids* évoluent beaucoup plus lentement et sans occasionner de réaction fébrile marquée. On devra dans les cas douteux rechercher les autres signes de la tuberculose vertébrale par l'exploration méthodique de la colonne rachidienne.

L'*hématome du psoas*, autrefois signalé par Virchow surviendrait d'une façon assez brusque au cours ou au déclin d'une maladie infectieuse (particulièrement la fièvre typhoïde) donnant lieu aux mêmes signes locaux que ceux de la psoïtis. Mais, outre que ces épanchements sanguins paraissent d'une extrême rareté, ils sont susceptibles de suppurer secondairement et deviennent alors passibles du même traitement que le phlegmon sous-aponévrotique.

Quant aux *tumeurs* développées dans la gaine musculaire (*kystes hydatiques* suppurés ou non, *sarcomes* pouvant subir la dégénérescence hémato-kystique particulièrement chez les jeunes enfants, etc.), leur évolution est généralement plus lente, leur consistance plus dure, les troubles fonctionnels qu'ils provoquent moins caractéristiques. Le diagnostic en restera d'ailleurs, vu leur extrême rareté, fréquemment indéterminé jusqu'à l'incision chirurgicale.

Les formes *subaiguës*, bénignes, de la psoïtis, simulent particulièrement les *affections chroniques de la hanche*.

Il faudra donc éviter surtout de les confondre avec la *coxalgie*. Dans cette dernière on trouvera toujours une limitation plus précoce et plus complète de tous les mouvements de la cuisse et en particulier du mouvement d'abduction qui reste possible dans la psoïtis. En outre, les points douloureux ne sont pas les mêmes, l'impotence fonctionnelle est plus accusée. Le pied qui repose à plat dans le cas de psoïtis ne touche le sol que par sa pointe chez les coxalgiques (Dolbeau, Marcano, Vincent). L'état général est plus profondément atteint. On devra tenir compte également des antécédents et rechercher au besoin la réaction d'épreuve à la tuberculine.

Il faudra, d'autre part, éviter de méconnaître un de ces cas de psoïtes bénignes en mettant sur le compte d'un *lumbago* ou d'une *névralgie du plexus lombaire* les douleurs qu'elles provoquent, ou bien encore en rapportant à l'*hystérie* la rétraction permanente de la cuisse sur le bassin.

Dans les cas douteux, où l'absence de fièvre pourrait induire en erreur, il serait bon de pratiquer un examen de la formule leucocytaire qui démontrerait, par une réaction polynucléaire, la nature inflammatoire de l'affection.

Pour être complet, le diagnostic devra s'attacher à déterminer la *cause* de la psoïte. Ce que nous avons dit de l'étiologie nous permet d'être bref sur ce point. Nous rappellerons seulement qu'en l'absence de traumatismes directs, la grande majorité des psoïtes droites doivent être tenues pour des appendicites et traitées comme telles.

Pour les autres, où l'appendice ne saurait être mis en cause, elles doivent faire supposer et rechercher des lésions utéro-annexielles ou encore des lésions du squelette environnant. Ce n'est qu'après un examen négatif de ces différents organes que l'on pourra conclure à une myosite primitive du psoas.

X

Traitement. — Le traitement est un peu différent dans les formes bénignes et dans les formes graves.

La *forme bénigne* peut en effet guérir par la *simple immobilisation*. Au début on placera donc le malade au repos complet avec un appareil à extension continue dont on augmentera progressivement les poids. Après un temps variable on lui permettra la marche avec un appareil silicaté destiné à empêcher la reproduction de l'attitude vicieuse (Besson). Cet appareil, qui soutient également le membre et prévient le réveil de l'inflammation, sera levé au bout de quelques semaines. S'il persiste alors un peu d'atrophie des muscles et de raideur articulaire, on y remédiera par le massage et l'électrothérapie.

Dans les *formes aiguës*, un tel traitement n'est plus de mise. Personne ne soumet plus, comme le conseillait Dolbeau, les malades atteints de psoïtis à l'immobilisation systématique sous un appareil plâtré appliqué dès les premiers jours. Sans doute, on peut encore, au début de la maladie, tenter d'enrayer les accidents par le repos au lit et l'usage des résolutifs locaux. On pourra même appliquer, prudemment et à condition de ne point provoquer de trop vives douleurs, un appareil à extension continue. On s'occupera pendant ce temps de soigner l'état général et de remonter les forces du malade, mais, surtout, il faudra surveiller l'évolution des symptômes locaux et se tenir prêt à intervenir dès que le pus sera collecté. Il importe, avant tout, d'ouvrir le plus tôt possible le foyer purulent et d'en assurer le drainage. Ainsi le *traitement de la psoïte suppurée est-il essentiellement chirurgical*.

L'intervention est indiquée dès que l'on a constaté la présence du pus dans la loge du psoas.

Elle nécessitera le plus souvent l'emploi du chloroforme bien que quelques chirurgiens aient opéré leurs débridements sous l'anesthésie cocaïnique.

L'ouverture du foyer se fera soit au thermocautère, soit au bistouri.

Plusieurs *lieux d'élection* s'offrent à l'opérateur :

L'incision peut se faire par la *voie lombaire* à travers l'aponévrose du transverse et le carré des lombes, comme pour les phlegmons périnéphrétiques. On atteint ainsi la partie supérieure du psoas.

Pour atteindre sa partie moyenne ainsi que le muscle iliaque, on peut soit traverser simplement la paroi abdominale antéro-latérale, soit pratiquer la trépanation du bassin à travers la fosse iliaque externe.

Cette dernière voie, *transiliaque*, avait été préconisée dès longtemps par Percy, puis par Ollier pour l'ouverture de certains phlegmons de la cavité abdominale. Gangolphe, le premier, l'utilisa pour la psoïtis suppurée. Condamin, l'un de ses élèves, donna pour lieu d'élection de cette trépanation le milieu d'une ligne droite réunissant les deux épines iliaques supérieures. Ce point, où l'os coxal se trouve généralement très aminci, répond à la position la plus déclive de la fosse iliaque. Il serait ainsi préférable à celui que Weiss avait préconisé sur le milieu d'une ligne unissant l'épine iliaque postéro-supérieure au sommet du grand trochanter. Le point de Weiss correspondrait en outre à une portion relativement épaisse de l'os coxal et répondrait à l'interstice qui sépare le psoas de l'iliaque, ce qui, d'après Condamin, expose à la diffusion de l'infection qui pouvait primitivement se trouver limitée à l'une ou l'autre des deux masses musculaires.

L'*incision directe de la paroi abdominale* est d'ailleurs beaucoup plus employée. Elle peut se pratiquer tout le long de la crête iliaque à travers les attaches coxales des muscles larges de l'abdomen. On peut même la prolonger jusqu'à la moitié de l'arcade crurale et beaucoup d'opérateurs utilisent la même ligne d'incision curviligne que pour la ligature de l'artère iliaque externe. Après section des muscles, le péritoine est décollé et soulevé prudemment et l'on tombe directement sur le fascia iliaca qui peut être largement débridé.

On peut aborder encore la loge du psoas dans sa portion crurale. L'une des meilleures incisions s'étend verticalement sur toute la hauteur du triangle de Scarpa, en dehors des vaisseaux fémoraux. Enfin, Gangolphe a vivement préconisé des débridements du côté du petit trochanter et à la partie postérieure de la cuisse.

Beaucoup d'auteurs ont discuté la question de savoir laquelle de ces voies d'accès doit être préférée.

Pour le drainage dans la position horizontale du malade, il semble que la voie lombaire soit préférable à la voie transiliaque de Gangolphe. Pourtant la plupart des chirurgiens emploient les incisions directes à travers la paroi abdominale et les incisions crurales.

C'est que la condition essentielle d'un bon drainage n'est pas tant la déclivité que l'étendue même des débridements. On sait avec quelle facilité se drainent et se comblent les abcès péri-appendiculaires dont l'ouverture est pourtant toujours « au plafond ».

De même, un foyer de psoïtis pourra se drainer parfaitement par la paroi abdominale antérieure ou par la cuisse.

Mais il faudra savoir *prolonger les incisions*, *multiplier les débridements*. Ainsi pourra-t-on associer la voie lombaire et la voie abdomino-crurale à travers toute la fosse iliaque où seront passés des drains de gros calibre.

Cette méthode des débridements multiples a donné les plus beaux succès.

Après l'opération, il sera bon de pratiquer de grands lavages antiseptiques qui seront répétés à chaque pansement jusqu'à ce que tarisse l'écoulement purulent.

Les plaies ne tarderont pas dès lors à se fermer. En cas de fistulisation, la dilatation ou la réouverture de la cicatrice suffiront en général à assurer la réunion définitive.

Les *suites opératoires* sont donc en général fort simples.

Quant à la *guérison fonctionnelle*, on s'efforcera de la hâter par l'emploi de l'appareil à extension continue appliqué dès que la suppuration commence à diminuer, par le *lever précoce*, puis, au besoin, par le *massage* et l'*électricité*.

Enfin, on ne devra jamais oublier que certaines psoïtis ne sont que des appendicites larvées ou des ostéomyélites méconnues. Dès lors, après la guérison, il convient, surtout en présence de fistules intestinales ou ostéopathiques, de *pratiquer secondairement*, à froid, la *résection de l'appendice* ou la *recherche d'un séquestre*.

Ainsi atteindra-t-on la cause première de tous les accidents et on en préviendra définitivement le retour.

En résumé, trois grandes règles dominent tout le traitement de cette grave maladie : savoir débrider d'une façon précoce, le faire largement et par des incisions multiples, enfin rechercher toujours l'origine de l'infection et la traiter secondairement.

BIBLIOGRAPHIE

BESSON. Du psoïtis secondaire à évolution tardive d'origine infectieuse puerpérale, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1903, t. I, p. 193. — BLANC et VITANT. Note sur un cas de psoïtis suppurée d'origine appendiculaire, *Loire méd.*, Saint-Etienne 1900, t. XIX, p. 205-212. — BRUNON. *De la myosite infectieuse primitive*, Th. de Paris, 1888.

CHASSAIGNAC. *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, t. II, 1850, p. 273. — CONDAMIN. *Trépanation du bassin comme traitement de la psoïte*, Th. de Lyon, 1888. — CORNIL et RANVIER. Des myosites infectieuses (Durante), *Manuel d'histologie pathologique*, t. II. — COSTE (L.-R.). *Etudes sur quelques cas d'hématomes de la fosse iliaque droite ayant simulé l'appendicite*, Th. de Paris, 1900. — COSTE (A.). Psoïtis simulant une appendicite, *Arch. de méd. et de pharm. mil.*, Paris 1905, t. XIV, p. 1063-1065. — COURAUD. *Psoïtis et appendicite*, Th. de Lyon, 1894-1895. — COURVOISIER. *Du psoïtis*, Th. de Paris, 1853.

DANCE. Mémoire sur l'odeur fétide et stercorale de certains abcès de la paroi abdominale, *Arch. gén. de méd.*, t. XXX. — DELBET (Paul). Ilio-psoïte appendiculaire, *Progrès méd.*, 15 déc. 1902. — DELBET (Pierre). *Des suppurations pelviennes chez la femme*, Paris 1891, p. 173-236. — DONIUS. *Psoïtis actinomycosique*, Th. de Lyon, 1904-1905. — DURVILLE. *L'hygroma de la bourse séreuse du psoas*, Th. de Paris, 1895.

FERRAND. *Du psoïtis*, Th. de Paris, 1851.

GANGOLPHE. De la trépanation du bassin dans la psoïte suppurée, *Revue de chir.*, 1889, p. 241 ; — De l'attitude du membre inférieur dans la psoïte suppurée. De sa signification pronostique, *Lyon méd.*, 1890, t. LXII, p. 393; — Psoïtis et appendicite, *Lyon méd.*, 1894, t. LXXVI, p. 582 ; — Psoïte par traumatisme direct, *Lyon méd.*, 1897, t. LXXXIV, p. 125. — GLEIZE. Psoïtis double suppurée, *Arch. de méd. et de pharm. mil.*, 1894, t. XXIV, p. 316-321. — GOSSELIN. Abcès du psoas avec décollement épiphysaire spontané, *Gaz. des hôpit.*, 1879, p. 569. — GRIFFAULT et MOREAU. Sur un cas de

psoïtis, *Poitou méd.*, Poitiers 1897, t. XI, p. 78-83. — GRIFFITH. *Saint-Barthol. hosp. Reports*, 1880, t. XVI, p. 285. — LARDENNOIS (H.). Du psoïtis. Pronostic et traitement d'après trois observations personnelles, *Union méd. du Nord-Est*, Reims 1901, t. XXIV, pp. 1-6; — Ilio-psoïte appendiculaire, *Congrès de chir.*, Paris 1907, p. 362. — LECLERC. Psoïte aiguë suppurée, *Anjou méd.*, Angers 1898, pp. 142-152. — LE DENTU. Des myosites infectieuses, in *Cliniques chirurgicales de l'hôpital Necker*, Paris 1904, p. 231. — LEPLAT. Arthrite sacro-iliaque, psoïte suppurée, infection purulente. Mort. Autopsie, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1889, t. II, pp. 89-91. — LESTIBOUDOIS. Th. de Paris, 1819. — LEUDET. *Arch. gén. de méd.*, 1859, t. XIV, p. 319. — LIBOUROUX. Nouveau traitement du psoïtis et des abcès pelviens par le drainage trans-iliaque, *Arch. prov. de chir.*, 1892, t. I, pp. 259-267. — LYOT. Art. PSOÏTIS, in *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet, 1896.

MAUJOL. *Du psoïtis*, Th. de Paris, 1860. — MARCANO. *De la psoïte traumatique*, Th. de Paris, 1877. — MÉNÉTRIER et HÉBERT. Abcès iliaque consécutif à une appendicite, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, 1901, pp. 635-637. — MÉNIÈRE. Mémoire sur les tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite, *Arch. gén. de méd.*, 1828, vol. XVII, p. 524. — MORESTIN. Streptococcie d'origine puerpérale. Abcès latéro-pelvien. Psoïtis consécutive, *Bull. de la Soc. anat.*, juin 1900; — Des formes bénignes de la psoïtis, *XIII*[e] *Congrès internat. de méd.* (section de chirurgie générale), 1900, Paris 1901. Compte rendu 534-541 et *Klin. therap. Woch.*, Wien 1901, t. VIII, pp. 11-15.

PASQUIER. *Contribution à l'étude clinique ds l'ostéomyélite de l'os iliaque*, Th. de Paris, 1900. — PERROCHAUD. Ouverture d'une psoïtis dans le péritoine, *Bull. de la Soc. anat.*, t. XII, p. 205. — PETIT (Alexis). *Contribution à l'étude de la psoïte*, Th. de Paris, 1899. — POLAILLON. Embolie cardiaque au cours d'une psoïte suppurée, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. IV, p. 339, Paris 1879. — POLAK. A case of post-puerperal psoïtis, *Brooklyn med. Journ.*, 1903, t. XVII, p. 427.

ROGER (Jean). Appendicite et psoïtis, *Presse méd.*, 1900, 2[e] sem., p. 189. — ROY. *Etude sur la psoïtis traumatique*, Th. de Paris, 1873.

SOMEIL. *Abcès des muscles dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1894-1895. — SPELLISSY. Abscesses in the right iliac region and other lesions not of gynaecologic or appendiceal origin mistaken for appendicitis, *Ann. of Surg.*, Philad. 1902, t. XXXV, pp. 758-789.

VIERHUFF. Zur Etiologie der Psoas-abcesses, *St-Petersburger med. Woch.*, 1905, t. XXX, p. 279. — VILLENEUVE. Psoïtes post-puerpérales, *Cliniques chirurgicales*, Paris 1891. — VINCENT. Art. PSOÏTIS, in *Dict. Dechambre.*

WALTHER. Art. PSOÏTIS, in *Traité de chir.* Duplay-Reclus, 1902. — WEISS. *Etude sur la trépanation de l'os iliaque appliquée au traitement de certaines lésions de la fosse iliaque interne*, Th. de Paris, 1880. — WILSON (H.-A.). Apparently unavoidable errors in the diagnosis of psoas-abscess, *Amer. med.*, Philad. 1905, t. X, pp. 55-57. — WOOD. Post puerperal psoïtis, *Ann. surg.*, Philad. 1899, t. XXIX, pp. 143-154.

GRISOLLE. Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques, *Arch. gén. de méd.*, t. IV, 1839.

HEURTAUX. Art. PSOÏTIS, in *Dict. Jaccoud.*

JEANDIDIER. *Traitement du psoïtis aigu*, Th. de Lyon, 1899-1900. — JUDD. A case of puerperal psoïtis, *Brooklyn med. Journ.*, 1903, t. XVII, p. 66.

KLEIN. Psoïtis. Hématome enflammé du psoas d'origine traumatique datant de deux mois. Laparotomie. Mort par hémorragie, *Arch. de méd. et de pharm. mil.*, Paris 1897, t. XXX, p. 279-283. — KRAFFT-EBING. Psoas-abscess bei Typhus, *Deuts. Arch. f. klin. med.*, t. VII, 1870. — KYBL (de Wesel). Mémoire sur la psoïte et les abcès du psoas, *Rust's Magazin*, t. XLI; — *Arch. gén. de méd.*, 1832, 2[e] série, t. VI.

XVI[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[*Budapest, 29 août-4 septembre 1909* (1).]

NEUROLOGIE

Principes de la localisation dans l'aphasie. — M. V. MONAKOW (de Zurich). La doctrine actuelle sur la question de l'aphasie a besoin d'être agrandie à l'aide des résultats des recherches physiologiques expérimentales. D'après celles-ci les symptômes après lésion limitée de certaines parties du cortex se divisent en temporaires et résiduaires. Les derniers seuls doivent être considérés comme étant étroitement liés à la lésion.

L'aphasie doit être envisagée comme étant en principe un phénomène transitoire. Elle est toutefois, en règle générale, produite par une lésion attaquant les parties du cortex qui ont été jusqu'ici faussement considérées comme centres pour le langage. Il existe sans aucun doute une partie relativement bien délimitée de l'hémisphère gauche dont la lésion produit l'aphasie motrice (F_3, la partie antérieure de l'insula, l'operculum); cette partie contient le centre de la synergie de l'articulation. Le caractère temporaire de l'aphasie qui résulte de la lésion de cette région se laisse particulièrement bien démontrer dans les cas de lésion traumatique attaquant cette partie d'un cerveau autrement sain, cas dans lequel les phénomènes peuvent très vite disparaître.

La durée de l'aphasie dépend d'autres facteurs n'ayant rien à faire avec le siège de la lésion (condition de la nutrition, état de l'esprit, etc.). La guérison de l'aphasie dépend donc du renouvellement d'une fonction qui aurait été interrompue par la diaschisis; le langage ne s'apprend pas de nouveau par l'intermédiaire d'autres parties vicariantes du cortex comme on l'a une fois imaginé.

Les différents components du langage, y compris ceux de moindre valeur, sont représentés dans les deux hémisphères et sur une grande étendue de ceux-ci, de sorte qu'une fois la diaschisis vaincue, le langage redevient possible, le dérangement antérieur ne laissant, nécessairement, que des traces insignifiantes.

OTOLOGIE

Diagnostic de la méningite otogène. — M. Marcel LERMOYEZ (de Paris). La méningite otogène survient une fois sur six cents lorsque la suppuration est limitée à l'oreille moyenne, et une fois sur huit lorsque la suppuration gagne l'oreille interne. Il est donc nécessaire, pour pouvoir poser le diagnostic précoce d'une méningite otogène, de dépister les premières atteintes de labyrinthite. Pour cela, la seule méthode clinique certaine est l'épreuve nystagmique provoquée par la rotation du sujet ou mieux encore par l'injection d'eau froide dans le conduit auditif. Les épreuves acoumétriques ont

(1) Suite. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n[os] 103, p. 1296; 105, p. 1315; 106, p. 1327; 108, p. 1351; 109, p. 1369; 110, p. 1377; 111, p. 1390.

beaucoup moins de valeur, car le Weber qui devrait se latéraliser au côté sain reste le plus souvent indifférent et le Rinne est toujours négatif. Le diagnostic de la méningite otogène se fait à l'aide de symptômes cliniques et de signes biopsiques. Les symptômes cliniques ne donnent pas la certitude; aucun d'eux n'est pathognomonique. Les signes biopsiques sont l'examen du sang et l'examen du liquide céphalo-rachidien. L'examen du sang est un procédé de peu de valeur séméiologique. L'examen du liquide céphalo-rachidien a une signification certaine. Son analyse comprend quatre termes :

1° L'examen macroscopique, qui donne des renseignements grossiers;

2° L'examen chimique, trop délicat pour être utilisable en clinique;

3° L'examen bactériologique, qui a comme complément indispensable l'étude de la virulence microbienne et qui fournit des renseignements très précieux quand on a soin de pratiquer en série des cultures et des inoculations;

4° L'examen cytologique ou cyto-diagnostic qui est à l'heure actuelle le procédé le plus simple et le plus rapide pour faire, non seulement le diagnostic, mais encore le pronostic d'une méningite otogène, à condition de ne pas se contenter de déterminer le nombre relatif des lymphocytes et des polynucléaires, mais aussi de préciser si ces éléments sont intacts ou avariés. A l'aide de ces diverses données de laboratoire, on peut, à l'heure actuelle, établir quatre types de réactions méningées otogènes, de pronostics et de traitements différents.

Premier type. — Méningites purulentes septiques, caractérisées par un liquide louche, riche en microbes et en polynucléaires avariés. Il s'agit ici le plus souvent d'une méningite otogène diffuse dont le pronostic est des plus graves, mais non fatal.

Deuxième type. — Méningites puriformes aseptiques, où la ponction lombaire ramène un liquide louche, caractérisé par l'absence de microbes et l'absence de polynucléaires avariés. Le pronostic de cette forme n'est pas très grave : il s'agit d'une fluxion blanche de l'ensemble des méninges, qui est le plus souvent produite par un foyer de méningite purulente vraie localisée autour du rocher.

Troisième type. — Méningites séreuses septiques, qui forment encore un groupe très obscur et qui ne paraissent en réalité n'être autre chose que des méningites purulentes septiques atténuées ou enrayées dans leur évolution. Le pronostic est plus grave que dans la forme précédente.

Quatrième type. — Méningites séreuses aseptiques, dans lesquelles le liquide céphalo-rachidien transparent est complètement stérile et ne montre que de très rares lymphocytes. Cette forme fréquente à laquelle on a donné aussi le nom de méningisme, ne semble être qu'un foyer d'œdème toxique méningo-encéphalique se produisant au voisinage de l'oreille malade analogue à l'œdème collatéral qui se montre autour d'un anthrax. Son pronostic est extrêmement bénin.

Il reste encore à signaler : la méningite cérébro-spinale otogène, caractérisée par une réaction insignifiante de l'oreille moyenne et des accidents méningés ayant pour double caractère de survenir épidémiquement et de frapper simultanément le cerveau et la moelle; la méningite tuberculeuse otogène, dont le diagnostic est encore plein d'obscurité et qui ne peut être soupçonnée le plus souvent que par le cyto-diagnostic montrant une lymphocytose soit pure, soit prédominante.

Les paralysies des nerfs moteurs de l'œil dans leurs rapports avec les otites suppurées. La paralysie otique de la sixième paire. — M. Etienne Lombard (de Paris). En l'absence de toute complication évidente, on observe parfois, dans le cours des otites suppurées aiguës ou chroniques, une paralysie singulière de la sixième paire, que l'auteur a dénommée paralysie otique. L'étude des observations qui forment le dossier de cette entité symptomatique soulève nombre de problèmes de pathogénie, de pronostic et de thérapeutique appliquée.

A. De quelques particularités des paralysies oculaires dans les complications intracraniennes des otites suppurées. — Les complications intracraniennes des otites suppurées, abcès cérébral, infections méningées, endophlébite des sinus caverneux, qui compromettent l'intégrité des paires nerveuses motrices oculaires, agissent par compression, par hypertension cérébrale, par altération des éléments cellulaires des troncs nerveux.

a. *Valeur diagnostique pour la localisation de la lésion.* — La valeur diagnostique des paralysies oculo-motrices est tout entière dans l'appoint qu'elle fournit à la localisation de la lésion. C'est ainsi que les complications encéphaliques ou méningées de l'étage moyen du crâne se signalent par des paralysies de la troisième paire, exceptionnellement de la sixième. Inversement, la paralysie de l'oculo-moteur externe signifie lésion de l'étage postérieur.

Les altérations de l'oculo-moteur commun ne portent pas toujours sur la totalité des fibres du tronc nerveux. Körner fait remarquer que les paralysies partielles appartiennent aux petits abcès : elles ne sont pas, comme on pourrait le croire, des paralysies cérébrales, mais tronculaires.

b. *Valeur des paralysies pour le diagnostic de la nature de la lésion.* — Si on est conduit à soupçonner le développement d'une collection encéphalique, l'apparition d'une paralysie oculaire vient donner une grande force au diagnostic; il ne faut pas l'attendre pour décider l'intervention. Le diagnostic de la méningite otique dispose de bien d'autres moyens d'information. La coexistence d'une ophtalmoplégie extérieure avec des signes non douteux d'infection sanguine massive, est un bon signe de thrombo-phlébite caverneuse.

B. De la paralysie otique de la sixième paire. — I. *Historique général.* — La paralysie otique de la sixième paire a derrière elle une période déjà longue d'observations cliniques.

II. *Définitions.* — L'auteur comprend sous le nom de paralysie otique de la sixième paire les paralysies qui surviennent en dehors de toute complication intra-cranienne avérée et reconnue. De l'ensemble

des cas publiés, on distrait une série de faits remarquables à tous égards par une symptomatologie toujours sensiblement la même, à savoir : l'association d'une otite le plus souvent aiguë, de phénomènes douloureux à siège constant et d'une parésie ou paralysie de l'abducteur, dont le mode de début et la durée varient dans des limites assez étendues (paralysie avec syndrome de Gradenigo).

III. *Clinique.* — Le tableau clinique de la paralysie otique de la sixième paire comprend :

a. *La paralysie.* — Sa fréquence n'est pas très grande. Rare avant cinq ans, elle siège en général du même côté que l'otite ; elle peut être bilatérale si l'otite est double. L'époque de son apparition est toujours assez éloignée du début de l'otite, un mois à un mois et demi après celui-ci.

Le degré de la paralysie est variable; avec des oscillations en rapport parfois avec des crises de rétentions partielles. Elle dure d'un à trois mois, mais on l'a vue se prolonger pendant cinq mois.

b. *Les douleurs* sont continues, tenaces, profondes, plus rarement à caractère névralgique; précédant de plusieurs jours l'apparition du trouble moteur, on les voit s'atténuer progressivement pour disparaître alors que la paralysie dure encore. Leur siège le plus habituel est la région frontale, temporale ou fronto-pariétale du même côté.

c. *L'otite.* — L'otite est aiguë, suppurée et, dans ce cas, ouverte spontanément ou tardivement paracentésée.

d. *Les signes accessoires.* — Les uns sont de grande importance; signes de premier ordre : irritation méningée, irritation du trijumeau. Les autres de second ordre : troubles pupillaires, blépharospasme, nystagmus, etc.

IV. *Pathogénie.* — Il est des paralysies de la sixième paire qui ont leur cause immédiate dans la présence d'un abcès extra-dural diagnostiqué avant l'opération ou découvert à ce moment même. La discussion pathogénique ne porte que sur les faits de syndrome de Gradenigo dont l'évolution déjoue toutes les prévisions. Deux théories se partagent l'explication de ces faits : 1° la théorie du réflexe, dont le point de départ serait aux terminaisons sensitives du trijumeau ou dans l'appareil vestibulaire ; 2° la théorie anatomique : Gradenigo a développé les nombreux arguments qui lui servent de base. Les constatations anatomiques faites au cours des rares autopsies publiées semblent jusqu'à présent favorables à la théorie anatomique.

V. *Anatomie pathologique.*

a. *Nature de la lésion causale.* — On a admis comme lésion causale essentielle tantôt une thrombo-phlébite du sinus caverneux, tantôt une thrombo-phlébite de l'extrémité interne du sinus pétreux supérieur, tantôt une ostéite ou une cellulite de la pointe du rocher. Cette dernière hypothèse est la plus vraisemblable. L'ostéite peut ou rester aux premiers stades de l'inflammation et guérir (terminaison par résolution), ou aboutir à la formation d'un abcès par congestion (abcès pharyngé), à la thrombo-phlébite caverneuse ou à la leptoméningite purulente.

b. *Nature de la lésion nerveuse.* — Il est à croire qu'il y a névrite inflammatoire interstitielle portant sur l'élément conjonctivo-vasculaire du tronc nerveux : cette lésion a sa cause dans le voisinage immédiat du foyer infectieux.

VI. *Signification pronostique.* — Forcément incertaine, mais presque toujours favorable; toutefois, deux éventualités restent toujours possibles : la leptoméningite purulente et la thrombo-phlébite caverneuse. Les éléments d'appréciation du pronostic se fondent sur les résultats de la ponction lombaire, la marche de la température, la prolongation de la période douloureuse, la ténacité de la suppuration auriculaire. La valeur pronostique de chacun de ces éléments est des plus délicate à établir.

VII. *Indications thérapeutiques.* — L'incertitude du pronostic rend également incertaines les indications thérapeutiques. Les faits de syndromes purs sont seuls en discussion. On appliquera dans leurs grandes lignes les règles générales suivantes :

a. *Principe du traitement préventif.* — Toute otite moyenne aiguë sera l'objet d'une surveillance compétente; si elle tend vers la suppuration, on lui appliquera les notions élémentaires du traitement des suppurations closes : incision et large drainage.

b. *Le traitement après l'apparition de la paralysie.* — Trois cas peuvent se présenter :

1° La paralysie est pure de tout symptôme accessoire : attendre.

2° La paralysie est accompagnée; il y a des signes inquiétants (irritation méningée, papillite, température élevée) : s'assurer que le drainage est bien réel et suffisant; au besoin ouvrir l'apophyse si elle ne l'est déjà.

3° A partir de ce moment, et s'il n'y a pas régression symptomatique, mais au contraire aggravation manifeste, nous entrons dans la phase des tentatives hardies, nous conservons la notion de quelques actes opératoires, effets des circonstances, du hasard, ou voulus et prémédités, qui ont été suivis de succès. L'opération utile consiste à atteindre la pointe de la pyramide en se créant une voie d'accès : 1° transpétreuse, si on poursuit les lésions de proche en proche en sacrifiant le labyrinthe ; 2° prépétreuse, en appliquant un des procédés indiqués pour la gassérectomie. L'opération est laborieuse, le pronostic immédiat toujours grave, et il n'est pas certain que le succès opératoire assure le succès thérapeutique.

M. J. Mouret (de Montpellier) étudie les *voies de propagation de l'infection de l'oreille moyenne dans l'intérieur du crâne.*

RHINOLOGIE ET LARYNGOLOGIE

Traitement opératoire des tumeurs malignes du pharynx. — M. Castex (de Paris). Au voile du palais, il s'agit le plus souvent d'épithéliomas pavimenteux lobulés. On les opère par la voie buccale, en se donnant du jour, s'il le faut, au moyen d'une incision horizontale sur la joue.

Aux amygdales, ce sont encore les épithéliomas qui dominent. Il vaut mieux les aborder par la région sous-maxillaire pour enlever les ganglions con-

taminés. Les opérations étendues pour les tumeurs qui ont gagné les parties voisines ne donnent pas de bons résultats.

Au pharynx moyen, il y a lieu de chercher avec un soin spécial les tumeurs latentes. Tous les néoplasmes devront être abordés presque toujours par voie artificielle (pharyngotomies sous-hyoïdienne de Malgaigne et trans-hyoïdienne de Vallas, pharyngotomies latérales de Polaillon, Cheener Krönlein). Les opérations vastes ne sont que palliatives.

Pour le pharynx inférieur, il faut recourir à des opérations complexes : procédés divers de pharyngotomies latérales. S'il y a lieu d'extirper avec le pharynx, le larynx et une partie de l'œsophage, on doit adopter la technique du professeur Olück.

Quand il y a contre-indication à l'exérèse large, on s'en tiendra aux interventions palliatives : ablation partielle de la tumeur pour faciliter la déglutition et la respiration, œsophagostomie ou gastrostomie, trachéotomie. En thèse générale les opérations restreintes mais complètes assurent au malade une survie assez importante. Les opérations vastes sont pleines de dangers dont les plus redoutables sont le shock opératoire, les hémorragies, la pneumonie.

M. Jules Brœckart (de Gand) passe en revue l'*état actuel de la question des paralysies récurrentielles, paralysies d'origine cérébrale et bulbaire.*

Traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales. — MM. Sargnon (de Lyon) et Barlatier (de Romans). Les lésions extrinsèques laryngo-trachéales sont multiples. A signaler surtout les compressions thyroïdiennes et thymiques. L'ablation de la sténose doit, toutes les fois que cela est possible, être préférée à la trachéotomie, habituellement grave, surtout pour les néoplasmes malins.

Dans les sténoses intrinsèques, laryngées et trachéales hautes, les auteurs, pour les lésions inflammatoires aiguës, chez l'enfant notamment, conseillent l'intubation, en cas d'insuccès de la morphine, de préférence à la trachéotomie indiquée surtout pour le laryngo-typhus et les abcès du larynx. Dans la syphilis du larynx, intubation et trachéotomie ont leurs indications, la trachéotomie est seule employée pour la sténose tuberculeuse grave du larynx. Les sténoses cicatricielles, si souvent rebelles à la dilatation interne, sont justifiables de la laryngostomie qui donne beaucoup plus de succès que la laryngofissure. Les papillomes suffocants du larynx sont justifiables de l'ablation directe, si la dyspnée est légère, de la trachéotomie en cas contraire, de la laryngostomie en cas d'insuccès ou de récidive. Aux spasmes du larynx ils opposent la morphine, le tubage dans les formes de peu durée, la trachéotomie s'impose dans les cas récidivants et les paralysies. Actuellement, la laryngo-fissure et la laryngectomie ont permis d'obtenir de beaux succès dans les néoplasmes malins du larynx. Le traitement des sténoses trachéales basses est malheureusement plus décevant; la dilatation interne, les sections et ablations par voie directe et par voie trachéale, donnent des résultats. Quant aux tumeurs malignes primitives et secondaires trachéales, leur pronostic est des plus sévères et leur ablation radicale trop souvent impossible.

(*A suivre.*) FERNAND TRÉMOLIÈRES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1909)

De l'action préventive du sérum normal de mouton sur « Trypanosoma Duttoni ». — Il ressort des expériences de M. A. Thiroux que le sérum de mouton normal a une action préventive vis-à-vis de *Tr. Duttoni.* Cette action s'exerce d'une façon absolue lorsqu'il est employé en mélange avec le virus et quel que soit le temps de contact. L'action préventive se manifeste encore dans la moitié des cas, lorsque virus et sérum sont injectés en même temps, mais en différents points du corps. Les animaux, qui ne se sont pas infectés à la suite de l'injection du mélange virus-sérum, ne jouissent d'aucune immunité. Le sérum de mouton normal n'a plus aucune action une fois l'infection produite. Son action préventive semble spécifique vis-à-vis de *Tr. Duttoni*, elle ne s'étend pas aux trypanosomes pathogènes.

LIVRES NOUVEAUX

Syphilis osseuse [syphilis acquise] (1), par Louis Spillmann.

Ce petit volume, édité dans le même type que *La Syphilis de l'œil* par Terrien et *La Syphilis du poumon* par Bériel, est le commencement d'une série intéressante de monographies sur la syphilis qui, si bien commencée, sera, pensons-nous, continuée.

Ce livre a été écrit sous l'inspiration et avec les conseils du professeur Fournier qui a bien voulu mettre à la disposition de l'auteur ses documents personnels et sa collection de pièces osseuses.

Il n'envisage que les accidents osseux de nature syphilitique, syphilitiques d'emblée, syphilitiques d'essence et laisse de côté les lésions osseuses banales et celles produites par le voisinage de lésions syphilitiques d'autres organes.

Après un chapitre d'historique et d'étiologie très intéressants, l'auteur étudie l'anatomie pathologique et passe successivement en revue les lésions latentes, les lésions inflammatoires (périostites, ostéopériostites, ostéites raréfiantes, érosives, ostéoporose) puis l'observation, la nécrose et surtout l'ostéomyélite primitive.

L'étude clinique est consacrée à l'étude des signes généraux, puis des signes particuliers à chacun des os atteints et dans un excellent chapitre de diagnostic, il montre tous les services que peut rendre la radiographie.

Cette monographie est d'autant plus précieuse que tous les documents utilisés étaient épars ou n'avaient pas encore été épuisés. P. RAVAUT.

(1) In-16 de 131 pages avec 21 figures formant 12 planches hors texte. — Paris, G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 1er octobre 1909. — Question donnée : « Surfaces articulaires et ligaments du genou. »

MM. Dubroca, 10; Duneau, 12; Mlle German, 16; MM. Fritz, 11; Gallerand, 5; Garach, 11; Gehard, 12; Gerbay, 4; Gineste, 16; Giroux, 14; Gondal, 9; Goudet, 11; Humbert et Hamonic, 17; Hartmann, 15; Hervier, 11; Hutinel, 19.

Pathologie. — Séance du 2 octobre. — Question donnée : « Signes physiques fournis par l'examen du thorax dans la pneumonie franche aiguë. »

MM. Mercier, 8; Meyerson, 12; Merlin, 3; Oulié, 16; Oberlin, 17; Nounez, 8; Nora, 13; Nenville, 14; Perrin (Robert), 4; Perrier, 16; Peltier, 17; Patriarche, 2; Picard (Pierre), 13; Morel (André), 11; Mordret, 15; Mora, 16; Picard (René), 14; Monprofit, 13; Mauranges, 16.

GUERRE.— CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 29 septembre 1909, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve ou de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. le médecin principal de première classe de l'armée active retraité Robert.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Salesses.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité Strœbel.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Le Marchand, Morand, Bayvel, Rouget et Chéreau.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Dusserre et Carret.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active démissionnaire Paon, Dupont et Gèzes.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Vinaver, Julia, Dieu, Fatiadès, Cerise, Roux, de Nevrezé, de Bon, Corvington, Castan, Reynaud, Klein, Brésard, Maillard-Brune, Levasseur, de Beauvréale, Toutaint, Lemercier, Ferrand. Thiéry, Fournier, Mocquot, Bréchot, Robert, Poiffaut, Nachmann, Sedillot, Martial, Viel, Lavaud de Lalaurencerie, Jobard, Duché, Boulongue, Sénéchal, Rebaud, Dubly, Strébetski, Collet, Barthès, Davesnes, Espinet, Treille, Robin, Poissonnier, Cugno, Prevel, Hébert, Salembier, Poujol, Bourdoin, Grillères, Busillet, Mallet, Réchat, Meyer, Sicard, Netter, Bouix, Verhaeghe, Hirtz, Robert, Thomas, Carlier, Leconte, Clermont, Gayet, Dabadie, Dugas, Lubin, Eyssautier, Legrand, Germain, Fargeot, Saint-Pierre et Gessen.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Sébian, Hérisset, Mossé, Millon, Hilaire et Theuveny.

— Ont été promus dans le cadre des officiers de réserve ou de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Redard, Sibille, Coquand, Collignon, Mackiewicz, Durand et Namin.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — — MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve de Burine, Benoît, Decaux, Delahaye et Dessirier.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Taty, Suchard, Moulinier, Biron, Roudouly, Petit, Lochard, Fosse, Gaillard, Cuche, Darbouet, François, Trouillet, Rollet, Mery et Démoulin.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Suttel, Léard, Marcombes, Thivet, Faure, Huard, Lafaye, Lachaux, Garnier, Christen, Paquet, de Grailly, Didsbury, Molinie, Parrain, Planat, Hugues, Durand, Duhamel, Grand, Grange, Péchin, Verdelet et Acquaviva.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Foutry, Cousin, Poux, Macon, Bouguedieu, Bauby, Souville, Olmières, Lévy, Barbulée dit Bulot, Maunier, Gauvry, Bonnet, Hommey, Wertheimer, Hacot, Desbrières, Friot, Roux, Stef, Dubost, Fournioux, Mally, Ducroquet, Ballenghien, Bégouin, Houdeville, Wa-

gner, Guédon, Loche, Luton, Thomas, Ladevie, Dupuy, Cestan, Miltas, Sage, Roch, Perregaux, Baurand, Pillon, Flandrin, Chaillou, Audureau, Bastide, Husson, Vignaud, Dupuy de Saint-Florent, André, Cavasse, Jacques, Debedat, Cassoute, Hoche, Perramond, Juge, Noguès, Bertrand, Differdange, Desbonnet, Lebelle, Roland, Penne et Sirol.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Laborde, Morisot, Constant, Subert, Boutavant, Cros, Fayt, Guilaine, Delarras, Bonnard, Aubry, Vieille, Sivan, Blain, Raoux, Joccoton, Dabasse, Houselot, Sipière, Renaut, Boirivant, Gigon, Mulle, Roquetanière, Trombert, Escoffier, Cortet, Galès, Paravicini, Duliège, Artaud, Tual, Guélain, Ducrot, Lehmann, Vigneron, Leullir, Dranard, Kohler, Triau, Gravier, Quenendec, Sayol, Bonamy, Landard, Décloux, Pestrelle, Dubarry, Bouroullec, Polaillon, Teysseyré, Ruffier, Quillon, Benoist, Favalelli, Bourier, Larger, Varenne, Luigi, Fabre, Le Guichaoua, Condomines, Aymé, Mathé, Volpellière, Lorgnier, Merklen, Lacroix, Florence, Desvignes, Renaud, Dumon, Cruchet, Milus, Larrodé, Dupinet, Brunier, Dubarry, Ozanon, Coste, Aujaleu, Blaufus, Fleury, Louis, Nicollet, Long, Devèze, Geiger, Thibaudet, Durieux, Lhopitallier, Daviot, Caillol, Boutier, Blancard, Ugel, Valatx, Muller, Armand, Cayrol, Pancrazi, Tiché, Postina, Cothereau, Gaillard, Rabat, Cros, Girard, Coulet, Eysseric, Dupret, Damelon, Reymond, Van Oldenbarneveld Witte Tulhingh, Carton, Lafon, Landry, Dejault, Guichon, Eissendeck, Crosmarie, Ariès, Blandin, Bonnet, Boinet, Bellan, Cassiau, Dugué, Lefizelier, Laurent, Legros, Sabroux, Pamard, Mathieu, Raisonnier, Van Vyve, Decq, Ferreux, Dennecé, Chesnais, Drizard, Coxstan, Recouly, Pfister, Kresser, Millot, Rouane, Poisson, Castagnol, Brunswig, Lemaître, Pignod, Roques, Vilmain, Leynia de Lajarrige, Fradier, Camuset, Levy, Delobel, Lemercier, Monflier, Rallier du Baty, Gisseldrecht, Veyrune, Deleuil, Cattier, Cayre, Deray, Coutard, Coignerai, Lagardère, Lehoux, Lenormand, Chaudron, Bleuzé, Beauchet, Besner, Goyard, Rosenthal, Lardier, Bredier, Faidherbe, Andéol, Stérin, Rousseau, Beck, Bridoux, Lagache, Bailly-Salin, Larsin, Villa, Tesson, Clerc, Dassonville, Gaubert, Couvreur, Mancel, Marcellin, Michel, de Cazeneuve, Aron, Dreyfus, Nougaro, Delphino, Aveline, Brassart, Lemercier, Dupouy, Gavaudan, Curmer, Saux, Baumann, Pasquereau, Labignette, Cadart, Emptoz, Guillet, Laprade, Berthet, Vaissade, O'Neill, Pozzo di Borgo, Jossand, Desconseillez, Chabaud, Lambert, Couder, Bouisson, Battarel, Duvergey, Fighiera, Daverne, Dervaux, Denoyés, Laurent, Le Monnier, Bernasconi, Margerid, Escluse, Souihlé, Calas, Figuiera, Glatard, Darbousse, Dartiguet, Felhoën, Bruant, Etchepare, Warin, Roumagoux, Triol, Crespin, Zacchiri, Boutrois, Bribon, Monier, Lorier, Bouchet, Gachet, Jullian, Paradis, Victor Pugebet, Falconnet, Desplats, Debray, Pompard, Nantermoz, Langlois, Levet, Potron, Girault, Gantois, Ribollet, Colomb, Quilliot, Fleurian, David, Liégard, Danillon, Gschwend, Duboucher, Aubaret, Duguey, Calvet, Mazuel, Grenier de Cardenal, Ribière, Argaud, Lerivrain, Lemaistre, Minelle, Feltgen, Pince, Voix, Rousseau, Pouy, Guérault, Auvinet, Bouchez, Léquyer, Crépin, Gaubert, Lecerf, Décobert, Chaplain, Desclaux, Coustan, Giraudeau, Leclerc-Montmoyen, Demain, Dormay, Béniaya, Ledoux, Grosjean, Hitte, Barbarin, Maiseard, Gontier de la Roche, Manjot, Pélissard, Menager, Garipuy, Labrousse, Thomas, Chazet, Lecornu, Berard, Dambrin, Loëw, Andrieu, Macron, Mocochain, Delaunay, Cazeaux, Ermann, Loriot, Roger, Orgebin, Saintive, Michallon, Faysse, Viard, Pfeiffer, Clarcy, Fauveau, Bruzon, Blanchard, Thorel, Labadie-Lagrave, Poirier de Clisson, Lumineau, Patte, Sequer, Guilloteau, Sonder, Picard, Azéma, Bardères, Anclan, Meyer, Gagneux, Cougoule, Couronnet, Céard, Simond, Coste, Coudert, Boussuge, Déguiral, Orabona, Photel, Trastour, Chastenet de Gery, Roche, de Boucaud, Durozay, Muller, Godlewsky, Blatin, Grillet, Duprez, Guilani, Binet, Thiers, Braillon, Pons, Bourganel, Leuret, Poucel, Long-Pretz, Richard, Bellet, Bernex, Jomier, Bender, Robert, Babonneix, Pellet, Grimaud, Desgouttes, Lemaire, Legourd, Bannelier, Lafon, Casalis, Crétal, Marteville, Feyfant, Gaultier, Lande, Mougeot, Forthomme, Blanc, Roger, Duclaux, Pallasse, Leroy, Revol, Gallaud, Blum, Rauzy, Maëss, Lippmann, Robert, Charrier, Augé, Boidin, Rivière, Chevassu, Camus et Béal.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Cordonnier, Le Guern, Pallier, Bertin, Lefebvre, Aulès, Oberthür, Gannat, Archambaud, Cheyne, Ducamp d'Orgas, Legros, Remond, Anë, Susim, Marion, Lefournier, Avrillaud, Ballet, Maheu, Dubois, Roy, Gros, Bernard, Coutant, Saurel, Verdin, Giroud, Poitevin, Danès, Charpentier, May, Labrit, Naureils, Decherf, Sergent, Millioz, Bernard, de Lara, Grimpret, Pons, Bosc, Muzard, Sabatier, Grenet, Cloupet, Dupouy, Canceill, Desvaulx, Métreau, Senty, Pinsan, Viguier, Fostier, Bertherand, Boyer, Martinot, Foix, Pasquiou, Tabourin, Channac, Béard, Germe, Verniolle, Ecart, Got, Loiseau, Rabant, Johanny de Rochely, Chevallier, Bucaille, Rouault, Laurens, Blancher, Martinet, Delprat, Gary, Monthioux, Chatin, Mazin, Goigoux, Sandoz, Urmès, Cochy de Moncan, Faure, Balmelle, Lacomme, Blum, Welcker, Fleurot, Mathey, Fossard, Duval, Laval, Sarrabezolles, Lapeyre, Marchand, Simonnin, Lenormand, Montel, Imbault, Bouvier, Brossard, Vaillant, Huertas, Claussat, Recours, Pradines, Dorion, Tillé, Bréavoine, Lemonnier, Ricôme, Bidel, Dusauls, Leduc, de Cisternes, Lafoy, Adam de Beaumais, Cotsaftis, Isambert, Vidal, Paulouch, Ricoulleau, Grillot, Serre, Collon, Bousseau, de la Colombe de Lavolpilière, Jantelet, Calvet, Papillon, Vitaut, Boucarut, Follaci, Couturie, Pascal, Deschamps, Mathieu, Bricet, Mallet, Thuillier, Méret, Fayot, Le Gall, Debret, Guinement, Lacassagne, Antoniotti, Galand, Bué, Houdeville, Bourgeau, Sarrazin, Zysmann, Boyer, Ghika, Got, Niel, Hemery, Gérard, Laboulais, Guigues, Barbarin, Leven, Ravaut, Candegabe, Carageorgiadès, Dehay, Labey, Mirande, Martial, Gires, Chapon, Nattan, Duflos, Sempé, Bénech, Dunollard, Remon, Coussieu, Bouchard, Chômet, Carlet, Saison, Gilbert, Gaillard, Bouchet, Cucherousset, Crassus, Jaubert, Colombet, Lavie, Salmon, Delvart, Courmontagne, Cottenseau, Agniel, Lancien, Dromard, Obrecht, Gleize, Rousseau, Pérès, Révérend du Mesnil, Granel, Eonnet, Clausse, Bourgeois, Lacapère, Judet, Quillier, Rabant, Bonjour, Odinet, Le Prieur, Piot, Sagols, Chevalier, Dupé, Espezel, Tostivint, Besse, Tansard, Petillon, Debidour, Markuzewski, Pioche, Ardisson, Rodat, Michaut, d'Aguinet, Capgras, Demay de Certant, Fabre, Langevin, Morichaut-Beauchant, Durey, Courgenou, Delaage, Loras, Berruyer, Pabeuf, Vicq, Viau, Legendre, Golaz, Maisonneuve, Eichmüller, Lépine, Debande, Desfossés, Queyrat, Coulon, Berthier, Pila, Teillet, Lortat-Jacob, Constantin, Babin, Diard, Anthoinoz, Meunier, Meuriot, Zarzychi, Devaux, Lafitedupont, Denis, Renouard, Rigal, Bertrand, Monod, Jeanne, Didry, Juilland, Devé, Mutelet, Marcorello, Brianes, Barbaroux, Lassallas, Doussinet, Ayrignac, Berrier, Gourmand, Léo, Cousin, Reynard, Legroux, Leuret, Leri, Beauvy, Hallé, Laignel-Lavastine, Robert, Hutan, Dupouy, Iselin, Labbé, Sauvage, Lemerre, Froin, Rollin, Silhol, Fouquet, Lance, Roché, Cathala, Le Sourd, Morlet, Lemaître, Lebreton, Zimmern et Lequeux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Tourneux, ancien médecin des hôpitaux de Rouen.

HOPITAL SAINT-LOUIS (service de M. le docteur Brocq). — MM. L.-M. Pautrier et P. Pernet commenceront le mardi 12 octobre une série de douze conférences de thérapeutique dermatologique pratique.

Chaque conférence comportera des présentations de malades et des discussions de traitement.

Chaque auditeur sera individuellement exercé à la pratique des injections et des opérations de petite chirurgie dermatologique.

Les conférences auront lieu les mardi, jeudi et vendredi à dix heures et demie du matin.

Le nombre des auditeurs est limité à douze.

Le droit d'inscription est de 50 francs.

S'inscrire au laboratoire du service de M. Brocq.

XXII[e] CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 4-9 octobre 1909.)

SÉANCE D'OUVERTURE

Le XXII[e] Congrès français de chirurgie s'est ouvert aujourd'hui lundi au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine par le discours fort applaudi de son président le docteur L.-G. Richelot.

Après avoir rendu un hommage ému aux membres décédés, le président jette un regard en arrière. L'Association française de chirurgie a aujourd'hui vingt-cinq ans d'existence et se réunit en son XXII[e] Congrès. « Vingt-cinq ans! J'ignore, dit M. Richelot, si vous êtes venus avec l'intention de fêter vos noces d'argent. Pour moi, je ne puis me défendre d'une émotion profonde, à la pensée qu'un quart de siècle s'est écoulé depuis le jour où le professeur Trélat dirigeait nos premiers travaux. »

Puis rapidement l'orateur aborde le sujet même de son discours, et nous dit combien il aime la *chirurgie simple*.

« Ceux d'entre vous qui me connaissent vont se rappeler que j'ai plus d'une fois soutenu la même thèse. Qui donc me disait : « Si vous suivez « avec attention l'enseignement d'un homme, vous « verrez qu'il fait toujours la même leçon? » Toujours la même, c'est beaucoup dire; mais il y a dans cette boutade une part de vérité. Notre esprit, d'abord sollicité par une foule d'objets, les choisit et les classe peu à peu. Il arrive une heure où tout chirurgien digne de ce nom a mis ses idées en ordre. Sur le terrain scientifique, il a une doctrine; dans sa pratique, il a une idée directrice et un doigté, comme un peintre a sa manière, sa couleur, ses procédés d'expression. Si je craignais de me répéter devant vous et de me montrer aujourd'hui semblable à ce que j'étais hier, c'est que j'aurais fait mon métier comme un manœuvre et que la vie ne m'aurait rien appris.

Aussi bien, l'occasion m'est offerte en ce moment de jeter un regard en arrière, et je m'aperçois que les deux mots que je viens de prononcer résument, pour ainsi dire, les tendances de toute ma carrière, les exemples que j'ai donnés à mes élèves, les préceptes que j'aurais voulu voir triompher. La *chirurgie simple*, ce fruit désirable d'une expérience longue et des efforts de nos vingt dernières années, a-t-elle enfin prévalu? Non. Au lieu d'idées nettes et claires, au lieu d'une pratique réduite aux mouvements strictement utiles, ce coup d'œil rétrospectif me montre partout le désordre et l'incohérence. Chacun de nous, sans doute, a pu avoir ses erreurs de jugement, ses tâtonnements irréfléchis, et n'arriver au but qu'à la suite de plus ou moins longs détours; mais un jour ou l'autre il faut sortir du chaos... et tous n'en sont pas sortis...

Et pour bien nous entendre, je veux d'abord vous dire combien la chirurgie dont je parle est loin d'être une chirurgie « simpliste ». Les idées simplistes sont celles qui se présentent à nous les premières, les idées simples sont celles où nous mène l'expérience. Un esprit naturellement judicieux brûle les étapes; le bon sens intervient pour abréger l'apprentissage.

Donc, avant d'aller plus loin et pour éviter toute confusion, écartons ce cauchemar des idées simplistes qui encombrent les livres et hantent l'esprit des débutants. J'ai autant d'aversion pour elles que pour les pratiques tortueuses et compliquées, avec lesquelles, d'ailleurs, elles font souvent bon ménage. Il ne faut pas chercher longtemps pour les rencontrer : elles se lèvent sous nos pas, elles poussent comme de la mauvaise herbe, elles pullulent comme des microbes.

N'avez-vous pas entendu dire qu'un médecin avait mesuré le poids de l'âme? Je n'invente rien. Avec une balance très sensible, il a pesé des chiens avant et après la mort : aucune différence. Il a renouvelé l'expérience avec des hommes : le cadavre est un peu plus léger, et la différence représente — vous n'en doutez pas — le poids de l'âme qui s'est envolée. Il y a ainsi des esprits qui savent résoudre les questions les plus délicates avec une étonnante facilité. »

M. Richelot cite alors une série d'opinions simplistes dont il fait la critique non sans une aimable ironie :

« Un de mes principaux griefs contre les idées simplistes, c'est d'avoir altéré à ses débuts, et de fausser encore dans beaucoup d'esprits la doctrine qui domine et dirige toute la chirurgie actuelle, la doctrine microbienne. Rappelez-vous les premiers pas de la bactériologie : un organisme quelconque, un microbe qui l'envahit, voilà l'équation qu'on cherche, l'idée élémentaire qu'on se fait de la maladie et du malade. L'économie vivante semble un terrain neutre, livré aux caprices des bacilli et des cocci, suivant leurs formes et leurs degrés de virulence. La médecine n'est plus qu'une chasse au microbe; chacun veut avoir le sien, et quand il croit l'avoir trouvé, satisfait il s'arrête et ne va pas plus loin. Que d'esprits secondaires ou malfaisants étaient abusés ou aiguillonnés de la sorte! J'étais alors directeur d'un journal de médecine, et, pour certaines choses que j'avais écrites, je reçus plusieurs fois d'amicales remontrances. J'étais un peu indigné, je l'avoue, non de la théorie parasitaire, mais du parasitisme en chair et en os qui s'organisait autour de Pasteur. A côté des hommes de science, tels que Brouardel et Grancher, qui recueillaient l'idée féconde et la développaient en médecins, on voyait chercher à prendre place des hommes venus de loin, qui vous fabriquaient en quelques semaines des mémoires calqués sur le mémoire du choléra des poules, avec la morphologie de leur microbe, son histoire naturelle complète, la façon de l'atténuer, les déductions thérapeutiques; rien n'y manquait, et il leur fallait des rapports à la tribune de l'Académie. Qu'est-il resté de ces travaux éphémères? Et n'avais-je pas raison de m'élever contre la comédie jouée par ces fantoches?

Aujourd'hui, la supercherie est moins facile, mais l'ingénuité de quelques-uns est restée la même : il leur faut un microbe. Or, les microbes sont plus qu'intéressants, ils modifient la matière. Ils jouent certainement un grand rôle, mais ils ne sont pas seuls. Quand j'étais agrégé en exercice et qu'à ce ce titre je fréquentais le vestiaire de la Faculté, j'ai vu le jour où la chimie frémissante allait se dresser contre les défenseurs de la bactériologie et réclamer sa part dans la solution des problèmes biologiques. Des amis s'interposèrent ; on fit une cote mal taillée; on put lire dans les journaux de médecine : « M. Pasteur n'a jamais dit que les microbes agissaient par « eux-mêmes ; sans doute ils agissent par leurs sécrétions » ; et il fut convenu que les toxines seraient d'origine microbienne. Le terrain de conciliation était trouvé, les chimistes apaisés, et la bactériologie triomphante poursuivit sa carrière. Que dit-elle aujourd'hui ? Elle a mis en lumière la défense de l'organisme et la phagocytose, elle nous a montré l'influence du terrain, des changements de milieu sur l'évolution des microbes. Elle est donc maintenant la première à nous indiquer la voie qu'il fallait suivre...

C'est à force de travail que nous mettons un peu de clarté dans nos connaissances; et la chirurgie simple, que je vais maintenant chercher à définir, ne peut être qu'une chirurgie adulte et très cultivée, à laquelle on arrive quand on a éprouvé par soi-même ou constaté chez les autres la vanité des recherches brouillonnes et des petites ambitions d'auteurs.

J'ai gardé bien vivantes les impressions — aujourd'hui si lointaines — recueillies pendant les jours heureux où, assistant bénévole de Terrier, je faisais mes premières armes en gynécologie. Il y avait alors beaucoup d'instruments nouveaux pour moi, et je me rappelle mon naïf étonnement la première fois que je vis une pince en T. On me dit qu'elle était commode pour saisir les adhérences. La chose est vraie, incontestable; et, cependant, je me demandais qui avait pu prendre la peine de lui donner cette forme, quand il me semblait si naturel de pincer avec des mors droits. Peut-être allez-vous me dire que ma critique est bien futile et que la pince en T est un bon instrument. Sans doute ; mais d'abord, elle est bonne fille et ne m'en voudra pas, en la prenant comme exemple je suis sûr de ne blesser personne. Et puis, je n'ai rien contre elle, je vous assure ; ce que je veux dire, c'est qu'elle est restée dans mes souvenirs comme un témoin fidèle de l'évolution qui s'est faite en moi de très bonne heure vers la clarté et la simplicité du manuel opératoire.

Depuis cette époque, j'ai toujours vu avec peine cette pullulation instrumentale, ces formes infiniment variées qui prétendent répondre à tous les besoins de l'opérateur, faciliter chacun de ses mouvements, s'adapter aux moindres détails. J'ai vu des chirurgiens apporter d'énormes boîtes à compartiments multiples, et des modèles étonnants s'étaler autour d'eux sur les tables : et l'opération s'achevait avec un pauvre bistouri et une toute petite pince. J'ai vu les gynécologues manier des outils formidables, comme si, dans leurs cauchemars, le petit bassin leur était apparu sous les dimensions d'un immense tunnel. Et je me rappelle encore l'étonnement de mon ami Nélaton — un sage s'il en fût — lorsque, prenant après moi le service de l'hôpital Tenon, il demanda où étaient mes instruments et pensa d'abord qu'on les lui cachait. Non, je ne suis pas de ceux qui attachent tant d'importance aux instruments dont ils se servent; sans doute, il est loisible à chacun de nous d'avoir sa valve et son aiguille préférée, mais il ne faut pas compter sur les vis et les crochets pour donner de l'esprit aux chirurgiens. Celui qui réussit le mieux est celui qui se sert le mieux de ses doigts et de son bon sens.

Après l'outil, l'installation. C'est devenu une banalité de vanter l'organisation nouvelle des hôpitaux et l'aménagement des salles d'opérations. Notez ici que tout ce qu'on peut y louer a été conçu dans le sens de la simplicité ; la nudité des murs, un mobilier presque nul permettent d'y faire régner l'ordre et la propreté. Mais faut-il applaudir aveuglément au luxe inouï de certains locaux, à cette recherche de matériaux précieux, à tous ces emblèmes de la puissance et aussi de la vanité des chirurgiens? Faut-il admirer celui qui, transporté hors de son milieu hospitalier, veut en montrer comme un reflet aux regards étonnés de son patient, et ne consent à prendre le bistouri qu'après avoir fait enlever tous les meubles, supprimer les rideaux, retourner les tableaux et les bustes, en fin de compte, remuer beaucoup de poussière ?

Retourner les bustes! Voilà encore une formule qui m'est restée dans l'esprit. Le chirurgien « qui retourne les bustes » est un homme qui obéit à une conception puérile, et qui se donne beaucoup de peine pour voir les choses de travers; curieuse alliance des idées simplistes avec les manœuvres compliquées! Lister, cependant, avait dit et prouvé que l'asepsie se réalise entre la région malade, les instruments et les doigts du chirurgien.

Cette proposition, à vrai dire, laissait le champ libre aux esprits chercheurs et curieux d'atteindre à l'asepsie parfaite. On abandonna la simplicité un peu primitive de Lister ; on découvrit que la chaleur est l'antiseptique le plus puissant et aussi le plus inoffensif ; on prit peur des désinfectants chimiques ou on les dédaigna ; puis, avec un peu d'emphase, cette évolution très naturelle, très scientifique, très utile prit le nom de « méthode aseptique ». J'ai toujours vu, pour ma part, dans ces deux mots associés un abus de langage : l'asepsie est le but à atteindre, l'antisepsie est la méthode, quel que soit l'agent de la lutte contre l'infection. Mais, cela dit pour ma satisfaction personnelle et pour le plaisir d'employer les mots dans leur vrai sens, il est bien entendu que je ne méconnais pas l'importance des pratiques modernes, et que, tout en voulant être simple, je ne me soucie pas de revenir en arrière. Seulement, je trouve qu'on a manqué de mesure et que, lancés à la poursuite d'une chimère, l'asepsie parfaite, celle qui répond à une conception de l'esprit, la destruction absolue des microbes de toute

espèce et l'impossibilité de leur retour pendant l'acte opératoire et ses suites, les chirurgiens ont fait beaucoup de choses inutiles. L'asepsie qui assure l'évolution régulière des plaies n'exigeait pas tant d'appareils de précision, d'une fabrication difficile, d'un prix élevé, d'un maniement délicat, tout ce luxe d'un nouveau genre auquel les fabricants et les inventeurs ne désirent pas mettre un frein.

Ce que je veux dire, c'est que les procédés les plus complexes ne valent pas toujours mieux que les autres. Et j'en ai par devers moi la preuve : à l'hôpital Tenon, à Saint-Louis, à Cochin, je me suis toujours contenté de faire bouillir mes compresses dans une vulgaire lessiveuse, mes instruments dans l'eau additionnée de carbonate de soude. J'ai toujours refusé les autoclaves que m'offrait l'Assistance publique; je lui ai fait à trois reprises ce don généreux : une lessiveuse qui m'avait coûté 18 francs, et je puis vous dire sans forfanterie, en toute sincérité, que ma pratique a valu celle de mes collègues et peut être rangée parmi les plus heureuses. »

Chemin faisant, l'orateur attaque, légèrement d'ailleurs, les appareils à chloroforme qu'il se refuse à adopter. Puis, il se résume :

« Faire simple, c'est la preuve d'un jugement sûr; quand on voit clairement le but à atteindre, on y va tout droit. Je vous disais tout à l'heure que la chirurgie est encombrée; elle l'est autant que les archives qui abritent les recueils de nos lois, et où s'accumulent d'âge en âge les conventions mortes et les sentences contradictoires. Elle est encombrée de petites choses inutiles et qui ne sont pas toujours très mauvaises, mais qu'il faut cependant condamner, parce qu'elles impliquent une erreur de jugement et que celui qui s'y est trompé peut errer aussi bien dans des cas plus graves. On dit trop facilement « telle est ma pratique », « c'est ainsi que je fais »; on se complaît dans un mouvement qui fut d'abord instinctif, et qui devient une habitude; on cherche trop vite à paraître original. Les initiatives les plus heureuses sont celles qui viennent sans effort; l'excessif désir d'avoir une chirurgie à soi mène aux complications inutiles, aux tentatives mort-nées...

On n'a pas toujours pour une opération les sentiments d'un père, mais on est toujours l'éditeur des opérations qu'on fait. On s'en targue et on les recommande. Et puis, une certaine paresse de l'esprit et des doigts intervient pour faire de nous des entêtés; nous n'aimons pas qu'on nous dérange et qu'on nous invite à changer nos habitudes. C'est ainsi que des chirurgiens de valeur s'éternisent parfois dans des pratiques imparfaites, et refusent de voir qu'ils ont sous la main des équivalents qui sont la clarté même. Et voilà quelques-unes des raisons qui rendent si difficile de simplifier la chirurgie.

Vous donnerai-je un exemple? Je reviens à la rétroversion. Pour redresser l'utérus, on l'a fixé par son fond, par ses faces, par son col, par ses cornes, par ses annexes, par chacun de ses ligaments; on l'a tiré dans toutes les directions, collé à toutes les parois, replié, enclavé; on a imaginé des embrochements bizarres, des fils passés en long et en travers, des bandelettes péritonéales enfoncées dans le tissu utérin. Ce fut une débauche opératoire! On a même abusé des ligaments ronds, ces amarres naturelles, ces cordages de sûreté qui ne servent à rien en temps ordinaire, mais que la nature a placés là pour venir au secours des utérus défaillants. On s'en est servi comme l'auraient fait de leurs câbles des matelots inexpérimentés, et l'utérus a continué à filer sur ses ancres. L'idée vint un jour de les pincer à quelque distance de leur insertion utérine, de les amener et de les coudre à l'angle inférieur de la plaie, et de faire ainsi, en touchant à peine au péritoine, une opération qui dure dix minutes et, sans inconvénients ni dangers, donne des résultats excellents. Vous croyez peut-être que la foule des accrocheurs, éclairée, conquise par la divine simplicité, répudia vite ses embrochements, ses nœuds, ses plicatures et enfin se reposa. Si vous croyez cela, vous ne connaissez pas le cœur humain. Ils n'ont pas renoncé à tirer sur l'utérus, à lui infliger des postures anormales; ils viennent d'inventer ou de réinventer une manière de tortiller les ligaments ronds à travers les ligaments larges. Ils cherchent encore, ils n'ont pas fini.

Ma critique, vous le voyez, ne s'adresse pas aux premiers venus, et, si dépourvue qu'elle soit de tout fiel, peut-être suis-je indiscret en leur rappelant que les inventions les plus ingénieuses, les raffinements les plus précieux ne valent pas de voir juste ce qu'il faut faire et de l'exécuter simplement.

Je m'arrête, mes chers collègues, et je m'excuse de vous avoir retenus si longtemps. C'est qu'on pourrait écrire un volume sur la chirurgie simple, et certes il y aurait matière à composer un traité critique de médecine opératoire, très différent des livres que nous possédons. C'est un malheur et peut-être un signe des temps qu'on n'y ait pas encore songé. »

PREMIÈRE QUESTION

CHIRURGIE DES ARTÈRES

Après le discours de M. Richelot et la lecture du rapport du secrétaire général, la parole est donnée à M. Monod pour la lecture du rapport sur la première question mise à l'ordre du jour : « Chirurgie des artères ».

Ce rapport, très documenté, et qui met bien au point cette question toute d'actualité, est l'œuvre commune de MM. Monod et Vanverts (de Lille). Le sujet échappe au compte rendu analytique. C'est un document que l'on doit lire et consulter et que l'on ne peut résumer.

Nous nous contenterons donc d'en signaler la texture et de suivre les rapporteurs au cours de leur travail.

Le premier chapitre est consacré à l'*hémostase préventive*; le tube d'Esmarck, la compression digitale, la forcipressure, la ligature temporaire, le soulèvement et l'inflexion des artères y sont successivement passés en revue.

Le deuxième chapitre étudie la *contusion et rupture des artères* envisagée suivant qu'il existe un hématome péri-artériel, ou suivant que l'exploration digitale est négative.

Le troisième chapitre, réservé aux *plaies des artères*, se divise en plusieurs paragraphes.

La *ligature* est le sujet du premier paragraphe. Son pronostic général et local, les suites et les risques y sont étudiés en quelques pages.

La *suture artérielle* est l'objet intéressant et tout d'actualité du deuxième paragraphe. Elle est envisagée dans sa technique, ses résultats et sa valeur thérapeutique, et dans les différentes variétés de plaies, incomplètes, latérales ou circulaires.

Les diverses questions qui se posent à propos de cette suture des artères, celles de la fermeture exacte de la plaie artérielle, de la solidité de la cicatrice, de la perméabilité conservée ou non du vaisseau, de la sténose possible, celle enfin des troubles que la suture peut éventuellement apporter dans la nutrition des parties périphériques ont été successivement passées en revue, à l'aide de nombreux documents recueillis par les rapporteurs.

Le troisième paragraphe étudie la *valeur comparée de la suture et de la ligature artérielle.* La question qui paraît assez complexe est en réalité assez simple, disent MM. Monod et Vanverts, si les opérateurs veulent bien tenir compte du *calibre de l'artère*, de l'*état anatomique du vaisseau*, de la *forme de la blessure* et des *conditions dans lesquelles elle s'est produite* et enfin du *milieu opératoire*.

Toutes les conditions ci-dessus étant favorables dans leur ensemble, on peut et l'on doit chercher à pratiquer la suture ; dans le cas contraire, « une bonne et aseptique ligature vaut assurément mieux qu'une suture difficile et un résultat douteux ».

Une subdivision du troisième chapitre amène les auteurs à étudier les *plaies des artères avec perte de substance*, les *résections artérielles* et à aborder l'intéressante question des *greffes vasculaires* : greffes artério-artérielles, autoplastiques, homoplastiques ou hétéroplastiques.

Les *greffes artério-veineuses*, avec transplantations complètes ou incomplètes, la *greffe péritonéale*, les *rapiéçages par des lambeaux*, sont étudiés dans leur technique et leurs résultats déjà encourageants.

Aux faits de suture artérielle et artério-veineuse se rattachent deux questions intéressantes : celle de la transplantation des organes et des greffes des membres et celle de la transfusion directe du sang.

MM. Monod et Vanverts abordent ensuite l'étude des *plaies des artères en particulier*, depuis les blessures de l'aorte, jusqu'aux lésions des artères de la jambe et du pied.

Nous ne pouvons entrer dans le détail de cette partie du rapport.

Le quatrième chapitre vise la *thrombose* et l'*embolie* en général et en particulier l'embolie de l'artère pulmonaire et l'embolie des artères mésentériques.

Le cinquième chapitre, des plus importants, est consacré aux *anévrismes artériels*, pour lesquels les auteurs étudient la *compression indirecte*, la *ligature*, l'*incision*, l'*anévrismorraphie* ou opération de Matas, que cette anévrismorraphie soit *oblitérante*, *restauratrice* ou *reconstitutrice*, l'*extirpation* de l'anévrisme avec ou sans rétablissement de la continuité de l'artère.

Enfin, quand l'action chirurgicale proprement dite est impossible ou interdite, le chirurgien doit se rappeler qu'il peut encore recourir à l'*acupuncture*, à l'*électropuncture*, à la *voltaïsation cutanée*, à l'*introduction de corps étranger dans le sac avec ou sans électrolyse*, aux injections de *sérum gélatiné*.

C'est après avoir fourni ces renseignements généraux que les rapporteurs arrivent à l'étude des anévrismes en particulier.

Le sixième chapitre est consacré aux anévrismes artério-veineux en général et en particulier.

Telles sont, très brièvement exposées, les grandes lignes de ce rapport qui sera des plus appréciés.

(A suivre.)

MÉDECINE PRATIQUE

LES ALBUMINURIES FONCTIONNELLES DE L'ENFANCE

De la présence d'albumine dans les urines d'un malade, est-il permis de conclure à l'existence de lésions rénales? Depuis Bright, beaucoup d'auteurs ont solutionné cette question, mais sans pouvoir arriver à se mettre d'accord; actuellement les uns affirment avec Castaigne (1) que « toute albuminurie est liée à une altération rénale, qu'il ne faut pas nier sous le prétexte que, dans bien des cas, elle est superficielle, passagère et curable » ; pour d'autres, au contraire, et en particulier pour le professeur Hutinel, les deux termes albuminurie et néphrite ne sont pas synonymes ; il existe donc des albuminuries fonctionnelles. L'étude des albuminuries fonctionnelles de l'enfance vient d'être remarquablement exposée par MM. Hutinel et Merklen (2) et voici, d'après ces auteurs, comment il faut les comprendre et en diriger le traitement.

L'albuminurie fonctionnelle doit être considérée comme une maladie d'évolution ; elle s'associe à des troubles généraux de la nutrition qui révèlent un trouble dans la croissance de l'individu. Ce n'est donc pas une albuminurie physiologique, car si cette albuminurie n'est pas d'origine rénale, elle n'en constitue pas moins un phénomène morbide. Un grand caractère des albuminuries fonctionnelles c'est l'intermittence ; mais d'après les modalités de cette intermittence et d'après l'examen complet du malade, on peut distinguer l'albuminurie orthostatique, l'albuminurie cyclique et l'albuminurie digestive.

Les enfants atteints d'albuminurie orthostatique fonctionnelle sont mal développés, ont des membres grêles et longs, un thorax étroit; les fillettes ont une tendance marquée à la scoliose. Ils sont toujours fatigués, se plaignent d'essoufflement au moindre effort; beaucoup d'entre eux présentent des troubles gastriques ou souffrent de l'intestin.

En les examinant, on remarque que la circulation périphérique est défectueuse ; les extrémités sont froides et cyanosées, la tension artérielle faible ; le cœur semble gros, parce qu'il est enserré dans un thorax étroit et parce qu'il est abaissé, c'est l'ancienne hypertrophie de croissance. En faisant l'analyse des urines aux différentes heures de la journée, on constate que l'albumine se manifeste quelques minutes après le lever; sa quantité, souvent inférieure à 1 gramme par litre, peut atteindre jusqu'à 4 grammes; elle diminue spontanément au bout de quelques heures.

Si l'enfant se couche pendant la période d'élimination de

(1) CASTAIGNE. Art. ALBUMINURIE, *Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales*, 1906.

(2) HUTINEL et MERKLEN. Art. ALBUMINURIES FONCTIONNELLES, *Les Maladies des enfants*, t. III, 1909.

l'albumine, celle-ci disparaît en quarante à soixante minutes. Les urines renferment peu d'urée et beaucoup d'acide urique; mais il faut noter surtout une phosphaturie très intense avec déperdition de phosphates terreux et ammoniaco-magnésiens. Les albuminuries orthostatiques ont une durée très longue; elles disparaissent en général vers dix-huit ou vingt ans; on observe souvent des rémissions et des poussées. Quelques auteurs admettent l'origine fréquemment tuberculeuse de l'albuminurie orthostatique; Hutinel et Merklen expliquent autrement les rapports de cette albuminurie et de la tuberculose : les petits malades, chétifs et mal développés, perdant chaque jour de l'albumine et une grande quantité de phosphates, sont diminués dans leur résistance et donc prédisposés à la tuberculose; il se passe le même phénomène que chez les adultes diabétiques devenant tuberculeux; la tuberculose germe sur un terrain affaibli.

Tout différent est l'aspect des enfants qui présentent l'albuminurie cyclique décrite par Pavy et par Teissier; il s'agit alors d'enfants gros en général ou tout au moins forts, mangeurs immodérés qui surmènent leur estomac et leur foie; ils sont pour la plupart fils de goutteux, d'obèses, de diabétiques. En traitant les urines par l'acide nitrique, on trouve, tous les jours et aux mêmes moments, une suite de réactions identiques : entre midi et deux heures, réaction rouge foncé due à des matières colorantes, puis un anneau d'albumine qui augmente durant la première partie de l'après-midi; ensuite se montre un disque d'urates dont l'intensité s'exagère à mesure que va diminuer l'albumine; l'albuminurie dure quatre ou cinq heures et reste souvent à un chiffre peu élevé. Ce qui caractérise la formule urinaire de ces petits malades, c'est l'émission d'une énorme quantité d'urates et d'oxalates; l'albuminurie cyclique apparaît ainsi comme une détermination arthritique juvénile. Les enfants qui en sont atteints doivent être considérés comme candidats au rhumatisme, à la goutte et au diabète.

Sous le nom d'albuminurie digestive, il faut entendre les cas dans lesquels l'albuminurie survient chez des enfants atteints de troubles digestifs chroniques, suit les oscillations des accidents gastro-intestinaux et guérit avec eux. Cette albuminurie, peu abondante, apparaît après les repas; quelquefois cependant elle a tendance à devenir permanente, mais alors son taux s'élève lors de la digestion. Dans un certain nombre de cas, l'albuminurie digestive est aussi influencée par la station debout.

Toutes ces albuminuries fonctionnelles sont souvent méconnues; troubles de la croissance, faiblesse, anémie, on se contente de ce diagnostic banal, alors qu'un examen méthodique des urines devrait toujours être pratiqué. Lorsque cet examen a été fait et a décelé la présence d'albumine, il s'agit de savoir si l'albuminurie intermittente est fonctionnelle ou lésionnelle; on sait en effet que les albuminuries des néphrites peuvent aussi présenter le type intermittent et en particulier le type orthostatique. Il faudra donc rechercher les divers signes de brightisme (bruit de galop, œdèmes) qui manquent naturellement dans l'albuminurie fonctionnelle; on remarquera que la tension artérielle est souvent élevée dans l'albuminurie lésionnelle, tandis qu'elle est, en général, abaissée dans l'albuminurie fonctionnelle. On explorera les fonctions rénales par l'épreuve du bleu de méthylène et de la glycosurie phloridzique, par la cryoscopie. Enfin, l'évolution et les résultats de la thérapeutique peuvent encore aider au diagnostic; ainsi, lorsque l'albuminurie cède à l'alitement sans modification de régime, on en conclut que le rein est intact; au contraire, une albuminurie qui diminue seulement par l'emploi du régime lacté est symptomatique d'une altération rénale.

Ce diagnostic différentiel est d'une importance extrême, car « le traitement des albuminuries fonctionnelles diffère totalement de celui des albuminuries brightiques. Il ne s'agit pas de viser l'état du rein, mais bien de transformer la constitution du sujet ». On conseillera d'abord le repos complet au lit, pendant une période plus ou moins prolongée; on se contentera ensuite de laisser l'enfant étendu une partie de la journée, surtout après les repas. Plus tard, on ne permettra que des exercices modérés, incapables de provoquer la moindre fatigue. Le repos intellectuel n'est pas moins obligatoire; il sera souvent indispensable d'arrêter temporairement les études de l'enfant. L'air est un adjuvant précieux du traitement; le malade sera donc envoyé à la campagne, quelquefois dans une station d'altitude ou à Saint-Nectaire. Comme régime, il ne faut pas prescrire le régime lacté, car il est débilitant et sans action sur l'albuminurie; l'alimentation sera composée de féculents, purées, pâtes, œufs, crèmes, légumes verts, poissons frais, viandes grillées et rôties; comme boisson, de l'eau bouillie ou une eau minérale non gazeuse. Enfin, le traitement sera complété par l'emploi de quelques médicaments, stimulants de la nutrition générale qui n'irritent pas la muqueuse gastrique; les injections sous-cutanées de sels arsenicaux répondent bien à ces conditions; le phosphate de soude peut aussi être utilisé. Avec ce traitement suffisamment prolongé, les albuminuries fonctionnelles comportent un pronostic favorable; elles se terminent par une guérison définitive, lorsque l'équilibre nutritif s'est rétabli.

M. BRELET.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[*Budapest, 29 août-4 septembre 1909* (1).]

NEUROLOGIE

Claudication intermittente de la moelle. — MM. J. Déjerine (de Paris) et G. Poix (du Mans). La claudication intermittente de la moelle — type Déjerine — est un syndrome nouveau encore peu étudié quoique maintenant nettement défini et bien différencié de la claudication intermittente d'origine périphérique — type Charcot.

Les auteurs relatent une observation très complète de cette affection. Il s'agit d'un homme de soixante ans qui, après avoir toujours été un excellent marcheur, commença, il y a quinze ans, à la suite d'une grippe infectieuse, à éprouver au niveau de la jambe gauche une certaine faiblesse qui alla en augmentant. Quand il a marché quelques minutes il sent sa jambe s'engourdir comme si elle était en « plomb », puis céder sous lui, il est obligé de s'arrêter quelque temps et de se reposer sur la jambe droite, il repart ensuite, mais cette fois sa démarche n'est plus normale et présente un certain degré de claudication. A l'examen, on constate : au repos une exagération des réflexes rotuliens et achilléens qui augmente encore après la marche; pas de clonus du pied ni de signe de Babinski; troubles de la miction caractérisés par des besoins impérieux; à la palpation des artères, des membres inférieurs, on ne constate aucune différence d'intensité des battements à droite et à gauche. Des examens thermométriques locaux fréquemment répétés ont montré que toujours la température du pied gauche est supérieure à celle

(1) Suite. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 103, p. 1296; 105, p. 1315; 106, p. 1327; 108, p. 1351; 109, p. 1369; 110, p. 1377; 111, p. 1390; 112, p. 1403.

du pied droit d'environ un demi-degré, différence qui tend à diminuer après la marche. Malgré l'absence de tout symptôme ou commémoratif de syphilis, le traitement mercuriel est institué; il ne donne aucun résultat.

Ce cas se différencie nettement de la claudication intermittente du type Charcot dans laquelle existent la diminution des battements des artères des membres inférieurs, la conservation des réflexes normaux dans la marche comme au repos et la présence des troubles vaso-moteurs produisant de la cyanose et du refroidissement. Au point de vue étiologique, l'influence de la grippe paraît certaine; au point de vue de l'évolution, il y a lieu de signaler la lenteur de l'affection qui remonte déjà à plus de quinze ans et ne paraît pas devoir aboutir à la paralysie spasmodique qui constitue la terminaison habituelle de l'affection.

Les lésions des centres nerveux dans les méningites cérébro-spinales, lésions concomitantes, suites éloignées. — MM. H. Claude et P. Lejonne (de Paris) se proposent de démontrer que ce qu'on appelle en général séquelle de méningite est dans la grande majorité des cas une lésion des centres nerveux apparue en même temps que la méningite, en un mot une lésion concomitante. Au point de vue clinique, dans bien des cas qui paraissent des méningites pures, on peut observer des phénomènes indiquant l'atteinte du système nerveux : troubles des réflexes, signe de Babinski, etc. Ces symptômes qui, le plus souvent, demandent à être cherchés, peuvent être très accentués; les auteurs ont observé plusieurs cas accompagnés de troubles mentaux à type de psychose, de paralysies spasmodiques ou aphasiques, d'atrophies musculaires, de troubles de la coordination, etc., si bien que la méningite s'atténuant, les troubles du système nerveux passent au premier plan. Au point de vue anatomique, les lésions vasculaires, cellulaires, du côté des centres nerveux, qui s'observent dans les méningites dites nerveuses, sont bien connues à l'heure actuelle; les auteurs pensent que ces lésions sont plus constantes et plus accentuées qu'on ne le croit. En effet, si certaines sont assez généralisées, d'autres sont plus limitées et demandent à être recherchées par l'examen microscopique systématique d'un très grand nombre de régions du système nerveux central. Parfois, au contraire, les lésions encéphalo-médullaires sont fort accentuées et il s'agit de véritables encéphalo-méningites, myélo-méningites, etc.

Expérimentalement, les auteurs ont montré la solidarité qui unit la méninge molle aux centres nerveux sous-jacents : en produisant chez le chien une irritation méningée locale au moyen de quelques gouttes de solution très diluée de chlorure de zinc, ils déterminent après une phase de congestion méningo-encéphalique généralisée, localement une méningite hémorragique et inflammatoire et en même temps une irritation de la substance grise et même de la substance blanche sous-jacente allant jusqu'au ramollissement en des points situés parfois à 2 centimètres dans la profondeur au-dessous du lieu de l'injection. Ainsi donc, il y a dans le temps presque coïncidence entre les accidents du côté des méninges et du côté du système nerveux central; de plus, au point de vue du pronostic éloigné, les lésions nerveuses sont beaucoup plus importantes que les lésions méningées; ce ne sont donc pas des séquelles, ce terme indiquant une lésion qui, dans le temps, succède à une autre et qui, en outre, lui est subordonnée, ce sont des lésions concomitantes.

Les auteurs considèrent comme prématurée, à l'heure actuelle, une étude d'ensemble de ces lésions nerveuses, mais ils insistent sur leur pronostic et leur évolution. En pleine période de méningite, la constatation d'accidents de cet ordre permet de prévoir que, si le malade guérit, cette guérison ne sera pas complète et qu'il restera, au moins un certain temps, lésé dans son système nerveux. Au point de vue de leur évolution, il faut distinguer parmi ces lésions deux classes très différentes : les unes ont une évolution rapide qui se termine peu de temps après la fin de la méningite, soit par une guérison plus ou moins complète : polynévrite, radiculite, etc., soit par une infirmité définitive : paralysie médullaire ou cérébrale, etc., les autres moins bien connues, mais plus intéressantes ont une allure sournoise, souvent d'apparence bénigne, elles ont tendance à évoluer progressivement et peuvent être l'origine de certaines maladies du système nerveux à type de sclérose en plaque, de sclérose combinée, de sclérose cérébrale, etc. La raison de cette évolution progressive échappe le plus souvent; dans quelques cas, la lésion du système nerveux concomitante de la méningite en fait un point d'appel pour les infections ultérieures; mais souvent il semble bien qu'il s'agisse d'un processus autonome, contemporain de la méningite, évoluant progressivement après la guérison de celle-ci, sans qu'aucune nouvelle infection bien caractérisée soit nécessaire.

On voit toute l'importance, non pas seulement doctrinale, mais pratique, de cette notion des lésions concomitantes des centres nerveux, dans les méningites cérébro-spinales aiguës.

Fonction des lobes frontaux. — M. Bianchi (de Naples). 1° Les singes seulement peuvent être choisis pour les recherches sur les fonctions des lobes frontaux parce qu'ils sont les seuls mammifères qui possèdent des lobes frontaux bien développés, et en outre que leur cerveau est organisé sur le même plan architectonique que le cerveau de l'homme. Les chiens et les chats possèdent à peine des rudiments de ce qui s'appelle le lobe frontal et dont les fonctions ne semblent pas bien différenciées.

2° Il faut examiner avec méthode et pendant longtemps les activités psychiques de chaque singe avant et après l'opération sur les lobes frontaux; il est nécessaire aussi d'observer ensemble des singes de la même famille, mutilés et intègres. Cette méthode nous fait mieux comprendre les différences qui existent entre toutes les manifestations de la vie.

3° Au devant de la zone motrice rolandique, il y a une zone excitable avec l'électricité. Cette zone qui s'étend de la marge interhémisphérique jusqu'au

point de la surface extérieure avant de se courber sur la face orbitaire du lobe frontal, fait partie intégrale du lobe frontal. Elle correspond au sillon préfrontal. Sur cette zone sont disposés les points d'excitation électrique des muscles de la nuque, des prunelles, des yeux, des oreilles. Ils ne sont pas complètement séparés les uns des autres. Cette zone dont les excitations électriques donnent les mêmes mouvements que ceux qui s'obtiennent lorsqu'on excite les centres respectifs sensoriels sur les lobes occipito-pariéto-temporaux semblent être en relation avec la perception attentive.

4° La mutilation des lobes frontaux et leur extirpation de la cavité cranienne ne produit pas de phénomènes à distance permanents plus que la simple incision des lobes frontaux.

5° L'extirpation d'une grande partie du lobe frontal dans ses limites ne produit jamais de troubles moteurs ou sensoriels permanents. Ceux qui s'observent n'ont rien à faire avec les fonctions des lobes frontaux. Les troubles du mouvement s'observent quand la coupure tombe plus en arrière de la ligne de séparation du lobe frontal de la zone motrice. Les troubles visuels apparaissent ensuite et on ne les observe que peu de jours après l'opération; ce sont des phénomènes consensuels.

6° L'extirpation des lobes frontaux ne produit jamais de troubles généraux de la sensibilité.

7° Toute la vie intellectuelle du singe se montre troublée après l'extirpation des lobes frontaux. Le procédé perceptif, celui de l'attention, celui de l'inhibition et surtout celui de la mémoire et de l'association sont très affaiblis. Le singe n'a plus le pouvoir d'utiliser les acquisitions de sa propre expérience et, par conséquent, les jugements sont superficiels et inadaptés. Avec l'affaiblissement des hautes fonctions cérébrales, on observe quelquefois de la stéréotypie et des tics.

8° La volonté qui est l'effet de représentations et des sentiments, la sûreté de soi-même et le courage qui dépendent surtout de la perception du milieu et de l'histoire de la propre expérience dans le milieu dans lequel nous vivons, apparaissent presque comme éteints. Pour cette raison, les singes mutilés sont pauvres d'esprit et insuffisants en comparaison des singes non mutilés, pour le combat de la vie.

9° Le lobe frontal semble être principalement l'organe du raisonnement et de la conscience psychique.

Traitement de la névralgie faciale par les injections d'alcool. — M. Sicard (de Paris). Il est nécessaire de porter un diagnostic étiologique précis, car toutes les névralgies faciales ne sont pas susceptibles d'être guéries par les injections d'alcool. L'alcoolisation locale ne s'adresse qu'à la névralgie faciale essentielle et à la névralgie faciale secondaire de cause périphérique. Les injections, suivant les cas, seront pratiquées par voie externe faciale ou par voie interne buccale. Les trous des canaux à injecter seront le groupe périphérique : sous-orbitaire, mentonnier; le groupe moyen : diploé, canal dentaire inférieur, canal palatin postérieur; le groupe profond : trou grand rond et trou ovale. Le liquide modificateur qui a donné à M. Sicard les meilleurs résultats est de l'alcool à 80 degrés, mentholé à 2 p. 100 et novocaïné à 1 p. 100. A part une réaction œdémateuse locale, les suites sont simples, sans accidents, sans cicatrices. La durée de guérison varie d'un à deux ans. Les récidives sont justifiables du même traitement et des mêmes accalmies. Le seul témoin d'une injection bien réussie est l'anesthésie persistante dans le domaine cutané ou muqueux tributaire de la branche nerveuse injectée.

Plan général de la pathologie du système nerveux sympathique. — M. Laignel-Lavastine (de Paris) définit le système nerveux sympathique ou plus exactement le système vago-sympathique, comprenant les voies centripètes de la cœnesthésie, comme étant le système nerveux régulateur des fonctions de nutrition.

Il l'étudie au triple point de vue anatomique, physiologique et clinique, et s'efforce de démontrer le bien-fondé des trois thèses suivantes :

I. Thèse anatomique : les lésions du sympathique sont conformes aux lois de la pathologie générale. A part les lésions à distance et les lésions spécifiques, le système sympathique, comme tous les tissus, a, dans les toxi-infections, des lésions, dont le caractère est déterminé par l'évolution de la maladie.

II. Thèse physiologique : il existe un rapport simple entre les sièges anatomiques d'une lésion sympathique, irritative ou destructive, et le syndrome sympathique expérimental correspondant. Les fonctions sympathiques sont centripètes et centrifuges ; les centripètes constituent la cœnesthésie; les centrifuges sont lissomotrices et sécrétoires; leur fonctionnement normal permet l'atrophie des tissus. Connaissant l'anatomie, on en déduit que des perturbations fonctionnelles qu'on doit, pour l'analyse, diviser en diverses catégories, sont sous la dépendance des troubles localisés, tronculaires, ganglionnaires ou centraux, qu'on peut reproduire, pour la plupart, expérimentalement, syndromes sympathiques expérimentaux.

III. Thèse clinique : certaines entités cliniques, déjà individualisées, dépendent de troubles du sympathique, établis par l'anatomie pathologique (criterium anatomique) ou par l'expérimentation (criterium physiologique). Ce n'est pas une description de toutes les entités cliniques, où l'on a supposé avec quelque vraisemblance, un facteur sympathique, mais une classification de ces entités, d'après leurs caractères cliniques, en syndromes tégumentaires, ostéo-articulaires, circulatoires, respiratoires, digestifs, urinaires, génitaux, des sécrétions internes et de la régulation nutritive générale permettant le diagnostic positif, différentiel, topographique, étiologique et pathogénique, pour en tirer le pronostic et le traitement.

Note sur l'évolution et le pronostic des lésions encéphaliques du tabes et de la paralysie générale. — M. Faure (de Paris). Les relations du tabes et de la paralysie générale ont été l'objet de nombreuses

discussions. Quelle que soit l'opinion à laquelle on se rallie, il n'est pas contestable que l'on voit souvent apparaître des signes cliniques de lésions encéphaliques (en y comprenant les lésions des nerfs auditif et optique) au cours de l'évolution du tabes, et, réciproquement, des signes cliniques ou anatomiques de lésions spinales (sclérose des cordons postérieurs) chez des paralytiques généraux.

Or, depuis 1901, le traitement mercuriel systématique a été très généralement appliqué en France à la cure du tabes incipiens ou confirmé. Les résultats ont été l'objet de nombreuses controverses, mais il ne paraît plus douteux qu'un traitement mercuriel long et sérieux, adroitement conduit, exerce une influence très active sur les accidents spinaux du tabes.

Il était donc intéressant de se demander quelle était l'action de ce même traitement sur les accidents encéphaliques du tabes et sur la paralysie générale : par exemple, comment évoluaient, comparativement, chez un même malade traité avec du mercure, d'une part, les douleurs fulgurantes, les troubles vésicaux et sensitifs, l'incoordination, etc., considérés comme accidents spinaux (ou méningo-radiculaires) ; d'autre part, l'atrophie de la papille, les troubles auditifs, les troubles mentaux, considérés comme accidents encéphaliques ; ou encore, comment évoluaient, comparativement, les signes de tabes et les signes de paralysie générale, coexistant chez le même malade, soumis au traitement mercuriel.

A ce point de vue, l'auteur conclut que le traitement mercuriel n'améliore pas les accidents encéphaliques du tabes et la paralysie générale. Par conséquent, le pronostic des lésions encéphaliques du tabes, de la névrite optique et auditive et de la paralysie générale reste sombre, comme par le passé, et malgré le traitement mercuriel, bien que, d'autre part, le pronostic du tabes spinal ordinaire se soit grandement et favorablement modifié sous l'influence de ce traitement.

Le traitement mercuriel du tabes. — M. FAURE (de Paris). Depuis 1901, le traitement mercuriel du tabes s'est peu à peu généralisé en France. La plupart, sinon tous les tabétiques anciens, l'ont tenté, et les tabétiques récents en poursuivent plus ou moins régulièrement l'application. Quelles conclusions se dégagent de cette vaste expérimentation ?

Le traitement est fait avec des injections de sels solubles et insolubles. Les préparations le plus habituellement employées sont : le calomel et l'huile grise, le biiodure et le benzoate, l'hermophényl et le cacodylate d'hydrargyre. Pour en calculer aisément les doses, il faut rapporter tous ces sels à un étalon unique : le centigramme de mercure-métal par injection et par jour.

Les anciens tabétiques, qui ont des scléroses spinales cicatricielles, des infections des réservoirs, des intoxications médicamenteuses, des lésions rénales et hépatiques, tolèrent mal le traitement mercuriel. Celui-ci doit être appliqué avec beaucoup de précautions et à doses faibles, au moins au début de la cure. Si on passe outre, on s'expose à une aggravation des symptômes tabétiques, même en dehors de tout signe d'intoxication mercurielle.

Les tabétiques nouveaux acceptent d'autant mieux le traitement mercuriel qu'ils se préoccupent en même temps de leur hygiène générale, de leur diététique, de leur rééducation motrice, de leur repos ; toutes choses qu'ils ne faisaient pas autrefois. Avec un diagnostic beaucoup plus précoce, et un modus vivendi tout à fait différent de celui du tabétique ancien, le tabétique moderne, qui tolère bien le traitement mercuriel, voit très souvent ses symptômes rétrocéder et l'évolution de sa maladie s'arrêter.

Pour l'appréciation d'ensemble des résultats, on peut négliger les anciens tabétiques qui deviennent de plus en plus rares, et juger seulement les tabétiques récents. Or, il n'est pas douteux que, pour eux, le pronostic soit tout autre que pour leurs prédécesseurs, l'évolution progressive de l'ataxie ayant disparu, dans la grande majorité des cas. Mais, pour obtenir du traitement mercuriel des résultats favorables et bien nets, il est nécessaire de ne pas appliquer aux malades la même dose et le même sel, ainsi qu'on le fait trop souvent. Il faut, pour chaque cas, savoir graduer et choisir, se souvenir que certains sujets ne tolèrent pas le mercure malgré toutes les précautions, et que si le mercure améliore les accidents spinaux du tabes, il est sans action sur les accidents encéphaliques, notamment sur les névrites auditives et optiques.

Les phénomènes nerveux et psychiques dans le cours de l'artério-sclérose. — M. VON TSCHISCH (de Jurjew-Dorpat). Sur le terrain de l'artério-sclérose se développe en général, de cinquante à cinquante-cinq ans, la neurasthénie artério-scléreuse qui se caractérise par les symptômes suivants :

Le plus souvent le malade est atteint d'une dépression psychique, se plaint d'un mauvais sommeil, d'une sensation de pesanteur et d'obscurité dans la tête, surtout accentuée après un travail et le soir. On constate en outre de l'apathie, de la mauvaise humeur et de l'irritabilité.

Si un traitement n'intervient pas, la neurasthénie évolue vers la démence artério-scléreuse.

Dans de rares cas, cette terminaison n'est pas immédiate : des états mélancoliques et maniaques y préparent avec leurs symptômes habituels.

(*A suivre.*) FERNAND TRÉMOLIÈRES.

La Cirrhose de Laënnec (*Consultations médicales françaises*, fascicule VI), par MM. M. DEBOVE, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique médicale, membre de l'Académie de médecine, et J. CASTAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-16 de 16 pages. — Prix : 50 centimes, franco. — Paris, A. Poinat.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVE, 17, RUE CASSETTE.

N° 114. — JEUDI 7 OCTOBRE 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 7 OCTOBRE 1909. — N° 114.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 4 octobre 1909. — Question donnée : « Artère sous-clavière. »

MM. Jolivet, 2; Hiblot, 9; Jallet, 8; Janet, 14; Jars, 6; Costantini, 15; Charlet-Reyjal, 12; Broussin (André), 11; Broqua, 1; Clouzeau, 12; Desanges, 3; Dezac-Derceq, 6; Cumenge, 14; Collette, 13; Mlle Burgard, 1/2.

Pathologie. — Séance du 4 octobre. — Question donnée : « Symptômes, diagnostic et évolution d'une adénite tuberculeuse. »

MM. Paulin, 6; Martin de Laubrie, 11; Papadato, 14; Parturier, 18; Polony et Mouriès, 12; Pépin, 16; Poissonnier, 15; Poisson, 9; Penoyée, 11; Plumey, 12; Morin, 16; Neyraud, 18; Netter, 13.

Séance du 5 octobre. — Question donnée : « Signes et diagnostic des fractures malléolaires (y compris la fracture de Dupuytren). »

MM. Morel (Paul), 11; Morice, 10; Patrikios et Mlle Popelin, 13; MM. Neau, 15; Muguet, 6; Petitjean, 7; Peyre, 11; Penot et Pina, 15; Péchdo, 7; Michel (Henri), 13; Popesco-Pascan, 9; Mathelin, 12; Petit, 16; Mugel et Masson, 14.

MINISTÈRE DE LA MARINE. — Sont nommés pour trois ans membres de la commission supérieure pour la prophylaxie des maladies infectieuses et la surveillance des eaux d'alimentation de la marine :

Membres civils. — MM. les docteurs Roux, directeur de l'Institut Pasteur, et Labbé, président de l'Académie de médecine; Bonjean, chef du laboratoire du comité consultatif d'hygiène publique de France; Martel, collaborateur à la carte géologique de France, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène; Baudet, député d'Eure-et-Loir; Janet, député du Doubs; les docteurs Martin, médecin en chef de l'hôpital Pasteur, et Netter, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Membres militaires. — MM. Bertrand, inspecteur général du service de santé de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine; Billandeau, pharmacien en chef de première classe de la marine, membre du Conseil supérieur de santé; Ambiel et Couteaud, médecins en chef de première classe, membres du Conseil supérieur de santé; Barbé, ingénieur en chef de première classe des ponts et chaussées, adjoint à l'inspection générale des travaux maritimes; Maugas, ingénieur en chef de deuxième classe des constructions navales; Gastinel, médecin principal de la marine, professeur suppléant de bactériologie à l'Ecole d'application du service de santé de la marine; Auché, pharmacien principal, chargé du laboratoire de chimie analytique au magasin central de la marine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fussier, directeur honoraire de l'asile public d'aliénés de Bassens (Grand-Cœur); Godlewski (de Bugue); Guénel (de Vertou).

ÉCOLE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE. — Cours pratiques faits par un groupe de médecins et chirurgiens des hôpitaux libres, d'anciens chefs de clinique, d'anciens internes et de praticiens spécialistes.

Deux séries par an. Série d'hiver : novembre et décembre; série d'été : mai et juin.

Les cours de la série d'hiver à l'usage des médecins praticiens et des étudiants s'ouvriront le 1er novembre prochain, à quatre heures, 18, rue du Luxembourg.

Ces cours, au nombre de vingt, seront essentiellement pratiques et se feront pendant novembre et décembre, avec présentation de malades et application du traitement par les élèves. Ils comprendront les principales spécialités : chirurgie pratique et traumatique, maladies des voies urinaires, accouchements, chirurgie infantile et orthopédie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie dentaire, clinique thérapeutique et hygiène alimentaire, médecine infantile, puériculture, diphtérie, maladies du système nerveux, maladies de la peau, électrothérapie, radiothérapie, massage, déontologie médicale.

Droit d'inscription : 40 francs pour l'ensemble des cours de la première série; 20 francs pour les cours des autres séries.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Rondeau, 18, rue du Luxembourg. Le programme détaillé est envoyé sur demande.

TORTICOLIS MENTAL

A LOCALISATION PROFESSIONNELLE, DÉTERMINÉ PAR LA SYPHILIS A L'OCCASION D'UN TORTICOLIS A FRIGORE

Par Lucien LAGRIFFE,
Médecin des Asiles d'aliénés.

Les causes provocatrices des tics sont extrêmement variées. Cette variété peut d'ailleurs s'observer dans le même cas et devenir ainsi l'origine d'interprétations fort différentes susceptibles de modifier le diagnostic et par suite le pronostic et le traitement, suivant que telle ou telle cause aura été plus particulièrement retenue.

Aussi certains cas peuvent-ils, en dehors des difficultés cliniques qu'ils présentent, offrir un gros intérêt au point de vue des maladies du travail chez les ouvriers et chez les soldats. Ce n'est quelquefois qu'après un examen prolongé ou tout au moins fréquemment répété après de longs intervalles de temps, après aussi une étude très approfondie du cas que la religion du médecin peut être définitivement éclairée.

L'observation suivante est intéressante à ce point de vue.

P... (Yves), brigadier d'artillerie coloniale, faisant la traversée de France en Indo-Chine présenta, à la suite d'un service de planton à la bouée du 22 au 23 février 1906, une conjonctivite unilatérale et un torticolis qui le rendit indisponible pendant tout le reste de la traversée. Ce service de planton s'était terminé vers six heures du matin à une époque et dans des parages où, suivant le témoignage d'un officier, embarqué lui-même sur le transport, « la température était encore suffisamment basse pour être cause de refroidissement dangereux ». Le malade ne se plaignit que le lendemain et son état ne dut pas sembler bien grave, le médecin du bord n'en ayant conservé aucun souvenir.

Cependant, débarqué à Haïphong le 25 mars 1906, P... entrait trois jours après à l'infirmerie de garnison de Dap-Cau pour conjonctivite et n'en sortait peu de jours ensuite que pour entrer dans diverses formations sanitaires jusqu'à son rapatriement le 16 octobre 1906. C'est ainsi que nous notons son passage à l'hôpital de Lanessan à Hanoï, du 26 avril au 29 septembre, où il est traité pour contracture du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit et maladie vénérienne (syphilis). Il racontait à cette époque qu'au cours de la traversée, et dans les circonstances que nous disions plus haut, il se réveilla un jour « avec une douleur assez vive dans la région sterno-mastoïdienne droite; puis survint, progressivement, une difficulté de plus en plus grande dans l'exécution des mouvements de rotation du cou, surtout lorsqu'il s'agissait de redresser la tête et de la porter à gauche ». Soumis sans succès aux frictions, à l'anesthésie chloroformique, à l'électrisation, ainsi qu'à des piqûres de sels mercuriels, P... fut renvoyé en France pour *torticolis spasmodique*.

Après plusieurs séjours à l'hôpital maritime de Brest où l'on institue divers traitements : pilules de strychnine, pommade belladonée, électrisation, le malade considéré comme incurable est définitivement réformé pour torticolis spasmodique. L'affection dont il est atteint l'empêchant de reprendre son ancien métier de charron, il demande un emploi civil, est nommé facteur rural, puis il sollicite une pension de retraite pour infirmité contractée au service; il est soumis à une commission d'enquête, puis à une commission de vérification en mars 1909. A ce moment les conditions d'examen sont telles que les quatre confrères de l'armée chargés de la visite maintiennent le diagnostic de torticolis spasmodique.

En juin 1909, le malade, âgé de trente et un ans, est soumis à notre examen pour un rapport technique : il se plaint que sa tête tombe « par secousses » quand il marche, quand il se sert de sa main ou de son bras droits. Il doit alors, quand il le peut, inventer des moyens pour maintenir sa tête droite, en l'appuyant contre un objet par exemple, et il parvient ainsi à un résultat satisfaisant. Dans les conditions ordinaires de la vie il peut facilement redresser sa tête avec sa main, mais si une cause déterminante survient et persiste, la tête reprend aussitôt sa position anormale.

L'infirmité n'est en effet pas constante, les causes pouvant déterminer sa production sont nombreuses; nous avons signalé plus haut les mouvements du membre supérieur droit, nous pouvons y ajouter la marche et comme conditions favorisantes les temps froids et humides, la saison d'hiver. On comprend que dans ces conditions la « chute de la tête » est pour ainsi dire constante, que le malade n'arrive à ramener à l'aide de sa main droite sa tête dans une position rectiligne que pour un temps très court et qu'il soit forcé lorsqu'il est en marche de tenir toujours la gauche de la route afin de pouvoir explorer son chemin.

L'affection n'est pas douloureuse, elle ne l'a d'ailleurs jamais été que dans la première quinzaine de la maladie; elle s'est améliorée au cours de la première année, mais depuis environ trois ans cette amélioration reste stationnaire. Parmi toutes les médications qui ont été tentées, P... considère que c'est l'électrothérapie qui produisit la plus grande amélioration.

Au moment de l'examen nous constatons que la tête est légèrement inclinée à droite et d'une façon à peine sensible en arrière, mais cette inclinaison présente tout au plus les caractères d'une position vicieuse, car il n'existe pas de contracture : le sterno-cléido-mastoïdien droit n'est ni douloureux, ni dur, ni même atrophié. Lorsque le malade dit que sa tête tombe, il emploie là une expression très exacte : le sterno-cléido-mastoïdien se contracte doucement, normalement et ne se contracture pas et le relâchement du muscle antagoniste gauche est très normal. On a donc l'impression d'une simple chute de la tête par résolution musculaire. Quand on cherche à redresser la tête on n'éprouve aucune difficulté, il suffit même d'une simple chiquenaude sur le bord du maxillaire inférieur, mais la tête retombe bientôt; cependant après plusieurs tentatives de redressement répétées coup sur coup on parvient à obtenir une position normale pour un temps assez long.

L'examen donne donc des résultats très différents de ceux qu'il avait donné deux mois auparavant, bien qu'il soit effectué dans des conditions ordinairement favorables à la production du torticolis en question : le malade vient de faire 48 kilomètres à pied afin de se soumettre à notre visite. Nous ne constatons en somme pas autre chose qu'une position vicieuse : cette position vicieuse s'exagère à l'occasion des mouvements, des émotions, de l'exécution d'un commandement, lorsqu'on fixe l'attention. Le muscle est simplement contracté, il reste souple et somme toute est normal.

L'examen général fournit les données suivantes : les réflexes cornéen, irien, plantaire sont normaux, le réflexe patellaire est conservé des deux côtés, mais sensiblement exagéré, le réflexe crémastérien est conservé à gauche et diminué à droite; enfin il existe une anesthésie pharyngée complète.

La sensibilité au tact et à la douleur est très diminuée sur toute la moitié gauche du tronc : cette hypoesthésie est accusée non seulement par le malade lui-même, mais encore par les réflexes cutanés.

On observe de l'inégalité pupillaire : l'iris droit est plus étroit que l'iris gauche, mais comme nous le disions plus haut, le réflexe irien est conservé des deux côtés; de plus les

deux iris demeurent sensibles à l'action de la lumière et à l'accommodation, il n'existe qu'une légère diminution de l'acuité visuelle à droite. L'anicosorie signalée tient donc au plus à une inégalité de l'acuité visuelle des deux yeux, mais, comme elle est à peine sensible, comme elle ne s'accompagne d'aucun trouble viscéral ni nerveux organique, nous pensons qu'elle doit être considérée comme purement physiologique.

Il n'existe pas de dyschromatopsie, le goût est conservé des deux côtés, l'odorat complètement supprimé à gauche; pas de troubles de l'audition.

On observe des troubles de la station et des mouvements volontaires : le malade ayant les yeux fermés ne peut tenir sur un pied: il ne parvient pas à mettre correctement son index droit sur le bout de son nez.

En dehors de cela pas de troubles trophiques, pas de troubles de l'écriture, la force musculaire est conservée des deux côtés. Pas de lésions viscérales, pas de signes physiques de dégénérescence sauf celui désigné sous le nom de « nez en lorgnette » et qui a été longtemps considéré, sans qu'il existe à cet égard une certitude absolue, comme un signe de spécificité héréditaire.

Nous n'avons pas observé non plus de troubles mentaux; mais cependant le malade est très affecté de son état, il a un peu peur d'être ridicule, il est un peu inquiet, un peu déprimé et il s'exagère évidemment sa situation; il n'est pas buveur.

Il n'y a pas d'antécédents personnels.

Le père de P... est âgé de soixante ans, il jouit d'une bonne santé; la mère a cinquante-deux ans et est bien portante; une sœur est morte à dix-huit mois de fièvre cérébrale; un frère est mort d'accident et deux autres frères (seize et vingt-cinq ans) sont en bonne santé; l'un d'eux a accompli quatre années de service militaire.

Il n'est pas douteux qu'il s'agit ici de torticolis, mais de quelle nature?

Il ne saurait plus s'agir maintenant d'un torticolis a frigore, ni d'une affection rhumatismale de longue durée; dans ce dernier cas l'affection serait douloureuse et aurait fini par s'accompagner, après un aussi long temps, d'altérations musculaires et de contracture définitive avec impossibilité de redresser la tête.

Le diagnostic de torticolis hystérique pourrait paraître plus vraisemblable en raison des troubles sensitivo-sensoriels notés au cours de l'examen, surtout dans cette forme très rare de torticolis dit paralytique; mais les sterno-cléido-mastoïdiens ne sont paralysés ou parésiés ni d'un coté ni de l'autre et l'affection est continue. La forme de torticolis hystérique par contracture doit être éliminée d'emblée puisqu'il n'y a pas de contracture.

A défaut d'hystérie pouvons-nous mettre la syphilis en cause? Les déterminations musculaires de la syphilis sont en thèse générale douloureuses; il ne pourrait d'ailleurs s'agir ici que de contracture, ce qui n'est point, ou d'affaiblissement musculaire, ce qui n'est pas non plus. D'ailleurs la longueur de l'affection cadrerait mal avec l'idée d'une affection secondaire spécifique.

Notre choix est donc limité à ces diverses variétés qui ont été réunies sous le terme général de *torticolis convulsifs* et qui comprennent les torticolis-spasmes et les torticolis-tics ou torticolis mental de Brissaud.

Le torticolis-spasme reconnaît pour origine une cause irritative centrale ou périphérique. Or, rien ne permet d'incriminer ici une affection organique du système nerveux : il n'y a pas de symptômes concordants et surtout il serait invraisemblable qu'un spasme symptomatique d'une affection organique ne se soit pas accompagné après une durée de plus de trois ans d'altérations musculaires, rétraction ou atrophie, ou qu'elle n'ait pas déterminé de l'impotence fonctionnelle.

Reste donc l'hypothèse de *torticolis-tic* ou *torticolis mental de Brissaud* et qui est celle à laquelle nous nous arrêtons : le mouvement, le tic est tonique, il est exagéré par le travail, les mouvements, les émotions, le commandement, la fatigue. Il suffit d'une contre-pression insignifiante, une simple chiquenaude, pour le faire cesser; le malade emploie un procédé pour maintenir sa tête, il présente un geste de défense. Enfin il n'y a pas de douleur, mais le malade est assez affecté de sa situation, il en souffre vivement bien que son infirmité soit peu marquée et sans présenter de troubles mentaux, il présente cependant un état mental léger, mais indéniable.

En dernier lieu, et ceci va nous conduire à l'étude de la pathogénie de cette affection, on peut invoquer pour expliquer la localisation du tic un geste professionnel : l'élévation du bras droit dans les travaux de force s'accompagnant d'un mouvement synergique de flexion de la tête du même côté.

La prédisposition aux troubles fonctionnels est évidente chez notre malade; elle se traduit par divers stigmates, comme principalement des troubles sensitivo-sensoriels. Un torticolis a frigore avec son caractère douloureux a servi de cause occasionnelle; peut-être même ce torticolis suivant une évolution normale était-il parvenu à guérir presque complètement, puisque en arrivant en Indo-Chine le malade n'entrait dans une infirmerie que pour une conjonctivite. Mais ce torticolis a créé au niveau du sterno-cléido-mastoïdien droit, déjà prédisposé, chez un individu un peu taré, par le geste professionnel dont nous parlions précédemment, un lieu de moindre résistance, dans lequel grâce à l'invasion récente d'une maladie infectieuse, la syphilis, s'est installé d'autant plus facilement un tic.

Ce tic est d'autant plus persistant qu'il a donné naissance chez notre malade à un quelque chose qui commence à devenir de l'obsession : c'est un tic obsédant. Il a empêché P... de reprendre son ancien travail, il a diminué indubitablement, quoique, somme toute, dans des limites très restreintes, sa capacité professionnelle. Aussi P... est inquiet, préoccupé, il a peur qu'on se moque de lui; nous ne savons même pas jusqu'à quel point il n'y a pas chez lui un peu de sinistrose.

Cependant, et c'est, au point de vue pratique, ce qui fait l'intérêt de cette observation, P... est-il justement fondé à poursuivre la réparation d'un dommage? L'affection contractée en service, le torticolis a frigore, est une affection curable et qui semble bien avoir guéri; mais la syphilis est un dommage de caractère purement personnel et cependant elle n'aurait probablement pas déterminé une affection musculaire sans l'existence antérieure du torticolis.

Il semble donc que les revendications de notre malade soient en partie fondées.

Mais pour apprécier le dommage, il est de toute nécessité de savoir si ce torticolis-tic est curable. Les moyens thérapeutiques mis en œuvre jusqu'aujourd'hui n'ont donné que des résultats négatifs ; en présence d'un torticolis mental il ne pouvait guère en être autrement. En l'état des choses, cette affection ne doit cependant pas être considérée de prime abord comme étant incurable. La thérapeutique à mettre en œuvre ici est celle qui poursuit « la régularisation méthodique des actes psychomoteurs » et à laquelle Brissaud et Meige ont donné le nom de *discipline psycho-motrice*. Ce n'est qu'au moment où l'application de cette méthode, à laquelle on pourra adjoindre, si nécessaire, l'isolement et l'alitement, aura démontré la curabilité ou l'incurabilité de l'affection en cause que l'on pourra spéculer sur la valeur matérielle du dommage causé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE 1909)

L'émétique d'aniline dans le traitement des trypanosomiases. — M. A. LAVERAN. D'après une note du docteur Thiroux (du Sénégal), une injection intra-veineuse de 15 centigrammes d'émétique d'aniline suffit, chez un homme adulte, pour faire disparaître les trypanosomes du sang.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1909)

Mort de M. Heurtaux (de Nantes). — En ouvrant la séance, M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer la mort de M. Heurtaux (de Nantes) dont il retrace, en termes émus, la belle carrière. Après un brillant internat à Paris il revint dans sa ville natale où il fut nommé chirurgien de l'hôpital de Nantes, professeur à l'école de plein exercice, puis professeur de clinique chirurgicale. Ses nombreux travaux appelèrent bientôt sur lui l'attention et il fut nommé membre correspondant de la Société de chirurgie, puis membre correspondant de l'Académie de médecine. Ce fut un grand chirurgien et un parfait honnête homme. Au nom de l'Académie, M. Labbé salue la mémoire de son ancien camarade.

M. le président croit être aussi l'interprète de l'Académie en adressant à ses collègues, MM. Hérard et Reynier, l'expression de sa douloureuse sympathie à l'occasion de la mort du fils Reynier qui, comme on sait, a succombé victime du devoir professionnel.

M. le ministre de l'Instruction publique demande à l'Académie de désigner ceux de ses membres qui seront appelés à faire partie de la Commission des fraudes alimentaires. Sont désignés MM. Yvon, Gauthier, Landouzy, Vallin, Vaillard, Pouchet et Barrier.

M. le ministre de l'Instruction publique demande que l'Académie désigne un de ses membres pour faire partie de la Commission de la fondation Carnegie.

Sur la proposition du Bureau, M. Lereboullet est nommé.

Instruments destinés à l'étude de la vision entoptique. — M. YVON fait un rapport sur un travail relatif à cette question.

Le témoignage au point de vue médico légal. — M. DUPRÉ lit une étude intéressante sur ce sujet. Il insiste sur la complexité de cette opération qu'est le témoignage en justice exigeant une conscience, une mémoire, une précision particulières et il fait remarquer à quelle variabilité, selon les sujets, à combien d'erreurs peuvent donner lieu les témoignages en justice. Les témoignages écrits sont généralement plus fidèles que les témoignages parlés. Ceux des hommes sont le plus souvent plus exacts que ceux des femmes. Il n'y a, selon M. Dupré, aucun fonds à faire sur le témoignage des enfants. Bien douteux peuvent être aussi ceux des vieillards.

Pour qu'un témoignage fût utile et efficace, il faudrait être fixé exactement sur la psychologie du déposant.

Des considérations qu'il présente sur ce sujet, M. Dupré croit pouvoir tirer la conclusion suivante :

L'étude du témoignage qui constitue pour les magistrats et les experts une partie des plus importantes de la psychologie judiciaire représente pour l'esprit critique la préface indispensable de toute source d'observation et toute philosophie de la certitude.

L'alcoolisme le plus grand facteur de la criminalité. — M. VALLON, en qualité de médecin expert près les tribunaux, a eu à examiner, au cours de ces vingt dernières années, 151 individus inculpés d'homicide ou de tentative d'homicide (meurtre, assassinat). Dans le nombre, il y avait 7 simulateurs et 9 sujets en faveur desquels on avait à tort allégué des troubles mentaux. Sur les 135 inculpés restant, 120 appartenaient au sexe masculin et 15 seulement au sexe féminin. Au point de vue de l'état de leur santé, on pouvait les répartir ainsi :

1 cas de grossesse avec état névropathique ;
1 cas de morphinomanie ;
2 cas de neurasthénie ;
10 cas de délire des persécutions ;
7 cas de psychopathies diverses ;
11 cas d'hystérie ou d'épilepsie ;
18 cas de maladies diverses supposées avoir eu ou ayant eu réellement un certain retentissement sur le cerveau (syphilis, paludisme, tabes, tuberculose, cardiopathies, mal de Bright, otite);
36 cas d'insuffisance mentale (imbécillité, débilité, déséquilibration) ;
49 cas d'intoxication par l'alcool (alcoolisme chronique, aigu, subaigu, ivresse pathologique, ivresse simple).

M. Vallon fait remarquer que la proportion des alcooliques par rapport au nombre total des inculpés d'homicide est considérable puisqu'elle dépasse le tiers. Il ajoute que l'influence de l'alcool dans la production de l'homicide apparaît encore bien plus grande si, au lieu de se borner à dénombrer les inculpés personnellement intoxiqués par l'alcool, on examine les antécédents des inculpés classés dans d'autres catégories. On constate alors que bon nombre d'épileptiques et de faibles d'esprit sont des enfants d'alcooliques.

M. Vallon insiste sur ce fait que des actes de la dernière violence peuvent être commis, non seulement par les individus dès longtemps intoxiqués par l'alcool, les alcooliques chroniques avec ou sans crise aiguë ou subaiguë, mais aussi par des individus accidentellement sous l'influence de l'alcool, en état d'ivresse. A l'appui de son affirmation, il cite deux observations fort intéressantes :

L'une a trait à un jeune homme de vingt-trois ans qui, contre son habitude, ayant fait des excès alcooliques pendant toute une soirée, fut pris subitement, sous l'influence d'une frayeur, d'un délire hallucinatoire, au cours duquel il donna des coups de couteau à deux locataires de sa maison et effraya tellement une jeune fille de seize ans que celle-ci se précipita par la fenêtre et se tua.

L'autre est l'histoire d'un jeune homme de quinze ans qui,

étant en état d'ivresse, sous l'influence de la colère tua d'un coup de couteau donné en plein cœur un de ses camarades qu'il aimait beaucoup.

M. Vallon termine en affirmant après bien d'autres que l'alcoolisme est le plus grand facteur de la criminalité.

Le service vaccinal. — M. Kelsch lit un rapport sur le service vaccinal de France en 1906.

Hygiène des nouveau-nés. — M. Lesage lit une étude sur ce sujet.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

[*Budapest, 29 août-4 septembre 1909* (1).]

UROLOGIE

La pyélite. — M. Kapsammer (de Vienne) traite dans son rapport, non seulement de la maladie du bassinet, mais aussi de la pyélonéphrite.

Qu'elle soit ou non de nature tuberculeuse, la pyélonéphrite est due le plus souvent à une infection sanguine. L'infection urinaire, rare, exige pour se produire l'insuffisance vésicale et la distension des uretères.

Le plus souvent, le colibacille est invoqué comme cause déterminante de la pyélonéphrite.

La pyonéphrose est primitive quand le processus purulent précède la dilatation du bassinet, secondaire dans le cas contraire.

La pyélonéphrite apparaît souvent insidieusement sans signes subjectifs. Les troubles vésicaux, sans lésions vésicales, au cours des pyélonéphrites tuberculeuses, peuvent être considérés comme des troubles réflexes dus à la tuberculose périurétérale.

La pyurie intermittente est caractéristique d'une lésion unilatérale. Elle est due à l'obstruction de l'uretère d'un côté. Cette obstruction peut être progressive ou brusque. Elle s'accompagne dans ce cas de douleurs coliquatives avec fréquentes envies d'uriner.

Le degré de la pyurie n'a pas d'importance au point de vue du pronostic. Le cathétérisme de l'uretère donne au contraire des renseignements précieux. Si l'on a soin de faire une instillation préventive, c'est une opération absolument sans gravité. L'examen de l'activité fonctionnelle du rein permet de préciser la participation du parenchyme rénal à l'inflammation.

Le degré de la lésion rénale est très important à connaître, pour une opération éventuelle (néphrotomie ou néphrectomie). Dans les cas de pyélonéphrite gravidique, la thérapeutique opératoire doit être préférée aux entreprises gynécologiques, tant que la viabilité de l'enfant n'est pas assurée.

Dans la thérapeutique non opératoire, le cathétérisme des uretères joue un rôle prédominant. Il permet l'écoulement de l'urine qui séjourne dans le bassinet, le lavage du bassinet ou les instillations.

Souvent les cures d'eaux minérales sont bienfaisantes. Aussi souvent leur prescription imprudente est néfaste (cure d'eaux minérales alcalines dans la pyélonéphrite tuberculeuse, dans la phosphaturie, dans l'hypertrophie de la prostate à la deuxième période).

De même que le cathétérisme de l'uretère, le lavage de la vessie exige une technique minutieuse. La dilatation aurait pour effet de repousser dans l'uretère le liquide provenant d'une vessie altérée et enflammée.

La tuberculose rénale. — M. Barthélemy Guisy (d'Athènes), après avoir étudié la tuberculose rénale, conclut que le traitement opératoire dans la tuberculose unilatérale diagnostiquée et confirmée par tous les moyens d'exploration de reins, est la néphrectomie lombaire totale exécutée le plus précocement possible et après constatation de la valeur fonctionnelle du rein opposé. Lorsqu'on a des doutes sur l'intégrité ou valeur fonctionnelle du rein opposé on doit préférer la néphrotomie exploratrice.

La lithiase rénale. Indications de la néphrotomie et de la néphrectomie dans la lithiase rénale. — M. Desnos (de Paris), comme conclusion de sa communication, estime que, tout en considérant la néphrotomie primitive comme l'opération de choix dans la lithiase rénale, il ne faut pas trop en étendre les indications. Quand les lésions du parenchyme sont anciennes et profondes, quand le malade offre une résistance suffisante, quand la néphrectomie ne présente pas de grosses difficultés, c'est à cette dernière qu'il vaut mieux avoir recours. Les résultats d'une néphrotomie primitive qui paraissent très beaux à une époque rapprochée de l'opération, le deviennent moins dans la suite, car il arrive souvent que l'organe conservé perde peu à peu ses qualités fonctionnelles.

De l'avenir des néphrectomisés. — M. A. Pousson (de Bordeaux). La santé générale et le développement de l'individu, si l'opération a été pratiquée dans le jeune âge, ne ressent aucun effet fâcheux de l'ablation du rein. Les néphrectomisés résistent fort bien aux intoxications et aux infections à l'exception de la petite catégorie, conservant des lésions profondes et étendues du rein restant.

La grossesse n'est pas troublée dans son évolution. L'allaitement est possible et sans danger pour la mère et l'enfant. Les traumatismes accidentels et opératoires même considérables peuvent être supportés, lorsque le rein restant est en parfait état; même lorsqu'il est légèrement touché, il n'est pas impossible de tenter avec succès des interventions graves. Les néphrectomisés tolèrent sans danger les anesthésiques : chloroforme, éther, même avec des altérations du rein subsistant. Bien que les femmes néphrectomisées puissent faire les frais de la grossesse et de l'allaitement, il convient avant d'autoriser le mariage, de tenir compte de la nature de la néphropathie ayant exigé l'intervention, et aussi de l'état des autres organes, en particulier de l'appareil cardio-vasculaire. L'engagement militaire et volontaire et même l'incorporation d'office doivent être refusés aux jeunes hommes privés

(1) Fin. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n°s 103, p. 1296; 105, p. 1315; 106, p. 1327; 108, p. 1351; 109, p. 1369; 110, p. 1377; 111, p. 1390; 112, p. 1403; 113, p. 1415.

d'un rein. Pour ce qui est du maintien dans l'armée, la question, pour être tranchée, devra tenir compte de l'âge, du grade, de la fonction, de la nature de l'affection rénale, de l'état général. Un individu dont le rein fonctionne normalement peut être admis à contracter une assurance, mais surélévation de prime, en rapport avec l'affection du rein enlevé. La perte d'un rein diminue la capacité ouvrière dans des proportions variables avec la profession, selon que celle-ci expose à des heurts, des contusions, des intoxications du rein restant. Sa valeur ouvrière peut être estimée à 40, à 50 p. 100 de ce qu'elle est chez un individu jouissant de ses deux reins.

MÉDECINE NAVALE ET MALADIES TROPICALES

Les progrès de la pathologie exotique (1). — M. A. Laveran (de Paris). Depuis trente ans, d'immenses progrès ont été réalisés dans la connaissance des maladies exotiques de l'homme et des animaux. La rapidité de ces progrès s'explique : d'une part, de nouvelles méthodes de recherche et d'étude des agents pathogènes ont été découvertes ; d'autre part, les relations de l'Europe avec les autres parties du monde se sont développées dans des proportions inconnues jusqu'alors. En 1880, l'étude clinique de la plupart des maladies exotiques avait été faite, mais l'étiologie de ces maladies restait obscure. On en était réduit à accuser des miasmes de nature inconnue de produire les fièvres palustres, le choléra, la fièvre jaune, la dysenterie, la peste; et le mystère qui entourait l'apparition de ces maladies en dehors de leurs foyers avait pour effet d'accroître la terreur qu'elles inspiraient. A partir de 1880, les découvertes relatives aux agents des maladies exotiques et à leur mode de propagation se succèdent avec une rapidité tout à fait remarquable.

La découverte de l'hématozoaire du paludisme (A. Laveran, 1880) n'a pas seulement pour effet de faire connaître l'agent de la plus vaste endémie des pays chauds, elle ouvre aux chercheurs une voie nouvelle, en montrant l'importance des microprotozoaires en pathologie.

Découverte du vibrion cholérique (R. Koch, 1883) et du rôle de l'eau de boisson dans la propagation des épidémies cholériques.

Découverte des amibes de la dysenterie et des abcès du foie des pays chauds (Kartulis, W. Osler, Councilmann et Lafleur, 1885-1891).

Découverte du microcoque de la fièvre de Malte ou fièvre méditerranéenne (D. Bruce, 1887) et du mode de propagation ordinaire de la maladie par le lait de chèvre.

Découverte du Piroplasma bigeminum, agent d'une des épizooties les plus répandues et les plus graves des bovidés, la fièvre du Texas (Smith et Kilborne, 1893), et de sa transmission par les tiques ou ixodes, découverte bientôt suivie de celle d'autres piroplasmoses chez le mouton, chez le chien et chez le cheval.

Découverte du bacille de la peste (Yersin, 1894), et du rôle des rats et des puces provenant des rats morts dans la propagation de cette redoutable maladie.

Découverte concernant le rôle des anophèles dans la propagation du paludisme (R. Ross, 1897-1898) et du *stegomia fasciata* dans la propagation de la fièvre jaune (Read, Carroll, Agramonte, Guiteras, 1900-1902).

Découverte du mode de propagation des filarioses par les moustiques (T. Manson, Bancroft).

Découvertes concernant les trypanosomiases animales (Surra, Nagans), mal de Caderas, trypanosomiase des chevaux de Gambie, etc.

Découverte du *trypanosoma gambiense*, agent de la maladie du sommeil, cette redoutable endémie de l'Afrique équatoriale (Forde et Dutton, Castellani, D. Bruce, 1901-1903), et de son mode de transmission par les glossina, vulgairement connues sous le nom de tsétsé.

Découverte des agents du kala-azar (Leishmann et Donovan, 1903) et du bouton d'Orient (Wright).

Grâce à ces découvertes, dont le conférencier n'énumère que les principales, nous n'en sommes plus réduits à faire intervenir des miasmes mystérieux comme cause des maladies exotiques. Nous connaissons les agents du paludisme, du choléra, de la peste, des piroplasmoses, des trypanosomiases, des leishmanioses et nous savons que, contrairement à l'opinion accréditée naguère, la transmission de ces agents ne se fait pas que par l'air respiré ; l'importance du rôle des insectes et des acariens suceurs de sang, insoupçonnée il y a trente ans, est aujourd'hui bien démontrée.

Ces données précises sur l'étiologie des maladies exotiques ont permis de substituer à la prophylaxie ancienne, purement empirique et souvent illusoire, une prophylaxie rationnelle et efficace ; des maladies comme la peste, le choléra et la fièvre jaune, qui donnaient lieu à ces grandes manifestations épidémiques qui répandaient la terreur dans le monde entier, sont devenues des maladies évitables.

HYGIÈNE

Tuberculose et collectivité. — MM. S. Bernheim et L. Dieupart (de Paris) déclarent que, d'une façon générale, tout travail collectif, tout surpeuplement favorisent l'éclosion de la tuberculose, surtout quand le travail commun ou l'habitation surpeuplée présentent de mauvaises conditions d'hygiène, ce qui est commun dans un grand nombre de professions. Ils rappellent les recherches qu'ils ont faites chez les blanchisseurs, chez les typographes, chez les raffineurs où ils ont rencontré un pourcentage excessif de tuberculose. De même le personnel des hôpitaux est fréquemment contaminé. Les aliénés, les employés d'administration, les menuisiers, les emballeurs, les parqueteurs, les gardiens de la paix, les ouvriers et employés des chemins de fer, les pensionnaires des établissements pénitentiaires, les domestiques, les soldats et les marins paient un lourd tribut à la contagion tuberculeuse. MM. Bernheim et Dieupart décrivent les causes de cette contagion excessive qu'ils fixent par des chiffres et des statistiques pour chaque profession et pour chaque

(1) Conférence faite le jeudi 2 septembre.

état. Comme remèdes, ils conseillent de faire une guerre acharnée aux ateliers malsains, aux professions à poussières, aux habitations insalubres et obscures. Il faut commencer la lutte à l'école, en surveillant l'enfant prétuberculeux, en éloignant le maître porteur de bacilles, pour la poursuivre par des œuvres postscolaires, à travers la caserne et surtout à travers les ateliers malpropres et contaminés. Cette lutte contre la tuberculose des collectivités ne sera efficace que le jour où elle sera dirigée par des hommes compétents et indépendants, ayant reçu un mandat très large des pouvoirs publics. Elle ne portera tous ses fruits que le jour où tout le monde social, syndicats, mutualités, groupements professionnels, coopératives, s'en occupera d'une façon sérieuse et avec ténacité. La tuberculose, maladie due à la misère et à l'ignorance, qui frappe plus particulièrement la classe des travailleurs, doit disparaître des collectivités par l'effort et l'action des collectivités. FERNAND TRÉMOLIÈRES.

LIVRES NOUVEAUX

Pratique de la chirurgie antiseptique. Leçons professées à l'Hôtel-Dieu (1), par Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

Ce serait témérité de ma part, soit de faire l'éloge de M. Lucas-Championnière, soit de discuter ici la supériorité de la chirurgie antiseptique ou celle de l'aseptique. Je n'ai point qualité pour cela.

Je ne puis donc que rendre hommage au livre de piété et de foi que vient de publier l'éminent chirurgien. Livre de piété certes, car la mémoire du grand initiateur que fut lord Lister y est constamment présente et constamment célébrée; livre de foi, car il résume toute l'existence chirurgicale d'un homme qui ne cessa de lutter pour la même idée, et qui, après en avoir tiré de merveilleux résultats, lui demeure fidèle et continue aujourd'hui à en proclamer l'excellence.

Il est certain que beaucoup parlent de l'antiseptie sans la connaître bien, et il convient de leur signaler ces lignes de M. Lucas-Championnière : « La méthode antiseptique n'est pas seulement une application quelconque du principe de la suppression des germes. C'est une méthode clinique que l'on n'invente pas, qu'il faut apprendre, qu'il faut appliquer avec une fidélité persévérante ».

Or, où pourrait-on mieux apprendre cette méthode que dans l'ouvrage, définitif sans doute en la matière, de l'homme qui a introduit l'antiseptie en France et n'a cessé depuis de la perfectionner. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le Régime des aliénés (2), par le docteur Fernand DUBIEF.

L'auteur a voulu dans ce livre exposer toutes les raisons et rassembler certains des documents qui lui ont servi à édifier le projet de loi dont il fut le rapporteur et que la Chambre vota le 22 janvier 1907.

Successivement il nous rappelle les objections et les critiques faites depuis longtemps déjà par les médecins et les magistrats à notre législation actuelle. Les principaux reproches portent sur le manque de garantie que donne à la société la loi de 1838, vis-à-vis des aliénés criminels, des buveurs d'habitude, des vagabonds et des délinquants récidivistes.

(1) Un vol. de 463 p., avec un portrait de lord Lister. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Steinheil.
(2) Un vol. in-18, 350 p. — Paris, J. Rousset.

Il est parfois regrettable de voir l'auteur accepter avec tant de facilité les griefs retentissants, mais presque toujours vides et injustifiés de l'opinion publique et du journalisme au sujet de séquestrations arbitraires et de la dilapidation des biens des aliénés.

De l'existence indiscutable de lacunes dans cette loi de 1838, de l'urgence de modifications et d'additions à lui apporter, doit-on conclure, comme le fait M. Dubief, à la nécessité d'abroger cette loi et de la remplacer par un régime tout autre? Il est encore permis d'en douter.

Aux inconvénients de notre législation le rapporteur du nouveau projet indique certaines des dispositions applicables soit au fonctionnement des hôpitaux d'aliénés, soit aux quartiers d'observations, soit aux aliénés soignés dans leur famille, soit enfin à l'organisation du service médical.

A côté de tous les arguments apportés par l'auteur on lira d'ailleurs quelques-unes des objections exposées dans l'intéressante préface de ce livre par le docteur Bajenoff.

PAUL CAMUS.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 64, 14 août 1909.) VINSAC : A propos de l'aliénation mentale dans l'armée.

Clinique. — (N° 37, 10 sept. 1909.) DAUSSET : La douche d'air. Ses applications médicales et chirurgicales. — LE GENDRE : La douleur dans les divers états morbides. La douleur dans les affections du tube digestif. — VIGOUROUX : Glycosurie alimentaire et délire alcoolique. — TUFFIER : Ptoses viscérales. — PAUCHET : Tarsalgie des adolescents. — RUDAUX : Préparatifs à faire avant toute intervention obstétricale par la voie vaginale.

Écho médical du Nord. — (N° 33, 15 août 1909.) F. MOTY : De la sexualité dans l'espèce humaine (*suite*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 37, 12 sept. 1909.) L. BARTHE : Aperçu sur l'enseignement de l'hydrologie dans les facultés de médecine. — ARDENNE : Sur la mastoïdite syphilitique.

Journal de médecine interne. — (N° 25, 10 sept. 1909.) Paul SEGOND : L'appendicite et les maladies des annexes.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 28, 13 juillet 1909.) MEISEL : Contribution à la connaissance de l'abcès sous-phrénique du côté gauche. — FRÄNKEL : Sur la mobilisation du thorax. — MORO et STHEMAN : Hypersensibilité clinique. — SCHENCK : Sur la signification de la précipitation de la lécithine dans les tumeurs malignes. — BECKERS : L'ophtalmo-réaction de Chantemesse chez les typhiques. — KAUTOROWICZ : Traitement des processus suppurés par les ferments et les antiferments. — SALZER : Sur la question de la kératoplastique. — BINGEL : Contribution à l'étude du paratyphus. — RIEDEL : La fibrolysine, médicament de l'obésité. — FISCHER et HOPPE : Le véronal dans le corps humain. — GOTTSTEIN : Un cas de luxation isolée du scaphoïde. — (N° 29, 20 juillet.) ALT : Tentatives de traitement des paralytiques par l'arséno-phénylglycine. — FISCHER et HOPPE : Le sort des préparations organiques d'arsenic dans le corps humain. — FRAENKEL, KATHE et BICROTTE : Une réaction dans le sang des aliénés. — BAYER et WITTNEBEL : Recherches sur l'empêchement de la cobrahémolyse par le sérum d'aliénés et de malades organiques. — LICHTENBERG, DIETLEN et RUNGE : Byocystographie. — LÜDKE : Sur les transplantations de la rate. — TINTEMANN : Sur la pathologie des échanges dans l'épilepsie. — ALLERS :

Sur la connaissance de la substance active de l'hypophyse. — NERKING : Narcose et lécithine. — PETERS : Contribution à la question de la leucémie. — HEERMANN : Que peut-on et que doit-on demander à l'opération radicale de la suppuration de l'oreille moyenne au point de vue plastique. — MUCK : Sur l'ischémie de la muqueuse nasale congénitalement hyperémiée, obtenue par l'action périodique du froid sur la peau de la nuque. — PAYSEN : Sur les herniotomies et les autres opérations abdominales dans la pratique de campagne. — KOLOMOITZEN : Sur le nouvel et simple appareil de Herz pour la mesure de la tension sanguine. — FEDERSCHMIDT : Deux cas d'intoxication oxycarbonée au point de vue hygiénique et médico-légal. — SCHULTZ : Sur le traitement du coryza des nourrissons. — HÖTZEL : Sur les douleurs au genou dans les affections de la hanche. — MUCH : L'application pratique de la réaction de Wassermann. — (N° 30, 27 juillet.) CRAMER : Sur la physiologie de la sécrétion lactée. — WEBER : Etats mentaux artériosclérotiques. — EISNER et KRONFELD : Sur l'influence acceptée par Much et Holzmann du sérum des aliénés sur l'hémolyse par venin de cobra. — SCHULTZ : Recherches sur la psycho-réaction de Much-Holzmann. — PLANT : Sur la réaction au venin de cobra décrite par Much et Holzmann chez les aliénés. — TURMANN : Sur le traitement de la tuberculose par une préparation d'iode agissant d'une façon spécifique. — BETZ : Sur la suture des déchirures récentes du périnée. — MEYER : Sur la continuation de la leucopénie dans une péritonite par perforation survenant au cours d'une fièvre typhoïde. — BECKER : Coup de foudre comme point de départ d'une psychose. — LANDWEHR : Purpura hémorragique fulminant avec nécrose. Terminaison par guérison. — SCHULTZ : Sur Helgoland et la fièvre des foins. — LÜDKE : Sur les transplantations de la rate. — (N° 31, 3 août.) H. MEYER : Sur le rapport entre les lipoïdes et l'action pharmacologique. — SCHMIDT-RIMPLER : L'agent pathogène du trachome est-il découvert ? — CŒNEN : Le cholestéatome de l'ombilic. — THIEMANN : Coudure du colon en V. — HECKMANN : Sur l'étiologie de l'arthrite déformante. — GEISSLER : Sur la réaction au venin de cobra. — TREUPEL : La phrénocardie de M. Herz est-elle une forme bien isolée des névroses cardiaques. — ECKERT : Le traitement des contractures de la coqueluche par la ponction lombaire et les bains. — RAMSAUER : Sur un activateur de l'eau de boisson de Kreuznach. — SCHREIBER : L'injection intra-veineuse de sérum antidiphtérique. — KILLEUTHNER : Sur des corps étrangers rares de la vessie. — ALTHOFF : Emploi rectal et vaginal de la fibrolysine. — STRAUSS : Remarques sur mon dosimètre. — (N° 32, 10 août.) A. SCHMIDT : Névroses des organes internes et maladies des nerfs des organes. — HERPP : Sur un procédé de traitement local des inflammations légères des blessures de l'état puerpéral. — ESCH : Sur le traitement des hématocèles par grossesse ectopique. — FLŒRCKEN : Contribution à la suture du cœur. — CRAEMER : L'extension de l'ulcère gastrique à Münich et en Bavière. — OBERNDORFER : Sur la fréquence de l'ulcère rond à Münich. — KATZENSTEIN : L'anémie du nourrisson et sa prophylaxie. — ZWEIG : Le traitement des dermites circonscrites par la neige carbonique. — WEHRSIG : Hyperkératose sub-unguéale causée par les rayons Röntgen. — MÜLLER : Méthode simple pour fixer le siège en profondeur des corps étrangers au moyen des rayons Röntgen. — GEIGEL : Sur la fixation de la grosseur vraie des organes déduite de la grandeur de l'ombre à l'image Röntgen. — (N° 33, 17 août.) V. HŒSSLIN : Sur l'albuminurie dépendant de l'acidité de l'urine. — AUSCHÜTZ : Sur le traitement des fractures par extension. — V. FRANQUÉ : Emploi plastique de l'utérus dans l'opération du carcinome rectal. Carcinome de l'S iliaque enlevé par le vagin. — BURCKARDT : Sur la narcose intraveineuse par le chloroforme. — GRÜNER : Sur la diminution de la sensibilité des tuberculeux à la tuberculine pendant la rougeole. — SCHÜTZ : Sur l'activité bactéricide de l'intestin. — SCHÖPPNER : Les modifications de la pression sanguine sous l'action de l'air comprimé. — SALZER : Les névroses du territoire oculaire (asthénopie psychique). — GRÜNWALD : Sur les manifestations d'ordre psychique dans le territoire des voies aériennes supérieures. — ROTHSCHILD : Sur le diagnostic et le traitement des proliférations pleurales. — LOSSEN : Ulcus rodens permagnum de la tempe droite, de la joue et de la conque de l'oreille. Plastique. — HERXHEIMER : Une nouvelle méthode de coloration de la fibrine. — LÖWENSTEIN : Une nouvelle poche à cracher dans les opérations de la bouche, du cou et du nez.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

L'hémorragie cérébrale est un épanchement de sang artériel qui se forme dans un hémisphère, à la suite d'une rupture vasculaire spontanée sur le trajet d'une branche profonde des artères cérébrales; mais, en donnant cette définition, il faut faire remarquer qu'elle ne s'applique pas aux hémorragies cérébrales de la première enfance dont l'étiologie, l'anatomie pathologique et la pathogénie sont très différentes. L'hémorragie cérébrale est complètement distincte, dans un grand nombre de cas, de l'hémorragie méningée dont l'épanchement siège dans le territoire des artères superficielles ou corticales; cependant une hémorragie des centres nerveux peut devenir sous-arachnoïdienne; c'est l'hémorragie cérébro-méningée; de même qu'une hémorragie sous-arachnoïdienne arrive parfois à léser le névraxe, constituant alors une hémorragie méningo-cérébrale (Froin).

ÉTIOLOGIE. — L'hémorragie cérébrale est surtout fréquente chez les *vieillards* du sexe masculin; la progression des cas est régulière, jusqu'à soixante-dix et même quatre-vingts ans, mais elle peut être observée chez des adolescents et des adultes, même dans l'enfance.

L'hémorragie cérébrale survient chez les *enfants* dans des conditions spéciales; on distingue les hémorragies de la première et de la seconde enfance. Au cours de la première enfance, l'hémorragie cérébrale se voit à la suite d'un accouchement laborieux, ou comme complication des infections digestives; on la signale par exemple dans les états décrits par Parrot sous le nom d'athrepsie. Dans la seconde enfance, elle apparaît à l'occasion de maladies infectieuses, pendant une chorée ou une coqueluche.

Il faut étudier surtout l'hémorragie cérébrale des sujets âgés. L'influence *héréditaire* a certainement un rôle important dans l'étiologie de cette affection (Dieulafoy). Au contraire, l'*habitus* apoplectique, décrit par les médecins d'autrefois et très important encore pour le public, cet habitus n'a aucune espèce de valeur; les individus ayant le cou court, la face colorée, le tempérament pléthorique ne sont pas plus exposés à l'apoplexie, et même les malades atteints

ont souvent un aspect tout contraire de celui des apoplectiques; beaucoup d'artério-scléreux ont en effet le teint plombé et sont plutôt amaigris.

Les lésions artérielles précédant toujours l'hémorragie cérébrale, l'étiologie de celle-ci dépend en partie de l'étiologie générale des artérites chroniques; les intoxications, par exemple l'*alcoolisme* et le *saturnisme*, les infections aiguës ou chroniques, au premier plan la *syphilis*, les maladies diathésiques (goutte, rhumatisme, diabète) entraînent des altérations vasculaires ou des troubles de la crase sanguine, qui sont des causes importantes de rupture artérielle.

Bright a signalé la fréquence de l'hémorragie cérébrale dans la *néphrite interstitielle*; Potain a montré que dans ce cas c'est surtout l'*hypertension artérielle* qu'il faut incriminer. D'ailleurs l'hypertension, quelle que soit son origine, est une des grandes causes d'hémorragie cérébrale; tout individu dont la pression radiale se maintient aux environs de 25 est en imminence d'hémorragie cérébrale (Lamy).

Comme *causes occasionnelles*, on cite les efforts, le coït, les émotions, les secousses de toux, la défécation, tous les actes pendant lesquels la pression artérielle serait augmentée. Cette doctrine pèche peut-être par la base, en ce sens qu'il n'est pas bien certain que dans tous ces actes la pression sanguine soit réellement augmentée, et d'ailleurs l'hémorragie cérébrale peut se produire pendant le sommeil ou au moment où l'individu se lève de son lit (Pierre Marie).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dès l'ouverture du crâne, on soupçonnera parfois l'existence d'un foyer hémorragique, à condition que celui-ci soit d'un certain volume; un hémisphère a perdu sa consistance et les circonvolutions sont aplaties. Le foyer de l'hémorragie cérébrale se trouve le plus souvent dans les hémisphères cérébraux, au niveau des noyaux gris centraux; le *siège* habituel est la masse optostriée, et plus particulièrement le segment externe du noyau lenticulaire, au contact de la capsule externe qui est repoussée en dehors. On trouve beaucoup plus rarement l'hémorragie dans la couche optique, le centre ovale ou la capsule interne. De son foyer primitif, l'hémorragie peut s'étendre jusqu'à l'écorce, la rompre et faire irruption dans la cavité sous-arachnoïdienne; il est plus habituel qu'elle se dirige vers les ventricules latéraux et quelquefois cette inondation ventriculaire se répand ensuite dans la cavité sous-arachnoïdienne. L'hémisphère gauche et l'hémisphère droit sont frappés à peu près aussi souvent l'un que l'autre.

Le *volume* du foyer hémorragique varie de la dimension d'une noisette jusqu'aux vastes collections qui occupent presque tout un hémisphère et peuvent renfermer jusqu'à 300 grammes de sang. Le plus souvent, le foyer est unique, mais dans d'autres cas on trouve, dans le cerveau, la protubérance ou le cervelet, d'autres foyers qui sont de dates différentes ou contemporaines. Quand il y a hémorragie dans les deux hémisphères, ce sont les points similaires qui sont atteints (Durand-Fardel).

La *forme* est régulière, arrondie ou ovalaire, quand le foyer siège dans la substance grise des ganglions centraux; s'il occupe la substance blanche, sa forme est beaucoup plus irrégulière.

Le sang épanché est coagulé; il forme un ou plusieurs caillots, on ne voit jamais de sérosité (Durand-Fardel). Le *caillot* est moulé sur les parois, mais sans adhérence intime; puis il se rétracte un peu et se rattache au tissu cérébral par des filaments. Les *parois* sont irrégulières, anfractueuses, déchiquetées; quand on les examine sous l'eau, on voit un véritable chevelu. Si le malade survit à l'apoplexie et si l'autopsie est faite plusieurs mois après l'ictus, le foyer hémorragique a un aspect différent; le caillot se ramollit, prend une teinte rouillée à la périphérie, souvent il devient une masse épaisse, boueuse, ressemblant à du chocolat; après des années, la résorption peut être complète. Sur les parois, il se forme une coque, d'abord celluleuse, puis plus épaisse; la cavité se rétrécit et les parois peuvent même s'accoler.

M. Pierre Marie a montré que, dans les hémorragies cérébrales un peu abondantes, on trouve un aplatissement de la face supérieure de l'hémisphère cérébelleux et un déplacement en masse du *cervelet* vers en bas.

Il se produit quelquefois, autour du foyer hémorragique, un apport de germes infectieux déterminant une *encéphalite* secondaire; on a même signalé la suppuration du caillot. Après avoir examiné l'épanchement sanguin, on recherchera les *lésions artérielles* qui en ont été l'origine. On constate des dégénérescences artérielles et de l'athérome, assez souvent de l'artérite syphilitique et fréquemment une lésion spéciale : les *anévrismes miliaires* des artérioles du cerveau décrits par Charcot et Bouchard. Ils sont visibles à l'œil nu, ce sont de petites ampoules disposées comme des grains de chapelet le long des artérioles intra-cérébrales; on en trouve de deux à trois jusqu'à plusieurs centaines; on les voit bien en examinant sous l'eau le territoire vasculaire de l'encéphale et particulièrement dans les couches optiques, la protubérance, les circonvolutions, les corps striés. Les anévrismes miliaires sont disposés latéralement ou à la manière des ectasies fusiformes; quand ils sont récents, ils sont fragiles et de couleur rouge violacé; à la longue, ils deviennent durs comme des grains de sable et ne renferment plus que du sang concrété et transformé en hématoïdine. On attache aujourd'hui moins d'importance qu'autrefois aux anévrismes miliaires. « L'existence ou tout au moins la signification de ces dilatations est très discutable; on les considère plutôt comme des hémorragies dans les gaines » (Achard et Lœper). Comme artères, on examinera l'artère choroïdienne antérieure et surtout les artères lenticulo-optiques, l'artère lenticulo-striée à laquelle Charcot a donné le nom d'artère de l'hémorragie cérébrale.

Pour ce qui est de la *pathogénie* des hémorragies cérébrales, les anciens auteurs donnaient un rôle à la diminution de la résistance du parenchyme cérébral en même temps qu'aux lésions artérielles. Cette importance des modifications du tissu cérébral, un peu trop oubliée, a été parfaitement mise en évidence par les travaux de Pierre Marie. Dans les noyaux gris centraux et dans la substance blanche, se forment les *lacunes de désintégration*; elles consistent en une perte de substance, du volume d'un grain de millet ou d'une petite fève, à bords irréguliers; au centre, on voit souvent un vaisseau; il est vraisemblable que ces lacunes exercent une influence sur la genèse des hémorragies cérébrales; à leur niveau, les vaisseaux sont dépourvus de soutien et se rompent plus facilement.

Les fibres pyramidales ayant été détruites par le foyer hémorragique, il se produit, dans la suite, une *dégénération* secondaire et une *sclérose* descendante des voies pyramidales dans les pédoncules, le bulbe et la moelle; les cylindre-axes sont détruits; il se forme de la sclérose névroglique avec corps granuleux.

L'anatomie pathologique des *hémorragies cérébrales de l'enfance* diffère complètement des lésions que nous venons d'étudier; en effet, au lieu d'un foyer unique central, il existe des *foyers multiples*, disséminés aussi bien à la périphérie qu'au centre du cerveau; au lieu de lésions artérielles anciennes, on trouve, pour expliquer l'hémorragie, des *lésions veineuses* récentes; toutes les hémorragies cérébrales du jeune enfant reconnaissent pour cause un trouble de la circulation veineuse; une thrombose veineuse détermine de la congestion intense et une rupture dans les veines situées au-dessus; souvent la thrombose siège dans la veine du corps strié, qui est la veine de l'hémorragie sous-épendymaire (Hutinel).

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 115. — SAMEDI 9 OCTOBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 9 OCTOBRE 1909. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 6 octobre 1909. — Question donnée : « Examen général et local d'un tuberculeux pulmonaire à la période cavitaire. »

MM. Morin (Paul), 12; Pichon et Monnot (Paul), 16; Persillard et Mallet, 12; Mladenoff, 15; Plichet, 13; Pesnel, 8; Verdenal, 18; Richoux et Rivet, 11; Roberti, 9; Rey, 8; Resmond, 12; Sasportes, 11; Renardier, 13; Renard, 12.

Séance du 7 octobre. — Question donnée : « Accidents de la chloroformisation. — Leurs causes. — Leur traitement. »

MM. Vautier, 5; Schoux, 8; Scheikevitch, 15; Schlemmer, 16; Mlle Schmerling, 12; MM. Valleton, 5; Schulmann, 17; Mlle Samet, 13; MM. Salomon, 14; Valiadès (Nestor), 5; Robinson, 14; Salmont, 10; Robillot, 7; Selles et Réglade, 12; Mlle Tasserie, 14.

Prochaine séance samedi 9 octobre, à cinq heures.

Anatomie. — Séance du 6 octobre. — Question donnée : « Muscles fessiers. »

MM. Chenet, 14; Combes, 1/2; Brot, 10; Delamare, 16; Claperon, 14; Brunon, 15; Capdevila et Brunot, 14; Couvreux, 20; Dautrelle, 15; Delort et Dohen, 12; Champadère et Bruant, 4; Chéron (L.-C.-A.), 13; Chéron (L.-H.-M.), 6; Chapelain, 9; Chaffant, 12; Mlle Denis, 17; M. Dalbanne, 7.

Séance du 7 octobre. — Question donnée : « Rapports des reins. »

MM. Chatenaud, 13; Broussin (Pierre) et Chevallier, 10; Mlle Chrurson, 15; MM. Combourieu, 1/2; Constantin, 12; Dax, 17; David, 9; Danvert, 10; Chevalley, 5; Chick, 10; Chataignon, 9; Cléret, 13; Cluzel, 10; Didier (Raymond) et Chanut, 5; Charbonnier, 13; Mlle Chauvet, 16; M. Chavasse-Frétaz, 14.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours pour cinq places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire sera ouvert le mardi 14 décembre 1909, à deux heures et demie (salle de la bibliothèque).

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire des hospices d'Orléans.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — L'élimination des malingres. — Une circulaire du sous-secrétaire d'Etat rappelle à l'occasion de l'incorporation du nouveau contingent que, dans l'intérêt de tous, il importe que les hommes physiquement incapables de supporter les fatigues inhérentes à l'état militaire soient éliminés aussi promptement que possible des rangs de l'armée.

Il invite, en conséquence, les généraux commandant les corps d'armée à veiller avec le plus grand soin à ce que les diverses dispositions prescrites antérieurement soient partout strictement observées.

De leur côté, les membres des commissions spéciales de réforme doivent ne pas perdre de vue qu'aux termes des règlements en vigueur, ils ne peuvent proposer pour être classés dans le service auxiliaire que les hommes dont la constitution générale n'est pas douteuse, chez lesquels il n'y a pas lieu de craindre l'apparition à échéance plus ou moins éloignée d'une manifestation tuberculeuse, mais qui présentent une infirmité relative ou une tare organique légère les rendant impropres au service armé.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 OCTOBRE 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Segond et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Hartmann, Gosset et Proust; — M. Sicard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, neuf heures du matin, 1re partie), MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Mardi 19 octobre, à une heure. — 5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Marion; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Thoinot, Jeanselme et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier*, à neuf heures du matin (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Brumpt, suppléant.

Mercredi 20 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Gaucher et Macaigne; — (2e série) : MM. Brissaud, Widal et Richaud; — M. Mulon, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Langlois, suppléant.

REVUE GÉNÉRALE (1)

SYPHILIS ET GROSSESSE

Par MM. J. PÉNARD,
Interne des hôpitaux de Paris,
et A. GIRAULD,
Chef de laboratoire à la Maternité de l'hôpital de la Charité.

La notion de l'influence de la syphilis sur la grossesse est presque aussi ancienne que la connaissance de la syphilis elle-même.

Dès la fin du xve siècle, on voit relatés par un historien florentin, Sigismond Tizio, des cas de transmission de vérole de la mère au fœtus.

Au xvie siècle, Paracelse affirme nettement la syphilis héréditaire : « Le mal français, écrit-il, naît seulement de Vénus, ou il se transmet par hérédité. »

Ambroise Paré rapporte plusieurs exemples de « grosse vérole » chez les nouveau-nés. Mais, avec la plupart des auteurs de cette époque, il semble croire à une contamination de l'enfant au passage ou par l'allaitement.

C'est au xviiie siècle qu'Astruc étudie pour la première fois d'une façon plus précise les conditions de la syphilis héréditaire. Moriceau, Levret rapportent des cas où le traitement mercuriel appliqué chez des femmes syphilitiques, dont la grossesse était passée inaperçue (car à cette époque le mercure était absolument proscrit chez les femmes enceintes), eut une heureuse action et sur l'évolution de la grossesse et sur le fœtus.

Avec l'ère contemporaine, les syphiligraphes et les accoucheurs multiplient les travaux et les statistiques à l'infini. « L'influence abortive et fœticide de la syphilis » est surtout répandue et vulgarisée par le professeur Fournier. Son champ d'action s'agrandit considérablement. Ce n'est plus seulement lorsqu'elle est en activité, qu'elle exerce son œuvre néfaste, mais alors même qu'elle semble éteinte, elle existe cependant en puissance, et, à l'occasion d'une grossesse, se révèle à nouveau, en marquant son empreinte sur le produit de conception. Enfin les travaux de Barthélemy, d'Edmond Fournier, de Tarnowski montrent que l'influence de la syphilis s'étend au delà de la première descendance, et peut se manifester sur une série de générations successives.

Plus récemment la découverte de l'agent pathogène de la syphilis, le treponema pallidum de Schaudinn; les travaux de Bordet et Gengou sur les réactions humorales au cours des infections, appliqués par Wassermann à la recherche des anticorps syphilitiques, ont donné un nouvel intérêt d'actualité aux questions de la syphilis héréditaire, et les accoucheurs en particulier ont mis à profit ces méthodes de laboratoire pour contrôler les résultats de la clinique, et essayer de résoudre les problèmes que celle-ci peut seulement poser.

I

Influence de la grossesse sur la syphilis. — Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la grossesse et la syphilis s'influencent réciproquement.

Nous n'insisterons pas sur l'action de la grossesse sur la syphilis. Ici, comme pour la plupart des infections, l'action de la grossesse, soit qu'elle mette la femme en état de moindre résistance, soit qu'elle exalte la virulence des germes pathogènes, se traduit par une aggravation manifeste de la maladie, par la recrudescence des symptômes généraux et l'exagération des accidents locaux.

Chez la femme enceinte le chancre se caractérise par sa plus longue durée et sa tendance à l'ulcération, les plaques muqueuses par leur exubérance, elles prennent la forme végétante hypertrophique, en même temps que le processus ulcératif s'exagère. La régression et la tendance spontanée à la cicatrisation, dès que l'accouchement s'est produit, est une preuve que cette aggravation relève bien de l'état de grossesse.

II

Influence de la syphilis sur la grossesse. — Beaucoup plus importante, et surtout plus grosse de conséquences, est l'action de la syphilis sur la grossesse.

Une vérité, aujourd'hui au-dessus de toute discussion, se dégage de l'examen des statistiques. La syphilis est l'infection fœticide par excellence.

Sur 239 grossesses provenant de syphilitiques à toutes les périodes, A. Fournier relève 176 morts, soit une mortalité de 73 p. 100.

Cette mortalité tient à deux causes :

1° A la fréquence des interruptions de grossesse; interruptions presque toujours dues à la mort du fœtus *in utero*.

C'est ainsi que Charpentier réunissant diverses statistiques, trouve chez 781 femmes syphilitiques 302 avortements ou accouchements prématurés, soit une proportion de 38 p. 100.

2° A la polymortalité chez les enfants qui ont pu naître vivants.

Ces statistiques, considérées en bloc, ne donnent qu'une évaluation très approximative. En réalité la syphilis exerce son action dans des conditions différentes, et suivant les cas les chiffres seront au-dessous ou au-dessus de la vérité. D'une façon générale, l'influence heureuse du traitement mercuriel mise à part, deux facteurs interviennent pour aggraver ou atténuer les effets du virus syphilitique sur le fœtus :

I. *L'origine de la syphilis.*

II. *L'influence du temps.*

Suivant que la syphilis provient de l'un ou l'autre des géniteurs ou des deux à la fois, elle sera dite d'origine paternelle, maternelle ou mixte.

III

Syphilis d'origine paternelle. — Cette origine est admise lorsque la mère, n'étant pas contagionnée

directement par le mari, accouche d'un fœtus syphilitique.

Elle a été niée par certains auteurs (Mireur, Langlebert, Adam Owre, Boulengier) qui s'appuient sur ce fait que le sperme n'est pas virulent et que son inoculation a toujours donné des résultats négatifs. Cet argument n'est pas valable, car dans les inoculations expérimentales, le sperme n'agit que comme un liquide inerte et non comme agent fécondant.

Toujours est-il que le mécanisme de transmission est assez obscur. On admet que l'ovule est contagionné directement par le spermatozoïde. La syphilis fœtale est alors une syphilis de fécondation, d'origine spermato-ovulaire.

Dans la syphilis paternelle, la mère n'échappe pas à la contamination, mais ce n'est que secondairement, par l'intermédiaire du fœtus, qu'elle est infectée.

L'infection se ferait, au niveau d'un chancre utéro-placentaire (Frænckel) ou directement par voie sanguine (P. Diday).

La contamination de la mère peut se manifester d'une façon évidente. C'est alors la *syphilis conceptionnelle*, caractérisée par l'absence d'accident primitif (syphilis décapitée) et l'apparition d'emblée, vers le troisième mois de la grossesse, d'accidents secondaires.

D'autres fois, au contraire, on ne trouve chez elle aucune manifestation syphilitique. L'infection n'en existe pas moins, mais elle est à l'état latent.

Une preuve en est fournie par la loi de Baumès-Colles : « Une mère ne peut être contagionnée par son enfant, même porteur de lésions virulentes. »

Cette immunité ne s'explique guère à moins d'admettre que la mère est déjà syphilitique. Les faits de syphilis héréditaire par imprégnation sont également en faveur de cette infection latente de la mère :

Une femme ayant eu un enfant syphilitique d'un premier mari, sans avoir été contagionnée directement par celui-ci, peut concevoir d'autres enfants syphilitiques, d'un deuxième mari indemne de toute syphilis. Ici encore il faut recourir à l'hypothèse d'une syphilis latente pour pouvoir expliquer ces faits.

La mortalité fœtale dans la syphilis d'origine paternelle est moindre que pour celle d'origine maternelle. Elle serait de 25 p. 100 d'après A. Fournier.

Par contre, il semble que les avortements précoces soient plus fréquents, ce qui s'explique facilement, si l'on songe que le virus exerce son action dès le début de la conception.

IV

Syphilis d'origine maternelle. — Deux cas sont à considérer suivant que la femme est infectée au cours de la grossesse, ou qu'elle était déjà syphilitique au moment de la conception.

1° *La syphilis est post-conceptionnelle.* — Lorsque la mère est contaminée vers la fin de la grossesse (du septième au neuvième mois) la règle est que l'enfant reste indemne.

Aussi peut-il être contagionné par sa mère après l'accouchement. Il fait exception à la loi de Profeta : « Un enfant né d'une mère syphilitique ne peut être contaminé par elle. »

En réalité cette immunité vis-à-vis de la mère n'existe que si l'enfant a déjà été infecté *in utero*.

Au point de vue pratique, les enfants nés dans ces conditions ne doivent pas être allaités par leur mère. Comme d'autre part la certitude absolue manque qu'ils aient échappé à l'infection, on ne doit pas les confier à une nourrice. L'allaitement artificiel s'imposera dans la plupart des cas.

Pendant la première moitié de la grossesse (jusque vers la fin du cinquième mois) la transmission de la syphilis de la mère au fœtus est presque fatale.

Du sixième au septième mois de la grossesse, existe une période intermédiaire, douteuse, où l'enfant peut être ou ne pas être contaminé.

On admet que le contage du fœtus par la mère ne se fait qu'au bout d'une période de cinquante jours. Aussi a-t-on proposé pour essayer de sauvegarder le fœtus, dans les cas où l'infection de la mère s'est produite vers le sixième mois, de provoquer l'accouchement dans les cinquante jours qui suivent la contamination.

Mais en pratique on se heurte à de grosses difficultés. Le chiffre de cinquante jours n'est qu'une moyenne, l'infection du fœtus peut être plus précoce. D'autre part il est souvent impossible de préciser la date exacte du coït infectant, et l'apparition des accidents ne permet qu'une évaluation très approximative de cette date.

2° *La syphilis est antéconceptionnelle.* — Ce sont les cas les plus fréquents.

L'infection du fœtus se fait par contagion utéro-placentaire. Du placenta le virus syphilitique est transporté par la veine ombilicale dans le foie, puis dans tout l'organisme du fœtus.

C'est donc une infection par voie sanguine. Cette infection se fera à la période vraiment active des échanges du fœtus à la mère.

Elle sera donc plus tardive que dans la syphilis paternelle, par contre elle sera plus grave car le fœtus est non seulement contagionné, mais il reçoit aussi une nutrition viciée par le virus syphilitique. La mortalité serait de 60 p. 100 d'après A. Fournier.

3° *La syphilis est paternelle et maternelle à la fois.* — Les effets se surajoutant, et l'infection fœtale étant à la fois ovulaire et sanguine, la mortalité sera encore plus grande (65 p. 100 d'après A. Fournier). En dehors de la mortalité, la proportion des enfants syphilitiques est de 92 p. 100; c'est dire que la contagion est presque fatale.

IV

Influence du temps. — D'une façon générale, l'action de la syphilis est soumise à la loi de décroissance. Ses effets nocifs sur le fœtus s'atténuent avec le temps. « Le virus syphilitique semble s'épuiser sur les premières grossesses » (Simon). Il est fréquent de voir des femmes faire d'abord des avortements, puis des accouchements prématurés qui vont en se rapprochant du terme, puis accoucher d'en-

fants vivants, mais porteurs de lésions syphilitiques, enfin parfois d'enfants sains.

C'est dans la syphilis d'origine maternelle que l'influence du temps se fait surtout sentir. La mortalité fœtale y est particulièrement considérable pendant la période où la syphilis est véritablement active, c'est-à-dire pendant les trois premières années de l'infection, et principalement pendant la première, époque des éruptions secondaires. Au delà de trois ans, la mortalité décroît d'une façon sensible.

Les statistiques de Fournier sont démonstratives :

Sur 239 grossesses avec une mortalité de 176 enfants le nombre des morts est de 139 (soit 79 p. 100 des cas) chez les femmes ayant une syphilis datant de moins de trois ans.

La répartition de la mortalité se fait de la façon suivante :

Syphilis datant de 1 an..	88 morts sur 90 grossesses.	
— 2 ans.	34	—
— 3 ans.	17	—
— 4 ans.	7	—

Pour la syphilis d'origine paternelle, l'influence du temps est moins évidente. Gastou donne les chiffres suivants :

	Mortalité p. 100.
Syphilis paternelle virulente....	63
— récente.....	47
— ancienne....	50
Tabes........................	40
Paralysie générale.............	50

Par contre, plus la syphilis paternelle vieillit, moins la syphilis infantile en nature est fréquente. L'influence dystrophique semble prédominer [Gastou (1)].

Syphilis de deuxième génération. — Barthélemy, au Congrès de Moscou de 1897, a attiré l'attention sur la syphilis de deuxième génération. Les syphilitiques héréditaires peuvent transmettre à leurs descendants la syphilis dont ils ont hérité de leurs parents.

Edm. Fournier, sur 367 grossesses provenant de 116 ménages entachés de syphilis héréditaire, a constaté 177 avortements. Sur les 192 enfants ayant survécu, 31 seulement étaient sains, les autres étaient des dystrophiés, quelques-uns même porteurs de lésions de syphilis virulente (2).

La syphilis aurait donc une action presque aussi meurtrière sur la deuxième génération que sur la première.

Pour Tarnowsky (3), la syphilis virulente de deuxième génération serait due à une syphilis nouvelle, contractée par le ou les descendants de première génération. Il la désigne sous le nom de syphilis binaire.

Les observations du professeur Gaucher et de Rostaine (1) établissent la possibilité de la réinfection chez les syphilitiques héréditaires, même ayant eu des accidents virulents dans leur première enfance. L'immunité des nourrissons syphilitiques ne serait donc que temporaire.

Dans quelques cas, la syphilis saute pour ainsi dire une génération. Les enfants de première descendance sont indemnes en apparence, mais la deuxième génération est nettement entachée de syphilis. Il semblerait que les grands parents aient légué directement la syphilis à leurs petits enfants. En réalité, la syphilis existait bien dans la génération intermédiaire, mais à l'état latent.

Tous ces faits montrent que l'influence bienfaisante du temps est loin d'être une règle absolue. L'action de la syphilis apparaît au contraire comme indéfinie (Tarnowski a pu la poursuivre jusqu'à la quatrième génération), et dans certains cas elle ne semble cesser qu'avec l'extinction même des familles dont elle a vicié la souche.

V

Action de la syphilis sur le produit de conception. — Les manifestations de la syphilis sur le produit de conception sont multiples.

Au cours de la grossesse, en dehors des signes de la mort fœtale, l'hydramnios est le seul symptôme qui puisse faire préjuger de l'infection du fœtus.

L'hydramnios, d'après Bar (2), est rare chez les femmes ayant une syphilis en activité. Il se rencontre surtout chez les syphilitiques anciennes. Sa constatation est importante et d'un pronostic grave, car elle permet de prévoir de graves lésions viscérales chez le fœtus. Sa production est liée, en effet, à la gêne circulatoire et à l'hypertension portale, due à la sclérose hépatique et splénique. Presque toujours on trouve chez l'enfant, à la naissance, une hypertrophie du foie et de la rate s'accompagnant généralement d'ascite.

Mort et macération fœtale — La mort du produit de conception est rare à la période embryonnaire. Ordinairement elle survient à la période de viabilité, ainsi que le montre la statistique suivante de Winckel (de Dresde) portant sur 242 grossesses.

Avortements au 4e mois lunaire.	4 cas	soit 1,6 p. 100.
— 5e —	6 —	} — 24,4 p. 100.
— 6e —	22 —	
— 7e —	32 —	
— 8e —	34 —	} — 58,3 p. 100.
— 9e —	66 —	
— 10e —	41 —	
Accouchements à terme........	37 —	— 15,3 p. 100.

L'expulsion immédiate après la mort est l'exception. Presque toujours il y a rétention de plus ou moins longue durée dans la cavité utérine. La durée de rétention est généralement plus longue dans la syphilis que dans les autres affections qui peuvent provoquer la mort fœtale. Elle atteint souvent douze,

(1) P. Gastou. *Rapport au XVe Congrès international de médecine*, p. 42.

(2) Edmond Fournier. *Hérédo-syphilis de seconde génération.*

(3) Tarnowsky. *La famille syphilitique et sa descendance. Etude biologique.*

(1) Rostaine. *De la syphilis acquise chez les hérédo-syphilitiques*, Th. de Paris, 1905.

(2) P. Bar. *Hydramnios. Sa pathogénie, ses relations avec la syphilis*, Th. de Paris, 1881.

quinze jours et parfois plus. Aussi le fœtus est-il expulsé dans un état de macération prononcée, c'est le « fœtus sanguinolentus » typique décrit par Ruge.

La macération n'est d'ailleurs pas une altération de nature spécifique. C'est un phénomène post mortem qui se produit dans tous les cas de rétention, quelle que soit la cause de la mort.

Les manifestations cutanées et viscérales traduisent l'action directe du virus syphilitique.

Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet d'étudier tous les accidents de la syphilis héréditaire.

Parmi les manifestations cutanées, qui peuvent revêtir tous les types de syphilides, nous nous bornerons à signaler le pemphigus qui est spécial au nouveau-né.

Le pemphigus syphilitique existe à la naissance, ou apparaît à la fin de la première semaine par la formation de taches vineuses, entourées d'une zone érythémateuse, puis l'épiderme se soulève en bulles de dimensions variables remplies de sérosité. Le siège de prédilection à la paume des mains et à la plante des pieds est caractéristique.

Les manifestations viscérales, d'un pronostic plus sombre, sont rarement compatibles avec une longue survie. Cliniquement l'attention est surtout attirée par l'hypertrophie du foie et de la rate que l'on constate facilement par la palpation, et qui s'accompagne généralement d'ascite. Mais tous les viscères peuvent être atteints.

Les lésions, que l'on rencontre à l'autopsie, sont tantôt disposées en foyers circonscrits constituant les gommes, tantôt sont diffuses et relèvent d'un processus de sclérose qui frappe surtout les éléments vasculaires et périvasculaires.

Les lésions des annexes sont surtout manifestes sur le placenta élargi et épaissi avec de volumineux cotylédons séparés par de profonds sillons qui lui donnent un aspect mamelonné. Le poids est très augmenté, représente le quart ou le tiers du poids du fœtus au lieu du sixième comme à l'état normal. Histologiquement on retrouve comme dans les viscères un processus de sclérose se traduisant par l'artérite et la périartérite des artères des villosités. Ces lésions seraient plus marquées sur le placenta fœtal dans les syphilis d'origine ovulaire et prédomineraient, au contraire, dans le placenta maternel pour les syphilis maternelles, antéconceptionnelles.

Les lésions du cordon sont moins apparentes. Bar et Tissier ont signalé dans certains cas une véritable gangue fibreuse autour des vaisseaux funiculaires.

Influence dystrophique de la syphilis. — Ces altérations dites spécifiques (bien que la plupart ne le soient pas au sens propre du mot), car elles relèvent directement de la syphilis, ne sont pas les seules que celle-ci puisse provoquer.

Le professeur Fournier a le premier attiré l'attention sur ce fait que la syphilis n'agit pas seulement en tant que maladie contagieuse en se transmettant en nature au fœtus, mais qu'elle se comporte aussi comme une véritable dyscrasie, à la façon des intoxications et des toxi-infections chroniques comme l'alcoolisme, le saturnisme, la tuberculose, etc., en modifiant profondément le terrain sur lequel se greffera l'œuf, et en produisant chez le fœtus toute une série de dystrophies, de dégénérescences et de tares qui ne sont pas de nature syphilitique, mais en résultent cependant, analogues en cela aux affections parasyphilitiques de la syphilis acquise (1).

Cette influence dégénérative de la syphilis serait considérable, et on lui a rattaché pour ainsi dire toute la pathologie dystrophique.

Edmond Fournier distingue :

I. *Des dystrophies d'ordre général.* — Elles se traduisent par un habitus, un facies spécial constituant le type hérédo-syphilitique; par des retards et imperfections du développement physique (infantilisme, rachitisme, nanisme, etc.);

A un degré plus élevé par l'inaptitude à la vie, expliquant les morts subites chez des enfants qui à l'autopsie ne présentent parfois aucune lésion apparente.

II. *Des dystrophies partielles* qui comprennent :

Les déformations craniennes;

Les dystrophies dentaires, oculaires, etc.;

Toutes les diverses malformations aboutissant enfin aux monstruosités.

Ainsi à côté de la *syphilis héréditaire* proprement dite, transmise par hérédo-contagion, il faudrait faire place à l'*hérédité syphilitique* caractérisée par la transmission de dystrophies et de malformations d'origine et non pas de nature syphilitique, dystrophies et malformations indélébiles, sur lesquelles le traitement mercuriel n'a pas de prise.

Cette distinction entre les deux modes d'action de la syphilis, entre la syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique n'est pas admise par tous les auteurs.

Pour Gastou la plupart des manifestations que l'on observe chez les descendants de syphilitiques relèvent directement de la syphilis ou « ne sont que les reliquats, les stigmates de manifestations de nature syphilitique associées ou non à des infections ou intoxications surajoutées ».

Quant aux dystrophies de l'hérédité syphilitique elles n'ont aucun caractère spécifique qui leur soit propre; elles rentrent dans le domaine de l'hérédomorbidité générale (2).

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins vrai que les manifestations que l'on peut relever chez les descendants de syphilitiques sont multiples et d'une diversité extrême. Cette diversité même est une des causes principales de difficultés de diagnostic.

VI

Diagnostic clinique de la syphilis héréditaire. — Pour le clinicien le problème se pose de deux façons différentes :

Ou bien la syphilis a été reconnue d'une manière évidente chez les ascendants, la question est de savoir si l'enfant est ou non contaminé.

D'autres fois au contraire ce sera la découverte de lésions suspectes sur le fœtus qui fera soupçonner une syphilis chez les ascendants ignorée jusqu'alors.

(1) A. Fournier. *Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis.*

(2) Gastou. *Rapport au XVe Congrès international de médecine.*

Il est des cas faciles, lorsque la syphilis paternelle ou maternelle a laissé des stigmates évidents, ou lorsqu'elle se présente sur le fœtus suivant un de ses types classiques : pemphigus, hypertrophie du foie et de la rate, pseudo-paralysie de Parrot, etc. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Les difficultés du diagnostic tiennent à deux causes :

1° La syphilis des parents ne peut être démontrée cliniquement.

L'enquête sur la syphilis paternelle est parfois malaisée, surtout dans les milieux hospitaliers où l'on ignore souvent le père. Quant à la syphilis maternelle, elle peut ne laisser aucune trace qui permette de la dépister.

2° Chez le fœtus les manifestations peuvent présenter un caractère douteux. On sait combien sont nombreuses les éruptions cutanées ou muqueuses qui simulent la syphilis. Parmi les lésions viscérales il en est peu qui soient spécifiques au sens propre du mot, d'autres processus dégénératifs peuvent les reproduire.

Souvent même les signes cliniques font défaut ou sont réduits au minimum :

L'expulsion d'un fœtus mort ou macéré, un volumineux placenta sont parfois les seuls indices qui font songer à la syphilis mais ne permettent nullement de l'affirmer.

VII

Procédés de laboratoire. — Dans ces cas où le clinicien est impuissant à donner une réponse précise dont on comprend cependant toute l'importance, les méthodes de laboratoire fournissent une aide précieuse, en permettant de contrôler les résultats cliniques et en transformant souvent en certitude de simples présomptions.

Les procédés de laboratoire employés pour le diagnostic de la syphilis sont :

1° La recherche directe de l'agent pathogène actuellement reconnu comme celui de la syphilis, le treponema pallidum de Schaudinn ;

2° Des méthodes indirectes basées sur les réactions humorales que détermine le tréponème ou ses toxines.

La plus connue et la plus employée est la séroréaction de Wassermann.

Le procédé de Noguchi, analogue au précédent, celui de Porgès, d'une technique plus simple, sont encore trop récents pour que l'on puisse en juger la valeur.

Recherche du tréponème. — Lorsque l'enfant est vivant, le tréponème peut être recherché soit dans le sang, soit au niveau d'une lésion cutanée ou muqueuse, soit dans le placenta.

Dans le sang, les recherches sont le plus souvent négatives. La constatation du tréponème n'a guère été faite que dans des syphilis florides où le diagnostic clinique n'était pas douteux. Aussi ce procédé est-il peu usité.

Pour les lésions cutanées ou muqueuses ulcérées, le tréponème est facilement décelé dans les produits de raclage de l'ulcération au préalable soigneusement détergée. Il existe en grande abondance dans le liquide des bulles de pemphigus et particulièrement au point de contact des vésicules et du derme. « On a la sensation d'un envahissement de la profondeur vers la périphérie » (Levaditi).

Les recherches dans le placenta n'ont pas donné les résultats que l'on pouvait espérer.

Sur 13 placentas syphilitiques, Vallich et Levaditi n'ont constaté qu'une fois la présence du tréponème.

De même dans 9 placentas d'enfants dont le foie contenait des tréponèmes en abondance, l'un de nous n'a obtenu qu'un seul résultat positif.

Cependant Nattan-Larrier et Brindeau ont pu dans quelques cas déceler le tréponème dans les cellules superficielles de la caduque.

La cause de cette rareté du tréponème dans le placenta n'est pas encore élucidée. Peut-être faut-il admettre que le placenta possède des propriétés bactériolytiques particulières ?

Lorsque le fœtus a succombé, la recherche du tréponème se fait sur des coupes d'organes traitées par la méthode de Levaditi. L'organe de choix est le foie. C'est là qu'on rencontre le tréponème avec le plus de constance et en plus grande abondance. Mais il peut être décelé dans tous les viscères. La macération n'est pas un obstacle à sa recherche, et ne le fait nullement, quoiqu'on ait dit, disparaître.

Un fait curieux à noter est l'absence presque constante du tréponème, chez les embryons de moins de six mois. Cette absence ne pouvant guère s'expliquer par une disparition secondaire, on a tendance à admettre que la pénétration du germe dans la circulation fœtale ne peut se faire qu'aux environs du sixième mois de la grossesse.

Tissier et Girauld, dans un travail récent (1), ont publié les résultats de la recherche systématique du tréponème dans le foie d'enfants morts à terme ou avant terme.

Chez 47 fœtus macérés provenant de femmes syphilitiques avérées :

38 fois le tréponème fut trouvé ;
9 fois les recherches furent négatives.

Dans ces 9 cas, les femmes avaient suivi un traitement mercuriel et la disparition des spirilles peut être attribuée à l'action du mercure. Les expériences de Lévy-Bing ont montré, en effet, que le tréponème disparaît assez rapidement sous l'influence du traitement mercuriel.

L'examen de 74 fœtus macérés issus de femmes chez qui la syphilis était suspectée, mais non certaine, a permis de déceler 39 fois la présence des spirilles.

35 fois les recherches furent négatives.

Si l'on additionne l'ensemble de ces résultats, on voit que pour les deux tiers des cas la macération fut d'origine syphilitique indiscutable.

Les recherches sur des enfants non macérés, morts au cours du travail ou peu de temps après la naissance, ont donné :

(1) Voir *Bull. de la Soc. d'obstétrique de Paris*, janv. 1908.

1° Chez 11 fœtus nés de femmes syphilitiques :
10 résultats positifs,
1 résultat négatif.

Dans ce dernier cas, la mère avait suivi un traitement mercuriel.

2° Chez 39 fœtus dont les mères n'avaient pas de syphilis pouvant être diagnostiquée cliniquement, il y eut :
31 résultats négatifs,
8 résultats positifs.

Ces derniers chiffres à eux seuls suffisent à démontrer les services que peut rendre la recherche du tréponème.

Dans ces 8 cas, la constatation du parasite a permis d'affirmer une syphilis qui, sans elle, pouvait passer inaperçue ou tout au moins restait douteuse.

La séro-réaction de Wassermann. — La recherche des anticorps syphilitiques a été faite avec succès par de nombreux auteurs dans les diverses humeurs de la mère ou du fœtus : sérum, liquide céphalo-rachidien, urine, lait. Mais ce n'est que récemment qu'un travail d'ensemble de Bar et Daunay (1) a permis de juger de la valeur de la séro-réaction de Wassermann chez les femmes enceintes.

D'après les conclusions de ce travail, les résultats positifs de la séro-réaction peuvent être considérés chez une femme comme un criterium de syphilis. En effet, la réaction pratiquée chez des femmes saines fut toujours négative.

Chez le fœtus, les résultats franchement positifs peuvent être également considérés comme une preuve d'infection syphilitique. Cependant on doit se mettre à l'abri d'une cause d'erreur. Bar et Daunay ont montré que chez des enfants sains il pouvait y avoir absence d'hémolyse due à des sérums lactescents ou bien contenant des pigments biliaires.

Chez la mère comme chez le fœtus, on ne peut tirer aucune conclusion d'une séro-réaction négative. En effet, des résultats négatifs ont été obtenus chez des femmes et des nourrissons syphilitiques avérés.

La séro-réaction est surtout positive chez les femmes ayant une syphilis en activité et non traitées. Chez les femmes ayant suivi un traitement, le nombre des résultats positifs est considérablement abaissé.

Dans le cas de syphilis anciennes et non florides, la séro-réaction est presque toujours négative. Un résultat positif peut être considéré comme une présomption de syphilis latente ou d'infection d'origine fœtale.

La séro-réaction pratiquée simultanément chez la mère et chez l'enfant ne donne pas toujours de résultats concordants, la réaction pouvant être positive chez la mère et négative chez l'enfant ou inversement.

Lorsque la syphilis est récente ou post-conceptionnelle, le résultat est plus souvent positif chez la mère que chez le fœtus.

(1) Voir *l'Obstétrique*, 1909, n[os] 1, 2, 3 et 4.

Au contraire, pour les syphilis maternelles anciennes, le résultat est surtout positif chez le fœtus.

La présence de l'anticorps peut être également décelée dans le lait des femmes syphilitiques. Pour Guicciardi, on ne le trouverait pas chez les femmes ayant une syphilis datant de plus de moins de trois ans.

Pour Hans Bab, la présence de l'anticorps dans le lait est importante. Le lait de la mère est alors non seulement un aliment pour son nourrisson, mais encore un médicament.

Bar et Daunay ont trouvé l'anticorps dans le liquide céphalo-rachidien de deux nouveau-nés atteints de paralysie d'origine syphilitique. Par contre, chez deux hydrocéphales la réaction fut négative.

VIII

Traitement. — Le temps n'est plus où le mercure était absolument proscrit chez les femmes syphilitiques anciennes et où les accoucheurs le rendait responsable de tous les accidents de la syphilis héréditaire. Aujourd'hui l'influence heureuse du traitement mercuriel est au-dessus de toute discussion. La diminution considérable de la mortalité fœtale chez les femmes régulièrement traitées la démontre avec éloquence.

Mais le rôle du médecin ne se borne pas au traitement des femmes enceintes syphilitiques.

La syphilis, quelle que soit son ancienneté, quelle que soit son origine, paternelle ou maternelle, est toujours dangereuse pour la descendance.

C'est donc surtout par des moyens prophylactiques que le médecin pourra exercer une action efficace.

Les règles essentielles de cette prophylaxie de la syphilis héréditaire pour le professeur Fournier, sont les suivantes :

Tout syphilitique, avant de procréer, quelle que soit l'ancienneté et la forme de sa syphilis, doit suivre un traitement mercuriel actif.

Toute femme qui procrée du fait d'un syphilitique, qu'elle présente ou non des accidents, doit être traitée pendant le cours de sa grossesse.

La question de l'allaitement est non moins importante et suscite parfois dans la pratique de grosses difficultés.

En règle générale, un nourrisson issu de syphilitiques, même s'il paraît sain, ne sera jamais confié à une nourrice mercenaire. Il pourra toujours être nourri par sa mère qui est immunisée vis-à-vis de lui.

Le seul cas d'exception à cette loi de l'allaitement maternel est celui d'une infection de la mère datant des trois derniers mois de la grossesse. Dans ce cas le fœtus peut avoir échappé à la contagion in utero et serait alors susceptible d'être contaminé pendant l'allaitement.

ACTUALITÉS

INAUGURATION DU MONUMENT TILLAUX A L'AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX

L'inauguration du monument, dernière œuvre de Chaplain, élevé à la mémoire du professeur Tillaux a eu lieu jeudi matin à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sous la présidence de M. Mesureur.

M. Léon Labbé, président de l'Académie de médecine, a prononcé le discours suivant :

« Messieurs,

L'homme excellent et de haute valeur en souvenir duquel ses amis et ses admirateurs ont voulu élever ce monument fut l'ami de ma jeunesse et, pendant plus d'un demi-siècle, notre amitié fut inébranlable ; la mort seule a pu la rompre.

Il est donc naturel que je prenne, aujourd'hui, la parole pour dire tout ce qu'il y eut en lui de grandes qualités de cœur et d'intelligence, et pour mettre en relief les services inoubliables qu'il a rendus à l'enseignement et à la profession médicale.

La droiture de son caractère, sa probité scientifique et professionnelle défiaient toute critique et dans une fête qui fut offerte à notre ami, à l'occasion de sa nomination au grade de commandeur de la Légion d'honneur, Brouardel ayant à ses côtés Potain et Tillaux put dire aux applaudissements de tous : « J'ai l'honneur d'être, ce soir, entre deux collègues, les seuls, entendez-vous bien, qui aient défié toutes les calomnies. »

Deux chirurgiens éminents, l'un en prenant possession de la chaire de clinique chirurgicale à la Charité, le professeur Reclus, l'autre, le docteur Charles Nélaton, en qualité de secrétaire général de la Société de chirurgie ont, longuement, retracé la vie scientifique de Tillaux et loué les qualités incomparables du professeur.

Aujourd'hui c'est en quelques traits rapides que je veux honorer cette noble figure.

Enfant de la belle province normande, Paul-Jules Tillaux naquit à Aunay-sur-Odon (Calvados) le 8 décembre 1834.

Son père mourut prématurément laissant à la charge de la mère quatre jeunes enfants, trois filles et un fils. La situation de la famille était modeste.

Sa mère, dont il était le frappant portrait au physique et au moral, femme fort intelligente et énergique, éleva admirablement ses enfants, et elle eut le bonheur de vivre assez pour être témoin des succès de son fils adoré.

A l'époque où Tillaux dut commencer ses études classiques, il existait à Caen un petit séminaire dont tous les élèves suivaient les cours du lycée de cette ville. Le prix de la pension était peu élevé et cette considération fut la raison qui détermina sa mère à le faire entrer dans cet établissement.

Tillaux a si bien apprécié le service qui lui fut rendu que, dans son testament, il légua 1000 francs de rente au petit séminaire de Caen pour les enfants des veuves, voulant rappeler son fidèle et reconnaissant souvenir à la maison qui l'avait aidé dans ses premières études et qu'il aurait eu honte de renier.

C'est au séminaire de Caen qu'il fut le camarade de Mgr Germain, évêque de Coutances, et de Mgr Ducellier, archevêque de Bezançon, avec lesquels il conserva, jusqu'à leur mort, les relations de la plus grande amitié.

Au lycée, Tillaux fut un bon élève et ce fut tout.

Mais à peine a-t-il quitté les bancs du collège que ses facultés intellectuelles semblent décuplées et, dès lors, il fait l'étonnement de ses maîtres et de ses camarades par sa puissance de travail et l'étendue de son instruction.

Après une seule année d'études, il fut nommé, en 1853, prosecteur à l'Ecole de médecine de Caen, à la suite d'un concours où il fit preuve de connaissances anatomiques presque invraisemblables.

La clarté d'exposition qui devait être l'une des caractéristiques de son talent frappa tous ses auditeurs et fit présager, dès ce jour, de ses succès futurs.

Interne l'année suivante de l'Hôtel-Dieu de Caen, il quitta l'Ecole de médecine de cette ville après un séjour de trois années.

En décembre 1855, il devint externe des hôpitaux de Paris, le deuxième de la promotion ; en 1856, interne provisoire et interne titulaire en 1857.

Aide d'anatomie en 1859, prosecteur de la Faculté de Paris en 1861, docteur à la fin de cette même année, il enleva, dès 1863, la place de chirurgien des hôpitaux.

En 1866, il était proclamé agrégé de chirurgie, le premier de sa promotion.

Parmi les hommes éminents de la chirurgie française, un petit nombre ont vu se réaliser, aussi rapidement, le rêve de tous ceux qui ont affronté la dure, mais glorieuse carrière des concours.

Le voilà, bien jeune encore, en possession des titres les plus enviables, et libre de toute préoccupation il va, pouvoir, bientôt, donner la mesure de sa valeur.

Une circonstance tout à fait imprévue va lui procurer l'occasion de mettre en lumière sa qualité maîtresse, celle qui domine toute sa carrière, celle qui le caractérise, la qualité de professeur développée, chez lui, de l'aveu de tous, d'une façon magistrale.

L'amphithéâtre d'anatomie de Clamart, dépendance de l'Assistance publique, était, depuis de longues années, sous la direction de Serres, professeur au Muséum et membre de l'Institut. Serres ne s'occupait que d'administration et nullement d'enseignement.

Lorsque Serres mourut, M. Husson, qui fut l'un de nos plus remarquables directeurs de l'Assistance publique, pensa que les grandes ressources dont disposait cet établissement n'étaient pas utilisées. Il conçut le projet de faire de Clamart un centre important d'enseignement de l'anatomie ; mais pour atteindre le but souhaité il fallait trouver l'homme capable d'attirer, vers cet amphithéâtre un peu lointain, la jeunesse de nos écoles.

Pendant toute la période préparatoire de ses cours, Tillaux s'était exercé à l'enseignement en donnant des leçons d'anatomie à ses nombreux élèves particuliers et, en enseignant la chirurgie dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Dès cette époque la salle où il professait était trop petite pour contenir tous ceux qui désiraient l'entendre.

On est en droit de croire que ce fut la renommée de ces cours qui décida M. Husson à demander à Tillaux d'accepter la succession de Serres dans la direction de l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart.

Ce jour-là M. Husson fut, vraiment, bien inspiré, car sous l'impulsion jeune et ardente du nouveau directeur des travaux, Clamart devint, rapidement, un centre d'études exceptionnel.

A cette date de 1868, l'enseignement de l'anatomie à la Faculté n'avait pas subi la belle et utile réorganisation qui eut lieu plus tard, et qui a donné de si brillants résultats entre les mains de Farabeuf et de ses successeurs.

Lorsque dès 1869 Tillaux commença ses cours d'anatomie chirurgicale, les étudiants venus de toutes parts remplirent l'amphithéâtre de Clamart, mais en 1870 les événements interrompirent cet enseignement.

Tillaux devait en 1872 reprendre ses leçons, lorsque le roulement de l'agrégation l'appela à remplacer le professeur Denonvilliers, dans la chaire de médecine opératoire.

Maintenant il allait affronter le public du grand amphithéâtre de la Faculté illustré par tant de nos maîtres.

Une grande émotion s'empara de lui. Comment succéder dans cette chaire à l'un des hommes que notre génération a connu comme l'un des plus admirables professeurs qui aient honoré l'Ecole de médecine de Paris ?

Quand Tillaux prit la première fois la parole dans ce grand amphithéâtre, son émotion, me disait-il, était indescriptible, mais la leçon finie il éprouva la plus grande joie de sa vie, lorsqu'il sortit au milieu du tonnerre d'applaudissements de ses auditeurs enthousiasmés.

Je veux reproduire, à ce sujet, les paroles prononcées par Reclus, lors de sa prise de possession de la chaire de clinique chirurgicale de la Charité.

« Qui n'a pas assisté », dit Reclus, « au cours de Tillaux ignore à quel degré l'enthousiasme peut transporter un auditoire. Longtemps, avant la leçon, les gradins étaient pris d'assaut au milieu des cris, des rires, des interpellations des

nouveaux arrivants. Toute place était bonne d'où l'on pouvait entendre la voix du professeur, et les embrasures des fenêtres, les corridors eux-mêmes étaient pleins. Tout à coup un profond silence, puis un murmure, un frémissement sourd, tel celui qui précède l'orage et, soudain, un écroulement de bravos accueillait l'entrée du maître ».

Reclus ajoute : « Et les applaudissements inlassables, qui saluaient la fin de la leçon, disaient la reconnaissance des élèves pour tout ce que le Maître venait de dépenser de lui-même. »

Aucun éloge ne pourrait dépasser celui-là.

Dans l'été de 1873 Tillaux reprit son enseignement à Clamart et il le continua sans interruption et avec un égal succès jusqu'au jour où il fut appelé, en 1890, à la chaire de médecine opératoire dans laquelle il avait remporté ses premiers triomphes.

Son vœu le plus cher était exaucé, il était professeur; le but tant désiré était atteint.

Pendant trois années il retrouva dans le grand amphithéâtre de la Faculté son auditoire toujours fidèle et ce ne fut qu'en 1894 qu'il abandonna la chaire de médecine opératoire pour une chaire de clinique chirurgicale, d'abord à la Pitié, puis à la Charité.

Après avoir enseigné l'anatomie à Clamart, la médecine opératoire à Clamart et à la Faculté, Tillaux devenu professeur de clinique chirurgicale obtint encore, dans ce nouvel enseignement, un grand succès, succès qui ne se démentit jamais. On peut dire qu'il mourut au champ d'honneur, car il n'abandonna sa chaire que le jour où il fut terrassé par la maladie.

Il était d'ailleurs bien préparé pour être un professeur de clinique modèle. Depuis son entrée dans les hôpitaux, il avait toujours fait de l'enseignement pratique à Saint-Antoine, à Lariboisière, à Beaujon; mais, quand en 1885 son rang de nomination lui permit de prendre un service à l'Hôtel-Dieu, il commença un cours régulier de clinique chirurgicale. Aussitôt les élèves affluèrent et la grande salle dont il disposait suffit à peine à contenir ses auditeurs.

Ainsi, sous quelque forme, à quelque époque de sa carrière que ce soit, nous trouvons, toujours, le professeur consciencieux, impeccable, doué de toutes les qualités qui commandent le succès.

Lorsque Tillaux prit la direction scientifique de Clamart, il n'existait que des pavillons de dissection; la médecine opératoire n'était pas enseignée.

Tillaux créa cet enseignement et, pendant près de vingt années, il fit sans relâche durant la saison d'été un cours de médecine opératoire.

En même temps, malgré beaucoup d'obstacles, il créa un laboratoire d'histologie, et celui-ci peut, encore, rivaliser aussi aujourd'hui avec les meilleures installations du même ordre.

Il choisit pour premier chef de ce laboratoire Grancher, encore interne des hôpitaux. Arrivé à une grande et légitime notoriété, ce dernier s'est plu à reconnaître que c'était à Clamart qu'il avait fait les travaux qui attirèrent rapidement, sur lui, l'attention du corps médical.

Les médecins qui désiraient faire des vivisections éprouvaient des dfficultés insurmontables; Tillaux organisa le local et l'outillage nécessaire, et tous les éléments de travail furent mis à la disposition des élèves de l'Assistance publique et de ses confrères. Des travaux importants sortirent de ce nouveau laboratoire de chirurgie expérimentale.

Toutes ces mesures prises sous son impulsion montrent que Tillaux fut, au point de vue de l'enseignement, un organisateur hors ligne.

Ses travaux furent nombreux et variés; ils figurent pour la plupart dans les *Bulletins de l'Académie de médecine*, dans ceux de la Société de chirurgie, et dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

Deux grandes publications, longtemps classiques, lui ont fait le plus grand honneur et là encore nous retrouverons la trace de la préoccupation constante de sa carrière scientifique, car son grand traité d'*Anatomie topographique avec applications à la chirurgie* et son *Traité de chirurgie clinique* en deux volumes, sont une émanation directe de son enseignement.

Le traité d'*Anatomie topographique*, paru en 1877, arriva en 1903 à sa onzième édition. Cet ouvrage devint rapidement classique dans notre pays; il fut si bien apprécié à l'étranger qu'il fut traduit en italien, en espagnol et en russe.

Bien que l'Académie des sciences réserve, habituellement, ses récompenses aux travaux originaux, en 1883, elle décerna un prix Monthyon à Tillaux, pour son traité d'*Anatomie topographique*, distinction d'autant plus précieuse qu'elle est plus rare.

C'est qu'en effet cet ouvrage ne ressemblait en rien à ceux qui avaient été publiés soit en France, soit à l'étranger. Ce n'était pas un ouvrage d'anatomie pure; à chaque pas, pour ainsi dire, la route était semée des applications les plus utiles à la pathologie externe ou à la médecine opératoire.

Son *Traité de chirurgie clinique*, paru en 1887, en était à sa cinquième édition en 1902.

Combien peu d'auteurs ont, jamais, obtenu un pareil succès!

Pendant plus de quarante ans Tillaux remplit les fonctions de chirurgien des hôpitaux avec un zèle, une assiduité légendaire. En réalité, il ne prit jamais que peu ou pas de vacances. Sa visite de chaque matin à l'hôpital paraissait être une nécessité de sa vie.

Tous les malades étaient, minutieusement, examinés et soignés avec une conscience exemplaire. Ajoutons qu'il était d'une bienveillance quasi-paternelle pour les pauvres déshérités confiés à ses soins.

A la louange de ces derniers, il faut reconnaître qu'en maintes circonstances ils essayaient, quelquefois d'une façon touchante, de lui témoigner leur reconnaissance.

Une réputation chirurgicale si bien établie dut nécessairement lui attirer une clientèle importante. Ce fut, en effet, ce qui arriva.

Tillaux exerça notre profession avec une honorabilité impeccable; il traitait la question argent avec l'esprit le plus équitable et, souvent, avec un grand désintéressement.

Beaucoup de ses nombreux clients devinrent ses amis pour toujours.

Son rôle de chirurgien consultant fut très grand, car ses confrères appréciaient son savoir, son jugement si parfait, la sûreté et la délicatesse de ses relations confraternelles.

En 1870, au moment de nos revers, ardent patriote, Tillaux abandonna l'hôpital Saint-Antoine, pour offrir ses services à la Société de secours aux blessés et il quitta Paris avec la onzième ambulance organisée par un groupe de personnalités protestantes.

Il se rendit directement à Sedan, où plus de cinq cents blessés très graves reçurent, sous sa direction, les soins les plus efficaces.

Au bout d'un certain temps, ne trouvant plus l'occasion d'employer son activité et celle de ses collaborateurs, il vint à Tours, se mettre à la disposition du gouvernement de la Défense nationale.

Tillaux fut envoyé à Epinal rejoindre l'armée du général Cambriels.

Alors qu'il cherchait un lieu propice à l'installation de son ambulance dans la banlieue d'Epinal, les éclaireurs allemands qui arrivaient sous les murs de cette Ville, l'arrêtèrent sous le prétexte qu'il avait recueilli, dans sa voiture, un malheurenx soldat épuisé de fatigue.

Pendant un instant, son cas parut assez mauvais; il fut obligé de s'expliquer devant les officiers allemands, mais bientôt sa parole convaincante, son aspect si loyal, eurent raison de leur défiance. On lui permit de rejoindre, avec tout son personnel, les armées françaises, mais à la condition de passer par la Suisse. Après un voyage des plus difficiles, il arriva enfin à Lyon, ayant traversé la Suisse et le grand duché de Bade.

Trouvant son ambulance trop nombreuse, il la réduisit de moitié et vint l'installer aux environs de Bourges, aux forges de Mazières, où le marquis de Vogüé lui organisa un véritable hôpital. Il resta à Mazières jusqu'à la fin de la guerre et ne rentra à Paris que le 4 mars.

Contrairement à ce qui a été écrit, Tillaux demeura à Paris pendant la Commune et là, encore, il montra comment il savait remplir son devoir.

Il avait le droit de prétendre aux honneurs scientifiques les plus élevés; ils ne lui firent pas défaut : membre de la Société de chirurgie en 1848, il en devint le président en 1880; président du Congrès de chirurgie en 1884, il avait été élu membre

de l'Académie de médecine en 1879, et c'est pendant qu'il avait le grand honneur de présider cette illustre compagnie que la mort est venue le frapper.

Resté pendant vingt ans chevalier de la Légion d'honneur, il fut en peu d'années nommé officier, commandeur et grand-officier de cet ordre; ce dernier titre, tout à fait exceptionnel dans notre profession, lui fut conféré quelques mois avant sa mort.

Il ne suffit pas d'avoir loué l'homme public, le savant, le professeur, que fut Tillaux; pour que le tableau soit complet, il faut dire, aussi, qu'il fut un homme droit et loyal par excellence, ennemi de toute intrigue, d'une fidélité exemplaire à ses amis, d'une bonté, d'une charité peu communes et qu'il réunit toutes les qualités qui permettent d'affirmer qu'il fut un brave homme dans la plus grande et la plus belle acception de ce mot.

Dans sa jeunesse et son âge mûr, et même au cours de ses dernières années, il sembla toujours représenter le type le plus complet de la force et de la santé. De longues années paraissaient devoir lui être accordées, lorsque vers le milieu de 1904, il parut fatigué. Un jour où il présidait la séance de l'Académie de médecine, il fit un faux pas en montant à la tribune, éprouva une violente douleur dans un genou et, rentré chez lui, ne put faire, pendant quelque temps, que de courtes sorties.

Dès le mois d'août, il dut garder, définitivement, la chambre et après plus de deux mois de cruelles souffrances, supportées avec un véritable stoïcisme, il rendit le dernier soupir entouré de ses amis les plus chers.

Aujourd'hui, dans cette cour de l'amphithéâtre de Clamart où il goûta la joie des plus légitimes triomphes, nous le voyons revivre avec sa noble expression, dans cette œuvre si belle due à la main d'un de nos chers et illustres compatriotes, lui aussi trop tôt disparu, le grand artiste Jules Chaplain. »

Après le discours de M. Labbé, ont pris successivement la parole : M. Mesureur, au nom de l'Assistance publique; M. Landouzy, au nom de la Faculté; M. Richelot, comme président du Congrès français de chirurgie; M. Reynier, au nom de la Société de chirurgie; M. Schwartz, au nom des anciens élèves de Tillaux, et M. Sébilleau, comme directeur actuel de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Tous ont loué l'anatomiste émérite, le chirurgien consciencieux, le professeur impeccable, l'homme de bien qu'était Tillaux.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LE TAMPONNEMENT DU VAGIN

Par le docteur Al. Dallen.

Il y a deux indications très nettes du tamponnement vaginal : l'hémorragie et la congestion chronique. Dans le premier cas, le tamponnement est dit *hémostatique* et, dans le second, *résolutif*.

La façon d'opérer diffère dans les deux circonstances et ces notions essentiellement pratiques méritent d'être parfois rappelées.

Le tamponnement hémostatique doit être *très serré*. On le réalise au moyen de petits tampons d'ouate hydrophile très nombreux, trempés au préalable dans une solution antiseptique et que l'on tasse les uns sur les autres, après les avoir exprimés. Ils occupent ainsi le pourtour du col, les culs-de-sacs et le museau de tanche.

Le tassement des tampons doit être très régulier et le vagin fortement rempli.

Le tamponnement résolutif s'appelle *columnisation* du vagin. Il consiste à bourrer le vagin de tampons d'ouate imbibés d'une solution résolutive. On utilise aujourd'hui à cet effet la glycérine thigénolée en tiers ou à parties égales. Mais on n'emploie pas une grande quantité de petits tampons; trois ou quatre suffisent, beaucoup plus gros. On les place chacun dans un cul-de-sac et on les tasse fortement.

Bientôt la décongestion puissante produite par le remède s'opère et la femme doit se garnir pour ne pas être humectée par l'écoulement abondant qui existe.

Cette columnisation du vagin est donc fortement résolutive, mais elle est aussi un *soutien* mécanique pour redresser l'utérus *dévié* ou prolabé.

Tout autre est l'application d'un seul tampon vaginal pour le traitement de la métrite ou des phlegmasies annexielles. On utilise encore, dans ce cas, le thigénol parce qu'on cherche à obtenir des effets antiphlogistiques, mais un seul tampon suffit tous les deux jours, et l'on voit fréquemment des pertes leucorrhéiques et sanguinolentes, ainsi que des crises douloureuses pelviennes, disparaître par cet unique traitement.

L'introduction d'ovules Roche à 30 p. 100 donne d'ailleurs les mêmes résultats, car en fondant sous l'action de la chaleur locale, ils portent le topique au contact de l'utérus et de la muqueuse péri-utérine.

Mais le véritable tamponnement du vagin est le tamponnement hémostatique et la columnisation, car dans ces deux cas, on recherche une action mécanique, une compression soutenue, inutile à réaliser dans le pansement vaginal ordinaire dirigé contre la métrite et les annexites.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 116. — MARDI 12 OCTOBRE 1909. 82e ANNÉE. MARDI 12 OCTOBRE 1909. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 9 octobre 1909. — Question donnée : « Hernie inguinale étranglée chez l'homme. Signes et diagnostic. »

MM. Tarrius, 11; Texier, 12; Mlles Romme, 17; Rosenblum, 11; MM. de Rymon, 5; Schwartz et Thévenard, 10; Tiphaine, 15; Récamier, 16; Tassigny et Tribout, 13; Raphaël, 12; Valiadès (Jean), 10; Tourneix et Roustan, 13; Royer, 10; Roussillon, 13; Vacher, 7; Ulmann et Triollet, 11,

Prochaine séance mardi 12 octobre, à cinq heures, deuxième moitié troisième série et deuxième moitié quatrième série.

Anatomie. — Séance du 8 octobre. — Question donnée : « Péricarde. »

MM. Caillet, 9; Casarès, 15; Crétin, 14; Coudert, 13; Dellac, 10; Détourbe, 18; Chevalérias, 12; Carpanetti, 17; Cavaillès, 19; Dardanne, 12; Delhomme, 11.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Les jurys des concours de l'internat et de l'externat sont ainsi constitués :

Internat. — Juges titulaires : MM. Dubreuilh, Picot père, Denucé, Pousson, Duvergey, Verger, M. Rivière. — Juges suppléants : MM. Verdelet, Venot, Buvet, Moussous, de Boucaut, Rocaz et Badal.

Externat. — Juges titulaires : MM. Demons, Lamacq, Leuret, Lacouture, Cabannes. — Juges suppléants : MM. Chavannaz, Cruchet, Bousquet, L. Rocher, Guyot.

Internat en pharmacie. — Juge titulaire : M. Sabrazès. — Juge suppléant : M. Dumur.

— LYON. — Le lundi 14 mars 1910, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux, appelé à faire le service dans les établissements de l'administration des hospices civils de Lyon.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe :

MM. Desquiens, au 30e drag.; Langlois, au 31e d'art.; Leduc, au 162e d'inf.; Walther, au 2e étranger.

LE IIIe CONGRÈS D'ASSAINISSEMENT ET DE SALUBRITÉ DE L'HABITATION se tiendra du 6 au 10 novembre 1909 à Paris, sous la présidence de M. Paul Strauss, sénateur, membre de l'Académie de médecine.

Adresser les adhésions (cotisation 10 francs) et la correspondance à M. Marié-Davy, secrétaire général, 5, avenue d'Orléans, à Paris.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-neuvième semaine, 751 décès, au lieu de 720 pendant la semaine précédente et au lieu de 775, moyenne ordinaire de la saison.

La diphtérie a causé 4 décès, comme pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 31, au lieu de 28 pendant la semaine précédente (moyenne 34).

La diarrhée infantile a causé 32 décès de 0 à 1 an, au lieu de 45 pendant la semaine précédente (moyenne 59).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 93 décès, au lieu de 72 pendant la semaine précédente (moyenne 81).

La phtisie pulmonaire a causé 159 décès (moyenne 177); la méningite tuberculeuse, 19 décès (moyenne 15); la méningite simple, 18 décès (moyenne 14); parmi eux nous comptons 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique) le nombre des cas nouveaux signalés est de 4).

COURS POUR LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU NEZ, OREILLES, LARYNX ET BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE. — MM. les docteurs Luc et Guisez commenceront à leur clinique le jeudi 11 novembre prochain, à quatre heures, un cours théorique et pratique sur les affections chirurgicales du larynx, nez, sinus, oreilles et la technique de la broncho-œsophagoscopie avec examen de malades, maniements des instruments spéciaux, technique opératoire.

Le cours comprendra 20 leçons et durera cinq semaines.

S'inscrire par envoi de carte et droits d'inscription (100 francs) à la Clinique, 15, rue de Chanaleilles.

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

DYSMÉNORRHÉE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Par M. Gaston COTTE,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Parmi toutes les causes susceptibles d'entraîner de la dysménorrhée, la tuberculose a été passée complètement sous silence jusqu'ici.

Quelques auteurs (1) se sont occupés des rapports de la bacillose et de la menstruation ; ils ont observé et décrit l'aggravation de lésions pulmonaires en évolution au moment des règles ; d'autres ont noté la facilité avec laquelle la tuberculose se développe à la puberté, mais on n'a jamais songé à rechercher le rôle étiologique possible du bacille de Koch dans les troubles de la menstruation. On a seulement remarqué depuis longtemps leur fréquence chez les arthritiques nerveuses, à tendances congestives et névralgiques [Sinéty, Richelot, Pierra (2)].

Au cours d'intéressantes recherches sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine de Sprengel, J. Hollos et K. Eisenstein [de Szeged (3)] viennent de faire une série de constatations qui, si elles étaient confirmées, seraient la meilleure démonstration du rôle que peuvent jouer le bacille de Koch ou ses toxines dans les désordres menstruels. Voici, d'ailleurs, brièvement résumés, les résultats qu'ils ont observés (4) :

Sur 118 malades, traitées pour bacillose pulmonaire, quelques-unes seulement avaient des règles régulières, non douloureuses ; les autres présentaient des troubles plus ou moins marqués : 14 avaient de l'aménorrhée et 70 souffraient de douleurs au moment de leurs règles. Dans la plupart de ces cas, en outre, les règles étaient plus ou moins irrégulières dans leur date d'apparition, leur durée ou la perte de sang dont elles s'accompagnaient (5).

Sur les 70 malades atteintes de dysménorrhée, 53 ont été soumises à la tuberculinothérapie, les autres ont refusé le traitement ou l'ont cessé avant le retour des règles. Les résultats obtenus sont les suivants :

8 n'ont été améliorées ni pendant ni après le traitement.

5 accusent des douleurs moins violentes.

40 peuvent être considérées comme complètement guéries, car les règles reviennent actuellement sans douleur. Plusieurs de ces malades ont été revues au bout de deux à cinq mois ; cinq ont eu, depuis leur guérison, huit ou onze fois leurs règles sans présenter aucun trouble.

Sur six malades qui souffraient en dehors de leurs règles, deux sont complètement guéries.

Chez la plupart des malades, la dysménorrhée, de date plus ou moins ancienne, avait fait son apparition en même temps que la tuberculose ; chez 27 seulement, les troubles menstruels dataient de la puberté et s'étaient produits avant toute infection génitale ; 13 malades n'avaient pas leurs vingt ans, 9 n'étaient pas encore à dix-sept. Dans un cas, les trois sœurs présentaient les mêmes symptômes.

Dans le premier groupe de faits, l'examen gynécologique n'a pu être pratiqué que dans un nombre assez restreint de cas : il a permis de constater quelquefois des signes d'annexite, d'endo ou de périmétrite (1).

Dans le deuxième, le toucher vaginal, chez trois malades qui avaient accouché, montra une annexite dans deux cas et de la métrite dans le troisième. Dans les autres observations, il s'agissait de jeunes filles et l'examen ne put être fait qu'une seule fois : l'utérus avait des marques d'infantilisme. Sur ces 27 malades enfin, 23 avaient des signes de bacillose pulmonaire ; chez les quatres dernières, il s'agissait de tuberculose latente (séro-réaction positive).

Au point de vue thérapeutique, les résultats obtenus dans ces dysménorrhées datant de la puberté sont analogues à ceux que nous avons donnés plus haut. Sur 22 malades de cette catégorie, traités à la tuberculine :

3 n'ont obtenu aucune amélioration ;

3 ont seulement des douleurs moins violentes ;

16 sont complètement guéries ; la moitié depuis plus de cinq mois.

De pareils faits, pour Hollos et Eisenstein, semblent bien indiquer que les troubles de la menstruation ne sont chez bien des femmes qu'un signe de l'intoxication tuberculeuse. L'anémie, les palpitations, les vertiges, les douleurs d'estomac, l'anorexie, etc., qu'on observe souvent en même temps, sont autant de manifestations qui se retrouvent chez un grand nombre de tuberculeux latents. Il faut aussi, chez les dysménorrhéiques, les rattacher à la tuberculose et la meilleure preuve, au dire des au-

(1) Daremberg. Fonction menstruelle. Phtisie pulmonaire, *Arch. gén. de méd.*, 1880. — Noncher. *Influence de la menstruation sur la tuberculose pulmonaire*, Th. de Paris, 1906-1907, nº 108.

(2) Pierra. La menstruation des arthritiques, *Revue des mal. de la nutrition*, 1905, nº 10.

(3) Hollos et Eisenstein. Die tuberkulöse Ætiologie der Dysmenorrhœ und ihre Behandlung mit Sprenglers Tuberculinpräparaten, *Gynæk. Rundsch.*, 1907, t. I, Heft 23. — Tuberculose et menstruation. Durch Tuberculinbehandlung nach Karl Sprengler geheilte Fälle von Dysmenorrhœ und Amenorrhœ, *Zent. f. Gynæk.*, 1908, t. XXXII, nº 44.

(4) Le traitement repose sur l'emploi de vaccins préparés soit avec des bacilles humains (Tuberculosevaccin T B V) soit avec des bacilles bovins (Perlsuchtvaccin P V). On sait, en effet, que pour Sprengler les bacilles dits bovins et les bacilles dits humains ont des propriétés toxicologiques différentes. L'homme tuberculeux est infecté à la fois par ces deux variétés bactériennes, l'une des deux d'ailleurs étant prédominante. Le traitement consiste dans chaque cas à neutraliser l'action du bacille prédominant par l'injection d'un produit dérivé du bacille secondaire.

(5) Nous laissons de côté les faits d'aménorrhée rapportés dans cette statistique, car nous manquons de détails précis à ce sujet. Disons cependant que pour Hollos et Eisenstein, l'absence des règles relève de la tuberculose : la meilleure preuve en est que chez cinq malades, dont deux avaient vingt et vingt et un ans, après six à huit semaines de traitement, on vit la menstruation se faire régulièrement.

(1) Il faut probablement rapprocher ces faits de ceux auxquels nous avons fait allusion ici sous le nom de tuberculose inflammatoire du col de l'utérus (*Gaz. des hôpit.*, 10 sept. 1907, nº 103) et de ceux que Roux de Brignolles a plus récemment décrits sous le nom de sclérose utéro-annexielle en dehors de la ménopause (*La Gynécologie*. sept. 1909).

teurs précités, c'est que, par l'emploi de la tuberculine, ils disparaissent beaucoup plus rapidement et beaucoup plus souvent qu'avec n'importe quelle autre thérapeutique. En réalité, toutes ces prétendues anémiques, neurasthéniques ou hystériques, qui ont une menstruation plus ou moins difficile, ne sont que des tuberculeuses à un degré plus ou moins avancé.

A l'état normal, la menstruation est un phénomène complexe dans la production duquel le système nerveux ou la circulation semblent avoir un rôle important. On admet généralement que son retour périodique serait influencé par une sécrétion ovarienne, provenant du follicule, des cellules interstitielles ou du corps jaune.

Tous les organes qui jouent un rôle dans l'apparition régulière de la menstruation peuvent présenter des altérations qui en compromettent la régularité.

Pour la tuberculose, il est difficile de dire, à l'heure actuelle, à quel niveau le bacille de Koch ou ses toxines produisent leurs méfaits. La seule notion qui se dégage de cette étude, c'est que, à l'origine de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée, il existe, dans de nombreux cas, des signes d'intoxication tuberculeuse.

Leur début coïncide souvent avec l'apparition des troubles généraux : amaigrissement, toux, sueurs nocturnes ou d'autres signes non douteux de bacillose. Ils sont influencés de la façon la plus favorable par la tuberculinothérapie. Il n'est donc pas douteux, pour Hollos et Eisenstein, qu'ils n'aient pour origine l'élimination de toxines bacillaires au niveau des organes génitaux.

Pour nous, nous admettons d'autant plus volontiers cette interprétation que, à l'école du professeur A. Poncet, nous avons eu l'attention attirée depuis longtemps sur les désordres que peuvent donner au niveau de tous les tissus l'existence de bacilles atténués ou l'élimination de toxines bacillaires. Ce sont des manifestations génitales de la tuberculose inflammatoire. Leur apparition chez des tuberculeux plus ou moins avérés ; leur disparition sous l'influence de la tuberculine en sont la meilleure preuve, et nous ne doutons pas que des faits encore plus nombreux ne viennent bientôt confirmer cette façon de voir.

DE LA
MALIGNITÉ DES TUMEURS DITES BÉNIGNES DU SEIN
SIX OBSERVATIONS

Par le docteur LOP (de Marseille),
Chargé de cours à l'Ecole de médecine.

I

Il était jadis admis de considérer, comme bénins, un certain nombre de néoplasmes du sein se développant en dehors des éléments glandulaires. Cette prétendue bénignité tient, sans doute, à ce que les malades sont habituellement des jeunes filles ou de toutes jeunes femmes, chez lesquelles le cancer du sein est plutôt rare.

Ces néoplasmes, dont les plus communs sont les adéno-fibromes et les adénomes du sein, me semblent avoir perdu leur réputation de bénignité.

A l'appui de cette opinion, j'apporte ici six observations qui démontrent, une fois de plus, que ces petites tumeurs, à l'allure inoffensive, à l'aspect anodin, n'en sont pas moins, ainsi que Labbé et Coyne l'ont démontré, exposées, plus souvent qu'on ne le pense, à se transformer en tumeurs malignes, nécessitant, souvent trop tard, une intervention qu'il est du devoir du chirurgien de pratiquer aussitôt que la malade s'est confiée à lui.

Les adéno-fibromes opérés de bonne heure, aussitôt le diagnostic posé, par une extirpation assez large, mettent à peu près sûrement les malades à l'abri d'une récidive à l'allure maligne.

On ne saurait donc trop insister auprès des malades pour obtenir leur consentement à une intervention dont les résultats heureux ne sont pas douteux, lorsqu'elle est faite alors que la tumeur en est à son premier degré de développement et qu'elle ne présente pas encore d'adhérences dans la profondeur.

Le début des tumeurs qui m'occupent ici est absolument insidieux. Comme toujours, c'est soit à l'occasion de leur toilette, soit à l'occasion de choc sur la poitrine, que les malades s'aperçoivent de l'existence d'une tumeur dont elles ne soupçonnaient pas même la présence.

Au début, le caractère principal de ces tumeurs est leur mobilité sur les couches profondes, mobilité telle qu'elles fuient sous le doigt explorateur, et leur indolence presque absolue

Ces néoplasmes ont une évolution lente, augmentent peu à peu de volume et sont sujets à des poussées douloureuses et congestives avec augmentation transitoire de volume, coïncidant fréquemment avec la menstruation, ainsi que Velpeau l'avait déjà signalé et comme je l'ai observé cinq fois dans les six cas qui font l'objet de ce mémoire.

Si j'en juge par les cas observés, les adéno-fibromes et les fibromes ont perdu leur caractère de bénignité dès qu'ils cessent d'être indolores et mobiles. A ce moment, d'ailleurs, les malades venant à nous parce qu'elles souffrent doivent être opérées sans retard.

Ces néoplasmes ne retentissent qu'exceptionnellement sur les lymphatiques, aussi, la recherche des adénopathies secondaires est toujours négative. Il serait donc imprudent de se fier sur leur absence pour exclure leur caractère de malignité.

Aussi, doit-on proposer aux malades de les opérer aussitôt, afin d'éviter tout mécompte pour l'avenir.

Dans les six observations que j'ai rassemblées, la tumeur avait les allures les plus bénignes, n'avait jamais troublé la santé des malades, pourtant, chaque fois, le néoplasme avait déjà subi, histologiquement, la dégénérescence épithéliomateuse. Dans deux cas, la mort, précédée de récidive à distance, est survenue un ou deux ans après l'opération.

Cliniquement, ces deux cas malheureux avaient l'aspect le plus bénin, sans altération ni déformation de l'organe, sans adénopathie.

Voici mes observations :

I. *Mme X..., trente-huit ans, nullipare. Petit adéno-fibrome du sein droit.* — Cette tumeur est apparue sept ans auparavant, sans que la malade s'en soit préoccupée jusqu'alors (avril 1903). Depuis ce moment-là, la tumeur s'est mise à grossir, légèrement douloureuse, particulièrement à l'époque des règles.

Préoccupée de son existence et hantée de l'idée d'un cancer, Mme X... vint me consulter et me demanda s'il y avait lieu de l'opérer aussitôt. Instruit par l'évolution clinique de ces tumeurs, la voyant très effrayée, je la rassurai en lui disant qu'il n'y avait pas de cancer, mais que cependant elle avait tout intérêt à se débarrasser au plus tôt de cette tumeur, ce qui eut lieu quinze jours après.

L'examen histologique, fait par le professeur Nepveu, démontra qu'il s'agissait d'un adéno-fibrome en voie de transformation épithéliomateuse.

Pas de récidive à ce jour (septembre 1908).

Mme F..., vingt-sept ans, VIpare. — Vint me consulter en mai 1905 pour une petite tumeur adéno-fibreuse du sein droit, apparue, dit-elle, depuis cinq ou six mois, mais dont elle ne souffre nullement et pour laquelle elle ne veut pas, par conséquent, entendre parler d'extirpation; elle me demande une pommade fondante et me dit qu'elle reviendra me voir plus tard.

Malgré mon insistance durant une grossesse survenue quelques temps après ma première visite, cette dame ne voulut pas consentir, jusqu'au septième mois, à se laisser opérer. C'est qu'à partir de sa grossesse, la tumeur, toujours mobile, siégeant bien au-dessus du mamelon, se mit à devenir douloureuse d'une façon insupportable et discontinue. En même temps que ces douleurs, je constatai une légère augmentation de volume assez appréciable pour que, en deux mois, la tumeur eût presque doublé de volume. Mais, bien que pressée par moi de se faire opérer au plus tôt, la malade au dernier moment décida qu'elle ne se débarrasserait de sa tumeur qu'après l'accouchement.

L'accouchement, qui eut lieu à l'époque attendue, fut sans incident, il fut suivi d'une notable diminution de la tumeur, qui revint presque à ses dimensions primitives. Cette amélioration devait être fatale à la malade; en effet, encouragée par cette diminution et malgré mon insistance, la malade renvoya à quatre mois l'opération. La tumeur avait d'ailleurs grossi de nouveau et était devenue très douloureuse, surtout au moment de la menstruation.

De guerre lasse, cédant aux sollicitations de sa famille et aux miennes, j'opérai la malade fin octobre. Pendant l'intervention, l'exploration soigneuse, à ciel ouvert, du creux axillaire, démontra l'absence absolue de ganglions.

La tumeur, examinée par mon ami, le docteur Bricka, préparateur d'histologie à l'Ecole de médecine, *était constituée par de l'adéno-fibrome en voie de dégénérescence épithéliomateuse.*

Sept ou huit mois après, l'état général de la malade commença à devenir mauvais, la cicatrice devint violacée, dure, squireuse, peu après se montrèrent les signes non douteux du cancer du poumon droit avec pleurésie hémorragique, et trois mois après la malade succombait. Pas un an après l'opération.

III. *Mlle C..., vingt et un ans. Petit fibrome du sein gauche, indolore, mobile, du volume d'une noix.* — Cette jeune personne, à la veille de se marier, vint me demander de la débarrasser d'une petite tumeur du sein gauche, ce qui eut lieu huit ou dix jours après sa visite. Ici encore, absence totale d'adénopathie. Etat général florissant. C'était de l'adéno-fibrome. « Mais, *me disait le regretté docteur Hagen-Muller, chef des travaux d'anatomie pathologique à l'Ecole de médecine, je trouve des éléments anormaux qni me surprennent et me font craindre le cancer.* »

Peu après son opération, Mlle C... se maria et je la perdis de vue. Mais, moins de deux ans après, je reçus de Barcelone, où elle était installée, une lettre de son médecin me demandant quelques renseignements sur la nature de la tumeur que j'avais enlevée, car depuis quelque temps, cette jeune femme présentait dans le sein gauche une tumeur dont l'allure ne cessait de le préoccuper. Je communiquai à ce confrère les renseignements cliniques que j'avais à ma disposition et les conclusions histologiques de l'examen d'Hagen-Muller.

Je restai ainsi sans nouvelles pendant un an. C'est par hasard que, rencontrant un membre de sa famille, j'apprenais que la malade avait succombé aux progrès de la tumeur du sein, pour laquelle ce confrère espagnol m'avait écrit. Dans ce cas, mort par récidive trois ans après la première opération. Cette récidive ne fut pas opérée, le chirurgien consulté l'ayant jugée inopérable.

IV. *Mme P..., cinquante-sept ans. Volumineux adéno-fibrome du sein droit.* — Cette tumeur, prétend la malade, avait débuté deux ou trois ans avant sa visite chez moi (septembre 1904), pas d'adénopathie. La tumeur est mobile malgré son volume, mais douloureuse à la pression. Instruit par les exemples précédents, j'insistai auprès de la malade pour qu'elle voulût bien se laisser opérer aussitôt.

L'opération est acceptée et pratiquée le 1er octobre.

L'examen histologique confié au docteur Bricka démontra encore l'existence de l'adéno-fibrome en voie d'évolution épithéliomateuse. L'exploration directe et soigneuse de l'aisselle ne révèle aucune adénopathie.

Voilà trois ans que l'opération a eu lieu et l'état général et local de la malade continu à être excellent.

V. *Mme B..., trente-trois ans, secondipare. Adéno-fibrome du sein gauche.* — En mars 1906, la malade ne peut donner aucun renseignement sur le début de cette tumeur et vient me prier de l'en débarrasser, non point parce qu'elle souffre, mais parce qu'elle a peur d'un cancer.

Cette tumeur est du volume d'une petite mandarine, très mobile, n'ayant nullement intéressé la peau et ne présentant non plus aucun retentissement ganglionnaire appréciable au palper. Extirpation le 15 juin, la tumeur est confiée au docteur Bricka qui m'apprend qu'il s'agit d'un fibrome en voie de dégénérescence. Jusqu'à ce jour, 25 septembre, pas de récidive.

VI. *Mme P..., trente-trois ans, nullipare.* — M'est adressée d'une ville du département de Vaucluse pour savoir s'il y a lieu ou non de l'opérer d'un « abcès » du sein gauche.

Ce prétendu abcès n'était qu'un adéno-fibrome ayant débuté plusieurs années auparavant et qui, depuis quelques mois, avait augmenté de volume, devenant très douloureux, sans avoir pourtant perdu son aspect primitif qui pouvait permettre à un esprit non prévenu d'exclure l'idée d'un cancer.

Venue à Marseille, décidée à se faire opérer, s'il y avait lieu, le 2 juillet j'enlevais ce néoplasme que l'examen du docteur Bricka vint démontrer en voie de dégénérescence épithéliomateuse.

II

Voilà donc six observations de tumeurs dites bénignes du sein dont le microscope a démontré chaque fois la dégénérescence et dont l'évolution ultérieure, dans deux cas, est venue confirmer la malignité, déjà constatée par le microscope.

Dans toutes ces observations, la glande mammaire a toujours été respectée, jamais de rétraction du mamelon, jamais de modification de la peau (évolu-

tion lente), jamais de retentissement ganglionnaire, et pourtant, chaque fois, l'anatomie pathologique est venue démontrer combien il eût été imprudent de laisser aller plus longtemps les malades.

Je crois devoir conclure des faits qui me sont personnels et de ceux rapportés avant moi à la Société de chirurgie et dans les traités les plus récents de pathologie externe, combien il serait dangereux de demander ailleurs qu'à la chirurgie la guérison de ces prétendues tumeurs bénignes.

J'estime que ces néoplasmes sont justiciables d'une large et précoce exérèse, sans qu'il soit toutefois nécessaire d'aller jusqu'à l'ablation totale du sein, à moins d'adhérences pectorales et d'infiltration ganglionnaire. Dans chacune de ces observations j'ai eu soin d'explorer à *ciel ouvert* l'aisselle tout comme s'il s'agissait d'un cancer non douteux.

III

Les observations qui précèdent, recueillies dans ma pratique civile, quoique un peu écourtées, l'ont été avec beaucoup de soins. Deux des examens histologiques ont été faits par des hommes dont la compétence était indiscutable : Nepveu et son élève Hagen-Muller, dont la valeur égalait presque celle du maître; les quatre autres ont été faites par mon ami le docteur Bricka, élève de Nepveu, actuellement chef du laboratoire d'histologie à l'Ecole.

Pour ne pas encombrer cette monographie, je n'avais pas cru devoir rapporter in extenso le compte rendu de ces examens, pensant qu'un résumé succint suffirait. C'est ce que me reproche (lettre personnelle) mon distingué confrère et maître Delbet. Je reconnais qu'il a raison, mais la compétence de ceux qui ont pratiqué les examens permet d'accepter leurs conclusions presque sans réserve.

Peut-on admettre que dans les observations II et IV, dont la terminaison fatale s'est faite un an et trois ans après l'opération, il s'agissait d'épithélioma au début et non d'adéno-fibrome?

Cliniquement, je ne le pense pas; avant même la période des adhérences à la peau, de la malformation du sein et de l'adénopathie à distance, le cancer du sein ne présente pas la mobilité toute particulière que j'ai observée dans ces cas et dans trois autres que j'ai vus en consultation et pour lesquels on a refusé l'opération.

Le siège aussi est différent; l'adéno-fibrome débute presque toujours à la périphérie de l'organe, rarement en plein tissu glandulaire. On sent la tumeur sous la peau, reposant sur le muscle.

Histologiquement, comment admettre que des observateurs comme Nepveu, Hagen-Muller et Bricka aient pu arriver à émettre chacun, à deux ou trois années de distance, pendant lesquelles les deux premiers sont décédés, des diagnostics identiques? Il y a là plus qu'une coïncidence erronée, mais des faits dont la matérialité me paraît pouvoir être difficilement mise en doute (1).

(1) Cette monographie était sous presse lorsque, en moins de trois semaines, je viens d'observer deux nouveaux cas :

Le premier, opéré avec mon maître et ami le docteur Gabriel Roux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu : » C'est un fibro-adénome, m'écrit le docteur Bricka. Mais il y a une portion qui offre l'aspect d'un épithélioma. C'est donc encore une tumeur primitivement bénigne, qui a pris une évolution maligne. Cette évolution est très nette dans ce cas. »

Le deuxième datant de plus de quinze ans, que j'avais proposé d'extirper il y a trois ans, m'est revenu triplé de volume, adhérent à la peau, à contenu kystique (liquide chocolat). Je n'ai point encore le résultat histologique.

Dans ces deux derniers cas, pas d'adénopathie, pas d'altération de la glande, ni de rétraction du mamelon, la tumeur comme toujours siégeait en dehors de la zone glandulaire.

MÉDECINE PRATIQUE

ANGINE PHLEGMONEUSE ET DIPHTÉRIE

L'étude bactériologique des angines, régulièrement poursuivie depuis l'emploi du sérum antidiphtérique, a nettement montré que l'angine à bacille de Lœffler pouvait présenter plusieurs aspects. Si, dans la très grande majorité des cas, le bacille de Lœffler détermine une angine à fausses membranes, il n'en faut pas moins retenir, comme faits exceptionnels sans doute mais entraînant par cela même très facilement l'erreur de diagnostic, les observations d'angines ayant l'apparence herpétique, lacunaire, pultacée, qui sont produites par le bacille de Lœffler et qui doivent donc être traitées par le sérum antidiphtérique. A ces formes anormales d'angine diphtérique, Ernberg (de Stockholm), Martin (1) et son élève Maire (2) ont ajouté une forme de l'angine diphtérique pure simulant l'angine phlegmoneuse; dans un travail récent, Roger et Margarot (3) ont apporté quelques observations nouvelles et bien étudié cette question.

Les malades, chez lesquels on a constaté l'angine diphtérique pseudo-phlegmoneuse, étaient tous des adolescents ou des adultes. Les symptômes et signes physiques rappellent presque complètement ceux du phlegmon amygdalien; on en retrouve en particulier les trois principaux caractères : gonflement phlegmoneux, unilatéralité et trismus. Peut-être le début est-il moins brusque, plus insidieux dans les cas de diphtérie; peut-être encore la douleur est-elle moins vive, ne présente-t-elle pas le caractère pulsatile de certains phlegmons. Mais ce sont là des nuances souvent bien difficiles à découvrir. D'après Roger et Margarot, deux symptômes doivent faire penser à la diphtérie : un empâtement cervical périganglionnaire assez marqué et l'atteinte très profonde de l'état général. La présence d'une fausse membrane sur l'amygdale, siège du gonflement pseudo-phlegmoneux, est habituelle, mais non constante; ce symptôme ne peut d'ailleurs pas être considéré comme pathognomonique, puisque certains phlegmons amygdaliens authentiques sont recouverts d'un enduit pseudomembraneux; toutefois, si la fausse membrane ne recouvre pas seulement l'amygdale, mais s'étend sur le pilier antérieur, le voile du palais et jusqu'à la luette, on sera presque en droit d'affirmer la diphtérie. En réalité, cette forme d'angine diphtérique ne se distingue souvent du phlegmon amygdalien que par un seul caractère, qui malheureusement est un caractère anatomo-pathologique beaucoup plus que clinique; c'est l'absence de suppuration; il s'agit en effet d'une diphtérie avec réaction inflammatoire et œdémateuse très prononcée; cette réaction limitée à une amygdale et au tissu périamygdalien donne un gonflement pseudo-phlegmoneux de l'amygdale.

(1) L. Martin. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1904, p. 527; — Phlegmon de l'amygdale et diphtérie, leurs relations, *Bull. méd.*, 1905, n° 94.

(2) Maire. *Sur une forme spéciale de l'angine diphtérique pure simulant l'angine phlegmoneuse*, Th. de Paris, juillet 1904.

(3) Roger et Margarot. Angine phlegmoneuse et diphtérie. Relations. Diagnostic différentiel, *Arch. gén. de méd.*, mai 1909, p. 257.

Abandonnée à elle-même ou traitée comme un phlegmon, l'angine diphtérique pseudo-phlegmoneuse a un pronostic très grave et le malade est fort exposé à succomber aux suites de l'intoxication diphtérique. Le diagnostic est-il au contraire fait de bonne heure et suivi d'injections de sérum, on assiste à une diminution rapide des phénomènes locaux et à une amélioration de l'état général sous l'influence du traitement spécifique. L'examen bactériologique pratiqué dans ces cas montre qu'il s'agit de diphtérie pure.

Ce qui complique le diagnostic clinique, c'est que le vrai phlegmon de l'amygdale peut se recouvrir d'un enduit pseudo-membraneux dû à divers microbes et surtout au streptocoque; c'est l'angine phlegmoneuse pseudo-diphtérique. Mais cet enduit pseudo-membraneux est habituellement peu étendu et peu extensible. Le diagnostic ne pourra cependant être établi avec certitude que par l'examen bactériologique. Mieux encore, angine phlegmoneuse et diphtérie s'associent parfois, pour constituer une angine diphtéro-phlegmoneuse (Roger et Margarot); cette association affecte l'une des trois modalités suivantes : diphtérie et abcès évoluent simultanément; la diphtérie succède au phlegmon amygdalien; la diphtérie précède le phlegmon.

Voici donc toute une série de faits montrant bien qu'en présence du syndrome phlegmon de l'amygdale, il faut y regarder de très près et se méfier du pseudo-phlegmon diphtérique. Toutes les fois qu'avec un aspect phlegmoneux de l'amygdale on voit un exsudat pseudo-membraneux, on fera une injection de sérum antidiphtérique sans attendre les résultats de l'examen bactériologique. Même en l'absence d'exsudat, s'il existe un empâtement cervical périganglionnaire, si l'état général paraît profondément atteint, il faut encore redouter la diphtérie et agir en conséquence; à l'hôpital de l'Institut Pasteur, il est même de règle de faire une injection de sérum antidiphtérique à tout malade atteint ou plutôt paraissant atteint d'un phlegmon de l'amygdale.

M. BRELET.

XXIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 4-9 OCTOBRE 1909 (1).]

PREMIÈRE QUESTION

CHIRURGIE DES ARTÈRES (*suite*)

Après la lecture du rapport de MM. Monod et Vanverts, une discussion s'engage sur la *chirurgie des artères*. Mais, en réalité, il n'y a pas de discussion. Les orateurs qui se sont succédé à la tribune se sont bornés à communiquer des cas personnels de leur pratique et comme le temps était très limité (la séance commencée à deux heures s'est terminée à sept heures un quart) ils ont dû se borner à lire hâtivement, en les tronquant et les écourtant, des observations dont la publication intégrale sera peut-être intéressante, mais dont l'audition en salle des séances était inutile et fastidieuse.

Nous résumons les principales communications.

M. FORGUE (de Montpellier) déduit de ses recherches expérimentales que, après ligature aseptique, les parois de l'artère se réunissent par première intention. Il démontre comment le minime caillot blanc, qui se forme entre les lèvres de la tunique interne retroussée, se laisse envahir par des cellules phagocytaires et finalement se transforme en un tissu conjonctif adulte.

A propos d'un cas de ligature de la carotide primitive, M. Forgue conclut que, si la suture est séduisante en théorie, il faut faire des réserves sur son emploi pratique.

M. VILLAR (de Bordeaux), après l'exposé de quelques cas de chirurgie des anévrismes, relate un cas d'*anévrisme sacciforme de la crosse de l'aorte* qu'il traita par une ligature, placée au niveau du pédicule juste au ras des parois de l'aorte normale. Au bout de quelques jours, le malade succomba à une hémorragie formidable.

A ce propos, M. TUFFIER revient sur le cas analogue qu'il a publié à la Société de chirurgie et condamne la ligature placée sur un tissu peu résistant. Si l'avenir lui permet de tenter une nouvelle intervention, il préférera la résection du sac, suivie d'anévrismorraphie. Peut-être pourra-t-il espérer un succès.

M. Tuffier nous dit à ce sujet que, dans la question des sutures artérielles, la qualité des artères joue, au point de vue des résultats, un rôle autrement important que les fils et les aiguilles employés.

Le côté de la chirurgie artérielle qui lui paraît devoir attirer l'attention des chirurgiens est celui des *anastomoses artério-veineuses* dans le traitement des gangrènes.

M. PSALTOFF (de Smyrne) rapporte quatre cas d'*anévrismes des grosses artères*, traités par la ligature et l'excision du sac.

M. DOYEN communique deux faits d'*extirpation d'anévrismes*, l'un artériel, l'autre artério-veineux. Dans ce dernier cas, l'extirpation de la poche, suivie de la suture des orifices artériels et veineux, le succès fut complet.

Dans le premier, il s'agissait d'un anévrisme poplité traité par le procédé de Matas, et qui fut un an après l'objet d'une greffe de veine de mouton, pour rétablir la circulation veineuse déficiente.

M. AUVRAY rapporte trois cas de *chirurgie des artères*. Dans l'un, il s'agissait d'un anévrisme de l'artère temporale superficielle traité avec succès par l'extirpation du sac; dans l'autre d'une ligature de l'artère mammaire interne pour une blessure opératoire de ce vaisseau.

Le troisième cas rapporté par M. Auvray concerne un anévrisme artério-veineux de la racine de la cuisse opéré par l'extirpation du sac après sa dissection, la fermeture de la paroi veineuse par une ligature latérale et la suture de la communication artérielle. La suture de la brèche artérielle fut faite à l'aide d'une fine aiguille enfilée de soie floche; il s'agissait d'une suture en surjet à points perforants. Le calibre de la fémorale après application de la suture était réduit d'environ un tiers. L'artère battait au-dessous de la suture et les battements artériels furent constatés après l'opération et dans les jours suivants au niveau de la pédieuse. Les suites opératoires furent absolument normales, il n'y eut aucun trouble dans la circulation du membre et tous les phénomènes qui

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 113, p. 1411.

existaient avant l'opération disparurent. C'est là une méthode de traitement idéal qui conserve intacte la perméabilité des gros vaisseaux et n'a été tentée jusqu'ici que dans un très petit nombre de cas. C'est à ce titre que l'observation de M. Auvray est intéressante.

M. Bégouin (de Bordeaux) relate un cas de *ligature simultanée de l'artère et de la veine fémorale* dans le triangle de Scarpo au cours de l'extirpation d'un volumineux sarcome de la cuisse. Le résultat fut parfait sans trouble circulatoire consécutif.

M. Reynés (de Marseille) lit l'observation d'un *anévrisme de l'artère mammaire interne* chez un tuberculeux.

M. Savariaud pense que le véritable traitement des anévrismes est l'extirpation quand elle est possible, l'injection de sérum gélatiné ne paraît guère efficace.

M. H. Delagenière (du Mans) relate l'observation d'une femme de cinquante ans, artério-scléreuse, qui fit des embolies artérielles dans son membre inférieur droit. Ces embolies déterminèrent plusieurs plaques de gangrène, puis, au bout de quinze jours, un hématome diffus de la cuisse. Ce dernier accident nécessita une intervention d'urgence qui consista dans la résection de la totalité de l'artère fémorale avec ligature sous l'arcade crurale, d'une part, et au niveau du troisième adducteur, d'autre part. L'artère réséquée mesurait 20 centimètres de longueur, elle était obturée dans une étendue de 6 à 7 centimètres et présentait une déchirure au-dessus de son oblitération. Les suites opératoires ont été satisfaisantes. La malade a bien supporté l'opération, n'a pas fait de gangrène du membre inférieur; enfin, elle a éliminé ses escarres et cicatrisé ses plaies, et n'a plus fait d'embolies dans son membre malade.

M. Princeteau (de Bordeaux) relate cinq cas d'anévrismes des grosses artères.

M. Vidal (d'Angers) cite quelques faits de chirurgie des artères et donne le résultat de ses expériences relatives à la résection de l'aorte et au rétablissement de la circulation à l'aide d'un tube de verre parafiné.

M. Jordan (de Heidelberg) préconise pour les gros vaisseaux, et en particulier pour la carotide primitive, une compression préventive du vaisseau à lier par ligature temporaire, insuffisamment serrée et maintenue pendant quarante-huit heures; cette opération simple peut se faire sous l'anesthésie locale.

M. Giordano (de Venise) met en garde contre certains accidents graves qui peuvent éclater au moment où l'on enlève le fil de ces ligatures temporaires.

Dans un cas de ligature temporaire de la carotide primitive nécessitée par l'ablation d'une tumeur du cou, M. Giordano vit, immédiatement après la levée du fil, l'opéré présenter une congestion intense de la face et succomber en quelques heures dans le coma. L'autopsie ne put être faite, mais il est probable que l'irruption brusque du sang dans le cerveau y avait provoqué des lésions graves qui entraînèrent la mort.

M. Lardennois (de Reims), dans un cas d'anévrisme siégeant au niveau de la bifurcation de la carotide primitive, fut obligé de placer un fil sur les trois carotides. Son opéré présenta une hémiplégie le troisième jour et succomba.

M. Tailhefer (de Béziers) cite une observation de *résection de l'artère et de la veine axillaires* avec ligature de leurs branches collatérales normales, sans sphacèle et sans aucun trouble circulatoire, chez une femme opérée de récidive axillaire de cancer du sein.

M. de Fourmestraux (de Chartres) étudie la *valeur comparée de la ligature et de la suture de l'artère carotide primitive.*

Le premier point à mettre en évidence dans l'étude de cette intéressante question est de savoir quelle est la gravité réelle de la ligature dans la continuité du tronc carotidien commun. L'auteur reprend et complète ses travaux antérieurs sur ce sujet et montre que la statistique — longtemps classique — de Le Fort, de 45 p. 100 de mortalité globale, est inexacte et qu'on ne doit plus aujourd'hui tabler que sur 21 p. 100 de décès. Encore grave quand il s'agit de plaie (54 p. 100), le pronostic est beaucoup moins sévère quand on peut être sûr de son asepsie (ligature pour exophtalmos, 7 p. 100). Les accidents cérébraux et oculaires immédiats sont extrêmement rares; les accidents tardifs ont beaucoup moins diminué de fréquence.

Tel est le bilan actuel de la ligature de la carotide. Celui de la suture latérale ou circulaire est plus difficile à établir. Les cas de suture publiés sont peu nombreux et portent seulement sur des cas de suture latérale. Il est difficile de savoir si, après la suture, l'artère est restée perméable. L'auteur a pratiqué des sutures artérielles expérimentales circulaires ou latérales sur le chien. Il n'a pas eu de thrombose, un résultat fonctionnel excellent, mais, à l'autopsie, il a toujours trouvé un rétrécissement artériel accusé. Il assure l'hémostase temporaire par une pince d'un dispositif spécial. Il emploie la technique de Carrel, suture avec fil d'appui, et exécute la suture avec de la soie floche ou du fil à broder stérilisé dans la vaseline à 134 degrés.

Il conclut en disant que, si la suture artérielle présente des indications, elles sont très restreintes en ce qui concerne la carotide primitive en raison des difficultés opératoires qu'entraîne l'exécution de la suture et du pronostic relativement peu grave de la ligature.

DEUXIÈME QUESTION

DES SOINS ANTÉ ET POST-OPÉRATOIRES EN CHIRURGIE ABDOMINALE

M. Girard, professeur à la Faculté de médecine de Genève, lit le premier rapport sur cette question.

Après quelques généralités, le rapporteur étudie dans le détail les soins anté-opératoires.

Le *repos* d'un ou plusieurs jours avant l'opération paraît une utile précaution; toutefois il faut éviter l'excès, nuisible au moral du malade.

Le *régime* est variable, il peut exister des indica-

tions spéciales, provenant d'états préexistants; régulariser les fonctions gastro-intestinales et assurer autant que possible la vacuité du tube digestif au moment de l'intervention, sont deux préceptes fondamentaux.

Donc modérer l'alimentation quelques jours avant la date fixée pour l'opération, et éliminer tout aliment de digestibilité douteuse.

Les boissons doivent être peu abondantes, peu alcoolisées et peu gazeuses.

Mais maintenir le futur opéré à jeun depuis la veille est un excès nuisible. M. Girard est partisan de l'administration d'une boisson chaude et stimulante deux ou trois heures avant l'opération; et si, pour des raisons spéciales, l'estomac doit être maintenu absolument vide, le rapporteur conseillerait un lavement de thé fort et bien sucré.

Le régime trouve des indications spéciales d'après la nature de l'opération et l'état général du sujet. Il y a des obèses qu'il faut absolument faire maigrir, des brightiques, des diabétiques, des alcooliques, des cardiaques qu'il faut préparer longtemps d'avance si faire se peut.

Le purgatif préopératoire, administré l'avant-veille ou au plus tard la veille, est une mesure universellement adoptée.

L'antisepsie de l'intestin par un régime exclusivement végétarien, avec des bouillons de ferment lactique peut avoir ses indications particulières.

La toilette du rectum doit être faite, si le purgatif n'a pu être donné, mais il ne faut pas la faire immédiatement avant l'opération, car les suites évacuatrices d'un lavement peuvent se prolonger plusieurs heures.

La toilette buccale serait un préservatif (douteux) de la pneumonie et de la parotidite post-opératoires.

La *toilette de la peau* est indispensable et de pratique courante. En cas d'urgence, le badigeonnage à la teinture d'iode par le procédé de Grossich est d'une grande sécurité.

Contre la *thrombose* et l'*embolie* on peut essayer de modifier la viscosité du sang et sa coagulabilité. M. Girard étudie avec soin cette question et il résume ainsi les conseils prophylactiques :

1. Déterminer la coagulabilité et la viscosité du sang.
2. Eviter le jeûne mais aussi les aliments capables d'augmenter la viscosité et la coagulabilité : le lait, l'alimentation trop carnée, surtout les substances riches en gélatine et en alcalins terreux.
3. Eviter les médicaments d'effet analogue, donner au contraire de l'iodure de potassium à dose modérée.
4. Stimuler la circulation pour prévenir les stases qui favorisent à la fois la viscosité et la coagulabilité et assurer une meilleure oxygénation du sang.
5. Employer les injections de sérum artificiel, très indiquées à tous égards, entre autres dans les états septiques, dont la présence favorise particulièrement l'apparition des thromboses.
6. Surveiller le pouls dont la fréquence augmente souvent sans élévation correspondante de la température, quand il y a menace d'embolie.

Enfin, si l'on a constaté de l'hypoviscosité et de l'hypocoagulabilité, il est évident que l'on agira dans le sens contraire afin de prévenir les hémorragies en nappes, primaires ou secondaires.

Mais de nouvelles recherches sur les causes et les variations de la viscosité et de la coagulabilité sont encore nécessaires pour compléter ces indications.

M. Girard a peu de confiance dans les nucléinates et autres agents destinés à renforcer la défense normale de l'organisme contre les infections; il faut traiter les états infectieux préexistants suivant leur indication spéciale : sérum artificiel, collargol en injections intra-veineuses.

Les soins post-opératoires sont ensuite étudiés. Le malade aussitôt opéré doit être couché et réchauffé. Le refroidissement post-opératoire est la source d'une série de complications : collapsus, choc opératoire, bronchite, pneumonie, etc.

L'horizontalité, bonne pour les premières vingt-quatre heures, ne doit pas être continuée s'il n'y a pas d'indication particulière, et dès le lendemain de l'opération il faut relever la tête et le buste du malade jusqu'à un angle d'environ 30 à 40 degrés.

Cette position assise a surtout des avantages dans le traitement des péritonites, elle diminue la pression des viscères abdominaux sur le diaphragme, augmente l'amplitude respiratoire, diminue le danger des hypostases et fait ressentir ses bienfaits jusque dans l'appareil respiratoire.

La position assise est quelquefois nécessaire, mais fatigante et difficile à maintenir.

Des attitudes particulières sont nécessitées par certaines opérations spéciales. Leur étude ne rentre pas dans le cadre général de ce rapport; aussi l'attitude latérale dans certaines opérations sur le rein ou l'ombilic, l'attitude ventrale dans certaines opérations de fistules sous-vaginales, ou dans les cas d'occlusion duodénale artério-mésentérique.

L'attitude des membres inférieurs est en général en demi-flexion, avec un coussin dans l'angle fémoro-tibial. Il faut éviter de laisser le mollet reposer trop longtemps à plat sur un lit dur.

L'*immobilité* ne doit pas être gardée plus de vingt-quatre heures. Dès le deuxième jour, on permettra l'attitude plus ou moins assise, et l'alternance du décubitus latéral et du décubitus dorsal. Le rapporteur passe en revue les *suites de l'anesthésie générale* : les vomissements, le hoquet, le choc opératoire, les syncopes, les douleurs post-opératoires, etc.

L'*anesthésie combinée* : véronal-morphine-chloroforme, ou véronal-morphine-atropine-éther a toutes les préférences de M. Girard; elle apaise l'acuité des douleurs post-opératoires, elle procure un calme bienfaisant pendant les premières heures et une suppression souvent complète des vomissements.

Comme *régime post-opératoire*, le rapporteur conseille une alimentation prudente mais assez rapide, dès que les vomissements ont cessé. Il faut veiller avec soin à l'atonie intestinale. Le rapporteur paraît la redouter beaucoup, il conseillerait volontiers l'usage préventif du salicylate d'ésérine et de l'atropine, ce qui avec l'emploi du véronal-morphine-chloroforme n'est pas sans nous effrayer quelque

peu. Il conseille un purgatif après quarante-huit heures (sauf en cas de lésion intestinale bien entendu); il étudie les indications des lavements et de la sonde rectale.

Le rapporteur passe ensuite aux soins à donner aux *hémorragies gastriques*, à la *dilatation aiguë de l'estomac*, si étudiée depuis quelques années à la Société de chirurgie, dans ses causes et dans son traitement. Il envisage le traitement des péritonites septiques post-opératoires, l'emploi de la glace, l'injection intra-veineuse de Heidenhain (sérum artificiel et adrénaline), l'injection intra-péritonéale d'oxygène sous pression, le drainage, la position demi-assise, l'entérostomie, le lavage de l'estomac et même la gastrostomie, les injections anti-streptococciques, de nucléinate, etc.

L'étiologie et le traitement des pneumonies post-opératoires font l'objet du paragraphe suivant, puis vient l'étude des *fonctions urinaires* et surtout de la rétention post-opératoire.

Le rapporteur étudie les indications spéciales résultant des opérations sur l'estomac, l'intestin ou les voies biliaires, il aborde le chapitre, bien connu aujourd'hui, des *psychoses post-opératoires* et de leurs causes variables. La *parotidite* peut être évitée par les soins buccaux pré et post-opératoires. Une fois établie, elle sera traitée par les moyens ordinaires.

La question du *lever* est toute d'actualité. Si le lever précoce (après le cinquième jour) peut être toléré pour les petites opérations, cure radicale de hernie, appendicectomie à froid, etc., dans les grandes interventions, surtout lorsqu'on mobilise rapidement le malade dans son lit, il n'y a pas d'avantages, au contraire, à le lever trop tôt. Il faut réagir contre cette tendance un peu trop systématique. Si le lever précoce a des indications assez nettes, il faut cependant plutôt l'autoriser que l'ordonner et rester encore à cet égard dans une grande réserve. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1909)

Bronchites albuminuriques et catarrhes pituiteux. Comparaisons des éliminations urinaires et bronchiques. — MM. F. Bezançon et S. I. de Jong montrent quelle confusion règne entre des faits dénommés soit catarrhe pituiteux, soit bronchorrhée, soit bronchite albuminurique, soit même œdème pulmonaire, chacune de ces dénominations étant appliquée suivant les tendances de chacun aux cas où le malade emphysémateux, souvent en même temps atteint de sclérose rénale, rend une expectoration abondante et mousseuse, ressemblant à du blanc d'œuf délayé dans l'eau. En réalité l'étude minutieuse des expectorations montre que ces expectorations si abondantes répondent à trois types :

1° *Expectoration séro-albumineuse vraie*, c'est le crachat d'œdème pulmonaire, vraie solution d'albumine décelable au microscope et à l'examen chimique ;

2° *Expectoration hydro muqueuse* essentiellement formée d'eau renfermant très peu de mucus et pas d'albumine;

3° *Expectorations mixtes à prédominance hydro-muqueuse.* Ce sont des crachats identiques aux précédents mais renfermant par périodes un peu d'albumine décelable à l'examen chimique. Ce sont ces expectorations qui prêtent le plus à confusion avec l'œdème pulmonaire, car si on se contente d'une analyse chimique, du fait de la présence de l'albumine on en conclura à l'œdème pulmonaire aigu. En réalité comme le montre l'examen histo-chimique, il s'agit avant tout d'hypersécrétion bronchique, en rapport avec la bronchite chronique, auquel se surajoute un peu d'exsudation albumineuse alvéolaire dû aux accidents cardio-rénaux. Cette hypersécrétion des cardio-rénaux emphysémateux n'est peut-être cependant pas sans rapport avec les variations quantitatives et qualitatives de l'élimination urinaire.

Chez un malade suivi pendant une année quotidiennement, les auteurs ont pu constater le parallélisme absolu entre la quantité d'expectoration hydro-muqueuse (100 à 400 centimètres cubes) et la quantité d'urine, la quantité de crachats augmentait quand la quantité d'urine augmentait.

Chez ce malade qui présentait d'ailleurs un certain degré de néphrite avec imperméabilité rénale, sans tendance aux œdèmes, le régime déchloruré diminuait en même temps la quantité d'urine et de crachats. L'épreuve de chloruration alimentaire augmentait considérablement l'excrétion chlorurée des crachats (0,75 à 3 grammes) en même temps qu'elle augmentait celle de l'urine.

Sous l'influence de la digitale on voyait augmenter de même les urines et les crachats. La théobromine augmentait aussi la quantité des crachats mais cette influence médicamenteuse, limitée aux crachats, bien loin d'être favorable, par suite de la fréquence de la toux irritative qu'elle entraînait, augmentait la dyspnée.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASYSTOLIE

Quatre granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou L gouttes de la solution au millième — ce qui représente 1 milligramme de digitaline — en une ou deux fois pendant un seul jour (1).

Ou : xx gouttes le 1er jour et x gouttes les 3 jours suivants.

Ensuite, on laisse reposer le malade 15 jours ou même moins lorsque le cœur est fortement touché. Après ce délai, la digitaline est donnée aux doses de 2 granules à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou x gouttes de solution au millième 4 jours de suite, de façon à maintenir l'action cardio-tonique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 OCTOBRE 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Jeudi 21 octobre, à une heure. — 2e : MM. Prenant, Gley et Maillard.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Thoinot et Balthazard; — (2e série) : MM. Chantemesse, Gilb. Ballet et Carnot.

1er (sages-femmes) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Demelin ; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 22 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1e série) : MM. Kirmisson, Delbet et Gosset; — (2e série): MM. Segond, Proust et Ombrédanne; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Desgrez, suppléant.

(1) Si le myocarde est très altéré, il y a intérêt à donner des doses plus faibles.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 12 octobre 1909. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'appendicite aiguë. »

MM. Toupet et Sébald, 14 ; Simon, 13 ; Rabreau, 18 ; Rameau, 7 ; Rabeau, 16 ; Simard, 15 ; Silvestre, 13 ; Rocher, 1 ; Rousse, 11 ; Taphanel, 8 ; Saint-Yves Ménard, Toupance et Toulouse, 14, Tortat, 10 ; Solal, 16 ; Sibot, 10 ; Sfez, 14 ; Mlles Sériot, 8 ; Sempé, 11 ; M. Sénèque, 15.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination à trois places d'internes en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 9 décembre 1909. Les épreuves commenceront à neuf heures du matin à l'hospice général, salle des séances.

La Commission administrative se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours, si de nouvelles vacances se produisaient avant le 17 novembre 1909.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction, enclave de l'hospice général, quinze jours avant la date fixée pour le concours, soit le 24 novembre 1909 au plus tard. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — Un concours pour une place de prosecteur sera ouvert à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse le mercredi 3 novembre 1909.

Les candidats pourront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté du 15 au 30 octobre 1909.

Les fonctions de prosecteur sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de chef de clinique ou de préparateur.

GUERRE. — ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — A la suite du concours de 1909, MM. Coudray, Queheille et Debord sont nommés élèves en remplacement de MM. Singer, Stéphani et Bouchet dont la démission est acceptée.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A l'occasion des fêtes du centenaire de Lamarck au Muséum, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — MM. Perrier, directeur du Muséum ; Van Tieghem, professeur au Muséum.

Au grade d'officier. — MM. Boule, Stanislas Meunier et Vaillant, professeurs au Muséum ; MM. Flahaut, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier, et Henneguy, professeur au Collège de France.

Au grade de chevalier. — MM. Costantin, Dangeard, Deniker, le docteur Ernest Durand, Gravier, Haug, Kilian, Koehler, Kunckel d'Herculais, Le Dantec (Félix), Manouvrier, Nicklès, Péchoutre, Perrier (Rémy), Roule, docteur Trabut (d'Alger), Trouessart, Crosnier de Varigny (Henry).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PRIX DUPARCQUE. — En décembre 1909, dans sa dernière séance (4e samedi), la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparcque (une somme de 1 300 francs est disponible) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur un point des sciences médicales, le sujet restant au choix de l'auteur.

Les mémoires, inédits et non encore récompensés, devront être déposés au siège de la Société, 51, rue de Clichy, ou chez le secrétaire général, 69, boulevard Malesherbes, avant le 24 octobre 1909, dernier délai. — Chaque mémoire sera désigné par une épigraphe ou devise écrite sur la première page, de la main de l'auteur, et accompagné d'un pli cacheté : ce pli devra porter uniquement, à l'extérieur, la même épigraphe reproduite ; à l'intérieur, le nom et l'adresse de l'auteur.

Tout concurrent qui se serait fait connaître d'une façon quelconque avant l'attribution du prix serait exclu de fait du concours. — Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort d'Henry Bellery-Desfontaines, decédé à l'âge de quarante-trois ans.

Le peintre aimé des salles de garde, le camarade de plusieurs générations de médecins meurt au moment où, à force de travail et d'énergie, il arrivait à la célébrité.

Ses amis et ses admirateurs, désirant élever un monument à sa mémoire, ouvrent une souscription. On peut souscrire dès maintenant chez le docteur Jean d'Herbécourt, 72, avenue de Wagram, à Paris.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1465.*)

LES PSEUDO-APPENDICITES PNEUMONIQUES

REMARQUES PATHOGÉNIQUES

Par M. EUZIÈRE,
Chef de clinique à la Faculté de Montpellier.

Le début de la pneumonie par des phénomènes d'apparence appendiculaire est connu depuis longtemps. Alors même qu'il n'était pas encore question d'appendicite, on en observait des cas absolument typiques et il est très curieux de voir rapporter par Grisolles ou Guéneau de Mussy des observations où un médecin d'aujourd'hui n'aurait pas hésité à parler d'infection appendiculaire. Mais maintenant que l'attention des praticiens est attirée particulièrement sur les affections de l'appendice iléo-cæcal, les observations sont devenues plus précises et plus nombreuses et il ne se passe pas d'années sans qu'un chirurgien n'apporte l'histoire d'un de ces cas épineux où trop souvent une erreur de diagnostic bien légitime conduit à une opération inutile rendue plus dangereuse par les circonstances.

En 1908, à la Société de chirurgie, Mignon (1) vint à parler des affections pleuro-pulmonaires à symptomatologie péritonéale et il eut naturellement à faire allusion à la pneumonie; aussitôt dans la discussion qui suivit, Pierre Delbet, Lucas-Championnière, Paul Segond, Kirmisson, Arrou, Tuffier apportèrent une série de cas personnels qui leur revinrent en mémoire. Cet empressement montre combien l'éventualité que nous envisageons est fréquente, il ne faut donc pas s'étonner de trouver sur le sujet une littérature médicale particulièrement riche et, sans vouloir faire une bibliographie complète, nous pouvons citer : Mirande (2), Massalongo (3), Richardson (4), Barnard (5), Bragagnolo (6), Garreau (7), Prandi (8), Loygnes (9), Triboulet (10), Lesné et Marre (11), et encore plus récemment les articles de Raillet (12) et Bennecke (13). Cette liste déjà longue, quoique sûrement incomplète, d'articles, de mémoires, de thèses, montre à l'évidence que le fait est bien connu, bien étudié et que l'enseignement pratique qui doit en découler en a été parfaitement déduit. On pourrait donc penser qu'il est fastidieux d'y revenir. Cependant les observations que nous allons rapporter ont ceci de particulier qu'elles sont relatives à des adultes, alors que le plus grand nombre de celles qui ont déjà été publiées se rapportent à des enfants, et aussi que par leur étude on peut arriver à mettre en lumière l'importance des troubles digestifs dans ces formes ainsi caractérisées par le début abdominal. Il y a là peut-être un point qui permettra d'expliquer la localisation anormale de la douleur.

Voici d'abord les faits personnels que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. le professeur Mairet, au cours d'une épidémie de pneumonie dont nous avons rapporté l'histoire antérieurement (1).

Observation I. — C... est un garçon de vingt-deux ans, bien bâti, solide et large d'épaules, employé comme infirmier à l'asile d'aliénés. Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent aucune particularité digne de remarque. Au mois de mai dernier, après avoir vu successivement trois des malades confiés à sa garde contracter la pneumonie, il fut une nuit réveillé en sursaut vers trois heures du matin par une douleur très violente de la fosse iliaque droite; l'interne appelé le trouva pâle, couvert de sueur, plié en deux par l'intensité de la souffrance, en proie à des nausées et à des vomissements. La nuit s'acheva ainsi péniblement et le lendemain matin il fut transporté à l'infirmerie. A ce moment, le tableau clinique était absolument celui d'une appendicite aiguë. Le malade était constipé, vomissait tout ce qu'il prenait; la langue était sale, le facies altéré, le pouls rapide et dur; la fièvre atteignait 39°5. Interrogé, C... désignait spontanément le point de Mac Burney comme le siège de ses douleurs, la paroi abdominale était tout entière contracturée et tout examen se trouvait interrompu à cause de l'exacerbation qu'il amenait dans les phénomènes douloureux. Malgré la netteté de ces signes cliniques, la connaissance des trois cas de pneumonie, qui s'étaient produits parmi les malades couchant dans le même dortoir que C..., provoqua un examen attentif du système respiratoire. A ce moment-là rien n'y apparaissait de bien net si ce n'est un peu d'obscurité respiratoire étendue à tout le côté droit. Dans ces conditions, on décida d'attendre avant de rien décider et l'on fit au malade une piqûre de morphine qui calma en partie la douleur. Le soir, la température était à 40 degrés, la localisation au point de Mac Burney moins nette, mais la défense abdominale toujours aussi violente et les signes stéthoscopiques aussi vagues.

Le lendemain cependant les symptômes prirent des caractères plus nettement thoraciques. La douleur cessa d'être localisée au point de Mac Burney et devint très vive au côté dans la ligne axillaire à cinq travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate. A la percussion on trouvait une large bande de matité à la base droite, les vibrations y étaient exagérées, un souffle tubaire intense s'y faisait entendre avec au-dessus une mince zone où se percevaient quelques râles crépitants. Bref, dès lors, les signes de pneumonie étaient très nets et pour les compléter on vit bientôt apparaître quelques crachats rouillés, adhérents, pneumoniques.

Mais tout n'était pas fini du côté intestinal, la contracture avait il est vrai à peu près disparu, les vomissements s'étaient

(1) Mignon. Infections pleuro-pulmonaires à allures cliniques d'infection intrapéritonéale, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1908, p. 510.

(2) Mirande. *Du syndrome appendiculaire dans les affections thoraciques (sans lésion de l'appendice)*, Th. de Paris, 1900-1901, n° 74.

(3) Massalongo. *Rif. med.*, 1901.

(4) Richardson. *Boston med. and surg. Journ.*, avril 1902.

(5) Barnard. The simulation of acute peritonitis by Pleuro-pneumonic Diseases, *The Lancet*, 2 août 1902, p. 280-283.

(6) Bragagnolo. Della pneumonita acuta appendicolare, *Riv. veneta di sc. med.*, Venezia 1903, t. XX, p. 151-167.

(7) Garreau. *Les pneumonies à point de côté abdominal (les pseudo-appendicites pneumoniques)*, Th. de Paris, 1902-1903, n° 226.

(8) Prandi. *Gazz. degli ospedali*, Milan 1904.

(9) Loygnes. *Presse méd.*, 22 fév. 1908, p. 128.

(10) Triboulet. Pneumonie et syndrome appendiculaire initial, *La Clinique*, 1908, n° 14, p. 216.

(11) Lesné et Marre. Point de côté abdominal et phénomènes appendiculaires dans la pneumonie infantile, *La Clinique*, 1908, n° 33, p. 513.

(12) Raillet. Pneumonie simultanée chez le frère et la sœur. Appendicite et pneumonie, *Gaz. des hôpit.*, 1908, p. 1779.

(13) Bennecke. Symptômes appendiculaires au cours de la pneumonie lobaire, *Med. Klin.*, 14 fév. 1909, n° 7, p. 244.

(1) Euzière. Une petite épidémie de pneumonie, *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, juillet 1909.

arrêtés, mais la constipation avait fait place à la diarrhée, la langue était couverte d'un épais enduit saburral; enfin, au quatrième jour de la maladie apparut un ictère très net présentant tous les caractères de l'ictère par rétention. Les urines étaient fortement colorées, la constipation avait reparu et ce n'était qu'à l'aide de lavement que le malade expulsait quelques matières blanchâtres. Malgré ces complications tout marcha bien, la défervescence se produisit au huitième jour avec les phénomènes critiques classiques. Mais la langue resta saburrale pendant quelque temps; l'ictère ne disparut qu'après six jours d'apyrexie et la convalescence fut longue.

Obs. II. — A..., également infirmier à l'asile d'aliénés, est âgé de soixante ans, mais si l'on juge par ses artères et son aspect il porte bien dix ans de plus que son âge. C'est un vieux dyspeptique; ses digestions sont extrêmement pénibles et il a eu à trois reprises des crises douloureuses abdominales qui ont présenté tous les caractères des crises appendiculaires. Au début d'avril il se sentit plus affaibli que de coutume, brisé de toute part, incapable de tout travail, il traîna ainsi quelque temps sans qu'on prît bien garde à ses plaintes auxquelles on était depuis longtemps accoutumé. Sur ces entrefaites, il se plaignit un jour d'une douleur très vive qu'il localisait au niveau du point de Mac Burney, le facies était mauvais, le pouls rapide et petit, il y eut quelques frissonnements. La température n'était qu'à 38 degrés, le ventre était en défense difficile à explorer. Quelques vomissements vinrent compléter le tableau clinique, aussi le malade fut-il envoyé à l'infirmerie avec le diagnostic d'appendicite probable. Le lendemain l'état général était aussi mauvais, mais l'examen méthodique du poumon faisait constater aux deux bases de la matité; puis les signes classiques de la pneumonie apparurent voilés cependant par un élément grippal qui s'y mêlait et aussi par l'âge du malade qui enlevait de leur violence à certains symptômes.

Les signes appendiculaires persistèrent pendant quatre jours, puis se calmèrent. Des complications cardiaques rendirent la pneumonie particulièrement sévère; malgré tout, le malade fut sauvé, mais la convalescence fut remarquablement pénible.

Comme nous l'avons déjà dit, un premier point qu'il faut d'abord relever dans nos observations c'est que les malades qui en furent les héros étaient tous deux des adultes, l'un d'eux même était un vieillard. Or, si le début appendiculaire de la pneumonie apparaît banalement dans l'enfance, il est bien plus rare chez l'adulte, et dans les trente-neuf observations que nous avons eu l'occasion d'étudier, dix seulement se rapportent à des sujets âgés de plus de seize ans. Cette remarque faite, nous allons étudier de plus près l'un des problèmes que pose ce genre d'observations, la pathogénie; nous dirons ensuite quelques mots du diagnostic.

Pathogénie. — Il semble tout d'abord assez aventureux d'entreprendre l'explication pathogénique du point de côté abdominal dans la pneumonie, alors que celle du point de côté thoracique est encore mal élucidée. Cependant la solution du problème peut être tentée et donner lieu à des considérations intéressantes. On sait que pour expliquer la douleur dans la pneumonie deux ordres d'hypothèses ont été faits; les uns font jouer le grand rôle à la plèvre, les autres la considèrent comme une névralgie du nerf intercostal dont le point de départ se trouve dans l'irritation du tissu pulmonaire. Les premiers (Grisolle, Andral) invoquent l'inflammation pleurale inséparable de toute pneumonie ou encore comme Germain Sée celle du tissu sous-pleural, ils prennent appui pour soutenir leur hypothèse sur l'absence fréquente de point de côté dans les pneumonies centrales, mais les arguments à leur opposer ne manquent pas. Grisolle lui-même déclarait que, « ayant ouvert le cadavre d'un individu mort de pneumonie, il ne put retrouver en aucun point le moindre vestige de pleurésie récente et cependant le malade avait accusé pendant la vie l'existence d'un point de côté ». On peut encore invoquer à l'encontre de cette théorie pleurale les cas nombreux où la pleurodynie siège des deux côtés ou encore uniquement du côté opposé au mal. Aussi a-t-on proposé une autre interprétation, c'est celle qui fait de ce point de côté une douleur névralgique des nerfs intercostaux causée par la maladie de l'organe sous-jacent. Voici comment Guéneau qui se rallie à cette théorie entreprend d'expliquer la transposition abdominale de la douleur : « Il existe dans la moelle pour relier les différents étages, ce qu'on appelle des neurones d'association, et cela nous permet de comprendre comment l'irradiation douloureuse, au lieu de suivre par exemple le cinquième intercostal, empruntera le trajet des neuvième, dixième, onzième et douzième intercostaux, tous nerfs qui sont abdominaux, et ainsi se trouve expliqué le point de côté abdominal. Et la douleur qui dans les observations est notée comme ayant existé au point de Mac Burney n'est pas autre chose que l'algie pulmonaire transmise et ressentie au niveau de la branche perforante antérieure du douzième nerf intercostal (véritable point de Valleix). Cette branche traverse d'arrière en avant le bord externe du grand droit et se distribue à la peau. L'on ne devra donc point être étonné que le chatouillement de la peau produise de l'hyperesthésie et que la main appuyant sur ces terminaisons nerveuses douloureuses provoque une contracture musculaire réflexe. Et nous aurons la triade du professeur Dieulafoy. »

Cette explication est admise de façon générale et a été même étendue à d'autres cas que celui qui nous occupe. C'est par un mécanisme analogue qu'Hildebrand, au dire de Romme (1), explique les cas de point douloureux et de contracture de la paroi abdominale consécutifs à des plaies pénétrantes du thorax par balle de revolver. Pour nous, cette explication nous paraît parfaitement acceptable; mais si par elle on se rend bien compte *comment* une douleur thoracique est sentie dans l'abdomen, il nous paraît que l'on doit aller plus loin et se demander *pourquoi* se fait ce transfert du point de côté. On peut, croyons-nous, tout expliquer par l'existence d'une irritation du côté de l'appendice.

Tout d'abord il est à remarquer que dans certaines observations cette explication vient tout naturelle-

(1) Romme. Points douloureux et contracture de la paroi abdominale, *Presse méd.*, 1907, n° 105, p. 851. — Dans cet article est analysé un travail d'Hildebrand paru dans *Berl. klin. Wochens.*, 1907, n° 18, p. 553.

ment à l'esprit. Un sujet qui a ressenti autrefois une atteinte appendiculaire garde à ce niveau une épine qui ne demande qu'à se manifester, et soit que la pneumonie réveille l'ancienne infection, soit que la vieille lésion ne joue qu'un rôle d'appel pour la localisation au point douloureux, à la moindre provocation,

De l'ancienne douleur il ressent la morsure.

C'est ce qui s'est passé pour notre malade de l'observation II. Ce mécanisme ne se trouve pas seulement pour l'appendicite, mais aussi pour bien d'autres affections. Richardson (1) rapporte le cas d'une jeune fille de dix-sept ans qui entra à l'hôpital pour anémie intense avec ulcère gastrique, elle avait été prise dans la rue d'une douleur épigastrique violente et de vomissements. On fit la laparotomie et on ne trouva ni péritonite ni trace de perforation ; il devint net ensuite que la cause de cette douleur et de cet état général était une pneumonie dont elle mourut. A l'autopsie, on découvrit un petit ulcère de l'estomac qui n'était même pas près de se perforer. Moomaris (2) raconte aussi l'histoire d'une femme de quarante-cinq ans qui avait antérieurement souffert de crises douloureuses de la région inguinale droite et qui brusquement est prise de symptômes de péritonite avec douleur intense au point de Mac Burney. On opéra et on trouva l'appendice relié à la trompe par des adhérences ; le travail pathologique qui les avait provoquées était d'origine salpingienne et ne présentait plus aucun signe d'acuité. Le lendemain de l'opération, la malade présenta les signes classiques d'une pneumonie lobaire dont elle guérit. Une malade de Londe (3), à la suite de troubles gastro-hépatiques, eut une pneumonie qui débuta par un point de côté ayant les caractères de la colique hépatique. Il est inutile de continuer plus longtemps : on voit que ce rôle de localisation de la douleur est souvent joué par une ancienne lésion et que, suivant le siège de cette dernière, le point de côté du pneumonique pourra se présenter avec les caractères de douleurs annexielles, hépatiques ou stomacales.

Il pourra aussi bien se faire que la lésion localisatrice ne se soit pas encore manifestée par elle-même; c'est le cas d'une observation de Mirande et Monsseaux dans laquelle une pneumonie lobaire droite éclata chez un jeune homme sans antécédents pathologiques et simula si bien l'appendicite que le malade fut laparotomisé. L'appendice extrait paraissait normal; mais à l'examen histologique on découvrit un léger épaississement de la sous-muqueuse vraisemblablement d'origine ancienne.

N'est-on pas en droit de penser que cette épine si légère, suffisante à transposer le point de côté pneumonique au niveau du point de Mac Burney, et qui dans le dernier cas que nous venons de citer est figurée par une vieille irritation appendiculaire si faible qu'elle ne s'est traduite cliniquement par aucun symptôme, peut être créée de toutes pièces au moment même de l'invasion pneumonique.

(1) Richardson. Loc. cit.
(2) Mooris. *New-York med. Journ.*, 8 avril 1899.
(3) Londe. L'origine digestive des maladies respiratoires, *Revue de méd.*, juin 1909, p. 425, obs. XIX.

On sait combien aujourd'hui on a tendance à reconnaître une origine intestinale aux infections pulmonaires. Sans vouloir, comme Calmette (1), faire du tube intestinal la porte d'entrée de tous les microbes pathogènes susceptibles de léser le poumon, il n'en faut pas moins reconnaître que les troubles digestifs agissent souvent comme agents provocateurs de maladies respiratoires. C'est ce que Londe (2) montrait encore tout récemment. Il ne faut donc pas trouver étonnant qu'au début de la pneumonie on puisse rencontrer une légère inflammation intestinale. On sait d'autre part combien les altérations intestinales marchent volontiers vers l'appendice et il peut se faire alors comme une ébauche d'inflammation insuffisante pour déterminer cliniquement l'appendicite, pas assez marquée même pour être caractérisée histologiquement, mais suffisante cependant pour servir de point d'appel à la douleur et expliquer la localisation abdominale du point de côté.

Un argument que l'on peut apporter à cette manière de voir c'est la plus grande fréquence du début appendiculaire de la pneumonie dans l'enfance, alors que les symptômes digestifs, les vomissements, l'état saburral s'y observent aussi avec plus de fréquence que chez l'adulte. On peut aussi remarquer que dans les observations d'adultes qui font des pneumonies avec ce mode particulier de début, on voit presque constamment noter des manifestations digestives, alors que sans être exceptionnelles, elles ne sont pas chez eux symptômes courants de la pneumonie.

Diagnostic. — La question du diagnostic est d'un intérêt plus pratique que celle de la pathogénie; nous n'en dirons qu'un mot cependant, car nous ne saurions que répéter ce qui a été dit avant nous. On trouvera dans les écrits des différents auteurs signalés au début de ce travail la conclusion pratique à tirer des diverses observations publiées. Nous rappellerons seulement que, comme l'ont bien montré Lesné et Marre, la constatation d'une pneumonie chez un sujet présentant des signes appendiculaires ne doit pas faire rejeter absolument le diagnostic d'appendicite, la coexistence des deux affections pouvant se rencontrer. Des deux observations que nous avons rapportées nous ne voulons tirer au point de vue diagnostic qu'une conclusion, c'est l'argument que l'on peut tirer, dans certains cas, il est vrai, assez rares, de l'existence d'une épidémie de pneumonie et qui nous a mis de bonne heure sur la voie d'un diagnostic exact.

(1) Travaux de Calmette et Guérin sur l'origine intestinale de la tuberculose pulmonaire. *Ann. de l'Institut Pasteur*, oct. 1905 et mai 1906. Et pour ce qui regarde plus directement la pneumonie : Calmette, Vansteenberghe et Grysez. Sur l'origine intestinale de la pneumonie et d'autres infections phlegmasiques du poumon chez l'homme et chez les animaux, *Presse méd.*, 1906, n° 70, p. 559.
(2) Londe. Loc. cit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1909)

Rachi-anesthésie générale. — M. JONNESCO (de Bucarest) communique les résultats de la méthode de rachi-anesthésie générale, dont il a entretenu l'Académie en octobre 1908. Cette méthode présente deux points fondamentaux :

1° La ponction du rachis en deux points : entre la première et la deuxième vertèbres dorsales pour l'anesthésie haute (crâne, cou, thorax et membres supérieurs), et entre la douzième vertèbre dorsale et la première vertèbre lombaire pour l'anesthésie basse (abdomen, périnée et membres inférieurs);

2° L'injection d'une solution stérilisée, strychnine et stovaïne, en proportions variables avec le siège de la ponction, l'âge et l'état général des malades.

C'est grâce à la strychnine que la substance anesthésiante est tolérée par les centres nerveux supérieurs et que son emploi dans les ponctions supérieures est possible. La durée de l'anesthésie varie entre une et deux heures. Les malades acceptent, sans aucune difficulté, cette anesthésie qui les laisse parfaitement éveillés et conscients, et la préfèrent même à l'anesthésie par inhalation (chloroforme, éther).

Ces conclusions sont basées sur une nouvelle série d'opérations pratiquées pendant huit mois (octobre 1908-juillet 1909) et comprenant 358 cas personnels et 251 empruntés à ses élèves. Donc 609 opérations, dont 14 sur le crâne (12 craniectomies); 45 sur la face; 25 sur le cou (sympathectomies cervico-thoraciques, thyroïdectomies, laryngectomie totale); 7 sur le thorax (amputation large du sein cancéreux : Halsted, Dalacesco, Legueu, Tiersch); 14 sur les membres supérieurs; 52 laparotomies ordinaires (exclusion du pylore, gastro-entérotomies, splénectomies, appendicectomies); 49 laparotomies gynécologiques avec plan incliné (40 hystérectomies); 70 cures radicales de hernies, etc. L'âge des opérés a varié de l'enfant de un an et neuf mois au vieillard de soixante-quinze ans. Il n'y a eu aucune contre-indication et aucun accident ou incident importants. Joignant à cette statistique celle des faits déjà publiés (octobre 1908) de 617 cas, l'auteur possède 1226 rachi-anesthésies sans mortalité ni accidents sérieux. Aussi, depuis juillet 1908, il n'a jamais eu recours au chloroforme, et, il a pratiqué toutes ses opérations à l'aide de la rachi-anesthésie générale.

M. LANDOUZY demande à M. Jonnesco si, parmi ses opérés, il n'a pas rencontré des malades présentant une tare quelconque d'origine cardiaque, pulmonaire, rénale ou hépatique, malades chez lesquels l'anesthésie générale par l'éther ou le chloroforme semble contre-indiquée.

M. JONNESCO répond qu'avec la nouvelle méthode ces contre-indications n'existent pas.

M. RECLUS fait observer que dans plus de la moitié des cas signalés par M. Jonnesco l'anesthésie locale, infiniment moins dangereuse que la rachi-anesthésie, eût pu être employée avec le même succès. Un millier de cas ne suffisent pas pour fixer la valeur d'une méthode d'anesthésie. Or l'anesthésie locale a été employée dans plus de dix mille cas et jamais n'a donné lieu à aucun accident. D'après une discussion à la Société de chirurgie, il n'en serait pas de même de la rachi-anesthésie. M. Reclus reste donc partisan de plus en plus convaincu de l'anesthésie locale dans tous les cas — et ils sont de plus en plus nombreux — où elle peut être appliquée.

M. JONNESCO n'a jamais eu le moindre accident et croit que cela tient surtout au mode de préparation de la solution.

Traitement du scalp. — M. Pierre DELBET lit une note sur le traitement du scalp. Le scalp est rare dans nos pays. C'est cependant un accident de l'industrie. On ne l'observe que chez les femmes, car les cheveux sont les agents de la traction. Une chevelure abondante et longue est prise parfois en masse, soit dans une cardeuse mécanique, soit entre un volant et une courroie de transmission. Deux femmes scalpées ont été traitées par M. Delbet. Chez l'une des malades on avait, à l'hôpital Boucicaut, réappliqué tout le cuir chevelu deux heures après l'accident. Si cette réimplantation pouvait réussir, elle aurait de grands avantages, car les malades conserveraient leurs cheveux. Mais la méthode a complètement échoué et M. Delbet ne croit pas qu'il puisse en être autrement.

Les greffes par la méthode italienne ne semblent pas devoir également donner de bons résultats.

L'énorme plaie du scalp peut et doit être traitée par les greffes de Tiersch. Ces greffes doivent chevaucher les unes sur les autres et s'imbriquer comme les tuiles d'un toit. Les greffes doivent être aussi larges et longues que possible. Les deux malades ont été guéries. Elles sont complètement chauves et portent perruque.

XXII° CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 4-9 OCTOBRE 1909 (1).]

DEUXIÈME QUESTION

DES SOINS ANTÉ ET POST-OPÉRATOIRES EN CHIRURGIE ABDOMINALE (*suite*)

Le deuxième rapport, sur cette même question, est dû à la collaboration de MM. TUFFIER et DE ROUVILLE. Malgré tout l'intérêt dû à la compétence documentée des auteurs, ce deuxième rapport redit, sous d'autres formes, ce qu'avait énoncé le premier rapporteur, tout au moins dans les grandes lignes.

Nous nous bornerons à en signaler les particularités.

Parmi les soins antéopératoires, les rapporteurs étudient la question des gants et du masque de l'opérateur, de l'asepsie de l'opéré, les soins locaux et les soins généraux à prescrire avant l'opération : 1° en cas d'opéré normal; 2° en cas d'opéré atteint d'états pathologiques.

Le *choc* est une contre-indication opératoire jusqu'à ce que la mise en œuvre de moyens médicaux ait amené le retour de conditions acceptables : immobilité, chaleur locale, morphine, huile camphrée, alcool, sérum et injections sous-cutanée ou intraveineuse.

Les rapporteurs donnent une technique simple de la *transfusion directe du sang*.

Dans ce cas préférer l'anesthésie rachidienne.

Pour les *diabétiques*, voici les conseils donnés par les rapporteurs :

« La quantité de sucre a moins d'importance pronostique que sa façon d'être; le cortège qui l'accompagne et l'étude du malade permettront de juger de suite certains cas. Il s'agit d'un polyurique et polydipsique, déjà amaigri ou à tissus flasques, à sueurs faciles et abondantes, la quantité de sucre peut n'être

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n°s 113, p. 1411, et 116, p. 1451.

pas considérable ou même avoir disparu, alors que des analyses antérieures en avaient révélé la présence — refusez toute intervention même simple — car le régime lacté et l'hygiène parfaite ne donnent guère à ces malades une résistance suffisante. Sans doute, vous citerez des malades qui ont guéri d'opération d'urgence dans ces conditions; combien vous en citerons-nous qui ont succombé à des interventions bénignes!

Si, au contraire, vous avez une *glycosurie avec un bon état général*, traitez-la et voyez si le sucre disparaît par les moyens appropriés. Dispensez-vous de toute déshydratation par les purgatifs salins. Dans ces cas vous pourrez intervenir, mais en sachant bien que votre malade est particulièrement sensible à la septicémie et aux accidents pulmonaires.

Mais entre ces deux états de diabète et de glycosurie simple non rebelle, combien rencontrons-nous d'intermédiaires que nous ne pouvons classer. Si nous osions proposer une classification d'attente, nous dirions :

Les opérations d'urgence doivent être tentées, mais par les moyens les plus rapides, et sous l'anesthésie la moins toxique;

Les opérations qui ne sont pas absolument nécessaires, comme une cure radicale de hernie, doivent être refusées;

Celles qui sont utiles, comme l'ablation d'un cancer sans grands délabrements, doivent être précédées d'un traitement qui jugera l'indication opératoire. Si le sucre diminue autour de quelques grammes, si l'état général est bon, si l'azoturie et son rapport sont voisins de la normale, une intervention pourra être tentée, sous le couvert de la plus rigoureuse asepsie, de la célérité opératoire la plus grande, et l'anesthésie la moins toxique. »

Ce chapitre est un prétexte pour les rapporteurs d'étudier comment doit être fait l'*examen des urines* avant de poser les indications d'une opération. L'*hémophilie* fait le sujet d'un paragraphe intéressant. A enregistrer cet aveu un peu déconcertant : « Il semble prématuré d'admettre que nous ayons actuellement à notre disposition un moyen de remédier, *in vivo*, aux troubles de la coagulation. »

Nous devons signaler également le chapitre des *moyens préventifs généraux de l'infection opératoire*. L'*immunisation ou vaccination contre l'infection opératoire* est judicieusement étudiée. La conclusion suivante nous dispensera d'entrer dans le détail : « Il n'y a pas de fait qui démontre actuellement que l'on puisse, par une injection préventive, arriver à immuniser un opéré... On peut entrevoir l'immunisation préopératoire comme un idéal lointain encore obscurci par d'épais nuages, que les efforts communs de la clinique et du laboratoire tenteront pendant bien longtemps encore de dissiper. »

Si nous ne pouvons pas rendre l'homme réfractaire contre l'infection, pouvons-nous au moins *le mettre en état de plus grande résistance?*

Voici les conclusions des rapporteurs :

« La leucoprophylaxie *locale* pratiquée de neuf à vingt-quatre heures *avant* l'opération est, dans le domaine de la chirurgie abdominale, d'une application particulièrement difficile. La ponction est dangereuse, et une double opération à quelques heures d'intervalle est vraiment une bien grosse complication, d'autant plus que, dans l'état actuel de la bénignité opératoire que confère l'asepsie, elle ne pourrait s'adresser qu'à des opérations particulièrement graves.

La leucoprophylaxie *générale* préventive par le nucléinate de soude ou la thallianine n'a pas encore droit de cité. Son plus grand avantage est d'être inoffensive, nous ne voulons donc pas la rayer de la thérapeutique; — mais tout ce que nous en avons vu nous prouve que, dans les états graves, elle manque son but et que, dans les infections bénignes, nous ne savons pas si l'hyperleucocytose ainsi provoquée a la même valeur que celle qui est déterminée par l'agent infectieux lui-même. L'efficacité ne dépend pas du nombre, mais de la valeur combative des polynucléaires, et il n'est pas démontré que le troupeau soit une armée.

La leucoprophylaxie provoquée par la mise dans le champ opératoire, après l'opération, de nucléinate de soude, de sérum ou de collargol comme antiseptique, n'a pas fait sa preuve.

Opérer vite, bien et aseptiquement, lutter par tous les moyens mécaniques dont nous disposons pour faire une asepsie préopératoire et opératoire sont encore les plus sûrs garants de la vie de nos opérés. »

La deuxième partie du rapport est consacrée aux *soins post-opératoires*, envisagés en cas de suites opératoires normales ou compliquées, complications immédiates ou tardives, locales ou générales.

Un dernier et très intéressant chapitre est consacré aux *accidents graves tardifs de l'intoxication anesthésique*.

Discussion.

M. Depage (de Bruxelles). Les injections d'eau salée après les opérations abdominales n'ont aucune action préventive vis-à-vis de la péritonite ou de la septicémie. Mais elles sont très actives contre le choc opératoire. Elles agissent en rétablissant l'équilibre circulatoire, à condition d'être pratiquées à la dose d'au moins 1 litre, et cela plusieurs fois par jour. S'il y a hypothermie, il convient d'injecter 1 litre toutes les deux heures jusqu'à ce que la température soit revenue à la normale. Dans les cas graves on arrive ainsi à introduire, dans l'économie, 20 litres d'eau salée en une semaine.

M. Tédenat (de Montpellier). Parmi les renseignements que peut fournir l'analyse des urines, il y en a un, l'hypoazoturie, qui a une très grande valeur, car cette hypoazoturie trahit l'insuffisance rénale ou hépatique. En pareil cas, il faut soumettre les malades aux lavements salés donnés matin et soir. Sous leur action on voit les urines augmenter, le taux de l'urée s'élever, et l'albumine diminuer et même disparaître.

Dans la septicémie le lavement salé continu, préconisé par les Américains, rend de grands services.

M. Forgue (de Montpellier) a vu, dans sa pratique chirurgicale, six cas d'embolie mortelle. Y a-t-il des signes prémonitoires de cette dramatique complication? On a donné comme tel la tachycardie surve-

nant en dehors de toute ascension thermique. Sauf dans un cas, M. Forgue ne l'a pas constatée. La surveillance, même la plus attentive, ne peut mettre à l'abri de ce terrible accident; c'est ainsi que de ces six malades mortes d'embolie, deux étaient des mères de médecins, qui les ont entourées des soins les plus dévoués et les plus compétents. Il est injuste de rattacher toujours à l'infection ces thromboses qui relèvent, dans certains cas, de la composition chimique du sang et de l'état contractile du cœur. C'est ainsi que les malades, qui arrivent au chirurgien avec des fibromes qui les ont saignées à blanc et produit une sorte d'anémie pernicieuse — et la chose se voit fréquemment dans le Midi où l'on est réfractaire à l'acte chirurgical — présentent plus facilement que les autres opérées cette complication, contre laquelle on est désarmé et qui ne comporte pas d'intervention possible. Plus de la moitié des cas, d'après l'enquête que M. Forgue a commencée, se montre avant la douzième journée. Par conséquent, en admettant que l'on ait péché par excès de séjour au lit pour nos opérées et que, désormais, on les fasse lever un peu plus tôt, cette mesure ne pourra pas faire diminuer les phlébites et thromboses, ainsi que l'affirment les promoteurs de cette campagne.

M. Van Stockum. Les thromboses se développent sur un terrain spécial et sont toujours dues à l'infection. Le lever précoce ne peut pas les faire diminuer, au contraire. C'est parce que la phlébite et les thromboses se produisent dans les jours qui suivent l'intervention, qu'il est prudent de garder pendant trois semaines les opérées au lit.

M. Monprofit (d'Angers). Le futur opéré doit être l'objet d'un examen médical complet. Après cet examen, un certain nombre de malades doivent être mis de côté et soumis à un traitement médical et diététique passager ou permanent. Le chirurgien doit, en un mot, à ce moment, agir en *médecin* par lui-même et par ses assistants ! Que le médecin en fasse de même, et quand il voit un malade, qu'il se demande si les soins chirurgicaux ne sont pas les premiers à mettre en œuvre ! Nous ne verrions pas si souvent des malades inopérables et arrivés à la phase ultime d'une maladie parfois parfaitement curable !

Chez certains opérés qui ne peuvent rien tolérer, le mieux est d'attendre que la première journée soit passée pour commencer à donner quelque liquide. Chez d'autres, comme des gastriques opérés pour sténose pylorique, il faut commencer l'alimentation liquide le plus tôt possible, dès les premières heures, sans cela ils s'affaiblissent et meurent d'inanition.

Il lui est arrivé d'opérer des aliénés qui n'ont pas conservé la moindre immobilité, et des malades indociles ou délirants qui se sont levés trompant la surveillance du personnel; aucun accident n'est survenu. Il croit donc que si la suture est bonne, tous les mouvements qui ne provoquent pas de douleur du côté de la plaie peuvent se faire sans crainte.

Il faut cependant remarquer que, chez les malades qui s'agitent et se tournent beaucoup dans leur lit, on voit plus souvent que chez les autres des phénomènes d'irritation du côté des sutures, et la guérison de la plaie se trouve souvent retardée de ce fait.

Par contre, il est certains malades qu'il est absolument dangereux de maintenir au lit. Tels les malades ayant subi des opérations sur l'estomac. Ces malades se trouvent souvent fort bien d'un lever précoce, qui les protège contre l'affaiblissement progressif et contre les congestions passives des poumons. Les néoplasiques, en particulier, ne doivent pas être tenus au lit ; M. Monprofit fait lever de tels malades, opérés, par exemple, de gastro-entérotomie pour cancer inopérable du pylore, *dès le second jour* ; il les fait se lever, marcher, s'asseoir dans un fauteuil. Les malades sont aussitôt transformés, ils peuvent rentrer chez eux au bout de quelques jours, ils ne vomissent plus, ils s'alimentent beaucoup mieux que si on les maintient au lit, et ils reprennent rapidement leurs forces.

M. Farcas (de Barcelone), au début de la pratique, faisait lever ses opérés de très bonne heure, et progressivement les faits — notamment les embolies — l'ont amené à garder ces malades au lit pendant trois semaines.

Il tient à signaler les heureux effets de la balnéation froide dans l'infection post-opératoire avec hyperthermie. Dans ces cas, les bains à 32 degrés ramenés progressivement à 28 degrés donnent des résultats merveilleux, surtout quand on les met en usage de bonne heure. Il faut continuer leur emploi jusqu'à ce que la température revienne à la normale. Bien entendu, ils sont contre-indiqués quand il y a hypothermie.

M. Debayle (de Nicaragua) signale que dans son pays les suites de l'anesthésie sont plus graves que dans les régions tempérées. En outre, un paludisme ancien, ignoré, peut se révéler après l'intervention chirurgicale par un accès de fièvre simulant le début d'une infection post-opératoire. On peut aussi rencontrer une toxhémie par parasites intestinaux méconnue qui se traduit par des troubles cardiaques avec état alarmant jusqu'au moment où elle se juge par l'expulsion des vers. Le chirurgien, au Nicaragua, est donc obligé, outre l'examen indiqué par les rapporteurs, de rechercher si son malade est un paludéen, s'il est porteur de vers intestinaux, et d'étudier l'état de la coagulation du sang, en raison de la fréquence de l'hémophilie. Il fait alors subir au futur opéré le traitement apte à le ramener à l'état physiologique. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

RECTITE

Grandes irrigations chaudes avec l'eau de guimauve ou de son ; appliquer des sangsues près de l'anus.

Les lavements au Thigénol « Roche » pendant la première période donnent d'excellents résultats ; il faut avant chaque lavage faire prendre un lavement évacuateur à l'eau bouillie. Les lavements au Thigénol sont faits en versant dans un litre d'eau bouillie une cuillerée à soupe du mélange suivant :

Thigénol............... 50 grammes.
Eau distillée............ 100 —

Les lavages sont faits à faible pression. Légers purgatifs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 18 octobre au 20 décembre 1909, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, Balzer, de Beurmann, Castex, André Broca et Zimmern, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Edmond Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris, Sabatié, Rostaine, Louste, Fouquet, Touchard, Desmoulière.

Le cours sera complet en cent leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique. Il commencera le lundi 18 octobre et finira le mercredi 20 décembre 1909.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, radiothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des cours. — M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Médication hydrominérale. — M. Bar. Syphilis et grossesse. — M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — M. de Beurmann. Lupus. Tuberculoses cutanées. Sporotrichoses. Traitement du lupus. — M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille. — MM. André Broca et Zimmern. Radiothérapie. Radiumthérapie. Traitement par les courants de haute fréquence. Electrolyse. — M. Hudelo. Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — M. Morestin. Opérations esthétiques en thérapeutique cutanée. — M. Gastou. Maladies parasitaires du cuir chevelu : Teigne tondante et favus. Pytiriasis versicolor. Erythrasma. Carathés. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Syphilis tertiaire de la langue. Ulcères de jambe et des pays chauds. Eléphantiasis. Morve et farcin. Actynomicose. Purpura. — M. Emery. Chancre mou. Traitement de la syphilis. — M. Edmond Fournier. Syphilis secondaire. Hérédo-syphilis. — M. Milian. Histologie de la peau normale. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes. Syphilis du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. Laboratoire : bacilles de la lèpre, de la tuberculose; bacille du chancre mou; treponema pallidum, examen ultramicroscopique. Séro-diagnostic de la syphilis. — M. Terrien. Syphilis oculaire. — M. Lacapère. Chancre syphylitique. Pelade. Acnés. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. — M. Cathelin. Blennorragie aiguë et chronique. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement de la blennorragie. Traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. Paris. Zona. Laboratoire : sang, pus, cultures, inoculations. Diagnostic des teignes et parasites végétaux. Sporotrichose et actinomycose. Bacille de la morve. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. — M. Sabatié. Alopécies. Folliculites suppurées. Dyshydrose. — M. Rostaine. Herpès. Végétations. Dermatoses congénitales. Phtiriase et mélanodermies. Lèpre. Bouton d'orient. — M. Louste. Psoriasis. Séborrhée et eczéma séborrhéique. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. Complications médicales de la blennorragie. Balanoposthites et phimosis. — M. Fouquet. Syphilis expérimentale. Syphilis du voile du palais. Petite chirurgie dermatologique. — M. Touchard. Sclérodermie. — M. Desmoulière. Matière médicale dermatologique.

Deux cours semblables ont lieu chaque année : le premier en avril, mai et juin, le second en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, pourvus de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures. — Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (hôpital Saint-Louis).

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société aura lieu le jeudi 21 octobre, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne dans le service de la clinique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 OCTOBRE 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Samedi 23 octobre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Gouget et Fernand Bezançon.

2e (sages-femmes) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Claude, suppléant.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE (1)

SYMPTOMES. — L'hémorragie cérébrale est quelquefois annoncée par des *prodromes* tels que la céphalalgie, les étourdissements et vertiges, l'engourdissement dans les membres et des ébauches d'attaques apoplectiques avec embarras de la parole et très courte perte de connaissance. Ces prodromes qui indiquent des altérations vasculaires et des troubles de la circulation encéphalique ne sont pas constants.

Le *début* de l'hémorragie est toujours instantané, mais il n'est pas fatalement marqué par un ictus apoplectique; cet ictus est cependant beaucoup plus fréquent que le début sans apoplexie.

L'*apoplexie* (de αποπλησσειν, frapper) est un syndrome clinique relevant de causes très nombreuses et caractérisé par l'abolition brusque du sentiment, du mouvement, de la sensibilité, avec intégrité relative de la circulation et de la respiration. Le malade tombe brusquement sans connaissance, frappé au milieu de ses occupations ou pendant le sommeil.

(1) Suite. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 114, p. 1429.

La *perte de connaissance* peut être absolument complète; c'est le *carus* des anciens auteurs; dans d'autres cas, quand on interpelle le malade ou quand on le pince fortement, il ébauche quelques mouvements des membres; on arrive aussi parfois à lui faire tirer la langue, émettre quelques sons plus ou moins mal articulés. L'ictus peut aussi se borner à une obnubilation passagère de l'intelligence. L'abolition de la *motilité* se traduit par la résolution musculaire complète; le malade reste étendu sur le dos, complètement immobile; souvent la résolution musculaire est plus accentuée d'un côté du corps, les membres ayant été soulevés retombent plus lourdement; c'est donc déjà la paralysie et on peut ainsi prévoir dès cette période quel côté restera dans la suite paralysé. A la face, la joue du côté hémiplégique est soulevée à chaque expiration, le malade fume la pipe; les traits sont immobiles mais déviés vers le côté sain; la bouche entr'ouverte laisse écouler une salive visqueuse. On peut observer dans l'attaque apoplectique des contractures ou des convulsions; localisées habituellement d'un côté mais quelquefois généralisées, elles présentent un grand intérêt pour le diagnostic du siège et de l'abondance de l'hémorragie. Souvent, la tête du malade apoplectique se tourne toujours du même côté et les yeux sont également déviés d'une façon synergique; cette *déviation conjuguée de la tête et des yeux* est soumise aux lois suivantes : en cas de lésion siégeant dans un hémisphère, s'il y a paralysie, la tête et les yeux sont tournés du côté qui n'est pas hémiplégique, c'est-à-dire vers le côté de l'hémisphère lésé; le malade regarde pour ainsi dire sa lésion. S'il y a convulsion, la rotation a lieu vers le côté de l'hémiplégie; le malade se détourne de sa lésion. En cas de lésion siégeant dans le mésocéphale, c'est l'inverse qui est observé.

La *sensibilité* est atteinte comme la motilité; le malade ne sent rien, c'est un défaut de perception plutôt qu'une anesthésie.

Les *réflexes* tendineux peuvent être exagérés ou abolis; ils sont le plus souvent abolis. Les réflexes cutanés et muqueux sont aussi supprimés; presque toujours on trouve, dès cette période, le signe de l'extension des orteils (Babinski) du côté qui sera paralysé.

La *respiration* est bruyante, avec un ronflement dû à la vibration du voile du palais et un stertor produit par les mucosités qui obstruent les voies respiratoires; on observe quelquefois le rythme de Cheyne-Stokes. La *circulation* est peu modifiée; cependant il existe une tendance à la stase veineuse. Du côté de l'appareil *digestif*, on notera que les vomissements ne sont pas rares au début de l'ictus, que la constipation peut être assez marquée, mais que, parfois, le sphincter a perdu sa tonicité, ce qui entraîne l'incontinence des matières fécales. La rétention d'*urine* est parfois complète, d'autres malades ont de l'incontinence, ou plutôt une fausse incontinence avec des mictions par regorgement; les urines renferment quelquefois de l'albumine ou du sucre, chez des malades n'ayant antérieurement ni néphrite ni diabète. La *température* s'abaisse pendant les premières heures, puis remonte aux environs de la normale, sans la dépasser si la guérison doit survenir; quand la terminaison doit être fatale, la température atteint 39 degrés et au delà (Bourneville).

L'hémorragie cérébrale peut amener *la mort* très rapidement; c'est une mort rapide mais non subite; la mort subite est en effet exceptionnelle, il faut pour la produire une hémorragie provenant des pédoncules, de la protubérance ou du bulbe, ou s'étant infiltrée dans ces régions. L'hémorragie cérébrale vulgaire n'amène guère la mort avant vingt-quatre ou quarante-huit heures; quelquefois même le malade reste quatre ou cinq jours dans le coma apoplectique et meurt sans avoir repris connaissance pendant tout ce temps. La respiration devient de plus en plus stertoreuse, la température s'élève, la circulation périphérique s'encombre et la mort survient ainsi progressivement. La terminaison fatale peut encore survenir du fait d'une pneumonie (Durand-Fardel) ou plutôt d'une broncho-pneumonie hypostatique. En cas de survie de quelques jours, des escarres fessières ou sacrées peuvent aussi se développer très rapidement et aggraver le pronostic; l'escarre qui se forme rapidement est le *decubitus acutus* décrit par Charcot : vers le centre de la région fessière et du côté correspondant à l'hémiplégie, se manifeste un érythème, puis une éruption bulleuse, une tache ecchymotique; la mortification du derme se produit rapidement au centre et s'étend en largeur si les jours du malade se prolongent; mais il est assez rare, en somme, que le décubitus aigu des apoplectiques parvienne jusqu'à l'escarre confirmée (Charcot). Cet accident est dû à l'irritation de la peau par l'urine et les matières fécales; la mortification se fait du côté paralysé parce que le siège du côté hémiplégique ne fait aucun mouvement et supporte constamment le poids du corps; il est probable aussi que la lésion cérébrale exerce une influence fâcheuse sur l'état trophique de la peau du côté paralysé (P. Marie).

Dans d'autres cas, très fréquents, *le malade survit* à son attaque d'apoplexie; il sort peu à peu du coma, c'est la période de *réparation progressive* (Brissaud et Souques), mais il reste presque toujours hémiplégique; dans une statistique de 127 cas d'hémorragie cérébrale, Durand-Fardel relate 88 hémiplégies, 10 fois monoplégie d'un bras, et une monoplégie faciale. Lorsque le malade reprend conscience, le jeu de la physionomie redevient apparent; les piqûres et pincements sont perçus, plus nettement du côté sain, car pendant quelques jours l'hémiplégie est habituellement associée à un certain degré d'hémianesthésie qui disparaît ensuite. L'aphasie est exceptionnelle; les troubles de la parole se réduisent à l'embarras de l'articulation des mots, qui résulte de l'asymétrie du tonus musculaire dans les organes phonateurs. L'intelligence revient peu à peu, souvent complète, dans certains cas un peu amoindrie. A cette période, on constate tous les signes d'une *hémiplégie*, d'une abolition plus ou moins complète de la motilité volontaire dans une moitié du corps, du côté opposé à la lésion cérébrale; la paralysie faciale est tantôt très marquée, tantôt si peu évidente qu'elle passe parfois inaperçue; la langue est déviée; le membre supérieur est toujours plus paralysé que le membre inférieur; les muscles du tronc eux-mêmes participent à l'hémiplégie. Pendant quelque temps, la paralysie des muscles viscéraux peut persister; tantôt c'est une rétention d'urine, tantôt et plus souvent une incontinence; puis ces fonctions se régularisent, mais la constipation est la règle. Les réflexes cutanés et tendineux réapparaissent; les réflexes crémastérien, abdominal, seraient encore quelque temps abolis (Brissaud et Souques).

A cette période de réparation progressive, succède la période dite d'*hémiplégie confirmée*. Le degré d'hémiplégie est extrêmement variable, selon la localisation et le volume du foyer hémorragique. La paralysie peut être légère et à peine marquée; elle aura alors tendance à régresser de plus en plus; chez d'autres malades, plus nombreux peut-être, elle est très prononcée, et, après une période plus ou moins longue d'hémiplégie flaccide, elle aboutit à la contracture; celle ci est annoncée par l'exagération des réflexes tendineux et la trépidation spinale provoquée. L'infirmité est alors définitive, mais elle a, dans tous les cas d'hémorragie, une tendance marquée et constante à l'amélioration (Brissaud et Souques). Dès lors, l'aspect et l'évolution de l'hémiplégie sont identiques à ceux de toute hémiplégie cérébrale; on remarque cependant que les fonctions psychiques et la disposition générale du caractère sont moins altérées que chez les sujets atteints de ramollissement cortical.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 118. — SAMEDI 16 OCTOBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 16 OCTOBRE 1909. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Nous publions plus loin l'arrêté ministériel annonçant l'ouverture des concours d'agrégation.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 13 octobre 1909. — Question donnée : « Symptômes et complications génito-urinaires de l'urétrite blennorragique aiguë chez l'homme. »

MM. Vigderovitch, 7; Vigoureux (Victor), 13; Zuretti, 12; Walther, 17; Weill, 18; Vidal, 10; Vincant, 12; Vincent, 11; Viard (Marcel), 9; Viala, 11; Zermati, 10; Yoyotte et Wurtz (Jacques), 15; Wurtz (Pierre), 14; Weiss, 19; Wallon, 11; Wolff et Woirin, 6; Mlle Wahl, 14; MM. Violet, 9; Wilmoth, 16.

Séance du 14 octobre. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'angine diphtérique. »

MM. Lhomme, 8; Marié, 12; Levinshon, 5; Lascombe et Lehmann (Raymond), 15; Lemoine, 5; Lebrun (Maxime), 14; Lipschitz, 8; Longevialle, 15; Mlle Jouvin, 16; MM. Margerin, 13; Marais, 17; Mandras, 10; Le Hello, 12; Lebossé, 14; Malleterre et Malet, 12; Major, 14; Lumière, 8.

Prochaine séance samedi 16 octobre, à cinq heures, deuxième moitié première série.

Le jury rappelle que les candidats qui désirent se faire excuser doivent fournir dans les quarante-huit heures de leur absence un certificat médical dûment motivé.

Anatomie. — Prochaine séance lundi 18 octobre, à quatre heures et demie, première moitié deuxième série et première moitié première série.

HOPITAUX DE PROVINCE. — AVIGNON. — Le jeudi 18 novembre 1909, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'hôpital civil et militaire d'Avignon un concours pour cinq places d'interne en médecine et en chirurgie.

Pour être admis à concourir, les candidats devront se faire inscrire huit jours avant la date fixée pour le concours, au secrétariat général des hospices.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — Un concours s'ouvrira le 16 mai 1910 devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille des épidémies en bronze est décernée à M. Margarot, interne des hôpitaux de Marseille.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision du 11 octobre 1909 :

Médecin principal de première classe. — M. Troussaint est nommé directeur du service de santé du 12e corps d'armée.

Médecins-majors de première classe. — MM. Frilet, nommé médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Nîmes; Chevalier, passe aux hôpit. de la division de Constantine; Bargasse, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Nîmes; Esprit, nommé médecin chef de l'hôpit. de Briançon.

RADIOLOGIE MÉDICALE. — *Cours de vacances*, par le docteur A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, du *dimanche 17 au dimanche 24 octobre :*

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, il commencera le *dimanche 17 octobre à dix heures du matin*, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 18 octobre. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Roger Dumas de Ledignan (de Bourg-la-Reine), Arthur Godlewski, membre de la Société de médecine de Paris, décédé à la Bugue (Dordogne) et Mermet (de Saint-Chamond).

REVUE GÉNÉRALE (1)

CONTAGION ET SÉMÉIOLOGIE DE LA SCARLATINE

Par M. A. LESAGE (2).
Médecin de l'hôpital Hérold.

Tout le monde vivait sur cette idée que la scarlatine est contagieuse par les squames, et seulement par elles, quand, en 1865, Girard, professeur de clinique interne à l'Ecole de Marseille, vint dans une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris (3) soutenir une opinion absolument opposée : « Je suis appelé, dit-il, il y a deux ans, dans une campagne voisine de la ville pour visiter une jeune fille de seize ans, atteinte de scarlatine. Dans une maison de campagne limitrophe habitait une autre jeune fille qui voyait tous les jours sa voisine; elle l'avait vue encore le jour où celle-ci se mit au lit. Depuis lors, séparation complète. »

La seconde jeune fille, quelques jours après, a la scarlatine, qu'elle avait certainement contractée à la première avant que celle-ci ne se fût alitée.

Or, l'affaire se complique : « Il y avait, dit Girard, dans la maison (de cette seconde malade) une jeune cousine de sept ans qui avait vécu avec la seconde malade jusqu'au jour où celle-ci se mit au lit. Dès que la scarlatine eut éclaté, on lui fit habiter une partie éloignée de la maison. »

Cette enfant fut bientôt atteinte de la même maladie.

L'auteur cite encore le fait suivant :

« Relativement à la première jeune fille, un fait assez intéressant, au point de vue de la question qui m'occupe, s'était passé quelque temps auparavant; elle avait passé un après-midi avec une de ses parentes qui était en pleine desquamation de scarlatine et elle n'avait pas été atteinte alors de cette maladie. »

Il est bon de noter, qu'avant Girard, Rilliet et Barthez avaient dans leur article du *Dictionnaire de médecine* (1844) relaté le cas observé par Potier, d'une scarlatine transmise à l'apparition de l'exanthème. Cependant, il est certain que c'est surtout Girard qui a bien montré la contagiosité de la maladie, dès le début, par les mucosités de la gorge.

Dans la suite, le silence se fit et l'opinion de Girard ne fut pas acceptée. En 1882, Cameroun (4) publia un cas favorable à cette opinion. Puis les cas du même genre se multiplièrent: Mabboux (5), Randsom (6), Sevestre (7). La contagiosité de la scarlatine par l'angine était admise.

Cependant, il existe des faits indéniables de transmission de la scarlatine, à la période de desquamation. Spear (8), Bond (9), Wood (10) et Sevestre (loc. cit.) se demandent si ces cas de contagion tardive ne sont pas dus à la persistance de l'agent contagieux dans la gorge et la bouche.

Voici le cas cité par Bond :

Un jeune malade avait quitté l'hôpital six semaines après le début d'une scarlatine légère ; rentré chez lui, il fut mis dans le même lit que sa sœur, et celle-ci fut, au bout de cinq jours, prise de scarlatine.

Comme le petit malade ne présentait plus de traces de desquamation depuis au moins quinze jours et comme, de plus, on avait pris la précaution de le baigner et de désinfecter ses vêtements, il paraît rationnel d'admettre que le contage provenait de la gorge,

Wood donne l'observation suivante :

Il s'agit d'un enfant atteint de scarlatine. Immédiatement, frère et sœur sont éloignés. Il n'y eut aucun contact pendant quarante-deux jours. Les vêtements du petit malade avaient été détruits et l'enfant avait pris un grand nombre de bains. Les enfants furent réunis au bout de ce temps, dans une campagne isolée, où n'existait aucun cas de scarlatine. Le frère couche avec le convalescent et il est bientôt atteint de la maladie.

A la suite de ces diverses observations, on admit donc que si la scarlatine est parfois contagieuse à une période avancée par le contact de personne à personne, ceci tient à la persistance de l'agent spécifique dans la gorge.

D'ailleurs, il s'établit bientôt une réserve chez les partisans de la contagion par les squames. On reconnut que seulement les premières squames pouvaient être contagieuses. N'était-ce pas une façon détournée d'admettre que la maladie est d'autant plus contagieuse qu'elle est plus près du début. Mais dans ce cas étaient-ce même les squames? N'était-ce pas la persistance de la manifestation gutturale ?

Lemoine (1) relate de nouveaux faits qui établissent de plus en plus :

1° La contagiosité de la maladie au début par les mucosités de la bouche et de la gorge : « Lorsque, dit-il, se produisent dans un régiment des cas de scarlatine, le diagnostic est posé dès le début de la période d'éruption ; les malades sont aussitôt envoyés à l'hôpital, ils sont donc éloignés du milieu contaminable, alors qu'il n'existe chez eux aucune exfoliation épidermique et cependant l'épidémie continue atteignant ceux qui appartiennent au même groupe. »

D'ailleurs, le simple bon sens indique que la scarlatine est contagieuse au début. Dans toute agglomération d'enfants, dès qu'un cas de scarlatine se produit, le malade est isolé : or, le plus souvent, il est trop tard, d'autres enfants sont contagionnés.

2° Lemoine admet également que si la scarlatine parfois est contagieuse dans une période avancée par le contact du convalescent avec la personne saine, ceci tient à la persistance du microbe dans la gorge.

3° Il reconnaît que le mucus peut être transporté,

(1) Reproduction interdite.
(2) Leçon faite à l'hôpital Hérold, recueillie par M. Porée.
(3) Girard. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1865.
(4) Cameroun. *The Lancet*, 1882.
(5) Mabboux. *Gaz. hebd.*, 1886.
(6) Randsom. *Brit. med. Journ.*, 1887.
(7) Sevestre. *Etudes de clinique infantile*, 1889.
(8) Spear. *New-York med.*, 1875.
(9) Bond. *Brit. med. Journ.*, 1887.
(10) Wood. *The therap. Gaz.*, 1889.

(1) Lemoine. *Soc. méd. des hôpit.*, 1895.

subir même une certaine dessiccation, ce qui peut expliquer les cas suivants de transmission à distance, que l'on a attribués aux squames et qui, probablement, sont dus au mucus desséché.

Voici un de ces cas relaté par Sanné :

Une dame, habitant la Bretagne avec sa famille dans une localité absolument indemne de scarlatine, reçoit une lettre d'une jeune femme fixée en Allemagne.

Dans cette lettre, cette personne annonçait qu'elle était en convalescence de scarlatine et que la desquamation était tellement abondante qu'en écrivant elle avait dû secouer le papier à différentes reprises afin d'en chasser les pellicules qu'elle y laissait tomber. Quelques jours après l'arrivée de cette lettre, la mère et la fille furent prises de scarlatine.

Un autre cas a été signalé par Grasset (1). Encore ne s'agit-il pas là de contagion à une époque très éloignée du début puisque la squame épidermique a été envoyée trois semaines après le début de l'affection.

Un troisième a été publié par Schoull (de Tunis). Il a trait également à un cas de la maladie communiqué par une lettre et des livres. Un fait identique a été signalé par Hublé (2), mais le malade était seulement au dixième jour de la scarlatine, ce qui diminue singulièrement la valeur de la desquamation au point de vue de la contagion.

Fox (3) cite un cas de contagion par un livre. Du Cazal, cité par Moizard (4), admet également ce mode de transmission.

Ces faits sont bien exceptionnels, et il n'est pas démontré que l'entourage n'ait pas été atteint d'angine.

Opposés à ces quelques cas, citons ceux de Gibson, Lemoine, Barlow, Zilgien, Herrmann, Comby.

Gibson (5) rapporte qu'il n'a jamais vu se produire de cas de contagion scarlatineuse dans les familles, malgré le retour en milieu commun de malades desquamants.

Lemoine cite des cas d'hommes bien portants, mis en présence de scarlatineux en période de desquamation et ne prenant pas la maladie.

Le Gendre, dans la discussion, qui eut lieu à la Société médicale à propos de la communication de Lemoine (6), cite des faits du même genre.

N. Barlow (7) est également de cet avis : « Je n'hésiterais pas un instant, dit-il, à renvoyer certains sujets au bout de dix à quinze jours, n'était la crainte qu'un fait malheureux survenant, l'opinion médicale telle qu'elle est aujourd'hui et, naturellement aussi, l'opinion publique ne fît retomber le blâme sur le médecin. »

Zilgien n'a pas observé de transmission par les squames. Il relate des cas où la contagion put être

(1) Grasset. *Ann. d'hygiène publique*, 1895.
(2) Hublé. *Soc. de méd. mil. franç.*, 1907.
(3) Fox. *Sem. méd.*, 1889.
(4) Du Cazal, cité par Moizard. Art. scarlatine, *Traité des maladies* Grancher, 1903.
(5) Gibson. *Sem. méd.*, 1894.
(6) Lemoine. *Bull. de la Soc. de méd.*, 1895.
(7) N. Barlow. *The Pract*, 1907.

rencontrée à une période avancée par suite de la persistance de l'agent contagieux dans le pharynx ou l'oreille. Zilgien (1) apporte deux observations confirmant l'opinion de MM. Lemoine, André Berger et Boisson (2), montrant aussi que les squames d'un scarlatineux ne sont pas par elles seules bien redoutables.

Au mois de novembre 1907, dit-il, je « donnais mes soins à un enfant de cinq ans atteint d'entérite. Un jour et incidemment l'on me demanda une médication pour une femme de chambre installée dans la maison depuis une vingtaine de jours et atteinte d'eczéma. Ayant examiné cette fille, je constatais que cet eczéma n'était autre chose qu'une scarlatine en voie de desquamation. Interrogée, elle raconta qu'un fort mal de gorge l'avait retenue alitée quelques jours avant d'entrer dans sa place. Personne cependant ne fut contaminé dans cette famille, bien qu'en plus de l'enfant que je soignais, il y en eut trois autres plus âgés et non immunisés par une scarlatine antérieure ».

Le même auteur relate une épidémie dans un pensionnat : une jeune fille avait été atteinte de scarlatine avec une otite moyenne à suppuration abondante et c'est précisément dans la classe dont cette jeune fille faisait partie qu'eut lieu l'épidémie. Aussi pense-t-il, avec raison, que l'agent contagieux avait persisté dans cette otite.

Herrmann (3) n'admet pas non plus la transmission par les squames et croit que les rares contagions tardives sont dues au mucus bucco-pharyngé. Il a vu des enfants sains, dans plusieurs familles, jouer impunément avec leurs frères ou sœurs en pleine desquamation.

Comby (4) rapporte le fait suivant du docteur Bressé :

Le jeune C... (Raymond), âgé de neuf ans, contracte la scarlatine le 1er janvier 1909. On l'isole dans sa chambre. Sa mère seule y pénètre pour le soigner, en prenant la précaution de revêtir une blouse accrochée à la porte d'entrée et de se laver les mains avant de sortir de la chambre.

La scarlatine évolue normalement, et au moment de la période de desquamation, le jeune malade s'amusait à détacher de la paume des mains de longues squames. Un matin, pendant l'absence des parents, le petit convalescent appelle ses deux jeunes sœurs (cinq et sept ans) et par la porte entr'ouverte, leur passe subrepticement une des plus belles squames de la main.

Les deux enfants partagent l'admiration de leur frère pour cet objet intéressant et l'emportent triomphalement dans leur chambre. Ce n'est que plusieurs jours après que le corps du délit fut saisi par la mère et identifié. Ni l'une ni l'autre de ces enfants n'a pris la scarlatine.

Comby, après avoir cité ces faits, dit : « Ne pensons

(1) Zilgien. *Journ. de méd.*, 16 mai 1908.
(2) Lemoine, André Berger et Boisson. *Revue d'hyg. publ. et de méd. lég.*, mars 1906.
(3) Herrmann. *Arch. of Pediat.*, 1909.
(4) Comby. *Arch. de méd. des enf.*, août 1909.

plus à la desquamation, comme source d'infection scarlatineuse, mais prenons garde aux sécrétions du nez, de la gorge, des oreilles. »

Thomas, dans le Manuel de Ziemssen, Heubner (1) sont de cet avis.

Voici ce que dit ce dernier : « On suppose que le virus peut se conserver dans les chambres, sur les murs et les parquets, même après une désinfection complète. Cette croyance est basée sur les cas dans lesquels des membres sains de la famille, ayant été envoyés loin de la maison, à leur retour dans les chambres soigneusement désinfectées, ont été pris de scarlatine. Mais on oublie une autre possibilité, c'est que le virus persiste chez le malade guéri en apparence ou peut-être chez la garde-malade ou chez les parents ayant eu une atteinte légère. Très fréquemment, ce sont les cas légers, les cas non encore déclarés qui se transmettent à l'entourage et les véhicules les plus dangereux sont ces adultes, dont la maladie consiste uniquement dans une angine souvent même apyrétique. » A l'appui de ces diverses opinions, à savoir que l'agent de contagion est dans la bouche et la gorge, sont ces cas d'angines sans éruption, qui chez d'autres peuvent engendrer des scarlatines, comme nous allons le voir dans notre second chapitre.

Tels sont les arguments cliniques qui plaident en faveur de la transmission par le mucus bucco-pharyngé. J. W. Stickler (2) apporte les preuves expérimentales suivantes : il inocule à dix enfants avec une seringue hypodermique du mucus de la gorge et de la cavité buccale pris chez des scarlatineux en pleine éruption. Résultat positif pour tous les cas. Après une incubation moyenne de vingt-deux heures treize minutes (limites extrêmes douze heures et soixante-douze heures) l'éruption s'est déclarée. Vomissements apparus en moyenne douze heures cinquante minutes après l'inoculation.

D'autre part Stoll, Miquel (d'Ambcise), Leroy d'Etiolles, Harwood, Ashmead n'ont pas obtenu de résultats par l'inoculation de squames.

Quelle est la conclusion que nous pouvons tirer de ces faits?

1. Tout le monde est d'accord pour admettre que la transmission se fait dès le début. Les 9/10 des contagions ont lieu pendant le cycle qui dure de un à quinze jours. J'ajouterai qu'elle peut se prolonger tant que la manifestation bucco-pharyngée n'a pas terminé son cycle évolutif.

2. Chez certains enfants, et c'est l'extrême minorité, car les cas de contagion sont de plus en plus rares, à mesure que l'on s'éloigne du début, cette évolution persiste et traîne. La scarlatine ne guérit pas, elle reste dans la bouche, la gorge ou les annexes, et c'est la persistance de ce foyer qui est la cause de ces contagions tardives. Il y a des porteurs de scarlatine, comme il y a des porteurs de diphtérie. Nous essayerons plus loin d'étudier ces formes en quelque sorte « chroniques » de la scarlatine.

J'ai deux exemples d'enfants qui ont gardé la langue « framboise » vingt à vingt-cinq jours et ont encore contagionné des enfants sains. Or, par un hasard curieux, ces enfants ne desquamaient pas. Tout est donc une question de cavité bucco-pharyngée et non une question de desquamation. Celle-ci, qu'elle soit légère ou forte, ne signifie rien, pas plus que l'éruption : elle n'est qu'accessoire.

La persistance de la scarlatine « gutturale » est en général d'une quinzaine de jours. Je n'ai observé que peu d'exceptions. D'autre part, j'ai vu trente-trois enfants jouer *impunément* avec des enfants ayant terminé leur scarlatine en tant que gorge, mais desquamant encore. Ceci se voit tous les jours, dans les pavillons de scarlatine où on reçoit par erreur des enfants qui ne l'ont pas.

Le fait suivant est curieux : un enfant entre par erreur dans le pavillon de la scarlatine; il ne la prend pas, car à ce moment il n'y a que des convalescents. Il sort et rentre trois mois après dans la salle commune, où il y avait une angine scarlatineuse qui était passée inaperçue, l'enfant prit la scarlatine.

Quant aux quelques cas exceptionnels de transmission « à distance » par les squames, ils sont sujets à discussion et leur nombre, extrêmement limité, n'infirme pas la masse des observations opposées.

Ne voit-on pas bien souvent des scarlatines sans éruption provoquer l'apparition de scarlatines avec éruption? Que de fois la scarlatine est contagieuse sans présenter de squames! Tout dépend de la virulence des germes et de leur persistance dans la cavité bucco-pharyngée.

La transmission indirecte par les linges et la literie serait encore plus problématique. Que de fois, dans les hôpitaux civils et militaires, vu l'abondance des malades et l'absence de places, malgré une désinfection des plus sommaires, des malades placés dans des lits de scarlatineux desquamants ne prennent pas la maladie!

Voici ce que dit Lemoine à ce sujet (Persistance problématique des germes de certaines maladies contagieuses dans les locaux, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1907) : « Malgré les mutations fréquentes dues à l'aménagement défectueux des pavillons, pendant quatre années, je n'ai pu relever qu'un seul cas de contagion. Il en fut de même des cinq années suivantes. Le résultat doit être attribué non à une désinfection des locaux impossible à exécuter dans une journée, mais aux précautions prises pour éviter le contact entre les malades. »

Hermann, Comby, Fiessinger innocentent les locaux avec la même conviction. A l'hôpital, quand on n'a pas le temps de désinfecter, vu l'abondance des malades, on place un entrant dans un lit occupé auparavant par un scarlatineux et on n'observe jamais de contagion.

A la suite de l'exposé de tous ces faits, nous pouvons dire que la contagion de la scarlatine est subordonnée aux manifestations de la bouche et du pharynx.

Pourquoi garder les malades quarante jours? On dira que c'est une moyenne. Ceci est une erreur, à mon avis, préjudiciable aux finances. Que de scar-

(1) Heubner. *Traité des maladies de l'enfance.*
(2) J. W. Stickler. *Med. Record*, 9 sept. 1909.

latineux, qui ne sont plus contagieux depuis quinze, vingt jours (car toute la manifestation bucco-pharyngée est terminée) sont ainsi nourris et occupent des lits, alors que des moribonds attendent dehors!

Quand le germe reste dans la cavité pharyngée ce n'est plus quarante jours, ce peut être soixante, quatre-vingts jours. Ces malades sont alors de véritables porteurs de microbes qui répandent la scarlatine comme le font les angines scarlatineuses que l'on prend pour des angines banales.

La *véritable prophylaxie est d'isoler, à la porte de l'école*, tout enfant qui a la « langue », qui a la « gorge » scarlatineuse. C'est le seul moyen d'éviter la maladie. L'école est le principal foyer d'infection.

Conclusion. — A mon avis, la scarlatine n'est contagieuse que par l'intermédiaire des produits de sécrétion de la bouche et de la gorge. Si le foyer d'infection bucco-pharyngé persiste, la contagion sera longtemps possible. Si ce foyer disparaît rapidement, la contagiosité sera plus courte.

En un mot, la contagion de la scarlatine est facteur de la persistance plus ou moins longue de l'infection de la bouche et de la gorge.

Il faut apprendre aux jeunes à voir, si la scarlatine « bucco-gutturale » est finie, s'il n'y a pas une complication auriculaire ou péri-buccale et ne pas s'inquiéter de la desquamation.

II

Séméiologie. — Toute la scarlatine est dans la bouche et la gorge. Or, si nous ouvrons les livres classiques, nous sommes frappés de la place accordée à l'éruption. On dit bien qu'elle peut manquer, mais on relègue cette pauvre forme « sans éruption » au magasin des accessoires. Cette façon d'apprendre aux étudiants la maladie, en donnant comme type la forme intense est, à mon avis, erronée et dangereuse. Erronée, car le nombre des scarlatines sans éruption est légion ; dangereuse, car si on attend l'apparition de l'éruption pour poser le diagnostic, on laisse le malade contagionner un grand nombre d'individus sains.

Ne voyons-nous pas tous les jours l'étudiant de garde recevoir, sur la foi des traités, en salle commune, un enfant qui n'a aucune éruption et qui, cependant, a la langue et la gorge scarlatineuses.

Ne lui a-t-on pas appris qu'elle est une fièvre éruptive, au lieu de lui apprendre que c'est une angine, une maladie bucco-pharyngée.

Picot (*Dictionnaire de médecine pratique*) parle de ces cas très bénins où l'éruption peut faire complètement défaut et qui, néanmoins, sont aussi contagieux que les scarlatines les plus intenses.

Buttura (*Des fièvres éruptives sans éruption et particularités de la scarlatine sans exanthème*, Paris 1851) cite également quelques observations à ce sujet. Graves, Trousseau, Dreyfus-Brissac et bon nombre d'auteurs ont signalé de nombreux faits semblables.

Il est à remarquer du reste que le point de départ est presque toujours le même.

Il s'agit le plus souvent d'individus ayant présenté pendant quelques jours une légère angine, sans éruption.

Quelque temps après, dans l'entourage de l'angineux, apparaissent des cas de scarlatine avec éruption.

Polak (Ueber Scarlatina occulta, *Arch. f. Klin.*, 1893) cite le cas suivant :

Un enfant de six ans eut une éruption passagère qui dura une demi-journée ; cinq jours après, la sœur de cet enfant est prise de scarlatine.

Graves, Trousseau, Dreyfus-Brissac, Collin, Kelsch, Vaillard ont insisté sur les angines qui précèdent et accompagnent souvent les épidémies de scarlatine. Ce sont les « scarlatinæ sine scarlatinis ».

Quand l'éruption existe, sous quel aspect se présente-t-elle ? Tantôt pâle, fugace, tantôt d'intensité ou moyenne ou forte.

Dans un tiers des cas, elle manque. Parfois elle est remplacée par du prurit.

Baser toute une description sur un symptôme des plus inconstants est, à mon avis, une erreur nosographique. L'éruption est purement toxique, à la manière d'une éruption sérique ou d'une urticaire.

Du reste, l'éruption, si on veut l'étudier seule, peut donner naissance à un grand nombre d'erreurs, qui seront d'emblée évitées par l'examen de la langue et de la gorge (érythèmes : récidivant, médicamenteux, sérique, etc.).

Mais, puisque l'éruption est un signe si inconstant, sur quoi peut-on baser, d'une façon certaine, le diagnostic de scarlatine ?

C'est, à mon avis sur le *cycle évolutif* de la langue et de la gorge. Je dis, à dessein, le cycle évolutif, car ce n'est pas l'état de la langue d'un seul jour qu'il faut voir, mais la succession journalière des divers aspects de cette langue. Certes la langue « framboise » est caractéristique par elle-même, mais il n'y a pas qu'elle. Avant elle la langue doit être diagnostiquée, car c'est avant l'apparition de la langue « framboise » que la scarlatine est le plus contagieuse.

Je recommande journellement à mes élèves, à l'hôpital Hérold, de se faire « l'œil » et d'apprendre le diagnostic des différents aspects de la langue. On dépiste, de cette façon, bon nombre de scarlatines « latentes » et « ambulatoires ».

Au premier jour, la langue, qui n'est pas large comme dans l'embarras gastrique, présente deux parties qui, par rapport l'une à l'autre, forment contraste.

Sur tout le dos est un enduit *blanc* pultacé et sur les côtés et à la pointe, l'entourant, est une bordure *très rouge. Blanc sur rouge vif* est la devise de la langue au premier jour.

Quand on examine à distance, on est frappé aussi du contraste qui existe entre la peau de la figure qui est pâle et la langue, qui, tirée, tranche par son bord rouge vif, enflammé.

Ceci suffit, à mon avis, pour établir le diagnostic, car peu de langues différentes peuvent être opposées à cette dernière.

Suivons le cycle. Le deuxième, troisième, quatrième jour, peu à peu, la surface blanche du dos de la langue diminue d'étendue, se retire vers le fond de la bouche, alors que le liseré rouge, congestif, gagne

du terrain et s'élargit. L'organe présente alors deux V, l'un rouge, qui circonscrit le second blanc. Ce que l'un perd, l'autre le gagne.

Nous arrivons, par suite de cette desquamation progressive du dos de la langue vers le sixième, septième jour; la langue est bientôt toute rouge, enflammée, écarlate; c'est la langue framboise qui apparaît, car la desquamation, après l'enduit blanc, continue à enlever l'épithélium sous-jacent. Les papilles deviennent nues.

Nous sommes arrivés au maximum du cycle évolutif de la langue.

Cet état si spécial de la langue dure deux, trois jours (le huitième, le neuvième). Puis, peu à peu, les papilles si saillantes deviennent moins nettes, les espaces desquamés situés entre elles se comblent, car la prolifération épithéliale normale revient et la desquamation est terminée.

Cependant, la langue a toujours son aspect si caractéristique, rouge écarlate. Vers le dixième jour, elle tend à devenir lisse, vernissée, par suite de la disparition des saillies papillaires. Peu à peu, vers le douzième jour, la teinte écarlate s'atténue et la langue reprend son aspect normal au quinzième jour. Le cycle évolutif est terminé.

A mon avis, ce qui forme la base de l'étude de la langue est cet état de congestion intense, rouge vif, écarlate, qui forme le fond de l'organe sur lequel évolue un épithélium d'abord très épais, blanc, épithélium de prolifération maladive (signature de la scarlatine), qui peu à peu subit la chute et disparaît.

Congestion de l'organe, prolifération intensive de l'épithélium, puis chute de ce dernier sont, à mon avis, les éléments caractéristiques de la scarlatine. On voit, sous les yeux, évoluer la culture du parasite de l'affection.

Au fond, si on limite l'examen à la langue, la maladie est une glossite exfoliatrice aiguë microbienne.

Le même processus se passe dans la gorge, comme nous allons le voir. Il est encore un fait important à retenir. Ce que nous venons de voir est l'évolution ordinaire du cycle lingual, mais, quand on examine un grand nombre de scarlatines, on est frappé de trouver des arrêts à tel ou tel point de cette évolution. Ainsi j'ai vu des cas où la langue restait à son premier stade (langue rouge écarlate sur les bords et pultacée sur le dos), pendant six, huit, dix jours. J'ai même, dans mes notes, un fait de persistance d'une telle langue, dix-huit jours. Mais ce n'est qu'un arrêt, car le cycle continue.

Même observation pour la langue « framboise ». J'ai observé la persistance d'une telle langue pendant dix-huit et vingt jours.

A mon avis, ce sont ces foyers persistants maladifs, qui permettent d'expliquer les contagions tardives d'enfant à enfant.

Avec quoi peut-on confondre la langue de la scarlatine?

1° *Avec la langue de l'embarras gastrique.* — Mais ici elle est *large, étalée, pâle, anémique, épaisse*, recouverte d'un enduit épais, blanc jaunâtre, limoneux. Ici pas de congestion sous-jacente : tout est à l'unisson. Le liseré rouge vif écarlate manque.

2° *Avec la langue de la rougeole.* — La langue ici n'est pas rouge vif à contraste avec le dépôt pultacé. Elle est uniformément *rose*, recouverte d'une légère couche blanchette. Suivez cette langue : elle ne présente pas de cycle évolutif.

Bien souvent on peut voir coïncider une rougeole nette et évidente avec une langue (à évolution scarlatineuse). Attendez quelques jours, l'éruption scarlatineuse viendra démontrer que l'enfant a les deux affections. Ce sont de ces faits de rougeole qui ont été suivis de cas de contagion de scarlatine. La scarlatine, dans le cours de la rougeole, peut ne présenter comme seul signe que cet état de la langue qu'il faut savoir dépister.

3° *Avec la langue grippale.* — Dans ce cas la langue peut être simplement saburrale, blanchâtre, ou se présenter sous la forme spéciale décrite par Faisans. Elle est d'un blanc bleuté analogue à la teinte de la porcelaine et rappelant celle des plaques muqueuses bucco-pharyngées. C'est la langue opaline de la grippe qui dure tout le temps de la maladie.

4° *Avec la langue typhique.* — Celle-ci est bien, il est vrai, blanche au centre, rouge sur les bords. Mais cependant quelle différence! D'abord, le cycle n'est pas le même, la teinte rouge des bords ne progresse pas au détriment de la surface blanchâtre, elle reste ce qu'elle est au début. Puis la langue typhique apparaît, en général, beaucoup plus sèche, dure, cornée, c'est la langue de perroquet.

5° *Avec la langue dépouillée que l'on observe à la fin des maladies aiguës* (fièvre typhoïde, méningite). — En résumé il faut suivre attentivement l'évolution cyclique de la langue. Une langue qui ne change pas n'est pas une langue scarlatineuse.

Voilà la base.

Etudions l'angine.

La scarlatine, dit Trousseau, est une maladie essentiellement angineuse. Comment se présente-t-elle à nous?

J'insiste sur ce fait que l'angine est un signe du début, qu'elle peut rester à l'état d'angine pure sans se compliquer et que c'est cette angine pure de la scarlatine que nous étudions.

Au début, simple sensation de cuisson légère dans la gorge et d'un peu de sécheresse, la déglutition est un peu pénible, c'est le seul signe que puisse fournir l'interrogatoire du malade.

A l'examen, teinte rouge à peu près uniforme, tapissant les amygdales, les piliers, le voile du palais, la luette. Cette teinte est au début modérément rouge. Sur les amygdales on observe quelques productions pultacées s'enlevant très facilement et ne laissant aucune trace saignante sur la muqueuse. Au bout d'un ou deux jours ces productions se désagrègent, tombent, et l'examen de nouveau pratiqué montre une teinte rouge sombre beaucoup plus accentuée, tapissant toute la gorge jusqu'à la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx. La muqueuse écarlate apparaît sèche, comme enduite d'un vernis (adénite légère des ganglions sous-angulo-maxillaires). A ce moment les phénomènes douloureux accusés par le malade sont au maximum : cuisson, sécheresse, déglutition, absence de salivation. Puis vers le sixième

ou septième jour cette teinte diminue d'intensité et au bout de dix à douze jours la gorge revient à la normale.

Voilà ce que l'on observe dans la moitié des cas, c'est-à-dire dans les cas de scarlatine pure, ne présentant aucune des complications de l'angine.

Autour de ce centre, formé par la langue et l'angine, on constate un léger malaise et des troubles digestifs, qui sont la signature de la nature scarlatineuse de la maladie. Ces vomissements sont constants et la diarrhée est fréquente. Joignons à cela l'hyperesthésie de la paroi abdominale, le météorisme et souvent un point appendiculaire (Kauffmann). N'avons-nous pas là toute une gamme de symptômes, qui démontrent que la scarlatine est une maladie de la gorge et des voies digestives?

L'enfant a 37°5, 38, 38°5. C'est la véritable scarlatine, la « gutturale », qui est la plus dangereuse, car c'est elle qui contagionne, du fait qu'elle passe inaperçue. Les contagionnés présenteront une forme identique, ou une forme « complétée » par la survenue de l'érythème toxique.

La scarlatine « gutturale » est plus fréquente qu'on ne pense (35 p. 100 sur une étude de 2000 cas).

Quant à l'éruption toxique, elle vient où ne vient pas. Elle peut apparaître le premier, le deuxième, le cinquième, le quinzième et même le vingtième jour, comme j'en ai constaté des cas, alors que la manifestation bucco-pharyngée existe dès le début. L'éruption est accessoire et n'a aucun rapport avec la langue. On comprend combien ces scarlatines sans éruption peuvent contagionner pendant l'attente de cette dernière.

On peut voir des langues de scarlatine où le processus scarlatineux est au maximum accompagnées d'une éruption des plus pâles.

L'intensité de la scarlatine en tant que lésion locale, doit être jugée par la langue et non par l'éruption.

La langue de la scarlatine peut s'arrêter au stade «framboise» et y persister des journées entières. C'est dans ces formes que l'éruption peut apparaître très tard et même récidiver, montrant ainsi, *de visu*, que, tant que la langue « framboise » n'a pas disparu, on peut voir survenir des éruptions successives. C'est la même scarlatine qui persiste et est accompagnée d'accès d'intoxication.

On peut voir, pendant le cours de la maladie, des accès de desquamation ou de prurit qui sont l'équivalent clinique de l'éruption.

On peut se demander devant cette persistance de la « langue framboise », si ce ne sont pas ces cas chroniques qui vont transmettre la maladie alors qu'on ne regarde que la peau et qu'on accuse la squame.

Il existe des cas où la langue suit son cycle classique, puis tout s'éteint, quand une nouvelle fossite scarlatineuse réapparaît accompagnée ou non d'éruption.

Tant que la muqueuse bucco-pharyngée est infectée, la scarlatine est contagieuse.

Autre fait : on rencontre de temps à autre des enfants qui présentent de l'entérite muco-membraneuse, pendant des années, avec une langue framboisée. N'y a-t-il pas là une relation entre ces faits, d'autant que dans un certain nombre de cas la mère dit que la langue et les troubles digestifs sont apparus à la suite d'une scarlatine?

III

Conclusions. — 1° La contagion de la scarlatine, si fréquemment observée, est due en partie aux formes de scarlatine sans éruption, que l'on n'apprend pas assez à reconnaître d'après les caractères de la langue et de la gorge et que l'on prend pour de vulgaires angines.

2° L'éruption et les squames ne sont pas contagieuses.

3° *Seul* le mucus bucco-pharyngé ou nasal ou auriculaire est l'agent de contagion.

4° Le diagnostic ne devra se poser que, d'après l'examen minutieux souvent répété de la langue et de la gorge et d'après leur cycle évolutif (l'exanthème n'étant qu'un signe accessoire).

5° Toute éruption à forme de scarlatine qui n'est pas accompagnée de la langue et de la gorge scarlatineuse est un érythème scarlatiniforme et n'a rien à voir avec la scarlatine, quand bien même elle s'accompagnerait de squames.

6° Il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité des formes frustes et larvées, dont le diagnostic entouré parfois de difficultés assez grandes sera rendu plus facile si l'on possède bien les notions précédentes.

7° Enfin, le contage résidant surtout et avant tout dans le milieu buccal, il faudra maintenir l'isolement de ces malades aussi longtemps que la langue et la gorge ne seront pas revenues à la normale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 13 octobre 1909)

M. Routier, vice-président, en ouvrant la séance, annonce la mort de deux membres correspondants, MM. Heurtaux (de Nantes) et Chevassu (de l'armée).

Il se fait l'interprète de la Société pour adresser au président absent, M. Reynier, l'expression de toute sa sympathie pour la perte si douloureuse qu'il a faite de son fils, mort victime du devoir.

Scoliose congénitale. — M. Kirmisson fait un rapport sur deux observations adressées par M. Coville. Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de trois ans et demi sans aucun antécédent familial. La mère a fait une chute au troisième mois de sa grossesse. Dès la naissance de l'enfant, on a constaté une déviation latérale de la colonne vertébrale, une scoliose dorso-lombaire à convexité gauche. La radiographie a montré l'existence de deux coins osseux sur la partie latérale gauche de la colonne. Il y avait aussi des altérations du côté des côtes, entre autres une soudure entre la troisième et la quatrième côtes du côté gauche. Ce sont là les caractères anatomiques habituels de la scoliose congénitale.

La seconde observation est de même ordre; elle se rapporte à une fillette de dix ans et demi, sans antécédents. Au moment de la naissance la mère remarque une voussure du

thorax en avant. Il s'agissait d'une scoliose à double courbure. Mêmes caractères anatomiques que dans le cas précédent.

La scoliose congénitale a été considérée, jusqu'à l'arrivée de la radiographie, comme extrêmement rare. La radiographie a permis de constater qu'elle était plus fréquente qu'on le croyait. M. Kirmisson insiste sur l'importance, au point de vue du diagnostic, de ces coins osseux à sommet dirigé vers la concavité et à base dirigée vers la convexité. Il rappelle les faits qui ont été publiés et les thèses qui ont traité cette question.

Quelle est la pathogénie de la scoliose congénitale? M. Kirmisson discute cette difficile question sans la trancher.

Arthrite suppurée du coude d'origine otique. — M. Lejars analyse deux observations de MM. Lesueur et Rouvillois.

Un jeune soldat arrive à l'hôpital avec une otite suppurée qui bientôt se complique de mastoïdite, on le trépane. L'état s'améliore. Quelques jours après la température remonte, il présente une arthrite suppurée du coude gauche. On fait l'arthrotomie. Celle-ci est suivie d'ankylose et on fait, par la suite, une résection orthopédique partielle qui donne un très bon résultat fonctionnel.

Dans le second cas, il s'agit également d'un soldat atteint d'otite, avec suppuration mastoïdienne; trépanation. Quelques jours après, gonflement du coude gauche, double arthrotomie, guérison après une série d'accidents qui ont montré qu'il s'agissait d'une infection profonde.

M. Lejars fait observer qu'il résulte de ces faits et de bien d'autres qu'il existe encore un processus pyohémique, une pyohémie qui n'a rien de chirurgical, mais qui se caractérise par des foyers de suppuration multiples consécutifs soit à une infection locale, comme une otite, soit à une infection générale comme la fièvre typhoïde, la grippe.

M. Lejars rapporte un fait qu'il a observé en 1894 : il s'agissait d'un malade du service de M. Robin à la Pitié, qui à la fin d'une fièvre typhoïde eut une otite suivie de mastoïdite. M. Lejars trépana l'apophyse mastoïde. Tout allait bien quand après une huitaine de jours, ce malade eut de nouveau une température élevée et se plaignit de la jambe gauche. Il eut un phlegmon diffus de la jambe qui dut être incisé. L'examen du pus montra qu'il contenait les bacilles d'Eberth. Il s'agissait donc ici d'une infection éberthienne généralisée.

M. Lejars rappelle qu'on a vu parfois ces pyohémies survenir après une érosion insignifiante. En 1907, il a relevé 7 cas de ce genre dont un s'est terminé par la mort. Il s'agit souvent aussi, dans ces cas, d'infections streptococciques. Il faut, chez ces malades, intervenir chirurgicalement de bonne heure.

Dans le cas de M. Rouvillois où il a dû être pratiqué une résection orthopédique, M. Lejars fait observer qu'on a fait de la mobilisation précoce.

Cette remarque va devenir l'objet d'une nouvelle discussion entre les partisans et les adversaires de la mobilisation précoce.

M. Lucas-Championnière pense que c'est surtout pour l'ouverture de ces arthrites suppurées qu'il faut avoir recours aux antiseptiques les plus puissants. Dans les résections orthopédiques on peut respecter l'olécrâne, mais mieux vaut une pure et simple résection. Quand on fait l'incision médiane, on conserve tout ce qu'il faut du triceps. Enfin M. Championnière est partisan de la mobilisation précoce et mobilise ses réséqués du coude dès le quatrième jour.

M. Quénu insiste sur les grands avantages, dans les résections orthopédiques, de l'interposition musculaire. Il cite plusieurs exemples dans lesquels il a obtenu, par ce moyen, d'excellents résultats.

Contrairement à MM. Lejars et Lucas-Championnière, il n'est nullement partisan de la mobilisation précoce. M. Quénu laisse ses réséqués au moins quinze jours avant de les mobiliser. Par la mobilisation précoce on détermine des semis d'os qui deviennent des ostéomes.

M. Delbet rappelle qu'on a abordé, dans cette discussion, trois points : 1° la conservation de l'olécrâne ; 2° l'interposition musculaire; 3° la mobilisation.

La conservation de l'olécrâne n'a pas une grande importance. Le gros danger c'est la réankylose. L'interposition musculaire constitue un grand progrès. M. Delbet rappelle l'observation d'une jeune fille dont le coude fut réséqué une première fois, qui eut une réankylose et qui fut réséquée une seconde fois avec interposition musculaire. Le résultat fut, cette fois, parfait.

Quant à la mobilisation, M. Delbet est de l'avis de M. Quénu. Il est opposé aux mobilisations hâtives. Toutefois il est d'avis de changer le membre de position, même sans défaire le pansement. Il n'a recours à la mobilisation réelle qu'après sa cicatrisation complète. Une mobilisation trop précoce peut compromettre le résultat.

M. Sieur rappelle que ces cas d'infection peuvent reconnaître des causes locales ou des causes générales. Il insiste sur le nombre des otites suppurées consécutives à la scarlatine, à la rougeole, à la grippe. Il faut aussi compter avec la phlébite du sinus latéral. Il faut, dans ces cas, intervenir aussi hâtivement que possible; de même pour les articulations.

Tumeur maligne du cuir chevelu. — M. Potherat présente un malade qui a été opéré onze fois d'une tumeur récidivante du cuir chevelu et chez lequel la radiographie semble retarder la récidive.

Tumeurs de la paroi abdominale. — M. Routier présente deux fibromes extraits de la paroi abdominale; ils étaient complètement séparés l'un de l'autre; l'un était pédiculé, l'autre était libre dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Balle de revolver dans le canal rachidien. — M. Tuffier présente une balle de revolver qu'il a retirée du canal rachidien d'une jeune femme. Une première fois guidé par la radiographie et l'appareil de Contremoulin, il fait une tentative d'extraction sans succès. Une seconde tentative ne fut pas plus heureuse. Enfin s'étant rendu compte que la balle était libre dans le canal rachidien, il plaça la malade en conséquence, se guida sur la radioscopie et put, cette fois, enlever la balle qui a séjourné, fort longtemps, dans le liquide céphalo-rachidien sans subir aucune altération.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 8 octobre 1909)

Nécrologie. — Le président annonce le décès survenu pendant les vacances de MM. Jules Besnier et Rougon, membres honoraires et de MM. Godlewski et Jeannerat, membres titulaires.

Pyélo-néphrite d'origine calculeuse. — M. Mortier insiste sur l'utilité, quand le rein opposé est reconnu normal, de faire une néphrectomie d'emblée, opération qui devient le plus souvent obligatoire au bout de peu de jours. Il insiste aussi sur l'absence possible dans ces cas d'hématies dans les urines centrifugées et l'obligation qu'il faut avoir de recourir à la radiographie.

M. Boursier estime également que les hématies sont un symptôme important dans les cas de calcul du rein, mais il peut faire défaut quand le calcul est très gros et enclavé.

Drainage du liquide céphalo-rachidien. — M. Wicart rappelle ses travaux parus en 1906 dans une thèse inaugurale intitulée : *Abcès du cerveau d'origine otique*.

Radiographie rapide, présentation de clichés. — M. Desternes. Les progrès réalisés, tant dans l'appareillage que dans la technique radiologique, ont permis d'abaisser, dans une proportion considérable, la durée des temps de pose : en moins d'une demi-minute, on peut à l'heure actuelle, d'une façon courante, obtenir d'excellents clichés de n'importe quelle région. C'est là un avantage considérable qui supprime la fatigue et la douleur pour le malade et qui permet d'obtenir, par l'immobilisation plus facile autant que par la richesse des radiations, des épreuves plus nettes et plus précises. C'est enfin par la possibilité d'opérer en apnée, un procédé qui permet l'examen de régions soumises à l'influence des mouvements respiratoires et qu'on ne pouvait jusqu'alors obtenir de façon convenable.

Cancer et fulguration. — M. de Keating-Hart expose les résultats donnés jusqu'à ce jour par sa méthode, *la fulguration*, appliquée au traitement du cancer. Sa statistique porte sur 247 cas. Les cas très graves et déjà abandonnés par la chirurgie, mais où la méthode a pu être appliquée intégralement, ont donné 65 p. 100 de guérisons durant depuis trois ans et demi au plus, et six mois au moins.

Les cas opérables, où l'exérèse au cours de la fulguration a pu être largement faite, ne comptent pas encore un échec. *Or, dans ces trois catégories, la majorité des cas est constituée de cancers du sein, des os et des muqueuses : langues, rectums, etc.*

L'auteur ajoute que, seules des erreurs de technique, parfois chirurgicale, le plus souvent électrique, expliquent les échecs de sa méthode entre les mains de plusieurs expérimentateurs.

CONCOURS D'AGRÉGATION

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le décret du 22 août 1854 ;

Vu le statut du 16 novembre 1874 ;

Vu l'arrêté du 21 juillet 1909 (1) ;

Vu l'avis de la commission de médecine du comité consultatif de l'enseignement public ;

Arrête :

Article premier. — Il sera ouvert à Paris, en 1910, des concours pour trente-six places d'agrégé à répartir de la manière suivante entre les facultés de médecine ci-après désignées :

Facultés	Section d'anatomie et embryologie.	Section de physiologie.	Section de physique biologique et médicale.	Section de matière médicale et pharmacodynamie.	Section de médecine générale.	Section des maladies mentales.	Section de chirurgie générale.	Section d'anatomie pathologique.	Section d'obstétrique.	Section d'ophtalmologie.	Section de pharmacie.	Total
Paris	(a) 2	1	»	1	3	1	2	1	(a) 2	1	»	14
Bordeaux	1	»	»	»	2	»	1	»	1	»	»	5
Lille	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	2
Lyon	1	»	»	»	3	»	3	»	»	»	1	8
Montpellier	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	2
Nancy	1	1	»	»	1	»	1	»	»	»	»	4
Toulouse	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Totaux	5	2	1	1	11	1	9	1	3	1	1	36

(*a*) La seconde place est une fondation de l'Université de Paris.

Art. 2. — Ces concours s'ouvriront :

Le 23 mai 1910 pour la section de médecine générale ;

Le 26 mai 1910 pour la section des maladies mentales et pour la section d'ophtalmologie ;

Le 30 mai 1910 pour la section de chirurgie générale ;

Le 6 juin 1910 pour la section d'anatomie et embryologie, pour la section de physiologie et pour la section d'obstétrique ;

Le 10 juin 1910 pour la section d'anatomie pathologique et pour la section de matière médicale et pharmaco-dynamie ;

Le 15 juin 1910 pour la section de physique biologique et médicale et pour la section de pharmacie.

Art. 3. — Les candidats aux sections de médecine générale, de chirurgie générale et d'obstétrique s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour une des places mises au concours dans chaque faculté.

Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Fait à Paris, le 14 octobre 1909.

Gaston Doumergue.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 83, p. 1056, et n° 87, p. 1103.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

du 25 au 30 octobre 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 25 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re partie) : MM. Reclus, Proust et Ombrédanne ; — (2e partie) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Sicard ; — M. Legry, suppléant.

Mardi 26 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie), *Charité* (1re partie) : MM. Pozzi, Quénu et Marion ; — (2e partie, (1re série) : MM. Hutinel, Jeanselme et Nobécourt ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Balthazard et Castaigne ; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier*, à neuf heures du matin (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. André Broca, suppléant.

Mercredi 27 octobre, à une heure. — 2e : MM. Gautier, Langlois et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Marcel Labbé et André Jousset ; — M. Desgrez, suppléant.

Jeudi 28 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Nicloux et Brumpt.

2e : MM. Prenant, Gley et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Marion.

4e : MM. Pouchet, Chantemesse et Balthazard ; — M. André Broca, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie Levé, 17, rue Cassette.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Gynécologie médicale. Traitement médical des maladies des femmes, par le professeur Albert Robin et le docteur Paul Dalché. 3e édit. revue et augmentée. In-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, Vigot frères.

Guide clinique et thérapeutique du praticien, par le docteur Palasne de Champeaux, médecin principal de la marine. In-8° de 334 p., cart. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Leucopathies, Métastases, Albuminuries et Ictères leucopathiques, par le docteur Emile Feuillié, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° raisin de 196 p. avec 4 pl. en coul. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Steinheil.

Cours de philosophie positive. T. VI : « Complément de la philosophie sociale et conclusions générales », par Auguste Comte. In-8° de 592 p. avec une grav. en taille douce de Maurice Froment. — Prix : 2 francs. — Paris, Schleicher frères.

La Fulguration, sa valeur thérapeutique, par le docteur Zimmern, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-18 de 96 p., cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 119. — MARDI 19 OCTOBRE 1909. 82e ANNÉE. MARDI 19 OCTOBRE 1909. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 18 octobre 1909.

L'avenir de l'internat est gravement menacé par le décret du 11 janvier 1909 portant réorganisation des études médicales. Telle est la constatation que fait M. le professeur Arnozan dans son rapport général à la deuxième assemblée de l'*Association des membres du corps enseignant des Facultés de médecine* qui se tiendra à Paris les 29 et 30 octobre.

Il est un fait bien connu, c'est que sous le régime actuel, en province comme à Paris, les candidats à l'internat, absorbés par la préparation de leur concours, cessent de fréquenter la Faculté ou interrompent même leur scolarité. Ils suivent les services hospitaliers le matin et consacrent le reste de leur temps à préparer les conférences.

Devenus internes ils s'occupent de leurs laboratoires, fréquentent même tel ou tel laboratoire de la Faculté, mais combien assistent à des cours magistraux?

Avec le décret du 11 janvier, cette anomalie disparaîtra-t-elle? Non, pense M. Arnozan, la situation va s'aggraver encore.

Grâce à la complication et à la surcharge des programmes, grâce à l'obligation de suivre chaque année une série déterminée de travaux pratiques et de subir chaque année un nombre d'examens correspondants, les candidats, plus encore qu'aujourd'hui, seront amenés à interrompre nettement leur scolarité vers la troisième année et à ne la reprendre que trois ou quatre ans plus tard, une fois internes.

« Si l'on songe au temps perdu qu'entraînera pour ces jeunes gens le service militaire, dit M. Arnozan, on peut calculer facilement vers quel âge ils pourront quitter les hôpitaux. Vous estimerez avec moi qu'il n'est pas sage de prolonger indéfiniment ces carrières d'étudiants ni d'ajourner jusqu'après trente ans le moment où les internes pourront véritablement entrer dans la vie médicale. Si pour ceux qui se destinent à l'enseignement, l'affaire n'a pas une très grande importance, il n'en va pas de même pour ceux qui se destinent à la pratique médicale qui forment la très grande majorité des internes, et sont, dans les grandes ou les petites villes où ils s'établissent, l'honneur du Corps médical.

Le décret du 11 janvier 1909 semble avoir eu confusément l'intuition des difficultés que je signale ; c'est ainsi qu'il dit : « Des facilités seront accordées aux internes des hôpitaux pour l'accomplissement des stages spéciaux » (Titre III, art. 12).

Mais ces facilités, sur lesquelles il ne s'explique pas, et qui d'ailleurs ne concernent que les spécialités cliniques, et non les travaux pratiques, ne visent que l'embarras où se trouveront les internes déjà nommés de se conformer aux prescriptions du décret ; rien n'est dit relativement aux obstacles que ce décret apportera à la *préparation* des concours et au *recrutement* même de l'internat. »

Il y a là un fait grave que l'on doit savoir gré à M. Arnozan d'avoir signalé.

Nous sommes persuadés qu'il retiendra l'attention de l'assemblée des membres du corps enseignant, et que les groupements d'anciens internes ne se désintéresseront pas de cette question.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 16 octobre 1909. — Question donnée : « Symptômes et évolution du mal de Pott dorsolombaire. »

MM. Leroy (Paul), 14; Latour (Louis), 9; Luizy, 10; Jousseaume, 18; Leroy (Maurice), 12; Lesage, 17; Lesellier, 3; Lascaux, 14; Laffineur, 7; Kahn, 10; Mlle Kaufmann, 15; MM. Leroy (Jean), 6; Lequien, 9; Loubrieu, 14; de Lostanges-Beduce, 13; Loiseau, 11; Logeais, 13; Lecharpentier, 11; Lecerf, 17.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision du 11 octobre 1909 :

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Auclert, maintenu au 4e génie; Roux, passe au 49e d'inf.; Leniez, au 106e d'inf.; Lévêque, au 10e bat. d'art. à pied; Langlois, à l'école spéciale milit. de Saint-Cyr; Guilhaumon, à la légion de la garde républicaine; Chanal, maintenu au 35e d'art.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Dircks-Dilly, passe au 138e d'inf.; Autour, aux hôpit. de la division d'Oran; Malard, au 22e drag.; Enjalbert, à la compagnie saharienne du Touat; Larroque, au 13e huss.; Delahousse, au 28e d'inf.; Worms, au 79e d'inf.; Carel, au 6e génie; Pitois, au 4e génie.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1490.*)


Sirop Roche
Ch. Weiss
Comprimés de Thiocol Roche

SUR UNE FORME PARTICULIÈRE

DE

NÉVROSE CARDIAQUE

(PHRÉNOCARDIE DE HERZ)

Par R. MORICHAU-BEAUCHANT (de Poitiers).

Cette année même, Max Herz [de Vienne (1)] dont on connaît la compétence en matière d'affections cardiaques vient d'attirer l'attention sur une forme très particulière de névrose cardiaque à laquelle il a donné le nom de « phrénocardie ». Voici d'après lui quels seraient les traits essentiels de cette névrose.

Trois symptômes cardinaux la caractérisent, la douleur, les troubles respiratoires, les palpitations.

La douleur occupe toujours la région précordiale, les malades la localisent le plus souvent au-dessous et en dehors de la pointe du cœur. Son intensité est variable, elle affecte la forme de piqûre, d'élancement ou de crampe. Elle est visiblement en rapport avec la respiration. Elle est ressentie dans la profondeur; d'après l'auteur elle ne se produit pas au niveau du cœur, mais bien du diaphragme.

Les troubles respiratoires sont variables mais ne manquent pour ainsi dire jamais. Il n'y a pas à proprement parler de dyspnée, mais une gêne respiratoire par défaut d'activité du diaphragme. Les mouvements respiratoires sont superficiels et entrecoupés de respirations profondes, suspirieuses; les malades accusent l'impression d'une sorte de barrage avec rétrécissement de la poitrine. Objectivement par l'examen radioscopique, on constate nettement un abaissement du diaphragme.

Les sensations anormales du côté du cœur sont nombreuses; fortes palpitations, faux pas, tachycardie s'observent habituellement, augmentées par l'attention et par l'excitation psychique. L'examen du cœur montre d'ailleurs celui-ci absolument normal. Il n'existe aucune modification de la tension artérielle.

Comme symptômes accessoires on note des troubles neurasthéniques, de grandes oscillations de l'état général suivant les jours, ou en rapport avec les variations barométriques, le vent, la pluie, etc., des douleurs dans les membres et dans le cou. Le moment du coucher est particulièrement pénible. Il y a des troubles du sommeil, des cauchemars, des réveils avec battements de cœur, etc.

Mais une des caractéristiques de la maladie est l'existence de crises paroxystiques survenant à intervalles plus ou moins éloignés et au cours desquels les symptômes redoublent d'intensité. Alors on voit se développer des signes d'excitation psychique extrêmement marqués, des douleurs cardiaques lancinantes, de grandes respirations forcées avec sensation de gêne profonde, des pauses respiratoires pouvant durer jusqu'à trente secondes, de la tachycardie, de la petitesse du pouls, des frissons, l'évacuation abondante d'urines claires après la crise. La durée et la fréquence de ces accès sont tout à fait variables, une demi-heure, parfois plusieurs heures; ils reviennent plusieurs jours ou plusieurs nuits de suite, ils peuvent être séparés par des intervalles plus ou moins longs.

Le terme « phrénocardie » créé par Herz indique que, d'après cet auteur, la névrose ne frappe pas seulement le cœur, mais encore le diaphragme qui dans sa moitié gauche présenterait une sorte de contracture. Les manifestations morbides se produiraient donc à la fois dans plusieurs territoires nerveux, nerfs et centres nerveux du cœur, sympathique, phrénique.

La maladie survient le plus souvent chez les femmes à l'âge moyen de la vie, mais peut s'observer chez l'homme et se produire à tout âge.

Les accidents, et ceci constitue une des caractéristiques de la maladie, seraient d'après Herz d'origine sexuelle et seraient en rapport avec des désirs sexuels impérieux et non satisfaits; l'onanisme et les excès sexuels y conduiraient, mais surtout les fraudes dans le coït, les désirs sexuels non assouvis, les tendances homosexuelles, les traumatismes sexuels, les déceptions amoureuses, etc.

Nous avons eu l'occasion d'observer cette année même et de suivre pendant de longs mois un malade chez lequel nous avions porté le diagnostic de névrose cardiaque. Mais l'allure très particulière des symptômes qu'il présentait nous avait fort intrigué, et à ce moment nous avions fait quelques recherches d'ailleurs négatives, parmi les auteurs français, pour nous rendre compte si un syndrome analogue avait été déjà décrit. Le travail de Herz n'est venu à notre connaissance que tout récemment, alors que notre malade nous avait quitté déjà depuis quelque temps. L'observation très détaillée que nous avons prise à son sujet s'adapte exactement à la description de l'état morbide auquel l'auteur a donné le nom de phrénocardie. Encore que certains points auraient mérité d'être creusés davantage, il nous semble qu'elle revêt une certaine valeur, du fait que se trouve ainsi éliminée toute tendance de notre part à vouloir faire rentrer dans un cadre connu les troubles que nous avions constatés et que nous n'avions pu rattacher à une maladie déjà classée. Voici cette observation :

Cl... Fr..., âgé de trente-deux ans. Ingénieur habitant Paris. Les antécédents héréditaires sont très chargés au point de vue nerveux, mère soignée à plusieurs reprises dans une maison de santé pour des troubles nerveux graves, frère épileptique.

Le malade a toujours été nerveux et impressionnable. Il tombait facilement en syncope pour des occasions futiles, ouverture d'abcès, vaccination, etc. Vers l'âge de quinze ans il eut deux bronchites assez sérieuses, qui guérirent sans lui laisser de traces. A dix-huit ans, pendant un exercice de canotage il éprouva une douleur aiguë au niveau du cœur suivie d'une syncope assez longue; toute la journée il éprouva des malaises du côté du cœur. Un repos de quelques jours suffit à faire disparaître les troubles. Vers l'âge de vingt-sept ans, devant entrer comme ingénieur au Comptoir d'Escompte, il passa une visite médicale : on constata certains troubles du

(1) Max HERZ. *Die sexuelle psychogene Herzneurose (Phrenokardie)*, Wien und Leipzig, 1909.

côté du cœur qui lui firent refuser le certificat nécessaire. Jusqu'au commencement de l'hiver 1908-1909, l'état du malade se maintient bon, il mène une vie très active, se livre à des exercices physiques assez violents sans ressentir aucun malaise.

Le malade caractérise de la façon suivante le début des accidents, nous nous bornons à transcrire la note qu'il nous a donnée : « Pendant la première partie de l'hiver 1908-1909, à la suite de surmenage et surtout d'excès génitaux, j'eus un jour une forte syncope suivie de troubles nerveux et à trois reprises dans la journée de nouvelles velléités de syncope. Je reste trois jours au lit après avoir été ramené chez des parents, grâce à des piqûres de caféine. Le surlendemain le docteur diagnostique une névrose cardiaque. Pendant ces troubles du cœur la respiration est haletante et angoissée. Après une semaine de chambre je reprends progressivement mes occupations. Période de sommeil bon. Les journées trop fatigantes provoquent le soir des palpitations et des interruptions du cœur. Troubles génitaux. Je consulte le professeur Bouchard. Il conseille : repos, dix heures de sommeil, strychnine et spartéine, bains tièdes salés. Il trouve au cœur environ une interruption pour vingt pulsations. Je retourne à l'usine avec ménagement, mais je suis obligé pour y aller et en revenir de passer trois heures par jour en tramway. Dix jours se passent pendant lesquels je dors mal. Je me sens fatigué, puis j'ai en tramway une velléité de syncope. Je descends et m'étends dans une boutique. Je cesse alors tout travail. Le soir qui suit, apparition d'un point douloureux violent dans la région du cœur (sensation de coup de poignard), arrêt du pouls et vertige, je vais terminer la nuit chez un ami : les symptômes décrits se reproduisent moins intenses ; la nuit se termine dans l'angoisse. Le matin à six heures, crise de nerfs et à trois reprises dans le cours de la matinée, réapparition du point suivi chaque fois d'une crise. Je reste étendu par terre dans un état de demi-syncope ; étouffement, besoin d'air et d'éther, respiration haletante, angoisse extrême, parfaitement conscient ; piqûres d'éther ; extrémités insensibles. Les nuits suivantes, sommeil très mauvais malgré le sulfonal et les calmants, insomnies avec angoisse, point douloureux toujours le même; huit jours après la crise je pars pour Poitiers accompagné du docteur Chauveau. »

Nous voyons le malade à la maison de santé de Pont-Achard où il est descendu le soir même de son arrivée le 11 février. C'est un garçon d'aspect assez frêle, légèrement amaigri, le teint est pâle. Il nous raconte d'une façon très calme ce qui lui est arrivé, il ne se montre pas préoccupé outre mesure de son état, mais il voudrait bien voir disparaître les crises dont il a gardé un fort mauvais souvenir. Il se plaint aussi de ses insomnies qui sont très tenaces.

L'examen somatique ne révèle absolument rien d'anormal, sauf au niveau de l'appareil circulatoire. En prenant le pouls on est frappé des intermittences qu'il présente, une pulsation manque tous les trois ou quatre battements. Je compte 46 pulsations par minute. Le pouls paraît un peu faible. Du côté du cœur le malade n'accuse en ce moment aucune douleur. On sent battre la pointe dans le cinquième espace un peu au-dessous et en dehors du mamelon, l'impulsion est nette. A l'auscultation on constate des intermittences correspondant aux arrêts du pouls. Les bruits ne sont peut-être pas très bien frappés, mais ils ne présentent par ailleurs rien d'anormal, pas de galop, pas de souffles. Les intermittences sont souvent perçues par le malade, mais pas constamment et surtout lorsqu'on attire son attention sur son cœur. Il n'existe pas d'œdème. Aucune modification du côté des vaisseaux du cou : le foie ne dépasse pas les côtes. Les urines normales comme quantité ne renferment ni sucre ni albumine. Rien à signaler à l'auscultation des poumons, toutefois le malade se plaint parfois d'une sensation d'étouffement et fait de temps en temps des respirations profondes. La langue est rose, l'estomac fonctionne assez bien, le malade n'a pas grand appétit en ce moment, rien de particulier à l'examen de l'abdomen. Il existe plutôt de la constipation.

Il n'y a pas d'habitudes alcooliques, le malade ne fume pas, il n'a pas eu la syphilis.

Le diagnostic porté par nous fut névrose cardiaque. Le traitement consista en bains tièdes, préparations de valériane et de bromure. Pour calmer ses insomnies, nous lui donnons du véronal à la dose de 50 centigrammes. Un peu plus tard, lorsque le mieux commença à apparaître, nous lui fîmes prendre de la strychnine et de la spartéine, il reçut en outre 24 injections de sérum névrosthénique (cacodylate de strychnine 1/2 milligramme, glycéro-phosphate de soude 0,10 centigrammes).

Le malade resta pendant quatre mois à la maison de santé : nous pûmes l'observer plusieurs fois par semaine, le voyant jour et nuit. De la longue observation que nous avons prise à son sujet, nous nous bornerons à faire ressortir les points essentiels, en insistant sur les crises à allures très particulières qu'il présenta à plusieurs reprises pendant son séjour à Poitiers.

En dehors des accès l'état était tolérable : le malade allait et venait, son cœur l'incommodait peu. Il présentait cependant à l'habitude des intermittences, mais celles-ci étaient plus rares, n'apparaissant par exemple que toutes les 20 ou 30 pulsations, ou à des intervalles encore plus longs. La douleur à la région précordiale se montrait bien de temps en temps, mais elle n'était guère pénible et elle le gênait peu. Par moments il éprouvait aussi une certaine gêne respiratoire comme s'il ne pouvait aller au bout de sa respiration, mais en somme le malade pouvait marcher, monter des pentes assez dures sans être incommodé. L'appétit était assez bon, les digestions ordinairement régulières, la constipation persistait et nécessitait l'emploi de différents laxatifs. Le seul symptôme gênant était une insomnie qui ne cédait, et parfois pas toujours, qu'au véronal, souvent le malade se réveillait la nuit, ou parfois au matin, le cœur palpitant avec des intermittences, une angoisse plus ou moins vive qui l'empêchait de se rendormir. Après une bonne nuit le malade se sentait très bien, il lisait, écrivait et fournissait sans difficulté un travail intellectuel parfois assez compliqué.

L'état du malade était tout différent au moment des crises. Celles-ci se produisirent à plusieurs reprises pendant son séjour à Poitiers et chaque fois pendant plusieurs jours de suite. Ordinairement elles survenaient le soir et duraient de huit heures à onze heures, mais plusieurs fois elles survinrent le matin au réveil vers cinq heures. Les impressions morales, les émotions jouaient un rôle indiscutable dans leur production. Avant leur apparition les insomnies étaient en général plus tenaces et le malade éprouvait de violents besoins sexuels. La crise était immédiatement annoncée toutes les fois par une violente douleur dans la région précordiale ; elle était comparable à un coup de poignard ou à une crampe. Elle siégeait aux environs du mamelon, était localisée mais n'affectait pas toujours le même siège, elle paraissait siéger plutôt dans la profondeur. Le malade l'indiquait nettement avec le doigt, mais la pression ne paraissait pas l'augmenter, bien que la peau fût parfois le siège d'une hyperesthésie fort nette ; la douleur persistait autant que la crise. En même temps que la douleur le malade sentait davantage les intermittences de son cœur. Il était pris surtout d'une sorte d'angoisse indéfinissable qui se calmait complètement lorsque j'étais auprès de lui. Objectivement on était frappé par les altérations du rythme respiratoire, le malade faisait de petites respirations superficielles, puis une ou deux fois par minute une grande inspiration suspirieuse bruyante ; cependant il n'y avait pas de dyspnée à proprement parler, le malade restait dans le décubitus dorsal, le facies n'était pas modifié. En dehors du point fixe à la région précordiale, il n'accusait au-

cune douleur ni dans les membres supérieurs ni ailleurs. Du côté du cœur rien de bien particulier n'était noté, les intermittences étaient plus fréquentes qu'à l'état normal, mais le pouls n'était pas plus petit, ni les bruits plus mal frappés. Le chiffre des pulsations était généralement augmenté, mais sans dépasser 100, 110.

La fin de la crise qui se produisait après parfois plusieurs heures était marquée par des bâillements et parfois par l'émission d'une urine claire et abondante. Pendant la crise on donnait au malade un peu d'éther, on lui faisait un enveloppement froid du thorax et c'est ce qui parut lui réussir le mieux.

Après la crise le sommeil venait et, grâce au véronal, il se prolongeait une partie de la nuit : le matin au réveil, parfois il éprouvait un peu de malaise, mais rien de comparable à ce qui avait eu lieu le soir. Dans la journée le malade ne se sentait pas très en train, souvent la douleur persistait, les mêmes accidents recommençaient le soir et cela pendant plusieurs jours de suite. Le malade attira souvent notre attention sur la douleur déjà signalée, c'était elle qui marquait toujours le début des accidents et tant qu'elle persistait, même atténuée, il ne considérait pas la crise comme terminée. A Poitiers il n'eut jamais de syncope.

En dehors de ces grandes crises revenant plusieurs jours de suite, il avait parfois, même pendant ses périodes les meilleures, de petites crises ébauchées en quelque sorte; il se réveillait la nuit à cause de la douleur précordiale, sentait plus ou moins son cœur, présentait les inégalités respiratoires dont nous avons parlé, puis ou se rendormait ou restait éveillé jusqu'au matin, il se levait alors très fatigué et la journée n'était pas bonne.

D'une façon générale son état alla en s'améliorant : dans la dernière quinzaine de mars il eut une période excellente, il dormait très bien, grâce au véronal il est vrai, mais à petites doses, n'avait presque plus d'intermittences cardiaques, il restait sans avoir aucune crise : au commencement d'avril il eut un grand nombre de crises, plusieurs petites vers la fin du mois. Vers le milieu de mai il présenta aussi à plusieurs reprises des malaises analogues. Toutefois il était beaucoup plus vigoureux qu'au début, il faisait des promenades de plusieurs kilomètres, montait des côtes abruptes et jamais il ne parut que ces exercices physiques aient eu la moindre action sur la production des crises. Il fit deux séries de piqûres de sérum névrosthénique tout en continuant par périodes le valérianate; assez souvent avant le coucher il faisait l'enveloppement froid, en cas de menace de crise. Il était toujours obligé pour dormir d'avoir recours au véronal dont la dose fut abaissée à 20 centigrammes, mais à cette dose les effets n'étaient pas constants. Le malade quitta la maison de santé le 15 juin très amélioré, mais non guéri. Il ne pouvait encore en effet reprendre ses occupations, nous avons eu une fois de ses nouvelles ; dans sa lettre il nous disait qu'il était à la campagne, qu'il était assez actif, mais que par moments il sentait son cœur et qu'il présentait parfois des crises analogues, quoique beaucoup moins fortes, à celles que nous avions constatées. A cette date (20 juillet) il n'avait pas encore pu reprendre ses occupations professionnelles.

Chez notre malade nous retrouvons, et avec une netteté telle qu'il est impossible de s'y méprendre, tous les traits essentiels de la névrose décrite par Herz et énumérés plus haut : douleur précordiale, troubles respiratoires si particuliers, palpitations et faux pas du cœur, crises paroxystiques où tous ces symptômes s'exacerbaient. Particulièrement à noter chez notre malade l'existence de troubles sexuels sur lesquels il avait été le premier à attirer notre attention. Il avait noté leur retour avant les crises, si bien que de lui-même il voyait là un rapport de cause à effet.

La question qui se pose actuellement est de savoir si l'état morbide, décrit par Herz sous la dénomination de phrénocardie, constitue une névrose bien individualisée et mérite une place à part parmi les troubles nerveux si nombreux qui peuvent frapper le cœur. En suivant notre malade, nous avions bien eu l'impression qu'il s'agissait là d'un syndrome tout particulier qui par bien des côtés se distinguait du groupe d'ailleurs si confus des fausses angines de poitrine, dites nerveuses; nous serions donc assez tenté de nous ranger à l'opinion de Herz; une seule observation ne peut d'ailleurs résoudre le problème et la question appelle de nouvelles recherches.

En Allemagne le professeur Erb (1), dans un important travail qui vient de paraître, a admis l'existence de l'état morbide individualisé par Herz et a rapporté plusieurs observations très démonstratives. Il fait cependant quelques réserves au sujet de la pathogénie indiquée par cet auteur, pour lequel la phrénocardie est toujours en rapport avec un trouble sexuel. Erb, tout en reconnaissant sa fréquence, a noté cependant son absence dans plusieurs des cas qu'il rapporte. Il est d'ailleurs assez difficile de savoir exactement à quoi s'en tenir sur ce sujet, d'autant que la maladie frappant le plus souvent le sexe féminin le médecin peut facilement être induit en erreur, l'enquête étant particulièrement délicate. Il faudrait encore se demander, d'après Erb, étant donné l'extrême fréquence des troubles sexuels et la rareté de la phrénocardie, quels sont les autres facteurs qui interviennent pour en favoriser le développement.

Le pronostic est celui des autres névroses cardiaques. Peu grave *quoad vitam*, il comporterait certaines réserves du fait de la longueur et de la ténacité des accidents; notre malade après six mois de traitement n'est pas encore suffisamment guéri pour pouvoir reprendre ses occupations. La guérison doit être considérée comme la règle, mais n'exclut pas les récidives ni le développement de troubles nerveux d'un autre ordre.

Le traitement présente de nombreuses difficultés : tout d'abord il faudra régulariser le facteur sexuel, ce qui est loin d'être toujours possible. Une psychothérapie active constituera la partie la plus importante de la thérapeutique. On y joindra des médicaments toniques et nervins, des calmants (valériane, bromures). Le traitement par les agents physiques donnera de bons résultats, gymnastique, exercice modéré, massage vibratoire, bains calmants. Il faut s'abstenir, à moins d'indications contraires, de digitale, de caféine, de narcotiques trop violents. Dans notre cas, nous nous sommes particulièrement bien trouvé, au moment des crises, de l'application de compresses froides sur le thorax, formant un véritable maillot humide que nous maintenions pendant une heure ou deux.

(1) Erb. Ist die von Max Herz beschriebene « Phrenocardie » eine scharf abzugrenzende Form der « Herzneurosen » ? *Münch. mediz. Wochens.*, 1er juin 1909.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

XIII[e] SESSION (PARIS, 7-9 OCTOBRE 1909)

DES CALCULS DE L'URETÈRE

M. Emile JEANBRAU (de Montpellier), rapporteur.

I. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les calculs urétéraux s'arrêtent surtout aux deux extrémités du conduit, régions où le calibre est le plus étroit. En laissant de côté les pierres du bassinet obturant le « goulot » de l'uretère, qu'on étudie avec la lithiase rénale, le dépouillement de 214 observations donne la répartition suivante : 46 calculs de l'uretère lombaire (soit 22 p. 100); 15 du segment iliaque (7 p. 100); 105 de la portion pelvienne (51 p. 100); 36 de la portion intra-vésicale (17 p. 100). En somme, les calculs pelviens constituent la grande majorité (70 p. 100).

Le calcul est *solitaire* dans 90 p. 100, et *unilatéral* dans 96 p. 100 des cas. La *forme* est, en général, allongée comme celle d'un projectile. Le *volume* habituel est celui d'un noyau d'olive ou de datte. On en a extrait de gros comme une prune et même un œuf de poule (Eschenbach).

L'*uretère calculeux* est souvent dilaté *au-dessus* du calcul, au point d'atteindre le volume de l'intestin grêle ou du bras, même chez l'enfant (cas d'Albarran).

Au-dessous, il est quelquefois retreci, et cette sténose, signalée par Albarran dès 1895, occasionne une fistule, si on ne l'incise pas après l'extraction de la pierre, et si on ne place pas une sonde urétérale à demeure.

Au niveau du calcul, l'uretère présente des modifications qui varient suivant le volume, la forme, la durée du séjour du caillou. M. Jeanbrau divise les calculs urétéraux en trois groupes : 1° les calculs *mobiles*; 2° les calculs *enclavés*; 3° les calculs *enchatonnés*. Les premiers peuvent s'éliminer ou être refoulés dans le bassinet, d'où on les enlèvera par néphrotomie ou pyélotomie. Les seconds sont fixés au-dessus d'une sténose; les derniers se sont creusé un nid dans la paroi urétérale, et on ne peut les enlever, même à l'autopsie, qu'en incisant le conduit à leur niveau.

Quelles sont les causes qui déterminent l'arrêt du calcul dans l'uretère? Le volume de la pierre ne constitue pas le seul facteur important. De 239 observations, M. Jeanbrau conclut que ces causes sont les suivantes : a) *causes tenant au calcul* : 1° le diamètre du calcul engagé dans le « goulot » du conduit est trop large; 2° le calcul, même petit, présente des aspérités qui s'agrafent dans la muqueuse; 3° il est ovoïde et lisse, mais il bascule, se place obliquement, et ses pointes se coiffent dans la paroi et s'enchatonnent; b) *causes tenant à l'uretère* : 1° les trois étranglements normaux (collet, coude marginal, portion intra-murale); 2° une anomalie de forme ou de calibre (plicatures, rétrécissements et torsions décrits par Bazy en 1903); 3° replis muqueux de Wœlfler et valvules d'Englisch; 4° rétrécissements acquis dus à des cicatrices consécutives au passage de calculs qui ont déchiré la muqueuse, soit à une urétéro-pyélite; 5° compression par une tumeur pelvienne de l'uretère infecté.

II. ETUDE CLINIQUE. — Dans 62 p. 100 des cas, les malades ont eu des coliques néphrétiques. Les calculs latents de l'uretère sont beaucoup plus rares que ceux du rein. Cinq éventualités donnent lieu à des symptômes fonctionnels : 1° la *migration*; 2° l'*enclavement*; 3° la *pénétration dans l'uretère juxta et intra-vésical*; 4° l'*obstruction*; 5° l'*infection*.

Voici comment M. Jeanbrau résume le tableau clinique suivant le siège du calcul :

1° *Symptômes fonctionnels des calculs lombaires, iliaques et de la moitié supérieure de l'uretère pelvien.*

Prédominance de symptômes à physionomie rénale;

Coliques néphrétiques sans résultat (Tuffier) avec douleurs lombaires irradiées à l'uretère, ou *vice versa;*

Douleurs spontanées sur une certaine étendue de l'uretère persistant après la crise, et pouvant persister indéfiniment avec des exacerbations dues au mouvement, à la digestion, etc.;

Hématuries microscopiques après les crises;

Rarement, phénomènes vésicaux.

2° *Symptômes fonctionnels des calculs de l'uretère juxta-vésical.*

Coliques néphrétiques sans résultat et crises urétérales;

Douleur pelvienne, continue ou intermittente;

Symptômes vésicaux, séminaux, testiculaires et rectaux (Young).

3° *Symptômes fonctionnels des calculs de l'uretère intra-vésical.*

Symptômes vésicaux simulant un calcul de la vessie avec douleur au bout de la verge, brûlure à la miction, dysurie, arrêt brusque du jet, pollakiurie par mouvement;

Symptômes séminaux et testiculaires (Young);

Coliques néphrétiques sans résultat et crises urétérales lorsque le calcul obstrue le méat.

Ces phénomènes sont notablement plus marqués lorsqu'il y a prolapsus intra-vésical de la muqueuse urétérale.

Evolution et pronostic. — Tout calcul abandonné dans l'uretère s'accroît progressivement et détermine l'une des quatre éventualités suivantes : 1° la destruction du rein par pyonéphrose; 2° la destruction du rein par uronéphrose; 3° la sclérose et l'atrophie rénales; 4° la périurétérite avec ulcération, puis perforation du conduit, phlegmon périnéphrétique et fistule urétérale. De sorte qu'on peut conclure : *tout calcul arrêté dans l'uretère poursuit fatalement la destruction du rein qui l'a formé. En même temps, il prépare l'anurie pour le jour où surviendra l'oblitération de l'uretère opposé.*

III. DIAGNOSTIC. — On explore l'uretère par le *palper abdominal* (points para-ombilical de Bazy, iliaque de Tourneur et Hallé, vésical de Guyon et Bazy, points de Pasteau); par le *toucher vaginal et rectal*, par la *cystoscopie* et le *cathétérisme urétéral.* Dans vingt cas on reconnut l'existence d'un calcul par le toucher vaginal; treize fois on fit le diagnostic

par le toucher rectal. La méatoscopie urétérale ou examen cystoscopique des orifices urétéraux donne des renseignements précieux, permet de découvrir un calcul qui « montre son nez » dans la vessie, ou d'en soupçonner la présence grâce à un certain degré de prolapsus de la muqueuse urétérale qui prouve que le canal se contracte pour expulser un corps étranger. Les différents aspects cystoscopiques des méats d'un uretère calculeux sont décrits en détail d'après Fenwick et 29 observations. Le cathétérisme explorateur constitue enfin, avec la radiographie, un excellent moyen de diagnostic.

IV. Etude radiographique.—Après une étude de diagnostic différentiel, M. Jeanbrau consacre un chapitre à la radiographie urétérale. Une règle s'impose qui ne sera enfreinte, dit-il, sous aucun prétexte. *Il faut radiographier systématiquement l'appareil urinaire en totalité.* Peu importe que le malade ne souffre que d'un côté. De même qu'un médecin ausculte les deux poumons et qu'un oculiste examine les deux yeux, le radiographe doit explorer les deux reins, les deux uretères et la vessie. De plus, M. Jeanbrau pose en principe que *la radiographie doit être pratiquée chez tous les pyuriques, après avoir éliminé la tuberculose par l'inoculation systématique des urines.*

Il donne ensuite la technique radiographique des voies urinaires d'après les travaux de Béclère, Guilloz, Contremoulins et Arcelin ; il indique les précautions à prendre pour l'interprétation des clichés, énumère les conditions de non-visibilité des calculs, passe en revue les principales causes d'erreur d'interprétation radiographique (et non pas, comme on le dit à tort, d'erreurs radiographiques) ; il termine en disant que le meilleur moyen d'éviter ces erreurs d'interprétation consiste à faire la radiographie stéréoscopique après cathétérisme urétéral avec une sonde à mandrin métallique. Ce chapitre est illustré de 7 planches hors texte.

V. Etude thérapeutique. — Tout calcul arrêté dans l'uretère constitue un triple danger pour le rein puisqu'il le conduit fatalement à la distension, à la suppuration ou à l'atrophie. Il en résulte que *l'extraction des calculs urétéraux s'impose plus systématiquement et plus hâtivement que celle des calculs du rein.* En dehors de l'anurie, il y a, dit M. Jeanbrau : 1° des calculs à surveiller ; 2° des calculs à dégager par les voies naturelles ; 3° des calculs à enlever opératoirement.

En période d'anurie, on doit tenter le cathétérisme du dernier uretère obstrué comme l'ont fait avec succès Albarran, Desnos, Ertzbischoff, Imbert, Luys et Pasteau. Mais il faut bien savoir que le cathétérisme urétéral n'est inoffensif que s'il est fait du côté qui vient de s'obstruer en dernier lieu.

En dehors des manœuvres cystoscopiques, trois méthodes opératoires permettent d'enlever les calculs urétéraux : 1° l'extraction par l'orifice supérieur de l'uretère, après néphrotomie ou pyélotomie ; 2° l'extraction par l'orifice inférieur, après cystotomie ; 3° l'extraction du calcul par incision de l'uretère ou urétéro-lithotomie.

M. Jeanbrau passe en revue les avantages et les indications des différentes opérations et donne les détails importants de la technique de l'urétéro-lithotomie et de la suture de l'uretère.

Les *résultats* sont excellents. La mortalité de l'urétéro-lithotomie faite de propos délibéré est de 6,25 p. 100. Si on défalque les cas où le malade a été opéré en pleine anurie, la mortalité tombe à 1,66 p. 100 (une mort sur 60 opérations).

La guérison survient toujours sans fistule lorsque le chirurgien a vérifié la perméabilité urétérale au-dessous du calcul et qu'il a incisé le rétrécissement, s'il en a constaté l'existence. Quant à la récidive M. Jeanbrau n'a pu en trouver qu'un seul cas sur 220 observations. Encore est-il probable qu'il s'agit, non d'un calcul néoformé, mais d'un fragment oublié lors de la première intervention.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 15 octobre 1909)

L'albumino-réaction des crachats tuberculeux. — M. Roger. La recherche de l'albumine dans les expectorations est aussi simple, aussi rapide et aussi importante que la recherche de l'albumine dans les urines. Les crachats sont délayés dans de l'eau ; on verse quelques gouttes d'acide acétique, on jette sur un filtre et, dans le liquide qui passe, on recherche l'albumine par les procédés habituels. Il faut seulement avoir soin, si on emploie la chaleur, d'ajouter un peu de sel marin. Sans cette précaution, l'albumine ne se coagule pas.

Les observations que l'auteur a recueillies avec l'aide de M. Lévy-Valensi et qui sont actuellement au nombre de 151, lui permettent d'affirmer que les crachats des tuberculeux renferment toujours de l'albumine. Quand l'albumino-réaction est négative, on peut rejeter le diagnostic de tuberculose. Bien que la réciproque ne soit pas vraie, on conçoit l'importance pratique de cette conclusion.

Les nouveaux détails qu'il vient de donner suffisent à établir que, contrairement aux critiques formulées par M. Bezançon, la méthode chimique n'est ni lente ni compliquée. Elle lui paraît beaucoup plus simple que la méthode micrographique utilisée par MM. Bezançon et de Jong. M. Roger la croit aussi plus exacte puisqu'elle permet de déceler dans les crachats tuberculeux un exsudat albumineux dont l'existence a échappé aux recherches des auteurs.

Chancre simple labial unipolaire. — MM. Emile Géraudel et Ménard. Un homme âgé de trente-sept ans présente une ulcération irrégulière, à bords abrupts, un peu décollés, à fond suppurant et saignant, douloureux à la pression.

L'auto-inoculation est positive. Des frottis du pus provenant de l'ulcération expérimentale montrent des bacilles de Ducrey.

Le malade, porteur d'une plaie légère de la lèvre, avait infecté cette plaie à la suite de rapports bucco-vaginaux. Les organes génitaux étaient indemnes.

Ce cas doit être ajouté aux 16 cas connus, qu'ont rappelés MM. Queyrat et Marcel Pinard, dans une communication antérieure faite à la Société en février 1909.

La physiologie pathologique des paralysies diphtériques. — MM. Georges Guillain et Guy Laroche. La clinique et l'expérimentation prouvent que les paralysies diphtériques, dans la plupart des cas, sont en rapport avec le lieu de formation de la toxine et que l'atteinte des centres nerveux se

fait par un processus de névrite ascendante toxique. L'anatomie pathologique, même avec les procédés d'investigation récents, n'a donné aucun résultat précis sur la pathogénie des paralysies dans la diphtérie, aussi leur a-t-il semblé que la physiologie pathologique de ces paralysies devait être envisagée par des méthodes toutes différentes qui, à leur connaissance, n'ont pas encore été employées.

Récemment, ils ont observé un malade de vingt-trois ans qui, à la suite d'une angine diphtérique, a présenté une paralysie complète du voile du palais, puis des symptômes bulbaires aigus (hoquet, vomissements, bradycardie, dyspnée), lesquels amenèrent la mort. Le liquide céphalo-rachidien ne montra aucune réaction cellulaire; de plus inoculé aux cobayes par voie intra-cérébrale, il ne détermina aucun trouble. Ils ont pris des fragments de bulbe au niveau des noyaux des nerfs naissant de cette région du névraxe; ils ont été lavés pendant vingt-quatre heures à l'eau courante, puis broyés avec du sérum physiologique; le liquide ainsi obtenu a été inoculé à des cobayes par voie intra-cérébrale, intra-péritonéale et sous-cutanée; les animaux sont morts rapidement alors que des animaux témoins inoculés dans les mêmes conditions, mais avec d'autres régions du névraxe, n'ont présenté aucun trouble. A l'autopsie le sang du cœur de ces animaux est resté stérile. Ces expériences prouvent que dans le bulbe de leur malade atteint de paralysie bulbaire existait de a toxine qui ne se montrait pas dans d'autres parties du système nerveux.

Une autre série d'expériences leur a montré que la substance nerveuse mise au contact de dilutions de toxine diphtérique fixe cette toxine et que, même après un lavage de vingt-quatre heures, l'inoculation de cette substance nerveuse peut déterminer des paralysies et la mort plus ou moins rapide des animaux. Dans d'autres expériences, les auteurs ont vu que les lipoïdes extraits du système nerveux par l'éther étaient parmi les substances celles qui spécialement fixaient la toxine diphtérique.

Cet ensemble de faits, intéressant au point de vue du mécanisme lésionnel des corps toxiques microbiens prouve aussi, mieux que n'avait pu le faire l'anatomie pathologique, l'origine centrale des paralysies diphtériques chez l'homme.

M. Chauvet, présenté par M. Pissavy, fait une communication sur le **sérum antiméningococcique de Flexner dans le traitement de l'arthrite blennorragique.**

Méningite cérébro-spinale à rechutes. Guérison complète après injections de sérum pendant la seconde rechute. — M. E. de Massary communique l'observation d'une femme vigoureuse, blanchisseuse de son état, ayant par conséquent des occasions faciles de se contaminer, prise brusquement d'une maladie caractérisée par des frissons, de la céphalée violente, des vomissements, de la raideur du rachis, des douleurs dans les membres, douleurs telles qu'aucun mouvement ne fut possible pendant quelques jours. Cette affection dura cinq semaines en s'amendant peu à peu, elle guérit une première fois sans traitement spécifique. Pendant trois semaines la santé fut presque normale, puis brusquement une rechute apparut; elle fut relativement bénigne et ne dura que quatre ou cinq jours; mais la santé ne se rétablit pas complètement et après trois jours d'apyrexie, une seconde rechute plus grave se produisit. Elle menaçait d'être aussi sérieuse que la première atteinte, mais cette fois la malade vint à l'hôpital, et là le véritable diagnostic posé rapidement, grâce à la ponction lombaire, permit d'instituer un traitement spécifique (3 injections de 20 centimètres cubes de sérum antiméningococcique, 1 de sérum de Dopter, 2 de sérum de Flexner, le premier étant épuisé).

La seconde rechute fut enrayée en trois jours. La guérison fut complète, sans séquelle. Il est permis de se demander si ce cas aurait eu une terminaison si favorable sans le traitement spécifique. Toutes les méningites cérébro-spinales à rechutes relatées jusqu'ici sont loin d'avoir été bénignes; les unes ont été mortelles; les autres, comme celle publiée par MM. Letulle et Lemierre, se sont terminées en laissant des séquelles nerveuses graves.

Dans le cas de M. de Massary, la guérison fut complète et on peut espérer qu'elle restera telle, car un mois après la dernière rechute la santé était parfaite. De plus, fait intéressant, le méningocoque disparut rapidement du liquide céphalo-rachidien, cela va sans dire, mais aussi du pharynx, ainsi que le montra M. Vincent. Il serait intéressant de savoir si pendant les intervalles qui séparèrent les rechutes, ce méningocoque avait persisté dans les cavités pharyngées, mais la malade n'étant entrée à l'hôpital qu'à sa dernière rechute, la question ne peut être résolue.

VARIÉTÉS

HOMOSEXUALITÉ DE NAISSANCE ET PSEUDO-HOMOSEXUALITÉ

D'après le professeur docteur P. Näcke.

Le professeur Näcke s'est, depuis de longues années déjà, occupé de l'homosexualité; mais persuadé que c'est faire un travail sans grande valeur que d'écrire sur un groupe d'individus sans avoir appris à les connaître dans leur milieu, il pria un de ses amis, le docteur Magnus Hirschfeld, de l'introduire dans une société d'homosexuels de Berlin. — Le résultat fut de changer complètement son opinion sur l'inversion qu'il avait tenu jusque-là pour un vice le plus souvent acquis et qu'il considère maintenant comme congénital.

C'est cette thèse qu'il expose dans un récent article de la *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1).

« Je n'ai pas besoin, dit Näcke, d'expliquer ce qu'il faut entendre par homosexualité. Il s'agit toujours d'une excitation sensuelle produite par un être du même sexe, conduisant à des actes sexuels, allant du simple baiser jusqu'à l'onanisme mutuel, l'acte le plus ordinaire, alors que la véritable pédérastie, c'est-à-dire le *coïtus per anum*, n'est pratiqué que par un petit nombre d'individus, 8 à 10 p. 100 environ. Il est nécessaire d'appuyer sur ce fait, parce que beaucoup de gens croient que le *coïtus per anum* est la chose la plus commune.

L'homosexualité suit une marche analogue à celle de l'hétérosexualité qui, simple ébauche au moment de la naissance, se montre avec le temps de plus en plus nette.

Il semble cependant que celle-là se développe plus vite et plus violemment aussi que celle-ci. Mais dans la plupart des cas d'inversion vraie, ce n'est assurément pas l'occasion qui la mettra à jour. On constate le plus souvent que le sujet, encore enfant, se sentait attiré d'une façon inexplicable vers certains enfants ou des hommes, à tel point qu'il ne se trouvait bien que dans leur fréquentation et passait très vite et instinctivement à une « familiarité corporelle ».

Cette sensation spéciale est si forte que les rapports avec une femme paraissent au sujet chose inconcevable et repoussante. S'il le peut il ne se marie pas, ou c'est alors contre sa volonté, ce qui amène bien vite une très malheureuse situation.

Il se peut que le désir homosexuel ne se montre pas pendant l'enfance, mais seulement au moment de la puberté. Lorsque ceux qui en sont atteints le comprennent, ils sont profondément malheureux et il n'est pas rare qu'ils se suicident. D'autres, par bonheur, reçoivent à cet instant critique, des éclaircissements d'un ami ou d'un livre, ils se trouvent alors soulagés et se considèrent non comme des réprouvés mais

(1) N° 39, 26 août 1909, p. 1477-79.

tout au plus comme des malheureux. Mais ce dernier cas est toujours rare parce que bien peu d'homos vont consulter un médecin pour tenter de se guérir. Lorsqu'ils se sentent malheureux c'est le plus souvent à cause de la fausse position dans laquelle ils se trouvent vis-à-vis de la société. La plupart ne font rien pour enrayer leur passion, beaucoup s'en trouvent bien et ne voudraient pas y renoncer, ainsi que je l'ai rencontré bien des fois.

Enfin, l'homosexualité peut aussi se faire jour beaucoup plus tard, après une longue pratique d'hétérosexualité. Ce sont des cas très rares « d'homosexualité tardive », ainsi que les a nommés Krafft-Ebing, qui n'admet que l'homosexualité de naissance, excluant complètement l'homosexualité acquise. Iwan Bloch partage cette manière de voir, depuis qu'il a renoncé à ses anciennes idées sur l'inversion par une connaissance personnelle d'un grand nombre d'homos. C'est aussi, depuis peu, l'avis d'un jeune collègue français qui a étudié de près les homosexuels berlinois.

La puissance de cet instinct peut être varié. Il peut exister en même temps ou alternativement avec le désir hétérosexuel, ce qui se rencontre chez les « bisexuels », deux ou trois fois plus nombreux que ceux qui ne pratiquent que l'homosexualité.

Les groupes énumérés représentent les invertis véritables ou de naissance. En face d'eux se dressent les « pseudohomosexuels » qui font des actes homosexuels, mais y trouvent un plaisir hétérosexuel. C'est dans les agglomérations d'hommes enfermés (internats, cloîtres, vaisseaux, casernes, prisons) qu'ils sont véritablement chez eux. Les pseudohomosexuels peuvent, pendant des années, continuer leur pratique et y prendre plaisir; mais aussitôt que l'occasion leur est donnée d'entrer en relation avec une femme, ils laissent de côté leur ancienne passion. Ils sont donc pseudohomosexuels faute de mieux. Un très petit nombre d'entre eux restent plus tard fidèles à l'homosexualité, ce sont des cas qu'on peut encore taxer « d'homosexualité tardive ». Mais dans les affaires judiciaires, il n'est presque jamais question de pseudohomosexuels, la plupart du temps il s'agit de vrais invertis, à part le cas d'un *puer publicus*, lequel est presque toujours hétérosexuel. Dans quelques pays civilisés, notamment en Orient, l'homosexualité est presque devenue une coutume nationale, comme dans l'antique Grèce et à Rome, où certainement les vrais homos ne formaient comme maintenant qu'une petite minorité, la majorité n'étant que pseudohomosexuelle.

On voit que ces deux classes, les pseudo et les vrais homosexuels n'ont entre eux qu'une ressemblance extérieure et diffèrent au fond totalement. Ceux-là ont une perversité, un vice; ceux-ci une native altération d'appétit sexuel. Maintenant se pose l'importante question de savoir s'il existe une homosexualité acquise. Ceux qui s'en sont vraiment occupé la nient absolument. En fait, aucun cas n'a encore été scientifiquement prouvé où l'homosexualité aurait été causée par l'onanisme, la séduction, l'imitation, les mauvaises lectures, l'alcool, etc. Dans les cas où il paraît en être ainsi, ce n'est que pseudohomosexualité, ou vraie inversion qui se montre. Assurément le débauché essaye de l'homosexualité lorsque rien ne le séduit plus, mais il y trouve un plaisir hétérosexuel et l'abandonne bientôt. S'il continue, nous admettrons alors, avec quelque raison, que l'inversion vient seulement de se faire jour chez lui, cas extrêmement rare. Aussi le débauché ne saurait servir de preuve.

Je mentionne encore un fait qui contredit l'opinion commune. On trouve parmi les homos des chastes et des jouisseurs, des bons et des méchants tout comme chez les hétérosexuels. Autant qu'on peut en juger par quelques recherches, ils ne sont pas ou à peine plus dégénérés ou plus chargés du côté héréditaire que les autres; il devient alors fort douteux de pouvoir considérer les invertis en tant que tels comme dégénérés.

On ne peut pas non plus parler de maladie, mais plutôt d'un état anormal si, comme il semble bien, l'inversion doit être entendue comme un arrêt de développement. En effet, la seule hypothèse d'origine vraisemblable est celle de la disposition bisexuelle de l'homme également en ce qui concerne les sensations sexuelles. Alors que chez les individus normaux, des deux dispositions hétéro et homosexuelle (1), c'est l'hétérosexualité qui très vite prend le dessus, chez les invertis c'est au contraire l'homosexualité, ce qui constitue une sorte d'arrêt.

Mais je n'ai pas constaté plus de signes de dégénérescence chez eux que chez les autres et une société d'homosexuels se différencie à peine d'une société d'hétérosexuels. Deux fois seulement j'ai rencontré des hommes distinctement efféminés. Mais il est difficile de dire si des traits féminins se trouvent plus fréquemment qu'à l'ordinaire chez les invertis, car le jugement est ici chose toute subjective, et des traits féminins se rencontrent aussi chez les hétérosexuels.

Enfin, je ne suis pas convaincu d'une hérédité homosexuelle. Rarement elle apparaît plusieurs fois dans la même famille; elle se montre en cas isolé, au hasard, dans des maisons jusque-là saines; la plupart du temps, en effet, les homosexuels ne se marient pas et sont par suite inféconds. Les homosexuels qui peuvent être d'utiles et d'habiles membres de la société se différencient si peu de leur milieu, que leurs proches parents, leurs connaissances, leurs amis, la plupart du temps, ne savent rien de leur perversion avant qu'ils se déclarent.

Et le fait, qu'on ne sait jamais si l'on n'a pas dans sa propre famille ou parmi ses meilleurs amis quelques homos, devrait disposer à plus d'indulgence et de compréhension envers eux. Il y a plusieurs années déjà, après avoir prié le docteur Hirschfeld de me montrer quelques homos, un beau jour il m'en envoya deux en visite. Quel ne fut pas mon étonnement de reconnaître un proche parent de ma femme, que je voyais depuis seize ans déjà, et dont j'ignorais la qualité ainsi d'ailleurs que toute sa famille.

La vraie homosexualité n'est donc ni un vice, ni un péché, mais un jeu de la nature, une variante anormale du désir sexuel, qui peut-être même jusqu'à un certain point a quelque chose de physiologique.

Comme il ne s'agit pas d'un vice mais d'un phénomène naturel, seuls les pseudohomosexuels, mais non les vrais invertis devront être punis. Mais en justice, comme nous l'avons dit plus haut, il ne s'agit que de ces derniers, ils doivent donc être acquittés, hors des cas, bien entendu, où l'hétérosexualité est punie comme délit de mœurs.

La situation est difficile pour l'homosexuel, parce que la plupart du temps, sa passion paraît être plus forte que chez l'hétérosexuel, parce que, de plus, il en est réduit à des gens payés qui souvent le font chanter. Il faut cependant qu'il observe scrupuleusement les lois en ce qui concerne les délits de mœurs, même si cela peut lui être plus difficile qu'aux autres. S'il commet une faute, un désir démontré violent (en fait la preuve est difficile à faire) pourra provoquer un adoucissement et même une remise de peine.

Le fait qu'on naît homosexuel, et que la passion est le plus souvent extrêmement violente, paraît *a priori* exclure la guérison durable par l'hypnose et la psychoanalyse. Jusqu'ici le contraire n'a pas été démontré et les prétendus succès de l'école viennoise de Frend ne seront certainement pas durables, il en est de même de ceux de Moll.

Là seulement où l'homosexualité est faiblement marquée, comme dans certains cas de bisexualité, on peut attendre quelque chose de bon de la psychoanalyse ou de l'hypnose.

(1) Je considère cette dernière comme plus ancienne philogénétiquement.

Les appétits, les instincts ne se laissent pas arracher, mais tout au plus voiler, lorsqu'ils sont faibles, il en est naturellement de même du désir sexuel. » H. ROUTHIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE. — PRIX SIRUS PIRONDI. — Le prix Sirus Pirondi est biennal, de la valeur de 300 francs, et sera décerné dans l'Assemblée annuelle du Comité médical, en avril 1910, à l'auteur du meilleur mémoire *inédit* sur un sujet de sciences médicales, au choix du concurrent. Tous les docteurs en médecine français peuvent concourir. Les mémoires devront être adressés avant le 31 décembre 1909 au secrétaire général du Comité médical des Bouches-du-Rhône, 3, marché des Capucins, à Marseille. Ils ne devront pas être signés mais porter en tête une légende reproduite sur une enveloppe cachetée, contenant le nom de l'auteur, qui sera jointe au mémoire.

PRIX RAMPAL. — Prix biennal de 120 francs. Ce prix sera décerné à l'assemblée générale de 1911. Sont seuls admis à concourir les étudiants en médecine régulièrement inscrits à l'Ecole de Médecine de Marseille. Pour le sujet et le mode d'envoi, mêmes conditions que pour le prix Sirus-Pirondi. Clôture : 31 décembre 1910.

PRIX ANNUELS. — Des prix annuels seront décernés par le Comité médical pour récompenser les étudiants en médecine ou en pharmacie de l'Ecole de Marseille qui présenteront, à la Commission scientifique réunie régulièrement tous les vendredis, des pièces d'anatomie normale ou pathologique (prix des étudiants en Médecine) ou des communications sur des travaux pratiques de pharmacie et de chimie (prix des étudiants en Pharmacie).

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — Un examen pour le titre de médecin sanitaire maritime aura lieu à Marseille, les 25 et 26 octobre 1909. Les candidats qui désirent subir l'examen prévu par l'article 16 du décret du 4 janvier 1896 sont priés de se présenter à la Direction de la Santé (Consigne Saint-Jean) pour se faire inscrire et prendre connaissance du programme adopté par M. le ministre de l'Intérieur.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarantième semaine, 774 décès, au lieu de 751 pendant la semaine précédente et au lieu de 804, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole a causé 11 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 51, au lieu de 45 précédemment (moyenne 36). Cette fièvre, dont on a signalé en juillet dernier jusqu'à 500 cas et 23 décès en une semaine, est devenue, comme on le voit, très peu répandue; ordinairement, en octobre, elle est plus rare encore.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 82 décès, au lieu de 93 pendant la semaine précédente (moyenne 100).

La phtisie pulmonaire a causé 141 décès (moyenne 180); la méningite tuberculeuse, 13 décès (moyenne 16); la méningite simple, 14 décès (moyenne 16); parmi eux nous comptons 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (le nombre des cas nouveaux signalés est de 2).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — SEMESTRE D'HIVER 1909-1910. — Les travaux d'anatomie, d'histologie et d'anatomie pathologique commenceront le vendredi 5 novembre, sous la direction de M. le docteur Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques.

Sont admis à disséquer dans les pavillons : 1° MM. les internes et externes des hôpitaux, à titre gratuit; 2° MM. les docteurs et étudiants en médecine, français et étrangers, moyennant le versement d'un droit de 50 francs par mois pour les docteurs et de 30 francs pour les étudiants.

Comporte également le versement d'un droit, l'admission dans le laboratoire du directeur.

M. le directeur reçoit le mercredi, de une heure et demie à trois heures, 17, rue du Fer-à-Moulin, à Paris.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Les médecins de la Clinique nationale des Quinze-Vingts commenceront, le mardi 9 novembre, un cours complet d'ophtalmologie qui se poursuivra pendant la période scolaire et comprendra toute la pathologie oculaire.

Les leçons seront faites tous les mardis, à une heure quinze, par MM. les docteurs Trousseau, Chevallereau, Valude et Kalt.

Nota. — La première leçon sera faite par M. le docteur Trousseau sur les conjonctivites.

RENSEIGNEMENTS

POUR MÉDECINS ET ÉTUDIANTS désireux de se spécialiser dans l'art dentaire leçons particulières les mettant à même en peu de temps de pratiquer les principales opérations de cette spécialité. — S'adresser au Journal.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 25 AU 30 OCTOBRE 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 29 octobre, à une heure. — 5ᵉ (chirurgie, 1ʳᵉ partie), *Necker* (1ᵉ série) : MM. Segond, Hartmann et Gosset; — (2ᵉ série) : MM. Delbet, Proust et Ombrédanne; — M. Lœper, suppléant.

5ᵉ (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin (1ʳᵉ partie) : MM. Lepage, Potocki et Couvelaire; — M. Langlois, suppléant.

Samedi 30 octobre, à une heure. — 5ᵉ (obstétrique), *Beaujon* (1ʳᵉ partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 27 octobre, à une heure. — M. MORNET. La protection de la maternité en France. (MM. Pinard, président; Gaucher, Branca et Couvelaire.) — M. CARNOT. De la tache bleue congénitale mongolique chez les enfants des différentes races et particulièrement chez les enfants européens. (MM. Gaucher, président; Pinard, Branca et Couvelaire.) — M. DUVAL. De l'auscultation du sommet du poumon entre les deux chefs du muscle sterno cléido-mastoïdien et de son application dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. (MM. Gaucher, président; Pinard, Branca et Couvelaire.) — M. LEVOT. Contribution à l'étude de la radiothérapie dans le traitement des sarcomes. (MM. Reclus, président; Segond, Proust et Zimmern.) — M. HURÉ. Contribution à l'étude des sarcomes kystiques de l'utérus. (MM. Segond, président; Reclus, Proust et Zimmern.) — M. BOUVIER. De l'appendicostomie dans le traitement des colites rebelles et ses indications. (MM. Segond, président; Reclus, Proust et Zimmern.)

Jeudi 28 octobre 1909, à une heure. — M. LEBEAUPIN. Traitement médical des cysticerques du corps vitré. (MM. de Lapersonne, président; Gilbert, Auvray et Nobécourt.) — M. JARDEL. Du diagnostic de la tétanie chez le nourrisson. (MM. Gilbert, président; de Lapersonne, Auvray et Nobécourt.)

Le Directeur-gérant : Dʳ François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



N° 120. — JEUDI 21 OCTOBRE 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 21 OCTOBRE 1909. — N° 120.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 18 octobre 1909. — Question donnée : « Extrémité supérieure du fémur. »

MM. Callot, 11 ; Caracostea, 14 ; Chenain, 15 ; Cornet, 16 ; Cornil, 5 ; Colombier, 13 ; Bénech, 7 ; Desplantez, 13 ; Destremont, 17 ; Bordenave, 10 ; Barabeau, 12 ; Barbary, 14 ; Augier, 13 ; Aureille, 5 ; Boussaguet, 5 ; Boussi, 13 ; Barbion, 4 ; Mlle Braïlowsky, 14 ; Aussilloux, 12 ; Basset, 11.

Pathologie. — Séance du 18 octobre. — Question donnée : « Signes physiques de la pleurésie séro-fibrineuse. Indications de la thoracenthèse. »

MM. Latour (Robert), 15 ; Lidy, 13 ; Laloux, 10 ; Levent, 16 ; Lacroix, 13 ; Lacaze, 12 ; Leuvrais, 12 ; Lamy, 3 ; Lepage (Constant), 15 ; Lepage (René), 6 ; Lefèvre (Pierre), 13 ; Legras, 8 ; Léger, 12 ; Le Gonellec, 13 ; Leclerc (Pierre), 10 ; Lefort (Alix), 11 ; Lefèvre (Gaston), 14 ; Ledoux, 14 ; Mlle Le Conte, 16.

Séance du 19 octobre. — Question donnée : « Tuberculose de l'articulation du genou. — Symptômes, évolution et diagnostic. »

MM. Lavat, 9 ; Lautier, 12 ; Laugier, 13 ; Larrousse, 14 ; Lapique, 15 ; Lambert, 3 ; Lavaux, 10 ; Doumenge, 13 ; Gambier, 12 ; Goudet, 12 ; Antonelli, 11 ; Dom, 9 ; Dombrowski, 9 ; Giroux, 11 ; Ducrohet, 11 ; Gineste, 14.

Séance du 20 octobre. — Question donnée : « Symptômes généraux et traitement général d'une hémorragie grave. »

MM. Gras et Gourcerol, 10 ; Gauchon, 11 ; Gehard, 10 ; Durand (René), 9 ; Fresney, 15 ; Gustin, 7 ; Dupuy (Lucien), 13 ; Garach, 6 ; Gallerand, 12 ; Grabois, 10 ; Gourvitch, 12 ; Falliès (Henri), 14 ; Duneau, 13 ; Grigaut, 10 ; Frémond, 4 ; Fortineau, 11 ; Guennou, 10 ; Fritz, 15,

Prochaine séance, vendredi 22 octobre, à neuf heures du matin.

LE IIe CONGRÈS INTERNATIONAL POUR LA RÉPRESSION DES FRAUDES (Croix-Blanche de Genève) s'est ouvert lundi à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Ruau, ministre de l'Agriculture.

Le Congrès est divisé en trois sections distinctes. La première, présidée par M. A. Müntz, membre de l'Institut, s'occupe de toute la technologie alimentaire.

La deuxième, présidée par M. le professeur Landouzy, membre de l'Académie et doyen de la Faculté, examine, au point de vue de l'hygiène, toutes les questions qui auront été traitées par la première section.

Enfin la troisième section, présidée par M. le professeur Guignard, membre de l'Institut, traite de l'importante question des falsifications dans les matières premières de la droguerie, produits chimiques et eaux minérales.

Comme l'année dernière, les commerçants et les producteurs honnêtes du monde entier ont répondu avec enthousiasme à l'appel de la Croix-Blanche.

Tous ont compris que l'œuvre commencée à Genève leur fournissait l'occasion, depuis si longtemps désirée par eux, de pouvoir s'unir assez nombreux, assez résolus pour opposer à jamais une barrière aux manœuvres frauduleuses qui paralysaient leurs efforts, menaçaient le bon renom de leurs produits et, on ne saurait trop le dire, constituaient pour la santé publique un danger chaque jour plus menaçant.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cesare Lombroso, professeur d'anthropologie criminelle à la Faculté de médecine de Turin ; et Pillot de Thorey, médecin sanitaire maritime.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire moderne. Traitements, ordonnances, médicaments nouveaux, par le docteur R. VAUCAIRE. In-18 de 1026 pages. — Prix : cartonné, 7 francs. — Paris, Vigot frères.

La Fulguration et ses résultats dans le traitement du cancer d'après une statistique de 247 cas, par le docteur DE KEATING-HART (de Paris). In-8 avec 97 gravures dans le texte et hors texte. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

A PROPOS

DU

SYNDROME DE COAGULATION MASSIVE

ET DE XANTOCHROMIE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

ESSAI DE PATHOGÉNIE — VALEUR DIAGNOSTIQUE

Par MM. W. MESTREZAT,
Chef des travaux de chimie,
et H. ROGER,
Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Dans une récente communication parue ici même (1), MM. Blanchetière et Lejonne ont attiré à nouveau l'attention sur un état particulier du liquide céphalo-rachidien caractérisé par sa coagulation en masse et sa coloration jaune. Cet article nous incite à revenir dans ce journal sur un travail d'ensemble que nous venons, en collaboration avec M. le professeur Derrien, de publier sur ce sujet dans la *Revue neurologique* (2), à résumer notre observation clinique ainsi que nos nombreuses analyses chimiques, et à insister tout particulièrement sur deux points, que nous n'avons guère qu'ébauchés jusqu'ici, la *pathogénie* et la *valeur diagnostique* de ce syndrome.

* * *

T... (Jules), cultivateur, âgé de vingt-neuf ans, entre, le 12 *mars* 1909, dans le service du professeur Carrieu pour paraplégie.

Le début de la maladie actuelle remonte au mois de *juin* 1908. Le malade ressentit de la faiblesse et des douleurs dans le membre inférieur droit. Puis ces phénomènes se montrèrent bientôt à gauche. En décembre, à la suite de crises de contracture survenues à droite, le malade dut s'aliter.

Lors du premier examen, *en mars*, la paraplégie est à peu près complète à droite.

A gauche, le malade peut soutenir légèrement son membre inférieur au-dessus du plan du lit; il ne résiste que faiblement aux mouvements qu'on lui impose.

Par effort de mobilisation, apparaissent des crises de contracture. Le malade ne peut faire que quelques petits pas soutenu par deux aides.

Il existe à droite des troubles de la sensibilité : hypoesthésie au tact et à la douleur, retard dans la perception des sensations. On note également des troubles sphinctériens. Les réflexes rotuliens sont exagérés; danse de la rotule, trépidation épileptoïde du pied des deux côtés. Les réflexes cutanés sont abolis. Le malade accuse une douleur à la pression profonde des masses sacro-lombaires à droite et au niveau des premières vertèbres lombaires.

Pas d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques.

6 *mai*. La maladie a nettement évolué, la paralysie du membre inférieur gauche a augmenté dans une proportion notable; elle est cependant actuellement en voie de rétrocession. A droite, l'amélioration est très notable, le malade meut son membre d'une façon presque normale. La marche est possible avec deux cannes.

Les réflexes sont toujours exagérés des deux côtés, pas de danse de la rotule, pas de trépidation épileptoïde des pieds.

La sensibilité est toujours un peu diminuée à droite. Les troubles sphinctériens ont disparu.

Le malade a suivi un traitement électrique. A signaler l'amélioration notable constatée après chaque ponction, dans les premiers mois tout au moins.

23 juillet 1909. L'état est resté stationnaire depuis le mois de mai.

Le malade quitte l'hôpital le 4 septembre, non amélioré.

Il s'agit donc cliniquement d'une paraplégie spasmodique avec troubles de la sensibilité et des sphincters. Le diagnostic qui s'impose est celui de méningomyélite lombaire subaiguë qui, d'abord prédominante à droite, s'est étendue ensuite à toute la superficie de la moelle. L'absence de tout antécédent syphilitique ou tuberculeux ne permet pas d'en préciser l'étiologie.

Une douzaine de ponctions lombaires ont été pratiquées durant le séjour à l'hôpital; neuf ont fait l'objet d'un examen plus particulier.

Lors des premières ponctions, le liquide *très xantochromique se prenait en masse* sous forme d'une gelée, soit par coagulation spontanée (ponctions des 14 et 22 mars), soit après addition de quelques gouttes de sérum frais. Dans la suite, la coagulation et la xantochromie ont été en diminuant jusque vers les premiers jours d'avril pour augmenter de nouveau et atteindre un taux qu'elles n'ont pas quitté depuis.

L'examen cytologique du culot obtenu par centrifugation *avant coagulation* montra à plusieurs reprises une formule hémato-lymphocytaire.

Dans le tableau de la page suivante sont résumés les résultats de nos analyses.

Nous sommes donc en présence d'un liquide céphalo-rachidien xantochromique, coagulable, renfermant des lymphocytes et des globules rouges. Il est très riche en albumine, la dose de sucre est élevée. Le Δ, les chlorures et les cendres ont des valeurs normales. A noter l'*intermittence* du syndrome.

* * *

Notre observation rentre dans le cadre de celles publiées jusqu'ici par Froin, Babinski, Cestan et Ravaut, Ballet et Delherm, Donath, Fornaca, Tedeschi, Sicard et Descomps, Froin et Foy, et caractérisées non seulement par *les particularités de leur liquide céphalo-rachidien* (*coagulation massive, xantochromie, hémato-leucocytose*), *mais encore par leurs symptômes cliniques* (*paraplégie spasmodique*) *et leur lésion inflammatoire méningo-myélitique*.

Le cas de MM. Blanchetière et Lejonne se distingue de ceux-ci, d'une part, par sa lésion anatomique (sarcome de la dure-mère), d'autre part par l'absence de réaction cytologique. Il est juste d'ajouter que Rindfleisch, Dufour avaient déjà publié des cas de liquide céphalo-rachidien xantochromique et coagulable dans la sarcomatose des méninges: mais à l'inverse du cas de MM. Blanchetière et Lejonne, il y avait de nombreux éléments leucocytaires, voire hématiques, dans le culot de centrifugation. Aussi ne faudrait-il point se hâter de généraliser, en oppo-

(1) Blanchetière et Lejonne. Syndrome de coagulation massive et de xantochromie du liquide céphalo-rachidien dans un cas de sarcome de la dure-mère. *Gaz. des hôpit.*, 14 sept. 1909, p. 1303.

(2) Derrien, Mestrezat et Roger. Syndrome de coagulation massive de xantochromie et d'hémato-leucocytose du liquide céphalo-rachidien : méningite rachidienne hémorragique et cloisonnée. *Revue neurol.*, 15 sept. 1909, p. 1077-1087.

	1re PONCTION *14 mars.*	2e PONCTION *22 mars.*	3e PONCTION *30 mars.*	4e PONCTION *6 avril.*	5e PONCTION *20 avril.*	6e PONCTION *1er mai.*	7e PONCTION *18 mai.*	8e PONCTION *20 juin.*	9e PONCTION *13 juillet.*
Réaction	lég. alcal.	lég. alcal.	lég. alcal.	lég. alcal.	lég. alcal.	lég. alcal.	lég. alcal.	lég. alcal.	lég. alcal.
Xantochromie	très marquée.	très nette.	légère.	à peine indiquée.	de nouveau assez nette.	très légère.	très légère.	très nette.	marquée.
Fibrinogène (coagulation provoquée)	qté tr. not. (coagulat. massive).	qté tr. not. (coagulat. massive).	qté moy. 0,32. voile const.	plus de coagulat.	qté moy. 0,35. voile const.	faible qté. léger voile.	voile consistant.	«	qté. moy. voile très consistant.
Albumines totales	très abond.	9.66	6.00	4.00	5.00	4.55	5.50	10.80	—
Rapp. sérino-globuline	—	—	—	—	3/1	2/1	—	—	—
Albumoses et peptones	—	0	0	—	0	0	0	0	0
Az H^3	—	0	—	0	—	0	—	—	—
Sucre	—	0,81	—	0.90	0.60	—	0.55	—	—
Nacl	7.22	7.36	7.35	7.55	—	6.88	7.02	7.26	—
Extrait 100 degrés	—	—	—	—	—	—	18.50	—	21.30
Cendres	—	—	—	—	—	—	9.00	—	—
Δ	—	— 0°,58	—	— 0°,59	—	— 0°,58	— 0°,58	— 0°,57	— 0°,59
Perméabilité aux nitrates	—	—	—	10 milligr.	—	—	10 milligr.	—	—
Examen cytologique	hématies. quelq. lymphocytes.	culot négligeable.	culot négligeable.	culot négligeable.	hématies. lymphoc.	hématies. lymphoc.	cul. faible. légère lymphocyt.	culot très faible.	pas de culot.

sant deux syndromes distincts, avec ou sans hémato-leucocytose, correspondant à la nature inflammatoire ou néoplasique du processus méningé.

Un fait reste ; c'est que, dans le syndrome de coagulation et de xantochromie pris dans son ensemble, *la réaction hémato-leucocytaire n'est pas absolument constante* : elle peut faire complètement défaut (Blanchetière et Lejonne) ou n'être qu'intermittente (cas personnel). D'ailleurs, quand elle existe, sa formule est variable. Des trois éléments du syndrome, c'est celui qui a la moindre valeur.

Autre point important : la xantochromie et la coagulation massive ne sont pas étroitement liées comme on avait pu le croire tout d'abord, à la méningo-myélite (1) pas plus qu'elles ne sont propres à la tumeur méningée. Ces caractères ne sont pas uniquement commandés par la nature inflammatoire ou néoplasique de la lésion : on ne s'expliquerait point leur extrême rareté au cours de maladies en somme assez fréquentes. Mais ils dépendent de circonstances particulières, d'une *disposition anatomique spéciale*, qu'on peut trouver réalisée dans le sarcome comme dans la méningite et qui permettent à l'un ou l'autre de ces processus d'engendrer ce syndrome.

Trois autopsies de méningo-myélite nous font connaître cette lésion (Cestan et Ravaut, Tedeschi, Sicard et Descomps). C'est une symphyse méningée plus ou moins complète encerclant la moelle ; ce sont dans cette symphyse de petites cloisons délimitant des poches méningées, séparées ainsi de la grande cavité sous-arachnoïdienne. Dans les cas de sarcomatose, c'est soit une symphyse méningo-médullaire assez analogue (Dufour), soit une compression de la moelle par la tumeur, telle que toutes deux paraissent adhérer entre elles (Blanchetière et Lejonne), isolant presque complètement le cul-de-sac terminal sous-jacent du reste du grand lac sous-arachnoïdien.

Poches méningées cloisonnées ou cul-de-sac terminal ainsi isolé, il y a toujours là une sorte de *vase clos où le liquide céphalo-rachidien stagne*, sans participer au grand courant général, d'autant que ses voies de résorption habituelles (gaines péri-vasculaires) sont le plus souvent en partie obstruées, englobées ou comprimées par la symphyse ou la tumeur. Qu'une hémorragie se produise dans ce vase clos ou seulement une transsudation du plasma sanguin à travers les capillaires superficiels de lésions très vasculaires, et les éléments ou les principes extravasés séjourneront dans ce liquide céphalo-rachidien de stase : d'où persistance de la coloration jaune (1) et de la coagulation massive, qu'on peut opposer à la rapide disparition de la xantochromie et à l'absence de coagulation massive constatées dans les hémorragies méningées banales (2) diffusant dans tout le

(1) Nous employons à dessein le terme vague de méningo-myélite pour ne point préjuger de son étiologie : la tuberculose, la syphilis ont été incriminées dans quelques cas.

(1) Cette coloration primitivement rosée, passe successivement par toutes les teintes des pigments biliaires, engendrées par dégradation de l'hémoglobine.

(2) Très rares sont les cas d'hémorragie méningée s'accompagnant d'un coagulum fibrineux même léger (Vigneras, Renault et Foy), nous ne connaissons que le cas tout récent publié par Vai-

liquide céphalo-rachidien et *se résorbant facilement*. La présence ou l'absence d'éléments figurés tiendra à la seule nature hémorragique ou transsudative de cette extravasation, tout au moins en ce qui concerne les hématies, la présence de leucocytes dépendant surtout du processus inflammatoire.

Nos analyses chimiques (forte proportion persistante du fibrinogène, taux élevé du sucre qui rappelle celui des transsudats), la possibilité d'une autolyse des albumines extravasées (présence d'albumoses signalée par Donath), la non perméabilité de dehors en dedans et surtout de dedans en dehors (Froin et Foy) se joignent aux constatations nécropsiques pour affirmer l'*enkystement*, la *stase* de ce liquide céphalo-rachidien hémorragique : à elles seules elles auraient pu suffire à établir cette pathogénie. Aussi, étant donné les caractères qui rapprochent le liquide de ces poches méningées des transsudats, on peut se demander si l'on est bien en droit de parler encore de « liquide céphalo-rachidien » et s'il ne vaudrait pas mieux, pour ne point préjuger de sa nature, employer le terme de « liquide de ponction lombaire ».

De ce que le syndrome de xantochromie et de coagulation massive peut avoir pour cause des processus d'origines différentes, en résulte-t-il que la seule étude détaillée du liquide céphalo-rachidien, indépendamment des circonstances cliniques, ne puisse nous fournir aucun renseignement utile au *diagnostic*, aucun argument en faveur de l'une des deux lésions dans lesquelles on a rencontré ce syndrome : sarcome ou méningite?

Sans doute la *réaction cytologique* n'est pas un élément absolument fixe du syndrome. Toutefois son absence (constatée à plusieurs reprises) milite plutôt contre la méningo-myélite, sans que la réciproque soit tout à fait vraie, sans que sa présence puisse faire écarter d'une manière absolue le diagnostic de sarcomatose (cas de méningite sarcomateuse avec leucocytose de Dufour, Rindfleisch). Mais les caractères de cette formule cytologique peuvent être d'un précieux secours quand elles nous montrent la présence de ces grandes cellules à gros noyau, semblables à des cellules néoplasiques (Rindfleisch).

Enfin l'*intermittence* du syndrome paraît tout au moins jusqu'ici propre à la méningo-myélite.

En résumé, le syndrome de coagulation massive et de xantochromie du liquide céphalo-rachidien peut se rencontrer :

1° surtout dans la méningo-myéltte;

2° parfois dans les tumeurs des méninges médullaires.

Lorsque le syndrome histo-physico-chimique est au grand complet (avec hémato-leucocytose) et lorsqu'il présente au cours de la maladie un certain caractère d'intermittence, il s'agit d'une inflammation des méninges rachidiennes, et même d'un type un peu spécial de méningite : *méningite hémorragique et cloisonnée.*

vraud et Remy sous le titre d'hémorragie arachnoïdienne protopathique (*Rev. méd. de l'Est*, 1er et 15 sept. 1909) où soit signalé un coagulum assez important. Mais l'aspect très nettement *hémorragique* différencie suffisamment ces liquides de ceux que nous étudions dans cet article.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1909)

Sur le sucre total du plasma et des globules du sang. — MM. Lépine et Boulud.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1909)

La photothérapie de la tuberculose laryngée. — M. Hallopeau fait un rapport sur un travail de M. Nepveu relatif à cette question. On a utilisé jusqu'ici pour ce traitement les rayons solaires doublement réfléchis par d'épais miroirs; or, dans les villes sans altitude, l'action de la lumière solaire est bien affaiblie et les miroirs l'appauvrissent encore, surtout en rayons chimiques, qui sont les plus actifs. Pour obvier à ces inconvénients, l'auteur emploie la lampe électrique à arc très riche en rayons chimiques, et il la concentre et réfléchit à l'aide de lentilles et de miroirs en quartz perméables à ces rayons : ce procédé a donné d'excellents résultats.

Le coloboma. — M. Kirmisson rappelle qu'en mai dernier M. Jalaguier a communiqué à l'Académie un cas très intéressant de double coloboma facial. Ces faits sont très rares, et c'est ce qui a engagé M. Kirmisson à rapporter deux faits qui lui sont personnels.

Dans le premier cas, il s'agit de coloboma simple chez un petit garçon présentant une fente oblique partant du côté gauche de la lèvre supérieure, se portant en haut et en dehors pour venir aboutir à un coloboma séparant la partie inférieure en deux parties égales. De la commissure labiale droite part un sillon profond transversalement dirigé, qui est comme l'amorce d'un bec de lièvre commissural.

Dans le second cas, il s'agissait d'un coloboma facial double superposable à celui de M. Jalaguier, dont M. Kirmisson rappelle tous les détails. Les deux fentes obliques partant de la lèvre supérieure vont rejoindre la paupière inférieure. La fente droite est plus large et se termine par un bourgeon rougeâtre au niveau de la paupière inférieure complètement éversée, en ectropion. A gauche, la fente se prolonge également jusqu'à la paupière inférieure du même côté, mais avec moins d'ectropion de celle-ci. Ce fait est absolument comparable à celui de M. Jalaguier.

Quelle peut être l'étiologie de ces faits?

A cette question, M. Kirmisson répond qu'on n'en sait absolument rien. Il n'y avait rien à noter du côté des antécédents familiaux de ces enfants.

La pathogénie reste également assez obscure. M. Kirmisson rappelle les travaux qui ont été faits sur ce sujet, en particulier le mémoire de Morgan.

Indépendamment des vices de conformation analogues à ceux qu'on observe dans le bec de lièvre, M. Kirmisson, avec M. Jalaguier, pense qu'il faut attribuer les complications du coloboma à des troubles amniotiques ayant pour conséquences des brides et des adhérences qui ont entraîné les autres malformations.

Quant au traitement chirurgical, ces faits sont tellement rares qu'on a très peu l'occasion de tenter une intervention. Cependant M. Jalaguier a pu suivre son petit malade pendant

plusieurs années et il a pu recourir à une série d'interventions qui avaient abouti à un résultat très remarquable.

Chez son second malade, M. Kirmisson a pu corriger l'ectropion de la paupière; mais cet enfant, comme la plupart de ses semblables, ayant succombé, M. Kirmisson n'a pu aller plus loin.

XXII[e] CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[Paris, 4-9 octobre 1909 (1).]

DEUXIÈME QUESTION

DES SOINS ANTÉ ET POST-OPÉRATOIRES EN CHIRURGIE ABDOMINALE

Suite de la discussion.

M. Gibson (de New-York), dans une communication qui fut très appréciée, expose le traitement que les chirurgiens américains mettent en usage contre l'infection péritonéale, après les interventions sur l'abdomen. Le drainage se fait par une petite incision et un très gros drain allant jusqu'au petit bassin. Sur la table même d'opération, on fait le lavage de l'estomac, et on introduit un purgatif salin ou de l'huile de ricin. Celle-ci a l'avantage que, même si le malade en vomit, il en reste suffisamment, si on en a donné assez. Dans le transport de l'opéré de la salle d'opérations à son lit, on a grand soin de maintenir la situation déclive du bassin. Dès que les effets de l'anesthésique ont pris fin, l'opéré est mis en position demi-assise; on l'incline de temps à autre à droite. On installe l'arrivée continue d'eau salée dans l'intestin où elle est absorbée goutte à goutte. S'il y a douleur vive, de temps à autre piqûres de morphine.

Si le malade s'est remis du choc, on commence à s'occuper de l'action purgative et de la faire aboutir soit avec le calomel, soit avec des sels. L'urine se montre alors en abondance et, en vingt-quatre heures, l'état général se relève. Le très grand drain est retiré très vite — vingt-quatre ou trente-six heures — car on constate, au bout de quelques heures, qu'il ne donne plus rien. La plaie est pansée avec de la gaze.

Au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, la question des suites opératoires est jugée. Si la température se maintient au-dessus de la normale on combat physiologiquement cet état par le grand air; le malade est placé dans une vaste pièce dont les fenêtres restent ouvertes jour et nuit. Si, malgré cela, la péritonite s'aggrave, drainage à la Mickulicz, constitué par une pièce de caoutchouc perforé bourrée de gaze.

M. Villar (de Bordeaux). Le masque est une excellente précaution, surtout pour les professeurs qui, du fait de leur enseignement, sont amenés à parler pendant l'acte opératoire. La teinture d'iode est un excellent désinfectant de la peau, mais les plaies paraissent saigner plus que de coutume. Les purgatifs doivent être donnés l'avant-veille et non la veille de l'opération, parce que, dans ce dernier cas, les malades ne sont pas en état d'intégrité physiologique au moment de l'intervention. Un lavement est, par contre, indiqué le jour de l'opération. Un ou deux verres d'eau pris le matin de ce même jour ont été recommandés pour éviter les vomissements de l'anesthésie; M. Villar a expérimenté la chose et n'en a retiré aucune conclusion. Il croit la désinfection de la bouche difficile, irréalisable dans la clientèle hospitalière qui est réfractaire à ces soins de propreté. Il ne voit pas d'avantages à faire lever tôt les opérées, et connaît un chirurgien qui, ayant pris cette mesure, a perdu en peu de temps trois malades d'embolie pulmonaire. Il a abandonné l'emploi des morceaux de glace donnés aux opérées pour étancher leur soif; les résultats de cette pratique sont désastreux : les malades ont la bouche brûlée et leur soif devient inextinguible. Les purgatifs donnés trop tôt après l'opération en troublent les suites; à moins de motifs spéciaux il ne faut purger les opérés que du cinquième au septième jour. Jusque-là les lavements sont suffisants.

M. Doyen (de Paris), parmi les soins qui concernent la préparation du champ opératoire, considère que le badigeonnage avec de l'alcool formolé de 2 à 5 p. 100 est très supérieur à la teinture d'iode qui laisse de la crasse iodée. Ensuite un pansement humide d'une demi-heure avec le sublimé à 2 p. 1000.

L'asepsie des mains se fait très bien à l'eau très chaude et avec la pâte de savon. On fait la toilette des ongles et on plonge les mains quatre à cinq minutes dans le sublimé aqueux à 2 p. 1000 sans alcool.

Pour la chirurgie abdominale, il emploie de grands gants de caoutchouc autoclavés et un masque.

Il fait pendant l'opération, ou immédiatement après, dans tous les cas où l'infection est à craindre, une injection de mycolysine. Ce colloïde phagogène prévient l'infection générale; son action est particulièrement remarquable quand la broncho-pneumonie est à craindre ou vient à se déclarer.

Lorsque le cœur commence à fléchir, on relève facilement la tension artérielle en plongeant, d'après la méthode du professeur Fargas, de Barcelone, l'opéré dans un bain à 29 ou 25 degrés centigrades. La balnéation est sans inconvénient pour la plaie si on la recouvre de sparadrap.

M. Phocas (d'Athènes). La désinfection complète de la peau est impossible, et c'est pour cela que le chirurgien met des gants pour opérer. L'on n'arrive pour la peau de l'opéré qu'à une désinfection relative. En cas d'urgence, on peut recourir à la teinture d'iode, et il l'emploie après lavage préalable de la peau. On a préconisé, pour cette désinfection de la peau, les étuves de Bier; il a essayé, et toujours vu que la peau cultivait néanmoins; il n'en était plus de même quand elle avait été préalablement nettoyée avec le savon liquide.

M. Auvray (de Paris) demeure fidèle à l'ancienne méthode de désinfection de la peau, et la teinture d'iode occasionne quelquefois des brûlures. Il insiste sur une précaution dont les rapporteurs n'ont point assez parlé : la désinfection préalable au moyen

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n[os] 113, p. 1411; 116, p. 1451, et 117, p. 1462.

de l'air chaud des utérus et rectum cancéreux; on évite ainsi d'infecter les plaies opératoires. On a reproché à cette manœuvre d'allonger la durée de l'intervention. C'est une erreur, car on désinfecte ces cavités pendant que le chirurgien se lave les mains et se prépare.

Au point de vue des suites post-opératoires M. Auvray insiste sur la valeur du drainage avec aspiration, sur la position demi-assise à donner aux opérés et sur la durée du séjour au lit. Il croit qu'il faut être éclectique et que le moment de lever le malade varie avec une foule de conditions, telles la qualité des tissus qui constituent la paroi abdominale, la nature de l'opération, sa gravité, l'état de shock et la façon dont évolue la plaie. D'une façon générale cependant il semble qu'il soit trop long dans bien des cas d'immobiliser le malade pendant vingt et un jours, comme on l'a fait jusqu'ici.

M. Thiéry (de Paris) s'élève contre le luxe des précautions qui sont actuellement de mode; opération est devenue synonyme de sérum; on en donne avant, pendant et après; il y a un petit peu trop de laboratoire dans la chirurgie.

M. Pozzi croit à la désinfection par la chaleur, mais l'appareillage nécessité par l'emploi de l'air chaud est coûteux et le cautère actuel, de préférence au thermocautère, est un stérilisant de premier ordre.

M. Princeteau (de Bordeaux), se plaçant au point de vue de la chirurgie abdominale infantile, c'est-à-dire la hernie et l'appendicite, croit qu'il est inutile et même nuisible d'occasionner à l'enfant ce léger traumatisme de la muqueuse intestinale produit par le purgatif anté-opératoire.

M. Pauchet (d'Amiens) insiste sur la valeur du régime strictement fruitarien, observé très sérieusement pendant quatre à cinq semaines avant l'opération. Cette méthode transforme les obèses en excellents sujets opératoires.

M. Pauchet insiste aussi sur la gymnastique respiratoire qu'il faut enseigner aux laparotomisés. C'est un moyen merveilleux de tonifier l'opéré, de favoriser l'hématose et d'augmenter la diurèse.

M. Chavannaz (de Bordeaux) reste partisan du repos prolongé au lit après les interventions abdominales. Le lever précoce ne met pas à l'abri des embolies et des infections pulmonaires qui reconnaissent d'autres causes (septicité buccale, refroidissement); par contre, il prédispose à l'éviscération par rupture ou affaiblissement de la ligne de cicatrice.

M. Delangre (de Tournai) relate un cas d'occlusion duodénale aiguë consécutive à une hystérectomie subtotale. L'intervention n'avait présenté aucune particularité. Dans la nuit du second jour, l'opérée présenta les symptômes caractéristiques de l'occlusion duodénale : vomissements bilieux incoercibles, douleurs épigastriques, ballonnement sus-ombilical, dyspnée, troubles cardiaques, hypothermie, etc. L'auteur pratiqua le lavage de l'estomac, il mit ensuite la malade dans les positions genu-pectorale et ventrale durant une demi-heure; bientôt la scène pathologique se transforma totalement, au point que l'état devint rapidement très satisfaisant et se maintint tel dans la suite.

Cette compression duodénale, réalisée par les branches du compas aortico-mésentérique est loin d'être toujours diagnostiquée. En relisant maintes observations de chirurgie abdominale aux suites anormales, l'auteur estime que l'on s'est trouvé plusieurs fois devant le tableau symptomatique de ce syndrome méconnu et attribué à tort au shock qui a englobé tant d'affections disparates, notamment des cas d'infection post-opératoire aujourd'hui rapportés à leur véritable cause.

M. Lenormant (de Paris) apporte aussi deux cas d'occlusion duodénale aiguë post-opératoire. Il fait remarquer que cette affection, abandonnée à elle-même, est très grave, tandis qu'on peut la guérir par le traitement approprié qui est très simple. C'est ainsi qu'une de ses malades, dont l'état, particulièrement grave, n'avait pas été modifié par le lavage de l'estomac, qui avait ramené un liquide noirâtre, ressuscita lorsqu'elle fut couchée sur le ventre. Le décubitus ventral est le traitement de cette complication; fait à temps, il n'a pas d'insuccès.

M. Bérard (de Lyon) est convaincu de l'efficacité de l'application de teinture d'iode sur la région opératoire, sa pratique et ses expériences lui paraissent en donner une démonstration indiscutable.

M. Petit (de Paris) pense que les parotidites post-opératoires sont souvent dues à une infection préexistante buccale ou cervicale.

Il a une grande foi dans les injections intra-veineuses de collargol pour les infections et il attache une telle importance à l'examen du sang que, pour lui, la formule leucocytaire doit être établie sur le même pied que le relevé du pouls et de la température.

M. J. de Fourmestraux (de Chartres) rapporte deux observations où le lever précoce (cinquième et septième jour) de malades opérés fut suivi de mort due vraisemblablement à une thrombose de l'artère pulmonaire.

M. Lardennois (de Reims) attire l'attention sur la fréquence de l'aérophagie chez les opérés qui s'ennuient dans leur lit et sur le rôle, trop souvent insoupçonné, que cette déglutition de l'air joue dans la distension de l'estomac.

TROISIÈME QUESTION

INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES TRAUMATISMES DU RACHIS ET DE LA MOELLE

Rapport de M. L. Sencert (de Nancy).

Quand un chirurgien se trouve en présence d'une lésion traumatique du rachis et de la moelle, deux problèmes se posent immédiatement à son esprit avec une impérieuse nécessité : 1° Y a-t-il lieu d'intervenir? 2° Comment faut-il intervenir?

MM. Sencert et Auvray ont pensé que, pour répondre d'une façon aussi claire que possible à cette double question, il y avait lieu d'exposer séparément, d'une part les faits qui concernent les indications thérapeutiques, et d'autre part les faits qui concernent l'intervention elle-même : la technique. M. Sencert se borne, dans son rapport, à l'exposé des indications thérapeutiques : le rapport de M. Au-

vray sera consacré à l'étude de la technique opératoire et du choix des procédés.

M. Sencert étudie d'abord les caractères principaux des lésions du rachis.

Il est nécessaire de distinguer les traumatismes fermés et les traumatismes ouverts de la moelle.

I. Traumatismes fermés du rachis et de la moelle. — Les traumatismes se classent en deux groupes suivant que la continuité des corps vertébraux est intacte ou rompue : les *lésions partielles* et les *lésions totales*. Basée sur des signes faciles à reconnaître par l'examen clinique et non plus sur des particularités anatomiques que seule révèle l'autopsie, cette classification permet de distinguer :

A. *Lésions partielles.* — 1° Contusions; 2° fractures isolées des corps vertébraux; 3° entorses; 4° luxations isolées des articulations latérales; 5° fractures isolées des arcs et des apophyses.

B. *Lésions totales.* — 6° Luxations totales; 7° fractures avec dislocation : *a.* dislocation au niveau des arcs; *b.* dislocation au niveau des arcs et au niveau du corps.

La thérapeutique de ces lésions du rachis est tout entière dominée par la présence de lésions radicales médullaires concomitantes.

a. Pour les traumatismes du rachis sans symptômes radiculo-médullaires immédiats, le traitement prophylactique consiste dans l'immobilisation, précédée ou non de la réduction du déplacement; le traitemant tardif, curatif des complications osseuses et radiculo-médullaires, dans l'abstention, l'immobilisation ou l'intervention sanglante dans les cas bien déterminés de luxation avec déplacement progressif de pseudarthroses apophysaires.

b. Pour les traumatismes fermés du rachis avec lésions radiculo-médullaires immédiates, il y a lieu d'abord de porter un diagnostic précis des lésions. La complexité énorme des fonctions de la moelle, l'ignorance très grande dans laquelle nous sommes de la physiologie des centres nerveux rendent un tel diagnostic très difficile.

II. Traumatismes ouverts du rachis et de la moelle. — M. Sencert étudie ces traumatismes en les divisant schématiquement en trois catégories :

1° Plaies n'ouvrant pas le canal vertébral;

2° Plaies ouvrant le canal vertébral sans blesser directement les méninges et la moelle;

3° Plaies ouvrant le canal vertébral et intéressant directement la moelle et ses enveloppes.

Il y a lieu de considérer en outre que ces plaies peuvent être compliquées de plaies viscérales dont il y aura lieu de tenir compte.

La conclusion générale qui se dégage de l'étude de M. Sencert est la suivante :

« Quels que soient les progrès réalisés en chirurgie générale par le perfectionnement constant de l'asepsie et de la technique opératoire, l'action chirurgicale, en ce qui concerne la chirurgie du rachis et de la moelle, reste et restera toujours limitée par l'impossibilité physiologique de la réparation de la moelle détruite ou divisée. C'est pour avoir voulu étendre trop loin l'action chirurgicale, qu'on a compromis sa valeur. Néanmoins, les résultats obtenus sont trop nombreux et trop beaux pour qu'on ne soit pas en droit de fonder de grands espoirs sur l'avenir. On ne guérira jamais les cas irrémédiablement perdus; mais on saura reconnaître cliniquement les cas qu'on peut guérir, et l'opération précoce et complète, pratiquée à bon escient, deviendra une des belles opérations de la chirurgie moderne. On ne peut la juger aujourd'hui que par des statistiques disparates, dont nous nous garderons bien de donner en terminant la liste fastidieuse. Quand on l'emploiera dans les cas qui la commandent et dans ceux-là seuls, nous accepterons pour la juger la statistique des faits publiés. En attendant, nous conclurons que le grand progrès à réaliser, c'est le perfectionnement toujours plus grand du diagnostic anatomique précis des lésions rachi-médullaires. »

Rapport de M. Auvray (de Paris).

Le rapport de M. Auvray énumère les diverses méthodes de traitement préconisées, il en décrit la technique et en indique les procédés de choix.

C'est dire qu'il est impossible de le résumer. On devra lire en entier ce travail qui constitue une mise au point parfaite de la question.

L'auteur a illustré son rapport de figures très claires qui en facilitent encore la lecture.

Nous nous bornons ici à indiquer le plan suivi par M. Auvray.

M. Auvray a divisé son rapport en deux parties : la première concerne la thérapeutique des plaies du rachis produites par des armes blanches ou par des projectiles (le plus souvent projectiles de petit calibre lancés par les armes du commerce); la deuxième est relative au traitement des fractures et luxations du rachis.

I. Technique de l'intervention chirurgicale dans les plaies par armes blanches et par armes a feu du rachis. — *But poursuivi.* — Le but poursuivi par le chirurgien est d'assurer la désinfection des plaies, d'arrêter l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, de tarir la source de l'hémorragie, d'évacuer les caillots extra ou intra-dure-mériens, d'enlever les esquilles, de fermer les déchirures méningées, de suturer les racines rachidiennes et la moelle elle-même (?), d'enlever les corps étrangers.

Technique opératoire. — *A.* Dans le cas de plaie non pénétrante produite par un instrument tranchant, on peut se contenter de nettoyer la plaie et de la panser, sans suturer; mieux vaut souvent la drainer.

S'il s'agit d'une plaie superficielle par arme à feu, il faut débrider la plaie, la débarrasser des débris de toutes sortes que le projectile a entraînés avec lui, et si les rayons X ont montré la position exacte du projectile, en faire, séance tenante, l'extraction et drainer. Si le corps étranger, tout en restant extra-rachidien, avait provoqué une fracture des lames, des apophyses épineuses ou transverses, on devrait faire l'ablation avec des pinces à travers la plaie élargie des fragments d'os détachés.

B. Lorsqu'il existe des signes évidents de pénétration rachidienne, ou qu'en leur absence la radio-

graphie a démontré la présence du corps étranger à l'intérieur de la colonne vertébrale, il ne faut pas se contenter d'une désinfection superficielle de la plaie de pénétration, ni laisser subsister les fistules céphalo-rachidiennes qui peuvent causer un affaiblissement considérable du blessé et devenir le point de départ d'une méningite mortelle. Il faut agir sur le rachis, non pas à travers la plaie élargie, c'est-à-dire avec un jour insuffisant, mais par une opération plus complète, mieux réglée la *laminectomie*.

Voies d'accès dans le canal vertébral. — Il existe deux grandes méthodes d'ouverture du canal rachidien : 1° la *laminectomie définitive* ou résection définitive d'un ou plusieurs arcs vertébraux [sous-périostée (Ollier), hémilaminectomie (Alessandri)]: 2° la *laminectomie temporaire* ou résection ostéoplastique, dans laquelle on conserve les lames et apophyses provisoirement mobilisées en un lambeau qui sera remis en place à la fin de l'opération (procédés de Bickam et de Cavicchia-Alessandri).

Des diverses voies d'accès proposées pour atteindre les corps vertébraux dans la région cervicale, la meilleure est la voie latérale. L'auteur indique ensuite les procédés permettant d'arriver sur les corps vertébraux, dorsaux et lombaires.

II. TECHNIQUE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES FRACTURES ET LUXATIONS. — A. *Procédés non sanglants.* — Procédés de douceur dans lesquels on cherche à obtenir la réduction de la déviation rachidienne par la position imprimée au sujet, en laissant au poids du corps le soin de faire l'extension et la contre-extension nécessaires.

Malheureusement ces divers procédés (Malgaigne, Cras, Lothrop), qui ne comportent pas de dangers et sont à la portée, échouent souvent et doivent céder la place aux *tractions manuelles*. Celles-ci peuvent être *méthodiques*, c'est-à-dire basées sur la notion fournie par les rayons X de la nature des désordres, leur siège, leur étendue. Dans les cas où la radiographie fait défaut et où le chirurgien doit s'en tenir aux seuls renseignements fournis par la clinique, il est conduit à la réduction *manuelle sans méthode et avec force*.

M. Auvray estime que la réduction manuelle doit toujours se faire avec anesthésie. Dans aucun cas ces procédés doivent être employés avec violence et brutalité. Les tractions doivent être graduellement croissantes, jamais saccadées ni intermittentes.

Enfin la réduction peut être demandée aux tractions exécutées à l'aide *d'appareils* (tractions, suspension).

C'est, en définitive, à la réduction manuelle méthodique sans anesthésie qu'on aura recours.

B. *Procédés sanglants.* — Ils ont pour but de supprimer les causes de compression et de réduire à ciel ouvert les fragments déplacés. En somme, on trépane le rachis. Lorsque la méthode non sanglante aura échoué, c'est à la laminectomie qu'il faudra recourir, parce qu'elle permet de remettre les parties en place, sous le contrôle de l'œil et du doigt.

(*A suivre.*)

LIVRES NOUVEAUX

Travaux d'obstétrique (1), par le docteur Samuel GACHE.

Les travaux laissés par le docteur Samuel Gache, l'éminent gynécologue et accoucheur de Buenos-Aires, enlevé prématurément à la science, viennent d'être traduits par M. Gaullieur-l'Hardy et réunis en un volume. Ce livre n'a pas le caractère d'une œuvre didactique ni une uniformité méthodique dans l'ensemble des chapitres : c'est le groupement de quelques travaux qui ont été publiés dans des revues, d'autres qui sont inédits, ainsi que des conférences faites dans son service de la Maternité. Ils dénotent tous une connaissance approfondie de l'anatomie obstétricale, un esprit prudent et observateur, doué d'un grand sens clinique.

Nous ne pouvons analyser tous les chapitres qui constituent cet ouvrage, mais nous signalerons tout particulièrement un travail important sur la fécondité de la femme dans 66 pays, appartenant aux cinq parties du monde : c'est là une œuvre complètement originale.

L'étude sur le rachitisme en Amérique et son influence en obstétrique est très intéressante. C'est la première qui ait été publiée sur la matière. Gache s'est basé sur l'observation et l'étude minutieuse de 2500 bassins féminins et il a pu soutenir que le rachitisme n'existe pas chez la femme argentine.

Citons encore les chapitres suivants : l'accouchement chez les primipares jeunes et chez les primipares âgées; les moyens propres à accélérer et à provoquer l'accouchement; les résultats obtenus avec le dilatateur de Bossi à la Maternité de Buenos-Aires; l'eucaïne et la stovaïne en obstétrique, etc.

Il eût été dommage que tous ces intéressants travaux fussent perdus pour la science, et on doit être reconnaissant au docteur Fabre Casas, le compatriote de Samuel Gache et au docteur Gaullieur-l'Hardy, le traducteur, de nous les avoir fait connaître.

M. DELESTRE.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE (2)

FORMES CLINIQUES. — Le type classique est caractérisé par l'ictus apoplectique du début et l'hémiplégie consécutive. Mais certaines hémorragies cérébrales donnent une hémiplégie sans ictus; d'autres se révèlent par un ictus apoplectique et des phénomènes consécutifs autres que l'hémiplégie. C'est ainsi qu'on peut décrire comme formes cliniques l'apoplexie avec hémichorée ou hémiathéthose; l'apoplexie avec hémianesthésie et hémichorée; l'apoplexie avec hémianesthésie et paralysie faciale; l'apoplexie avec hémianesthésie et aphasie (Brissaud et Souques). Ces variétés dépendent de la localisation et de l'étendue du foyer hémorragique.

Une hémorragie abondante avec *inondation ventriculaire* se traduit par des convulsions et contractures précoces, qui sont d'un mauvais augure. La pénétration du sang dans les ventricules cérébraux peut encore donner lieu à un aspect clinique

(1) In-8 de 417 pages. — Paris, Steinheil.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 114, p. 1429, et 117, p. 1465.

particulier qui a été décrit sous le nom d'apoplexie progressive. Dans l'*hémorragie cérébro-méningée*, on note aussi des crises convulsives épileptiformes et des contractures.

Si le foyer hémorragique siège dans les *circonvolutions*, ce qui est très rare, le malade a de l'épilepsie jacksonienne; la paralysie prend souvent le type monoplégique, elle s'accompagne d'hypoesthésie et parfois d'aphasie.

Une hémorragie dans la *couche optique* se révèle par le syndrome thalamique (Déjerine et Roussy) : hémiparésie très peu marquée avec mouvements choréo-ataxiques, hémianesthésie et douleurs dans les membres et la face, le tout du côté opposé à la lésion.

En cas d'hémorragie dans la région des *tubercules quadrijumeaux*, on observe des troubles de la sensibilité, assez souvent aussi de l'hémianopsie. L'hémorragie dans les *pédoncules cérébraux* et dans la *protubérance* entraîne souvent la mort subite ou rapide; si le malade survit, on constate, outre l'hémiplégie, des troubles de la parole et de la déglutition, des troubles de la sensibilité ou une des formes d'hémiplégie alterne (syndrome de Weber, syndrome de Benedikt, syndrome de Millard-Gubler).

L'hémorragie du *cervelet* est d'un diagnostic difficile; ses principaux caractères seraient la lenteur et l'irrégularité du pouls, l'absence d'hémiplégie vraie, la fréquence des vomissements, la disparition ou la diminution des réflexes tendineux.

Chez le *nouveau-né*, les symptômes d'hémorragie cérébrale sont habituellement très vagues; chez un athrepsique, on observe des phénomènes d'excitation (convulsions) ou de dépression (coma); il n'existe jamais de paralysies limitées (Hutinel); la terminaison est rapidement mortelle.

ÉVOLUTION. PRONOSTIC. — L'évolution a été décrite avec les symptômes; il suffira de rappeler les deux grands types : évolution rapide, en quelques heures ou en quelques jours, vers la terminaison fatale; réparation progressive et persistance d'une hémiplégie.

L'hémorragie cérébrale, même légère, est toujours d'un pronostic grave, car le malade est exposé à de nouvelles attaques.

Comme éléments de pronostic immédiat pendant la période apoplectique, les convulsions et contractures, l'élévation de la température, le décubitus acutus indiquent l'imminence de la mort.

DIAGNOSTIC. — 1° Au *début*, le diagnostic est à faire avec toutes les affections qui s'accompagnent d'un état apoplectique. L'*ivresse* simule l'ictus apoplectique; mais l'odeur de l'haleine est assez caractéristique. L'*intoxication* par l'opium, par les solanées vireuses détermine un état analogue; mais la première donne du myosis, la seconde de la mydriase. Le *coma urémique* se reconnaît à l'absence habituelle de paralysie limitée, à l'hypothermie, à l'examen des urines; aucun de ces symptômes n'étant pathognomonique, le diagnostic est souvent presque impossible, d'autant plus que la néphrite interstitielle conduit aussi bien à l'hémorragie cérébrale qu'à l'état comateux de l'urémie. Le *coma diabétique* a des prodromes assez spéciaux; l'odeur de l'haleine, la glycosurie, l'absence d'hémiplégie permettront habituellement d'en faire le diagnostic. Chez les *épileptiques*, dans la période de coma qui suit les crises, on remarque que la langue est mordue, la bouche écumeuse. Les *traumatismes du crâne*, avec ou sans fracture, avec commotion cérébrale, ne peuvent guère être distingués que par les commémoratifs et l'examen du cuir chevelu pour y trouver trace de la lésion; à noter qu'un ictus d'hémorragie cérébrale peut, par la chute brusque qu'il occasionne, provoquer une plaie du cuir chevelu, ce qui complique encore ce problème de diagnostic. L'*hémorragie méningée* a un début moins brusque que l'hémorragie cérébrale; les mouvements convulsifs et les contractures sont très fréquents; on trouve aussi quelques signes du syndrome méningé, par exemple le signe de Kernig, le ralentissement du pouls et la raie méningitique. Les attaques apoplectiformes de la *paralysie générale* seront diagnostiquées par l'examen complet du malade et la présence des symptômes de cette affection. Les *tumeurs cérébrales* produisent quelquefois des ictus apoplectiques; le diagnostic se fait par les commémoratifs; de même pour les ictus des *abcès du cerveau*. L'*apoplexie hystérique* (Debove, Achard) sera reconnue grâce à la notion des antécédents et des manifestations antérieures de la névrose; quelquefois cet ictus survient à la suite d'une émotion. Enfin, dans certains pays, les *fièvres palustres* pernicieuses ont une forme apoplectique et comateuse, dont le diagnostic a, pour le traitement, une importance capitale.

Dans tous ces cas, il sera parfois utile de faire une *ponction lombaire*. En effet, dans toute hémorragie du névraxe à siège sous-dure-mérien (hémorragie cérébrale, méningée, méningo-cérébrale), le liquide céphalo-rachidien peut présenter une coloration spéciale : franchement hémorragique, hématique ou encore jaunâtre, jaune verdâtre; ce dernier aspect est seul caractéristique (chromo-diagnostic de Sicard).

2° A la *période d'hémiplégie*, deux questions à résoudre. L'hémiplégie est-elle organique? Si oui, est-elle produite par un foyer hémorragique? Pour distinguer l'*hémiplégie hystérique* de l'hémiplégie organique, Babinski a donné un certain nombre de signes; les principaux sont le signe du peaucier, l'hypotonicité musculaire, la flexion combinée de la cuisse et du tronc, le phénomène de l'extension des orteils qui caractérisent l'hémiplégie organique et manquent dans l'hémiplégie hystérique.

L'hémiplégie dépend-elle d'une hémorragie ou d'un ramollissement cérébral? Quand on trouve une lésion cardiaque, ou une autre cause d'embolie, ceci est en faveur du ramollissement; quant au ramollissement par thrombose, son étiologie diffère peu de celle de l'hémorragie. La température s'abaisse dans l'hémorragie, s'élève en cas de ramollissement, au moment de l'attaque et les heures suivantes; une hémorragie produit habituellement une hémiplégie totale; le ramollissement donne souvent des paralysies plus limitées; pour la sensibilité, les lésions corticales du ramollissement déterminent toujours une diminution de la sensibilité dans les régions paralysées; l'hémorragie cérébrale ne donne habituellement pas de troubles persistants de la sensibilité; enfin l'état psychique est moins atteint dans l'hémorragie que dans le ramollissement.

On fera ensuite le *diagnostic du siège* de l'hémorragie, d'après les éléments indiqués à propos des formes cliniques. Enfin, pour une forme d'hémorragie cérébrale, celle qui dépend de la syphilis, il est important de faire un *diagnostic étiologique* pour instituer un traitement spécifique; si ce traitement n'a pas d'influence sur une lésion constituée, il servira tout au moins à prévenir, peut-être, le retour de nouveaux accidents.

TRAITEMENT. — *Prophylactique.* — C'est le traitement de la « congestion cérébrale » chez les individus menacés d'hémorragie cérébrale, de par l'état de leurs artères.

A la période d'*apoplexie*, on fera une saignée ou des émissions sanguines avec des sangsues aux apophyses mastoïdes; on videra l'intestin par un lavement purgatif; on donnera une grande attention aux soins de propreté du malade.

Le traitement consécutif sera celui des lésions artérielles et celui de l'hémiplégie.

BIBLIOGRAPHIE. — BRISSAUD et SOUQUES. *Traité de médecine*, t. IX; — Pierre MARIE. *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. VIII; — LAMY. *Traité de médecine*, 1909, t. IV; — DUFOUR. *Séméiologie des maladies du système nerveux*; — BABINSKI. *Gaz. des hôpit.*, 5 et 8 mai 1900, nos 52 et 53; — HUTINEL et BABONNEIX. *Les Maladies des enfants*, t. V.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 121. — SAMEDI 23 OCTOBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 23 OCTOBRE 1909. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 20 octobre 1909. — Question donnée : « Face inférieure du foie. »

MM. Bertaux, 11 ; Arbeit, 16; Alih, 15 ; Bertin-Mourot, 16; Mlle Bitchounski, 13; MM. Blanchon, 12; Bonnerot, 18; Beaudoin (Henri), 13; Arbassier, 11; Bortnowski et Bouchet, 12 ; Boulanger, 11; Bourgon, 5; Brindeau et Balizeaux, 11; Berthet, 10; Besson, 12; Bazin, 11.

Séance du 21 octobre. — Question donnée : « Les veines jugulaires. »

MM. Antonelli, 3; Bourgeois, 20; Bozonet, 11; Boulin, 17; Andrieu (Roger), 9; Andrieux (Albert), 12; Anglès-Dauriac, 18; Auger (Robert), 12; Andrieu (Raymond), 16; Braine, 17; Mmes Bachelet, 16; Allart, 8; MM. Binet, 9; Alibert et Bergé, 15; Auvigne, 18; Andral, 11; Berthelot, 16.

Pathologie. — Séance du 21 octobre. — Question donnée : « Symptômes, formes et évolution du cancer du sein. »

MM. du Souich, 18; Gillard, 7; Fumet, 17; Mlle German, 7; MM. Errard, 18; Grèze, 13; Dumet, 15; Guillemet et Guyot, 13; Dubroca, 8; Duclos, 10; Fleurot, 7; Guillard, 13; Gaujard, 14; Ecot, 17; Fontaine (Lucien), 13; Gros et Haddad, 11.

Prochaine séance lundi 25 octobre, à huit heures et demie du soir, première moitié, troisième série, et première moitié, quatrième série.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 18 avril 1910, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Limoges.

MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira, le 7 mars 1910, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Marseille.

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES FACULTÉS MIXTES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE L'ÉTAT. — PROGRAMME DE LA DEUXIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION LES 29 ET 30 OCTOBRE 1909. — Conformément au vote de la première assemblée générale, le 3 avril 1909, le Comité de l'Association, dans sa séance du même jour, a fixé aux 29 et 30 octobre 1909 la date de la deuxième assemblée générale, à Paris.

Les séances auront lieu dans les locaux de la Faculté de médecine, que M. le doyen Landouzy a bien voulu mettre à la disposition de l'Association.

Vendredi 29 octobre, à neuf heures du matin, réunion du Comité dans la salle des thèses n° 2. — De dix heures à midi et de trois heures à six heures, réunions de l'assemblée générale, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Samedi 30 octobre, de neuf heures à midi et de trois heures à six heures, réunions de l'assemblée générale dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Après la dernière séance, réunion du Comité dans la salle des thèses n° 2.

Ordre du jour. — I. Communications et délibération éventuelles sur les questions traitées par la première assemblée générale : *Réforme du concours d'agrégation*; *pérennité de l'agrégation.*

II. Discussion et vote sur le rapport de M. Gilbert Ballet : *Modification à apporter à l'article 12 des statuts de l'Association* (*quotité du vote en assemblée générale*).

III. *Etude du décret du 11 janvier 1909, portant réorganisation des études médicales.* — Rapporteur général (parties générales du décret et coordination des rapports spéciaux) : M. Arnozan, professeur de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux.

IV. *Etude des questions relatives au statut et à l'avancement des chefs de travaux pratiques et des préparateurs des Facultés de médecine.* — Rapporteur : M. Bardier, agrégé, chef des travaux de physiologie à la Faculté de Toulouse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Le musée de l'Académie de médecine vient de s'enrichir d'un nouveau don. Mlle Lydie Berger, sœur du professeur Paul Berger, vient de faire hommage à la Compagnie de la grande médaille gravée par Chaplain qui avait été offerte au regretté chirurgien.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Par arrêté préfectoral, en date du 20 octobre 1909, M. le docteur Paul Cornet est nommé médecin en chef de la Préfecture de la Seine.

LA VENTE DES HUITRES. — Afin d'empêcher la mise en vente d'huîtres malsaines, le sous-secrétaire d'Etat à la marine vient de charger une commission, présidée par l'inspecteur général des pêches, de préparer un règlement sanitaire sur les établissements ostréicoles.

Tout établissement ne répondant pas aux conditions déterminées par le règlement projeté ne sera autorisé à faire que le demi-élevage et la récolte du nessain, c'est-à-dire qu'ils ne pourront pas livrer à la consommation.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Marfan fait, le jeudi, à dix heures du matin, des présentations de malades (rez-de-chaussée de la salle Blache). Il commencera le jeudi, 4 novembre.

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'INFARCTUS HÉMORRAGIQUE DE L'INTESTIN

Par M. F. JACOULET,
Interne des hôpitaux de Paris.

L'infarctus hémorragique de l'intestin est une lésion relativement peu fréquente, mais intéressante à tous points de vue.

C'est surtout à l'étranger que cette question a été étudiée par Deckart, Elliott, Talke, Sprengel, et plus récemment par Amos, Lindner, Solieri, Oswald, Hœgel, B. Sillitti, Fischer, Brünner, Haagen.

En France, les travaux d'ensemble parus sur cette intéressante question sont ceux de Gallavardin, Picqué et Grégoire, Mouchet, Roussel, Morisset; en outre, des observations nouvelles ont été publiées en assez grand nombre par Mauclaire et Jacoulet, Auvray et Chéné, Lecène, Touraine et Macé de Lépinay.

Nous étudierons successivement l'infarctus intestinal par oblitération veineuse, par oblitération artérielle, par oblitération artério-veineuse.

I

INFARCTUS PAR OBLITÉRATION VEINEUSE

Etiologie. — On peut classer les thromboses mésentériques en thromboses secondaires et primitives.

A. Thromboses mésentériques secondaires. — Elles surviennent comme accident terminal au cours de pyléphlébites chroniques, celles-ci étant consécutives à une lésion hépatique : cirrhose atrophique alcoolique (Dreyfus, Chuquet, Castaigne, Amos, Barrovecchio, Auvray), cirrhose syphilitique (Leduc, Péron et Beaussenat, Amos), cirrhose graisseuse (Oswald), carcinome (Kœster). Dans tous ces cas, c'est la gêne circulatoire qui favorise l'extension de la thrombose porte.

B. Thromboses mésentériques primitives. — Il s'agit d'une infection dont le point de départ peut être abdominal ou extra-abdominal.

1° *Thromboses d'origine extra-abdominale.* — Elles sont rares et ont été observées à la suite d'une parotidite suppurée (Goodheart), d'un phlegmon du cou (Mac Weency), d'une thyroïdectomie partielle (Maylard).

2° *Thromboses d'origine abdominale.* — Ce sont les plus fréquentes.

a. *Infection d'origine pelvienne.* — Au premier rang il faut placer l'infection utérine. A la suite d'accouchement normal (Hilton Fagge, Kölbing, Broussin, Bar) ou d'avortement (Mouchet, Garmsen), l'infection se propage aux veines mésentériques par le système cave.

b. *Infection d'origine intestinale.* — L'*appendicite* est de beaucoup la plus fréquente des causes de thrombose mésentérique (Polya, Gerster), mais toutes les thrombo-phlébites d'origine appendiculaire ne déterminent pas l'infarctus hémorragique de l'intestin : il faut que le caillot parti des veines cæco-appendiculaires remonte assez haut vers le tronc de la mésentérique supérieure pour oblitérer les veines jéjuno-iléales. La pathogénie de l'infarctus intestinal consécutif à l'appendicite est la même que celle de l'infarctus stomacal étudié par Payr : le caillot parti des veines du méso-appendice peut venir oblitérer soit une veine jéjunale, soit une veine stomacale, déterminant, dans les deux cas, un infarctus soit intestinal, soit stomacal.

L'infarctus intestinal a été signalé dans l'*occlusion intestinale* (Prütz), dans l'*étranglement herniaire* où il a été confondu avec l'étranglement rétrograde de l'intestin (Lauenstein, Pupovac, Hoffmann, Langer, Laroyenne). A la suite de *cures radicales de hernies non étranglées*, on a observé de violentes hémorragies intestinales (Ullmann, Quénu) dont le point de départ a pu être dans les veines épiploïques thrombosées. Dans ces cas, Sauvé pense qu'il s'agit plutôt d'une thrombose artérielle ascendante.

Dans la *fièvre typhoïde*, il semble que les meilleures conditions soient réunies pour favoriser la production de la thrombose mésentérique : ulcérations intestinales, infiltration embryonnaire des vaisseaux autour de l'ulcère, ralentissement de la circulation. Néanmoins, la thrombose mésentérique et l'infarctus qui en résulte n'est signalée qu'une fois et encore dans un cas douteux de fièvre typhoïde (Monro et Workmann).

Les *ulcérations urémiques de l'intestin* ont pu être mises en cause dans un cas de Castaigne.

c. *Thrombo-phlébites post-opératoires.* — Cette redoutable complication survient généralement à la suite d'une intervention portant sur les organes abdominaux tributaires de la veine porte : *gastro-entérostomie* (Maylard), laparotomie pour occlusion intestinale (Kœster) et surtout *splénectomie* (Delatour, Jonnesco, Lieblein); dans ce dernier cas, il y a thrombose ascendante de la veine splénique, propagée jusqu'à l'origine de la mésentérique, d'où infarctus de l'intestin.

L'infarctus intestinal a été signalé après *appendicectomie*, à la suite d'extirpation de tumeurs incluses dans le mésentère (Braquehaye).

Dans un certain nombre de cas, l'étiologie de la thrombose mésentérique est tout à fait obscure : la cause première est évidemment l'infection, mais le point de départ en reste ignoré. Roussel a montré que dans les antécédents des malades, d'autres thromboses veineuses sont signalées : il s'agit évidemment d'individus à système veineux prédisposé.

Pathologie expérimentale. — En 1898, Nothnagel et Mikulicz montrèrent que l'oblitération des veines mésentériques détermine les mêmes lésions que l'oblitération des artères.

Fader, pratiquant une ligature peu serrée du mésentère, détermine expérimentalement l'infarctus de l'intestin. En 1901, Wilms montre que la ligature de la veine mésentérique supérieure à son origine détermine l'apparition d'un infarctus hémorragique atteignant une grande partie de l'intestin grêle; ces expériences ont été confirmées en 1908 par Ravenna.

En 1898, Bégouin étudie les effets de l'oblitération veineuse, portant soit au-dessus, soit au-dessous de la ligne des arcades anastomotiques, et conclut que les anastomoses intra-pariétales ne peuvent assurer la nutrition de l'intestin que sur une longueur inférieure à 5 centimètres, les arcades anastomotiques sur une longueur inférieure à 30 centimètres.

Frattin a minutieusement étudié expérimentalement les lésions macroscopiques et microscopiques

de l'intestin après ligature des veines mésentériques au-dessous de la première arcade anastomotique.

1° *Lésions macroscopiques.* — La cavité abdominale contenait dans tous les cas une certaine quantité de liquide hématique, parfois d'odeur fétide. L'anse intestinale, intéressée par les ligatures veineuses, est d'un rouge violacé, vineux; sa paroi est œdématiée et a contracté des adhérences très vasculaires avec le péritoine pariétal et l'épiploon.

La lumière de l'intestin contient du sang liquide; la muqueuse est congestionnée, noirâtre, parfois ulcérée.

En amont et en aval de l'anse infarciée, on trouve une zone de transition plus ou moins étendue, avec les parties saines de l'intestin; l'étendue de cette zone de transition où la circulation se fait encore, quoique d'une façon très imparfaite, est sous la dépendance des contractions péristaltiques de l'intestin et en rapport avec leur intensité.

Chez les animaux qui après l'opération ont surtout présenté des vomissements, la zone de transition sus-jacente à l'anse infarciée est toujours la plus longue; l'inverse se produit chez les animaux qui ont surtout présenté de la diarrhée.

Le mésentère est très épaissi, sa racine intestinale est œdématiée, remplie d'une sérosité rougeâtre. Au-dessous de la ligature les veines sont thrombosées; au-dessus elles sont normales.

2° *Lésions microscopiques.* — Chez les animaux qui sont morts ou ont été sacrifiés très tôt après l'opération, on note dans la zone de transition, une hyperhémie des différentes tuniques de l'intestin avec, par places, de petits extravasa sanguins. Le revêtement épithélial des villosités a disparu : il persiste au contraire au niveau des culs-de-sac glandulaires et présente de nombreuses figures de karyokinèse, indice d'une activité régénératrice.

Au niveau de la zone infarciée, il existe une infiltration sanguine accentuée, des lésions de nécrose de la muqueuse et de la musculeuse.

Chez les animaux qui ont survécu après l'opération, on a pu observer un processus de régénération grâce aux adhérences formées entre l'intestin et l'épiploon, mais la régénération est toujours incomplète et aboutit à l'infiltration conjonctive de la paroi intestinale, à la sténose cicatricielle.

Anatomie pathologique. — Les lésions observées chez l'homme sont analogues à celles que l'on détermine expérimentalement chez l'animal.

Lésions de l'intestin. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve dans la séreuse du liquide hématique provenant de la transsudation qui se fait au niveau de l'anse infarciée et du mésentère correspondant. L'abondance du liquide est très variable, mais ne dépasse pas un litre; dans les cas de Leduc, Chuquet, il y avait trois ou quatre litres de liquide, mais il s'agit évidemment là de liquide ascitique teinté par l'exsudat sanglant.

L'infarctus hémorragique siège le plus souvent sur le grêle, rarement sur le gros intestin; il peut atteindre la totalité du jéjuno-iléon (Hamilton, Kœster, Sachs, Kraft, Lund, Picqué et Grégoire, Jonnesco), souvent la lésion atteint 1 à 1m50 d'intestin (Taylor, Mac Pherson, Letulle et Maygrier, Talke, Picqué et Grégoire, Lindner).

Plus rarement, la longueur de l'anse infarciée varie entre 20 et 60 centimètres (Brünner, Monnier et Suter, Haagen, Mauclaire et Jacoulet, Auvray).

L'infarctus siège soit à l'origine du jéjunum (Kölbing), soit à sa partie moyenne (Mauclaire et Jacoulet), soit à sa partie toute inférieure (Monro et Workmann).

Les lésions de la paroi de l'anse infarciée sont identiques aux lésions expérimentales; néanmoins la zone de transition entre les parties saines et les parties malades, constante chez les animaux (Frattin), manque chez l'homme, fait qui semble assez bien s'expliquer par la paralysie intestinale rapide, qui suit la constitution de l'infarctus.

Lésions du péritoine et du reste de l'intestin. — Au niveau de l'anse malade, on observe un léger dépoli de la séreuse, quelquefois des fausses membranes minces; ces lésions de péritonite n'évoluent pas, étant donné la marche rapide de l'infection. Au-dessus de l'anse infarciée, l'intestin est distendu par les gaz; au-dessous, il est affaissé et contient du sang mêlé ou non à des matières fécales.

Lésions du mésentère. — Elles portent sur une zone triangulaire dont la base répond à l'anse intestinale infarciée et le sommet à la racine vertébrale du mésentère; dans ce secteur, le mésentère est épaissi, dur, lardacé et l'on voit facilement les veines thrombosées tendues comme des cordes rigides (Gerster). A la coupe le tissu conjonctivo-adipeux, compris entre les deux feuillets péritonéaux, est infiltré de sérosité et de sang, surtout au niveau de la racine intestinale.

Lésions des veines. — Les veines mésentériques apparaissent béantes, distendues par des caillots; tantôt ce sont des caillots récents, noirâtres, mous, peu adhérents à l'endoveine, tantôt ce sont des caillots anciens, fibrineux, adhérents. Ces deux variétés peuvent s'observer à la fois (Mignon et Dopter).

La thrombose ne reste pas localisée à la veine mésentérique supérieure, mais atteint encore d'autres veines : la veine splénique, la veine mésentérique inférieure (Lindner, Mouchet, Mignon et Dopter, Barrovecchio), les veines pariétales rétroduodénales. Deux fois on a noté la thrombose de la veine cave inférieure (Hilton Fagge, Lindner). La thrombose de la veine porte est signalée dans près de la moitié des observations : le plus souvent elle est ancienne, comme le prouvent les caractères du caillot et les altérations hépatiques; plus rarement elle est secondaire et il s'agit alors d'une thrombose ascendante de tout le système porte.

Lésions des viscères abdominaux. — Les lésions du foie sont les plus fréquentes : cirrhose atrophique alcoolique (Castaigne, Chuquet, Dreyfus, Auvray et Chené), cirrhose syphilitique (Falkenburg, Leduc), adéno-cancer avec cirrhose (Kœster), dégénérescence graisseuse (Kraft, Lund).

La rate, souvent augmentée de volume, présente des infarctus plus ou moins volumineux.

Lésions histologiques et bactériologiques. — Les examens microscopiques de Letulle et Maygrier, Elliott, Hirtz et Josué, Péron et Beaussenat, Mignon et Dopter, Lecène, Auvray et Chené sont en rapport avec la description de Frattin.

Les altérations de la muqueuse consistent en exfoliation de l'épithélium, dégénérescence des cellules glandulaires, œdème du tissu conjonctif sous-muqueux.

Les veinules de la sous-muqueuse sont distendues par le sang, mais non thrombosées (Letulle et Maygrier, Mignon et Dopter); on a signalé l'artérite et la lymphangite de voisinage.

Les fibres de la musculeuse sont dissociées par de vastes lacs sanguins.

La séreuse intestinale est épaissie, envahie par des fusées de leucocytes (Mignon et Dopter).

Les veines présentent des lésions nettes d'endophlébite oblitérante.

Au point de vue bactériologique, on manque de données précises. Dans la paroi intestinale Péron et Beaussenat, Hirtz et Josué, Auvray et Chené ont trouvé des cocci ou des bacilles. Solieri a trouvé des germes, en forme de bâtonnets, prenant le Gram. Mignon et Dopter ont décelé dans le caillot des veines thrombosées des cocci prenant le Gram.

Il est vraisemblable que la migration des microbes à travers la paroi intestinale est très fréquente : la perméabilité aux microbes de la paroi intestinale a été démontrée expérimentalement par Posner, Rindone, Basset et Carré.

Pathogénie. — La pathogénie de l'infarctus intestinal par thrombose veineuse se trouve éclaircie par les travaux de Mauclaire et Lapointe sur l'infarctus hémorragique du testicule. La loi émise par Lapointe, à savoir que *la fluxion artérielle produit l'infarctus hémorragique dans un territoire ou dans un organe atteint de stase veineuse*, se vérifie pour l'intestin; mais nous devons envisager successivement la pathogénie de l'infarctus par oblitération des racines de la veine mésentérique, et celle de l'infarctus par oblitération du tronc même de la veine.

Dans le premier cas, le mécanisme est simple : étant donné l'insuffisance des anastomoses (Bégouin) la masse de sang amenée à chaque systole ne peut se répandre que dans un secteur veineux très limité : il y a d'abord hypertension veineuse, puis transsudation séreuse et enfin ruptures vasculaires.

Dans le second cas, l'expérimentation a montré que l'oblitération de la mésentérique, à son origine, entraînait constamment la production d'un infarctus; or dans certaines observations, l'infarctus manquait malgré l'oblitération du tronc mésentérique. Cette contradiction peut s'expliquer assez facilement : la masse de sang amenée par fluxion artérielle remplit peu à peu le système des arcades anastomotiques, se trouvant par conséquent répartie sur une grande surface vasculaire; l'hypertension veineuse sera, d'autre part, diminuée par la transsudation séreuse qui se produit au niveau de la paroi intestinale, tant sur sa face muqueuse que sur sa face séreuse, par les anastomoses des veines mésentériques avec les veines pariétales, hémorroïdales, gastro-duodénales, porte accessoires

La possibilité de l'établissement d'une circulation collatérale après oblitération du tronc veineux a été signalée plusieurs fois (Sprengel, Barrovecchio).

Il faut enfin faire intervenir l'action des microbes qui pullulent dans l'intestin pour expliquer la production de péritonite adhésive ou d'ulcérations intestinales. Posner et Rindone ont montré que le passage des germes de la lumière intestinale à travers la paroi est possible toutes les fois que cette paroi est altérée, et surtout si les altérations relèvent d'une asphyxie locale, ce qui semble bien le cas lorsque se produit l'infarctus. En résumé, *on peut considérer trois phases dans la constitution de l'infarctus intestinal*. Dans une *première phase*, toute mécanique, se produit la stase veineuse, puis l'infiltration sanguine diffuse; dans une *seconde phase*, se produisent des lésions de nécrobiose cellulaire par troubles circulatoires; dans une *troisième phase*, aux lésions d'origine mécanique s'ajoutent des lésions d'origine infectieuse. A la nécrose cellulaire préparée et commencée par la mauvaise circulation s'ajoute la nécrose produite par les microorganismes intestinaux et leurs toxines (Mauclaire).

Symptomatologie. — La symptomatologie de l'infarctus intestinal par thrombo-phlébite mésentérique, ses diverses modalités, ont été bien résumées par Roussel (1905); les observations ultérieures n'ont fait que confirmer sa description. Lorsque les symptômes sont au complet, cas malheureusement rare, l'infarctus intestinal se traduit cliniquement par *un véritable syndrome évoluant en deux phases :* au début, on observe de vives douleurs abdominales, sous forme de coliques, une diarrhée profuse sanguinolente, des vomissements sanglants, puis surviennent des accidents d'occlusion intestinale.

Le *début* est brusque, lorsque la thrombo-phlébite mésentérique est primitive, insidieux lorsque la thrombose est secondaire; dans ce cas toute une série de troubles intestinaux, diarrhée, ascite, hémorragies, ont déjà attiré l'attention sur le système porte (Roussel).

Dans la première période, les signes cardinaux sont la douleur, la diarrhée, les vomissements.

La *douleur* survient sous forme de coliques violentes : elles sont dues aux contractions péristaltiques énergiques de l'intestin. Le plus souvent généralisée, la douleur peut être maxima dans la région ombilicale, au niveau du siège de l'infarctus; elle peut prendre les caractères des douleurs péritonitiques (Solieri). Elle peut manquer ou être atténuée chez les vieillards, les cachectiques, les aliénés (Mac Pherson).

La *diarrhée* est un signe précoce; elle peut être extrêmement profuse (Mouchet, Broussin); elle est soit séreuse, soit sanguinolente.

L'*entérorragie* est un symptôme malheureusement rare; si la présence de sang dans l'intestin est souvent notée dans les relations d'autopsie, il s'en faut qu'on observe constamment les évacuations sanglantes : sur 27 observations, l'entérorragie n'a été notée que sept fois (Mauclaire). L'aspect du sang est très variable, tantôt pur, tantôt mélangé à des matières fécales. Le rejet dans les selles de lambeaux de muqueuse intestinale est rare (Monro et Workmann, Gull, Hilton Fagge).

Les *vomissements* surviennent dès le début : d'abord alimentaires, ils deviennent ensuite muqueux, bilieux, parfois porracés, ce qui complète l'analogie avec la péritonite (Solieri). Les vomissements sanglants sont très caractéristiques; les matières vomies peuvent être striées de sang (Solieri). Dans les cas douteux, Hœgel conseille de faire la recherche chimique et microscopique du sang.

Le hoquet (Lindner), la fétidité de l'haleine ont été signalés.

A la deuxième période, les signes d'occlusion intestinale aiguë surviennent rapidement; c'est le *syndrome terminal de Hirtz et Josué*.

L'occlusion est complète ou incomplète; ses caractères n'ont rien de particulier, ce sont ceux de l'iléus paralytique.

La mort survient au milieu de phénomènes d'intoxication aiguë coli-bacillaire : hypothermie, cyanose périphérique, anxiété du visage, petitesse du pouls et coma. Rarement, on voit la mort survenir par

péritonite : l'affection évolue trop rapidement pour qu'une perforation intestinale ait eu le temps de se produire.

L'*examen local* est difficile au début à cause de la contracture abdominale, plus tard à cause du météorisme. Celui-ci d'abord localisé, dans la région péri-ombilicale le plus souvent, se généralise rapidement.

Les contractions péristaltiques de l'intestin sont parfois visibles à travers la paroi abdominale (Priestleich Leech).

Au niveau de l'anse infarciée, on a pu sentir une tumeur molle, allongée, roulant sous le doigt (Roussel). Il est rare que la palpation fournisse des sensations aussi nettes; on ne perçoit en général qu'un empâtement diffus, quelquefois assez considérable pour faire croire à une tumeur (Brünner, Lecène, Auvray).

Si le météorisme est très accentué, la palpation devient impossible ; la percussion donne une sonorité tympanique, la matité hépatique disparaît (Solieri), on peut percevoir du clapotis stomacal et cæcal (Auvray). Dans les parties déclives de l'abdomen, on a pu déceler la présence d'une petite quantité de liquide (Solieri, Broussin).

Formes cliniques. — Il s'en faut que les symptômes précédents se retrouvent toujours au complet. Avec Mickulicz, Deckart, Nothnagel, on peut décrire deux formes.

La *forme diarrhéique* est caractérisée par une diarrhée séreuse, incoercible; le malade meurt en vingt-quatre ou quarante-huit heures, complètement déshydraté.

La *forme paralytique* est la plus fréquente : les signes d'occlusion apparaissent d'emblée ou sont précédés de phénomènes vagues; la mort survient au bout de cinq à six jours dans le coma hypothermique.

II

INFARCTUS INTESTINAL PAR OBLITÉRATION ARTÉRIELLE

L'infarctus d'origine artérielle est beaucoup mieux connu à tous les points de vue que l'infarctus d'origine veineuse.

Etiologie. — L'oblitération des artères mésentériques peut se faire par thrombose ou embolie.

a) *Oblitération thrombosique.* — Elle est évidemment la conséquence d'une endartérite oblitérante. Rokitansky considérait comme rare l'athérome des mésentériques; au contraire Schnitzler, von Schrotter croient fréquent l'athérome des rameaux terminaux et l'athérome des gros troncs mésentériques a été signalé par Litten, Altmann, Hahn, Fischer, Schnitzler, Richards, Parmentier et Chabrol.

A la suite de cure radicale de hernies, étranglées ou non (Ullmann), les entérorragies ont été attribuées à une thrombose artérielle au niveau des artérioles épiploïques; suivant l'expression de Recklinghausen et d'Eiselberg, cette thrombose suit une marche rétrograde et le caillot gagne de proche en proche jusqu'à obstruer une grosse branche mésentérique. Eiselsberg et Friedreich ont démontré expérimentalement la possibilité de cette thrombose artérielle.

b) *Oblitération embolique.* — L'embolie mésentérique est de beaucoup la plus fréquente et atteint surtout la mésentérique supérieure; ce fait s'explique par l'origine élevée de l'artère, son calibre considérable, sa direction presque parallèle au tronc de l'aorte.

Néanmoins l'oblitération de la mésentérique inférieure doit passer fréquemment inaperçue; étant donné les anastomoses que présente l'artère avec les artères hémorroïdales, l'infarctus du gros intestin a peu de chances de se produire.

Le point de départ de l'embolus peut être dans les veines pulmonaires, le cœur ou l'aorte.

1° Il est rare que l'embolus parte des *veines pulmonaires* pour aller oblitérer la mésentérique supérieure et le cas de Virchow est unique ; le fait est néanmoins très possible puisqu'on a pu observer des embolies périphériques consécutives à une thrombose des veines pulmonaires (Gallavardin).

2° L'embolie *d'origine cardiaque* est la plus fréquente : tantôt il s'agit de lésions valvulaires mal compensées (Piéry et Dumas, Reitter, Claisse, Leclerc, Sillitti), tantôt d'une endocardite aiguë rhumatismale (Hœgel, Sillitti). Rarement l'endocardite végétante détermine une embolie mésentérique : bien plus souvent elle aboutit à une ectasie du vaisseau (Gallavardin).

La symphyse cardiaque, la surcharge graisseuse du cœur ont été signalées comme causes d'embolie mésentérique (Oswald).

3° L'embolus peut enfin partir *de la crosse de l'aorte ou de l'aorte thoraco-abdominale*; il s'agit d'individus atteints d'aortite chronique (Fischer, Mollard et Monod, Schnitzler, Richards), avec parfois des caillots fibrineux adhérents à l'endartère (Tschudy et Seitz, Oswald, Claisse et Abrami); plus rarement d'individus atteints d'un anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale (Osler).

Pathologie expérimentale et pathogénie. — Les expériences de Litten ont établi que l'*artère mésentérique est anatomiquement une artère anastomotique et fonctionnellement une artère terminale.*

Si on lie le tronc de l'artère mésentérique supérieure à son origine, l'animal en expérience meurt au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures après avoir présenté des vomissements, des selles sanglantes, du météorisme abdominal; à l'autopsie on trouve constamment un infarctus hémorragique de l'intestin, atteignant tout le territoire de la mésentérique supérieure : duodénum, jéjuno-iléon, moitié droite du gros intestin.

Si on lie seulement une branche mésentérique, l'infarctus est limité et l'animal survit plusieurs jours à l'opération.

Litten a enfin complété ses expériences en recherchant sous quelle pression le sang pouvait pénétrer dans le système mésentérique par les anastomoses : il faut une pression de 300 millimètres de mercure pour que le sang commence à pénétrer dans les branches de la mésentérique.

En 1870, Feltz avait injecté de la poussière de charbon dans l'aorte abdominale d'un chien et constaté un infarcissement des tuniques intestinales avec foyers hémorragiques et ulcérations de la muqueuse.

Les lésions intestinales, après oblitération de la mésentérique, ont été bien étudiées par Litten.

a. *Lésions macroscopiques.* — L'anse intéressée par la ligature s'aplatit, devient pâle et exsangue; au bout d'une heure l'aspect change, les veines se distendent au maximum et on voit se produire successivement des ecchymoses sous-péritonéales et l'infiltration hémorragique des tuniques de l'intestin. Celle-ci est complète au bout de dix à douze heures (Litten).

b. *Lésions microscopiques.* — Elles prédominent au niveau de la sous-muqueuse: on note en outre la desquamation de l'épithélium des villosités, la nécrose des cellules glandulaires.

La pathogénie de l'infarctus intestinal par oblitération artérielle est simple, si on se reporte aux expériences de Litten.

L'afflux artériel étant supprimé, l'infiltration hémorragique de l'intestin s'explique facilement. Au niveau des radicules de la veine mésentérique, s'exerce une pression veineuse énorme; le sang de la veine cave inférieure, de la veine porte, du tronc de la veine mésentérique reflue vers la périphérie, étant donné que la pression artérielle *a tergo* n'existe plus, que la pression positive abdominale se fait sentir et qu'enfin les radicules mésentériques sont dépourvues de valvules (Sillitti).

A ces causes mécaniques, il faut ajouter les altérations vasculaires déterminées par l'ischémie artérielle et les microorganismes intestinaux.

Dans quelques cas exceptionnels, l'oblitération du tronc de l'artère mésentérique supérieure ne détermine pas de lésions intestinales, ces faits s'expliquent soit par une oblitération lente, soit par une disposition spéciale des voies anastomotiques; dans ce dernier cas la circulation se rétablit par la mésentérique inférieure et la pancréatico-duodénale (Tiedemann) ou par l'hémorroïdale supérieure et le plexus artériel rétro-péritonéal de Turner (Chiene).

Anatomie pathologique. — 1° *Lésions des artères.* — Les artères mésentériques supérieure et inférieure ne sont pas atteintes avec la même fréquence; l'oblitération de la mésentérique inférieure a été notée 5 fois sur 80 cas de Gallavardin; 1 fois sur 17 cas de Mauclaire et Jacoulet (Tschudy et Seitz).

L'oblitération simultanée des deux artères, la mésentérique supérieure par embolie, la mésentérique inférieure par thrombose, a été plusieurs fois signalée (Adenot, Fischer).

Dans le cas d'oblitération par embolie, le caillot peut obturer soit l'origine de la mésentérique sur une faible longueur (Claisse et Abrami), soit tout le tronc artériel (Leclerc et Beutter), soit même l'origine des branches collatérales (Schnitzler, Mollard, et Monod).

Les caillots d'origine embolique ont une coloration blanchâtre ou rosée (Piéry et Dumas, Mollard et Monod, Leclerc et Beutter), parfois noirâtre (Oswald, Richards). Ils sont souvent peu adhérents.

Dans le cas d'oblitération par thrombose, les lésions artérielles sont celles de l'endartérite chronique; dans un cas, une plaque d'athérome oblitérait partiellement l'origine de la mésentérique (Richards).

2° *Lésions de l'intestin.* — A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve soit des lésions de péritonite hémorragique, soit des lésions de péritonite purulente; dans ce cas, on trouve les anses intestinales agglutinées par des fausses membranes fibrineuses (Senni), ou adhérentes à l'épiploon (Oswald).

La séreuse est dépolie et présente par places des exsudats purulents (Piéry et Dumas).

Le siège et l'étendue des lésions intestinales sont très variables. En cas d'oblitération complète de la mésentérique, les lésions atteignent tout le jéjuno-iléon et la moitié droite du gros intestin (Claisse et Abrami, Piéry et Dumas, Mollard et Monod, Schnitzler, Leclerc).

Rarement les lésions sont limitées : 80 centimètres (Senni, Touraine et Macé de Lépinay); 2 mètres (Oswald); 4 mètres (Sillitti).

Si la mésentérique inférieure est oblitérée, les lésions atteignent la moitié gauche du côlon transverse, le côlon descendant, l'S iliaque (Hégar, Gehrardt, Adenot).

Si l'oblitération porte sur les deux mésentériques à la fois, les lésions portent sur tout l'intestin depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à la fin de l'S iliaque (Monro, Westhoff).

L'aspect de l'anse lésée est à peu près le même que dans le cas de thrombose veineuse. Souvent il y y a une zone de transition entre les parties saines et malades (Leclerc et Beutter). Certains points de la muqueuse présentent des ulcérations, des plaques de nécrose, pouvant aboutir à la perforation (Butlin, Conti, Fischer).

3° *Lésions du mésentère.* — Elles sont analogues à celles observées dans le cas de thrombose veineuse, mais les artères sont vides, aplaties, les veines turgescentes; on a signalé l'existence d'hématomes intra-mésentériques (Monro et Cohn), de plaques ecchymotiques (Claisse et Abrami).

4° *Lésions des autres organes.* — L'oblitération des artères mésentériques s'accompagne fréquemment d'autres oblitérations artérielles, viscérales et périphériques.

D'après les observations citées par Morisset, Mauclaire et Jacoulet, on a signalé en même temps que l'oblitération mésentérique :

1 fois l'embolie de l'artère hépatique;
3 fois — — splénique;
4 fois — — humérale;
9 fois — — fémorale;
1 fois — — pulmonaire;
6 fois — — sylvienne.

Quant aux autres lésions viscérales, ce sont : l'endocardite aiguë ou chronique, la myocardite scléreuse, l'aortite chronique, la thrombose de l'aorte thoracique ou abdominale.

Symptomatologie. — La symptomatologie de l'infarctus intestinal par oblitération artérielle est assez caractéristique; les descriptions de Gehrardt, Küssmaul, Gallavardin, sont très analogues.

Le *début* brusque est le plus fréquemment observé : la douleur subite, atroce, siège dans la région ombilicale et se généralise rapidement à tout l'abdomen, survenant sous forme de crises.

Les *vomissements*, précoces, sont alimentaires, bilieux; les plus caractéristiques sont les vomissements sanglants, malheureusement rares (Leclerc, Mollard).

Plus fréquentes sont les *hémorragies intestinales*, souvent très abondantes; le sang rejeté par l'anus peut être pur, liquide (Hœgel, Sillitti) ou noirâtre, mélangé à des matières fécales (Hœgel). La diarrhée, souvent profuse, n'est pas rare (Richards, Reitter); elle peut être sanguinolente et contenir de petits lambeaux de muqueuse sphacelée (Claisse).

La mort peut survenir rapidement dans le collapsus: l'hypothermie, à laquelle Küssmaul attache une grande importance, est signalée dans la plupart des observations.

Mais l'affection peut aussi arriver à sa seconde phase, celle d'occlusion intestinale qui ne diffère en rien de celle que nous avons décrite à propos des thrombo-phlébites mésentériques.

Formes cliniques. — La symptomatologie complète est malheureusement rare : la mort peut survenir avant l'apparition des signes d'occlusion ; d'autres fois ceux-ci semblent les premiers en date (Cattani, Monro, Oswald) ; enfin l'affection peut évoluer d'une façon presque latente (Schnitzler).

III.

INFARCTUS INTESTINAL PAR OBLITÉRATION ARTÉRIELLE ET VEINEUSE.

La coexistence d'embolie de l'artère mésentérique supérieure et de thrombose veineuse est tout à fait exceptionnelle, nous en avons relevé 6 observations (Sprengel, Oswald, Oppolzers, Deckart, Taylor, Smith).

D'après Sprengel, l'oblitération artérielle et veineuse du mésentère détermine une lésion particulière, *la gangrène anémique de l'intestin* : on observe un amincissement considérable de la paroi intestinale dû à la nécrose ; cette lésion a été déterminée expérimentalement par Kader. Les observations de Deckart, Oswald, Taylor, Oppolzers ne contiennent pas de renseignements suffisants pour appuyer ou infirmer la conception de Kader.

La lésion primitive, artérielle ou veineuse, est discutable. Il est inadmissible que les deux lésions soient simultanées, il est bien plus probable que c'est la thrombose veineuse qui est secondaire à l'oblitération artérielle (Deckart, Oswald, Oppolzers).

La thrombo-phlébite mésentérique secondaire s'explique facilement : l'oblitération artérielle a déterminé une hypertension veineuse considérable, qui a pu être entretenue ou augmentée par la pression exercée par l'embolus sur l'origine de la mésentérite supérieure (Oswald). La stase sanguine prédispose à la thrombose et celle-ci est déterminée par les microorganismes intestinaux (Pilliet, Eisenlohr).

Au point de vue clinique, l'infarctus intestinal par oblitération artério-veineuse mésentérique n'a rien de particulier; dans aucun cas le diagnostic n'a été fait. L'évolution est toujours rapide : trois ou quatre jours dans les cas d'Oswald, Deckart, Sprengel, Oppolzers; dix-huit heures dans le cas de Taylor, mais il s'agissait d'un enfant de cinq ans.

Pronostic de l'infarctus intestinal. — Il est inutile d'insister sur la gravité du pronostic. Dans l'infarctus par oblitération veineuse ou artério-veineuse, on ne peut compter sur la guérison spontanée ; dans l'infarctus par oblitération artérielle, le pronostic est peut-être un peu moins mauvais, car la guérison spontanée est possible (Lereboullet, Hirtz, Moos, Finlayson, Hœgel).

L'intervention chirurgicale est la seule chance de salut qui reste aux malades; encore verrons-nous que ses indications sont limitées.

Diagnostic de l'infarctus intestinal. — Le diagnostic d'infarctus hémorragique de l'intestin présente de sérieuses difficultés, surtout dans le cas d'infarctus par thrombose veineuse. Il se pose dans différentes conditions.

A la suite d'une intervention chirurgicale portant sur l'intestin, le mésentère, la rate, lorsque surviennent des accidents d'occlusion, on pourra soupçonner l'infarctus si le malade a eu des hématémèses ou du melœna ; si ces deux symptômes manquent, c'est le diagnostic erroné d'occlusion par coudure de l'angle gauche du côlon, par péritonite septique, qui sera porté.

Lorsque l'attention a été attirée *sur le système porte*, lorsque le malade présente une affection hépatique en évolution, le diagnostic devient moins difficile ; mais il faut distinguer les accidents dus à la thrombose mésentérique des accidents dus à la *pyléphlébite* ; dans ce dernier cas, il y a hépato-splénomégalie, ascite à développement rapide, circulation veineuse sous-cutanée collatérale. Ces signes manquent dans la thrombose mésentérique.

Au cours de l'appendicite, on peut voir survenir l'occlusion intestinale. Comme l'a montré Marion, elle est due soit à une paralysie intestinale par péritonite, soit à la compression du rectum par un abcès pelvien, soit à une bride étranglant l'intestin, soit à une parésie intestinale due à un réflexe à point de départ appendiculaire; à ces causes il faut ajouter la thrombo-phlébite mésentérique (Polya).

Chez des individus *atteints d'endocardite, de lésions valvulaires*, le diagnostic d'embolie mésentérique est relativement facile; il a été souvent porté et vérifié à l'autopsie (Piéry et Dumas, Mollard et Monod, Leclerc, Claisse, Reitter).

Les difficultés sont encore plus considérables lorsque l'infarctus hémorragique de l'intestin survient chez un individu jusque-là bien portant. Lorsque les symptômes sont au complet, lorsqu'aux selles et aux vomissements sanglants, succède le syndrome d'occlusion intestinale, le diagnostic aura quelques chances d'être fait (Reitzenstein, Brünner, Olshausen).

Certains auteurs attachent une grande importance aux caractères et au volume de la tuméfaction abdominale (Amos, Olshausen); mais celle-ci manque souvent et, lorsqu'elle existe, fera plutôt croire à un cancer du côlon (Brünner), à une torsion du mésentère sur son axe.

Un certain nombre d'affections peuvent simuler l'infarctus intestinal.

L'*invagination intestinale* a les mêmes phénomènes douloureux, les mêmes évacuations sanglantes ; mais l'anse invaginée est plus consistante que l'anse infarciée (Sprengel) et le toucher rectal pourra faire sentir la tête de l'invagination.

L'*apoplexie du pancréas* (Nimier) présente une série de symptômes communs : même début brusque, mêmes douleurs violentes, même état général grave avec hypothermie centrale et périphérique; cette similitude de symptômes s'explique bien si on réfléchit aux rapports intimes qui existent entre le pancréas et le plexus mésentérique supérieur (Mauclaire). L'absence d'entérorragies, le siège plus élevé de la douleur dans la nécrose stéatosante pancréatique peuvent aider au diagnostic.

La *cholécystite aiguë*, la *rupture d'une grossesse tubaire* peuvent simuler l'embolie mésentérique (Sillitti).

La *péritonite septique* (Solieri) enfin peut présenter des difficultés de diagnostic insurmontables.

Le *diagnostic entre l'oblitération veineuse et l'oblitération artérielle* se pose rarement; en faveur de l'oblitération artérielle, on invoque l'évolution plus rapide, l'entérorragie plus abondante, l'absence de signes physiques abdominaux, la constatation de lésions valvulaires.

Hégar et Gehrardt ont recherché les signes qui différencient l'embolie de la mésentérique inférieure. Ils signalent le maximum douloureux à gauche de

l'abdomen, le ténesme rectal, l'aspect du sang qui est rouge et rutilant.

Quant au diagnostic *du siège de l'infarctus, de son étendue*, il n'y a pas de signes cliniques capables de fixer ces deux points si importants au point de vue de la thérapeutique chirurgicale.

Traitement de l'infarctus intestinal. — Le seul traitement rationnel de l'infarctus hémorragique de l'intestin est le traitement chirurgical.

La *laparotomie exploratrice* constitue le premier temps opératoire : elle permet de faire ou de confirmer le diagnostic, de se rendre compte de l'étendue des lésions, de juger quelle est l'intervention la plus opportune.

L'intervention est inutile dans toute une série de cas : malades en état d'asystolie, thromboses et embolies multiples, infarctus de la totalité ou presque de l'intestin grêle.

A quel moment faut-il intervenir? Le diagnostic exact n'étant généralement pas fait, cette question ne se pose guère. Certains chirurgiens conseillent la temporisation et préconisent un léger massage abdominal, une médication hypertensive qui favoriserait l'évacuation des caillots et l'établissement des anastomoses (Neutra, Oswald).

En réalité, il est logique d'intervenir le plus tôt possible; le malade est encore résistant, capable de supporter une intervention souvent longue et pénible; les lésions intestinales sont peu avancées. Dans le cas d'infarctus par oblitération artérielle, les interventions sont peu nombreuses, bien que le diagnostic ait été fait plusieurs fois. Gallavardin cite huit cas où l'opération fut pratiquée (Mac Carthy, Lothrop, Corti, Monro, Watson, Elliott, Chiene, Gordon); trois opérés seulement guérirent, mais la nature de l'opération n'est pas mentionnée. Sur 17 observations rapportées par Mauclaire, l'opération fut pratiquée deux fois avec une guérison chez un malade à qui on fit la résection de 80 centimètres d'intestin grêle (Senni).

Dans le cas d'infarctus par oblitération veineuse, les interventions sont plus nombreuses : 20 fois sur 59 cas (Roussel); 8 fois sur 28 observations (Mauclaire et Jacoulet).

La laparotomie a été simplement exploratrice : 7 observations de Roussel, 1 cas de Cramer, 1 cas de Monnier et Sutter, 1 cas de Auvray. Il s'agissait de malades à état général précaire, présentant des lésions intestinales étendues, chez lesquels toute intervention était impossible.

L'*extériorisation simple* de l'anse infarciée évite les dangers de péritonite (Mouchet, Tschudy); elle convient à un infarctus limité, chez des malades à état général grave.

L'*anus contre nature* (Mignon et Dopter, Polya, Picqué et Grégoire) n'est qu'un palliatif, visant l'occlusion intestinale.

La *gastro-entérostomie* (Kölbing) ne peut avoir que des indications restreintes, lorsque l'infarctus siège à la partie initiale du jéjunum.

L'entéro-anastomose est l'opération de choix, la plus fréquemment pratiquée, mais avec un certain nombre de variantes :

L'*entéro-anastomose pure et simple*, sans extériorisation, ni résection (Teissier) laisse persister le danger de péritonite.

L'*entéro-anastomose avec extériorisation de l'anse infarciée* (Mauclaire et Jacoulet) rétablit immédiatement la continuité de l'intestin et évite la péritonite; cette intervention peut être rapidement terminée.

L'*entéro-anastomose avec résection de l'anse infarciée* et du coin mésentérique correspondant a été pratiquée par Polya, Sprengel, Talke, Stéphan, Lindner, Kendal Francks, Brünner, Monnier et Sutter, Haagen, Lecène. Cette résection intestinale peut être très étendue, jusqu'à 1m,30 (Elliott, Lecène).

L'intestin sphacélé enlevé, que faut-il faire des deux bouts? Le plus souvent, la continuité de l'intestin a été rétablie soit par la suture, soit par le bouton de Murphy, procédé qui diminue considérablement la durée de l'intervention (Talke, Polya, Sprengel, Haagen, Lecène). Sprengel a montré les difficultés et les dangers de la suture immédiate après résection intestinale : disproportion de volume entre le bout supérieur dilaté et le bout inférieur rétracté, difficulté des sutures sur une paroi intestinale épaissie et œdématiée, gangrène possible au niveau de la ligne des sutures (Francks).

Reste une dernière intervention, la *résection entéro-mésentérique suivie d'abouchement des deux bouts de l'intestin à la paroi;* dans un second temps on ferme l'anus contre nature (Sprengel, Elliott).

Les *résultats opératoires* ne sont guère brillants; sur 12 malades opérés, 3 seulement ont guéri (Sprengel, Brünner, Haagen). D'après Kölbing, la mortalité s'élève à 86 p. 100 (8 guérisons sur 58 cas); pour Sprengel, elle est de 71 p. 100 (3 guérisons sur 14 cas); pour Lindner, elle est de 72 p. 100 (3 guérisons sur 11 cas).

BIBLIOGRAPHIE

CHIENE. *Journ. anat. a. physiol.*, Edimburg, 1868, t. III. — FELTZ. *Traité des embolies capillaires*, 1870, p. 188. — MERKEL. *Wien. med. Presse*, juillet 1886. — ADENOT. *Revue de méd.*, 1890. — NIMIER. Apoplexie pancréatique, *Revue de méd.*, 1894.— ELLIOTT. *Ann. of Surg.*, janv. 1895.— PRIESTLEY LEECH. Thrombose mésentérique, *Edimburg med. Journ.*, 1898, t. VII. — PRÜTZ. *XXVIIIe Congrès de chirurgie allemand*, avril 1899. — BÉGOUIN. *Revue de chir.*, mars 1899. — MONRO et WORKMANN. Thrombose mésentérique, *Glascow med. chir. Journ.*, oct. 1900. — POSNER. Perméabilité aux microbes de la paroi intestinale, *Berl. klin. Wochen.*, sept. 1900. — MOUISSET. *Lyon méd.*, 1900. — FRIEDREICH. *Congrès des chirurgiens allemands*, 1900. — WILMS. Lésions vasculaires du mésentère, *Münch. med. Wochen.*, août 1901. — GALLAVARDIN. Embolies et thromboses mésentériques, *Gaz. des hôpit.*, août 1901. — MAUCLAIRE. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1901. — SIEWERS. Embolie mésentérique, *Berl. klin. Wochen.*, fév. 1902. — ALBAN. Thromboses post-opératoires, *Beit. f. klin. Chir.*, 1903, t. XL. — ORTNER. Artério-sclérose intestinale, *Samml. klin. Vort.*, 1903, n° 347. — GERSTER. *Med. Rec.*, 1903. — MEISEL. Appendicite et thrombo-phlébite, *Congrès des chirurgiens allemands*, 1904. — BRUNO. Thrombose des veines mésentériques, *Giorn. ital. de sc. med.*, Pisa 1904, t. II. — JACKSON. Thrombose et embolie mésentérique, *Chicago Journ.*, 1904, p. 116. — VALLADÃO. Embolie mésentérique, *Revue méd. de São Paulo*, 1904, t. VII, p. 571. — MOUCHET. *Presse méd.*, 1904. — MIGNON et DOPTER. *Presse méd.*, oct. 1904. — OSWALD. Embolie mésentérique, *Zeits. f. klin. Chir.*, 1905, t. LIII. — LINDNER. Thrombose et embolie mésentérique, *Berl. klin. Wochen.*, 1905, t. XIII. — RINDONE. Perméabilité aux microbes de la paroi intestinale, *Rif. med.*, 1905, p. 177. — REITTER. Embolie mésentérique supérieure, *Münch. med. Wochen.*, 1905, t. II, p. 221. — HALL. Thrombose mésentérique, *Ann. phys. New-York*, 1905, t. XXXI, p. 171. — FISCHER. Embolie et thrombose des artères mésentériques, *New-York med. Journ.*, 1905, t. XVI, p. 185. — LECLERC. Embolie mésentérique supérieure, *Lyon méd.*, 1905, n° 3. — CLAISSE et ABRAMI. Embolie mésentérique, *Soc. méd. des hôpit.*, avril 1905. — RICHARDS. Thrombose mésentérique, *Brit. med. Journ. London*, 1905, t. II, p. 1151. — MAC PHERSON. Thrombose mésentérique, *Brit.*

med. Journ., 1905, t. II, p. 330. — CONRAD. Trombose des veines mésentériques, *Calif. state Journ. Med.*, San Francisco, 1905, t. II. — COON. Embolie de l'artère mésentérique supérieure, *Trans. Amer. Inst. Homœp.*, 1905, t. XI. — ROUSSEL. Th. de Paris, 1905. — SAUVÉ. *Revue de chir.*, 1905. — SOLIERI. *Riforma med.*, août 1905, n° 33. — AMOS. *Zeits. f. Geb. u. Gynæk.*, 1905, t. L, p. 430. — POLYA. *Deuts. med. Wochen.*, fév. 1905. — HOFFMANN. Lésions vasculaires dans l'appendicite, *Presse méd.*, 1906, p. 521. — BROWN. Thrombose mésentérique, *Intercolon med. Journ. Australa.*, Melbourne 1906, t. XI. — SMITH. Thrombose et embolie mésentérique, *Bristol med. chir. Journ.*, 1906, t. XXIV, p. 216. — HŒGEL. Embolie mésentérique, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1906, t. XXXVII. — EDELMANN. Embolie mésentérique, *Pest. med. Chir. Presse*, Buda-Pesth, 1906, t. XIII. — SYMS. Embolie a. mésentérique, *Amer. surg. Phil.*, 1906, p. 613. — BRÜNNER. Thrombose mésentérique; opération; guérison, *Arch. f. klin. Chir.*, 1908, t. I, p. 84; — *Presse méd.*, 1907, p. 445. — ROSSITER. Embolie mésentérique, *South African. Med. rec.*, Cap Town, 1907, t. V, p. 70. — RODGER. Embolie mésentérique, cérébrale et fémorale, *Brit. med. Journ.*, London 1907, t. I, p. 810. — MOLLARD. Embolie mésentérique supérieure, *Lyon méd.*, 20 janv. 1907. — PIÉRY et DUMAS. Embolie mésentérique supérieure, *Province méd.*, 21 déc. 1907. — FUNKE. Thrombose artérielle mésentérique supérieure, perforation intestinale, *Amer. med. Philad. a. New-York*, N. S. 1907, t. II. — SENNI. Embolie mésentérique, *Il Morg.*, 1907. — CHEINISSE. Artérios-clérose intestinale, *Semaine méd.*, 11 déc. 1907. — TSCHUDY et SEITZ. *Soc. de méd. de Zurich*, 1907. — LECÈNE. Résections du mésentère, *Exposé de titres à l'agrégation*, 1907. — GRAWITZ. Thrombose mésentérique, *Virch. Arch.*, Bd. CX, S. 439. — MORISSET. *Embolie artérielle mésentérique*, Th. de Bordeaux, 1907. — PAYR. *Arch. f. klin. Chir.*, 1907, t. LXXXIV, p. 799. — LAROYENNE. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 24. — TSCHUDY. *Soc. de méd. de Zurich*, 1907. — FRATTIN. *Clin. chir.*, 30 sept. 1907. — RENDL. *Wien. klin. Wochen.*, 10 oct. 1907. — MARECK. Artère mésentérique, *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1908, p. 174. — PARMENTIER et CHABROL. Infarctus hémorragique de l'anse sigmoïde par athérome artériel et thrombose veineuse, *Arch. des mal. du tube digestif*, fév. 1908. — HAAGEN. Thrombose mésentérique; opération; guérison, *Deut. Zeit. f. Chir.*, fév. 1908, Bd. XCII. — RAVENNA. Infarctus hémorragique de l'intestin. *Gazz. d. Osped.*, 12 avril 1908. — MAUCLAIRE et JACOULET. Infarctus hémorragique de l'intestin, *Arch. gén. de chir.*, 25 mars 1908. — LECÈNE. Infarctus hémorragique de l'intestin par thrombose veineuse, *Soc. anat.*, mai 1908. — TOURAINE et MACÉ DE LÉPINAY. Thrombose des artères mésentériques, *Soc. anat.*, juin 1908. — BAR. Thrombose mésentérique, *Soc. obstét. de France*, oct. 1908. — AUVRAY. Infarctus hémorragique de l'intestin par thrombose veineuse, *Soc. de chir.*, 27 janv. 1909. — HÜBSCHMANN. *Soc. méd. de Genève*, 25 juin 1908.

FORMULAIRE

SALPINGITE D'ORIGINE BLENNORRAGIQUE

Injections chaudes à base de permanganate de potasse (solution à 1 p. 4 000).

Badigeonner le canal cervical avec :

Thigénol................	20 grammes.
Alcool..................	80 —

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 NOVEMBRE 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 3 novembre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Lejars, Rieffel et Proust.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Macaigne.

1er, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Branca; — (2e série) : MM. Nicolas, Langlois et Mulon; — M. Sicard, suppléant.

5e (chirurgie), *Laënnec* (1re partie) : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Pierre Marie, Marcel Labbé et Lœper; — M. Legry, suppléant.

Jeudi 4 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Lecène.

1er (oral) : MM. Prenant, Remy et Marion.

3e (oral, 2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Brumpt.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard.

1er, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Pouchet, Retterer et Auvray; — (2e série) : MM. Gley, Lannois et Morestin; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 5 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust; — (2e série) : MM. Hartmann, Gosset et Ombrédanne; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 6 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Rénon et Nobécourt; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Gouget et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 3 nov., à une heure. — M. CARE. Les teignes et leur traitement radio-thérapique. (MM. Gariel, président; Delbet, Gosset et Zimmern.) — M. MIROUX. Modifications de la sensibilité et de la capacité vésicales par la rachistovaïnisation dans les interventions sur les vessies non ouvertes. (MM. Delbet, président; Gariel, Gosset et Zimmern.) — M. NEVEU. Procidences du cordon et opération césarienne. (MM. Pinard, président; Reclus, Segond et Couvelaire.) — M. COUTON. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère variqueux. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Couvelaire.) — Mlle PETITJEAN. Contribution à l'étude des hernies de la trompe et de l'ovaire chez l'enfant et de leurs complications. (MM. Segond, président; Pinard, Reclus et Couvelaire.)

Jeudi 4 nov., à une heure. — M. ROUNET. Troubles nerveux précoces du mal de Pott sous-occipital. (MM. Raymond, président; de Lapersonne, G. Ballet et Claude.) — M. DAVID. Le délire post-opératoire chez les opérés de cataracte. (MM. De Lapersonne, président; Raymond, G. Ballet et Claude.) — M. LERAT. Contribution à l'étude statistique de la psychose périodique. (MM. Gilbert Ballet, président; Raymond, de Lapersonne, Claude.) — M. FRENKEL. Contribution à l'étude des papillomes du larynx chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Thiroloix, Castaigne et Gouget.) — M. HARVIER. Recherches sur la tétanie et les glandes parathyroïdes. (MM. Hutinel, président; Thiroloix, Castaigne et Gouget.—(M. L'HOSTE. Contribution à l'étude de la tuberculose hypertrophique du gros intestin chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Thiroloix, Castaigne et Gouget.)

Essais de médecine préventive, par P. LONDE, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-16 de la Collection médicale, cart. à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Toussaint.* — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 28 octobre, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 novembre 1909, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 122. — MARDI 26 OCTOBRE 1909. 82e ANNÉE. MARDI 26 OCTOBRE 1909. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 22 octobre 1909. — Question donnée : « Artères de la main. »

MM. Bertrand, 15; Bourdier et Allot, 16; Alajouanine, 14; Barbier, 17; Breger, 12; Bretégnier, 16; Bernard, 7; Ach, 12; Allendy, 13; Berges, 10; Boncompain, 12; Beau, 9; Benoits, 1; Boirac, 15; Bordet, 18; Boissier, 7.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — *Concours de l'internat.* — La question donnée à l'écrit a été la suivante : « Nerf crural, coxalgie. »

Concours de l'externat. — Le jury de l'externat n'ayant pu se constituer mardi dernier, un nouveau jury a dû être tiré. Il est composé de MM. Princeteau, de Boucaud, Lacouture, Micheleau, Cruchet, titulaires, et de MM. Lefour, V. Picot et Leuret, suppléants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinicat. — Un concours pour un emploi de chef adjoint de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 16 novembre 1909, à neuf heures du matin.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 6 novembre, inclusivement. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine français. — Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Grenoble. — Un concours s'ouvrira, le 23 avril 1910, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

— Un concours s'ouvrira, le 25 avril 1910, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Nantes. — Un concours s'ouvrira, le 25 avril 1910, devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, pour l'emploi de chef des travaux d'histologie à ladite école. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Martin (de Rouen).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Campart (de Paris), Cardaliaguet (de Tozeur), Dide (de Braqueville), Pons (de Lunel); les médecins-majors Dufau et Frilet.

LES MÉDECINS ET LA PEINE DE MORT. — Comme suite à une discussion commencée pendant le Congrès de Budapesth, une enquête internationale est ouverte auprès des médecins à propos de la peine de mort. On est prié de répondre aux questions suivantes :

1° Approuvez-vous la peine de mort au point de vue médical, et en particulier pensez-vous que la responsabilité du criminel peut dans tous les cas être déterminée à coup sûr?

2° Connaissez-vous des cas où l'autopsie a prouvé qu'il existait des lésions évidentes dans le cerveau du criminel exécuté?

3° Citez d'autres motifs pour ou contre la peine de mort en vous plaçant au point de vue médical.

4° Convient-il que le médecin assiste à l'exécution pour constater la mort du condamné?

4° Approuvez-vous la proposition émise que le prochain Congrès médical international donne son opinion contre la peine de mort et contre la présence du médecin lors de l'exécution?

6° Autres remarques.

Envoyer les réponses au docteur Mikolajski, rue Sniadeckich, 6, à Lvöw (Autriche), directeur du journal espérantiste *La Vôco de Huracistoj*.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bernard (de Laferté-sur-Amance); Guément (de Bordeaux) et Marieux (de Paris).

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1525.*)

SUR DEUX CAS DE TUMEURS CÉRÉBRALES

Par MM. L. BABONNEIX et ROGER VOISIN,
Anciens chefs de clinique médicale infantile.

Nous nous proposons de rapporter aujourd'hui deux cas de tumeurs cérébrales, observés l'un et l'autre chez des enfants. Comme il s'agit de malades de la ville, leur histoire clinique est un peu sommaire, et leur histoire anatomique fait complètement défaut. Il nous a semblé, toutefois, que ces cas présentaient assez d'intérêt pour pouvoir être publiés tels quels.

OBSERVATION. — Henri B..., trois ans et deux mois, est amené à la consultation des maladies nerveuses du professeur Hutinel, le 17 juin 1909, parce que ses parents ont remarqué chez lui, depuis une quinzaine, une certaine impotence du membre inférieur droit.

Antécédents héréditaires. — Le père est en parfaite santé. Il raconte bien avoir eu, au régiment, une affection vénérienne, mais cette affection, caractérisée par un écoulement urétral et des douleurs à la miction, semble, autant qu'il soit permis de se prononcer, avoir été une simple blennorragie. D'ailleurs, depuis cette époque, il n'a jamais présenté le moindre symptôme de spécificité, et, lorsque nous avons eu l'occasion de l'examiner, nous n'avons constaté ni signe d'Argyll, ni abolition des réflexes, ni cicatrices cutanéo-muqueuses. En somme, syphilis des plus douteuses.

La mère est très bien portante.

Il y a quatre enfants : un garçon de vingt et un ans, solide, et qui fait actuellement son service militaire; une fille de dix-huit ans, qui jouit également d'une bonne santé; un petit garçon de huit ans, un peu délicat, et, enfin, le malade.

Antécédents personnels. — Celui-ci est venu au monde à la suite d'un accouchement facile. La grossesse avait été normale. A la naissance, il pesait 4 kilos. Il a été élevé au sein par sa mère pendant six mois, puis alimenté avec du lait concentré. Il n'a jamais eu ni maladies éruptives, ni diphtérie.

Histoire de la maladie. — Il y a un mois et demi environ, l'enfant a présenté une éruption apyrétique généralisée, qu'il a contractée de son frère, et qu'il est bien difficile de préciser. Peut-être s'est-il agi d'une simple roséole.

Il y a une quinzaine de jours, la mère, en procédant à la toilette du bébé, remarqua qu'elle provoquait une certaine douleur du côté droit, au niveau des orteils et de la tibio-tarsienne, et, de plus, que le membre inférieur, de ce côté, était devenu lourd, malhabile, et comme paralysé. Cette impotence s'est installée progressivement, graduellement, sans jamais s'accompagner de fièvre, si bien qu'actuellement, l'enfant ne peut plus marcher seul sans risquer à tout instant de tomber. Depuis une dizaine de jours, le membre supérieur droit se prend à son tour. C'est alors que l'enfant est amené dans le service du professeur Hutinel.

Examen actuel. — Le 17 juin 1909, voici ce qu'on observe. Si l'on fait marcher le petit malade, on note un trouble très net de l'équilibre : au bout de quelques pas, l'enfant vacille, et, si on ne le retenait pas, il tomberait à droite. Cette épreuve, fréquemment répétée, a toujours fourni le même résultat. Toujours le bébé, au bout de quelques pas, tend à tomber à droite.

Au repos, on constate une diminution très nette de la force musculaire du membre inférieur droit : le jeune H... ne peut pas soulever la jambe au-dessus du plan du lit, il ne résiste que très imparfaitement à la flexion provoquée de la jambe sur la cuisse.

Les réflexes tendineux sont exagérés; le signe de Babinski est net; non seulement, sous l'influence d'une excitation plantaire, la première phalange du gros orteil se met en extension sur le métatarsien correspondant, mais encore les autres orteils s'écartent (signe de l'éventail). Il n'y a pas de clonus du pied.

Le membre supérieur droit est franchement parésié : l'enfant, assis sur les genoux de sa mère, ne peut saisir un bonbon qu'on lui offre à une certaine distance.

Il existe une paralysie faciale gauche du type périphérique.

L'examen de l'œil révèle les particularités suivantes (Terrien) : pupilles inégales; réflexes normaux; le fond de l'œil est normal.

Il n'y a pas de céphalée, pas de vomissements, pas de troubles généraux.

Une intra-dermo-réaction est pratiquée le même jour : elle se montre nettement positive.

Le 9 juillet, l'enfant ne peut plus marcher : l'impotence du membre inférieur droit a fait de grands progrès. Soutenu, le petit malade peut encore faire quelques pas : on remarque alors qu'il lance sa jambe en avant, et qu'en même temps, il étend, du même côté, l'avant-bras sur le bras. Il y a toujours les mêmes tendances à la chute latérale. Les réflexes tendineux, du côté droit, sont tous augmentés, et il y a même une ébauche de clonus. A gauche, seul, le réflexe rotulien est exagéré.

La langue est un peu déviée.

Depuis quelques jours, le malade vomit avec facilité, dès qu'on le retourne ou qu'on l'asseoit dans son lit.

L'examen de l'œil fournit des renseignements intéressants : non seulement il existe de la stase papillaire, mais encore on voit quatre ou cinq tubercules choroïdiens typiques, qui occupent l'œil gauche. Enfin la pupille gauche est nettement plus grande que la droite.

Le 15 juillet, au retour d'une petite promenade, l'enfant est pris de convulsions généralisées; d'après le père, il n'aurait pas perdu connaissance pendant l'heure qu'elles ont duré. Elles se sont reproduites les jours suivants; on a noté des vomissements, de la céphalée, une torpeur progressive, si bien que le médecin de la famille a dit : ce n'est pas de la méningite tuberculeuse, mais cela y ressemble beaucoup. Finalement, le bébé est tombé dans le coma, et a succombé le 19 juillet.

Dans ce cas, il n'est pas douteux qu'il s'agisse de néoplasme cérébral. Le petit malade en a présenté tous les symptômes : hémiparésie droite, troubles de l'équilibre, vomissements à type cérébral, céphalée, convulsions. Il est même permis de localiser assez exactement la tumeur et d'affirmer qu'elle occupe la région pédonculo-protubérantielle : elle réalise en effet le type connu dit de Millard-Gubler (1). Mais quelle en est la nature? Voilà une question de la plus haute importance pour le cas où l'on aurait cru devoir intervenir chirurgicalement, et que, cependant, il était impossible de résoudre de par les seules ressources de la clinique. L'enfant n'offrait aucun signe de tuberculose : micropolyadénie, adénopathie trachéo-bronchique, hypertrichose, longs cils, etc.; ses parents étaient très bien portants, et en dehors des résultats de l'intra-dermo-réaction, rien ne permettait de penser à un tubercule cérébral jusqu'au jour où l'examen ophtalmoscopique a permis de re-

(1) Ce type n'a pas été fréquemment signalé chez l'enfant.

connaître l'existence de tubercules choroïdiens typiques.

L'observation vaut d'autant plus d'être citée que les lésions oculaires de cette nature sont tout à fait exceptionnelles. Le temps n'est plus, en effet, où, avec Bouchut, on considérait les tubercules choroïdiens comme très fréquents. Sur 25 cas de méningite tuberculeuse, Jaccoud et Labadie-Lagrave ne les ont vus que trois fois, et, tout récemment, Rochon-Duvigneaud n'a pu noter qu'une seule fois un petit tubercule miliaire de la choroïde sur une vingtaine de cas de méningite tuberculeuse qu'il a eu l'occasion d'étudier.

* *

Dans notre seconde observation, l'examen ophtalmoscopique a permis, en quelques minutes, d'affirmer un diagnostic hésitant.

Le jeune X..., quatorze ans et demi, est envoyé par le docteur Debret au professeur Hutinel pour des mouvements choréiformes datant déjà de trois ans. Ces mouvements sont survenus sans cause, n'ont pas été précédés de douleurs articulaires et ne se sont jamais compliqués d'endo ou de péricardite. Ils n'ont été modifiés par aucune des médications habituelles, et, depuis leur début, ont persisté sans aucune modification; ils sont généralisés, incessants, et offrent tous les caractères de la chorée vraie.

Depuis un an, sont apparues des céphalées, longtemps attribuées à des troubles digestifs, céphalées n'affectant pas une région spéciale de la tête, pas plus fréquentes la nuit que le jour, mais souvent intolérables, et terminées par des vomissements. D'autres fois, ces vomissements survenaient spontanément, avec la plus grande facilité. Presque en même temps, le docteur Debret a constaté que la démarche du jeune malade prenait le caractère cérébello-spasmodique, qu'il y avait de la titubation, des vertiges, du signe de Romberg, et, parfois, de l'incontinence d'urine. De temps à autre se produisaient des attaques comitiales, débutant par une sorte d'ictus, s'accompagnant de perte de connaissance, de morsure de la langue, d'incontinence des matières et des urines, et suivies d'une torpeur plus ou moins prolongée.

Etat actuel. — Lorsque l'un de nous eut l'occasion d'examiner le malade, le 25 avril 1909, voici ce qu'il constata :

Le jeune X... est bien développé; son état général est des plus satisfaisants; il ne présente aucun stigmate d'hérédo-syphilis; aucun signe ne permet de penser à la tuberculose. Ses parents sont d'ailleurs parfaitement bien portants. Les grands appareils fonctionnent tous normalement; il n'y a pas de fièvre; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Seul, le système nerveux paraît gravement atteint.

Troubles moteurs — Lorsque le malade est assis ou couché, on constate que ses membres inférieurs sont raides; de plus, il semble que la jambe droite soit moins forte que la gauche, et que, de ce côté, le patient puisse opposer moins de résistance aux mouvements provoqués. Dans la station verticale, le signe de Romberg est des plus nets. Enfin, la marche est à la fois ébrieuse et scandée : le jeune X... titube comme un homme ivre, mais, en même temps, ses jambes sont raides; la démarche est donc cérébello-spasmodique. Il n'y a pas d'amyotrophie.

Les membres supérieurs sont raides; le droit paraît présenter une légère parésie. Il n'y a d'ailleurs aucune atrophie musculaire.

La face est normale.

Les ictus comitiaux sont particulièrement fréquents depuis quelques jours.

Réflexes. — Les réflexes tendineux sont généralement augmentés, mais il n'y a pas de trépidation spinale. Le signe de Babinski est net à droite. De ce côté, on constate également l'existence du signe de Kernig.

Il n'y a pas de troubles de la *sensibilité* objective, la percussion de la tête n'est pas douloureuse, mais, comme nous l'avons dit, le malade éprouve fréquemment des céphalées plus ou moins intenses et prolongées.

Les *troubles trophiques* font absolument défaut, de même les *troubles sphinctériens*.

Enfin, il existe quelques *troubles intellectuels* légers : modifications du caractère, puérilité, émotivité excessive, difficulté de suivre les cours et de faire des progrès scolaires.

* *

Dans ce cas, il est certain que nombre de symptômes plaidaient en faveur d'un néoplasme cérébral : telles sont les crises de céphalée et de vomissements, la démarche cérébello-spasmodique, l'hémiparésie droite, les vertiges, les attaques comitiales. Mais, outre que certains d'entre eux avaient pu légitimement, pendant assez longtemps, être rattachés à une autre cause (troubles digestifs), aucun ne permettait d'affirmer l'existence d'une tumeur cérébrale ni d'en délimiter le siège. Sans compter que l'on pouvait s'étonner de voir qu'une pareille lésion ait pu évoluer depuis trois ans sans donner lieu à des signes plus caractéristiques.

C'est alors que le malade fut envoyé à M. Dupuy-Dutemps qui a bien voulu nous remettre à son sujet la note suivante :

Stase papillaire bilatérale des plus nettes, avec acuité visuelle bien conservée (V : 1/3 faible). Le champ visuel est d'étendue normale. Il existe des crises rares d'obnubilation passagère de la vision, comme on en constate souvent dans la stase papillaire. Pupilles larges, à réactions conservées, mais lentes. Pas de paralysies motrices des yeux, sauf une légère insuffisance de convergence, qui, dans l'espèce, ne paraît pas avoir grande signification. Somme toute, hypertension intracranienne liée, soit à une méningite chronique, soit, plutôt, à une tumeur cérébrale.

Ayant perdu l'enfant de vue, nous avons écrit à notre aimable et distingué confrère, M. le docteur Debret, qui nous a répondu immédiatement :

Votre malade a été opéré fin juin 1909 par le docteur Walther sur les instances des parents qui, devant l'impuissance des moyens médicaux (1), ont tenu à recourir aux ressources de la chirurgie.

Cette opération démontra l'existence d'un sarcome du cerveau.

Trois semaines après, une issue fatale se produisait.

* *

Ainsi voilà un cas indiscutable de tumeur cérébrale où le diagnostic, que les seules ressources de la clinique permettaient seulement de soupçonner, a pu, en quelques minutes, être affirmé par l'examen de l'œil. L'examen ophtalmoscopique fournit donc, dans les néoplasies cérébrales, des renseignements de la plus haute valeur. C'est là une vérité dont sont convaincus tous les spécialistes, mais qu'il est bon de faire pénétrer dans le grand public médical.

(1) Le traitement spécifique avait été conseillé.

LE PHÉNOMÈNE DE LA CHUTE DES BRAS

SA SIGNIFICATION CLINIQUE, SES CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES

Par M. Henry MEIGE.

Dans le numéro du 23 mars 1909 de la *Gazette des Hôpitaux* (n° 34, p. 408), a paru un article intitulé : « Le Signe de la détente musculaire, sa valeur en clinique psychologique », par M. Bérillon.

La forme de cet article pouvant laisser entendre qu'il s'agit de constatations originales, il est juste de rappeler, même tardivement, quelles ont pu être les sources de sa documentation.

Dans le compte rendu du Congrès international de Médecine tenu à Madrid (23-30 avril 1903), figure (p. 785) une communication intitulée : *L'aptitude catatonique et l'aptitude échopraxique des tiqueurs. Les exercices thérapeutiques de détente*, par Henry Meige (1). L'auteur insiste sur la difficulté qu'éprouvent certains sujets, notamment les tiqueurs, à réaliser rapidement le relâchement musculaire, en même temps qu'il signale leur aptitude à conserver les attitudes ou à répéter les mouvements imprimés à leurs membres. Ces phénomènes sont des troubles psycho-moteurs témoignant de l'insuffisance de l'intervention corticale. Au point de vue pratique, se dégage de ces constatations l'indication thérapeutique suivante : « Dans la discipline psycho-motrice, il faut faire une large part aux *exercices qui ont pour but d'apprendre aux malades, instantanément et à volonté, le relâchement musculaire.* »

Dans les comptes rendus du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, tenu à Bruxelles en août 1903, et dont faisait partie M. Bérillon, figure une communication intitulée : *Le phénomène de la chute des bras*, par Henry Meige (2) [t. II, p. 59].

«... *Le phénomène de la chute des bras constitue un procédé simple et pratique pour dépister l'existence d'une perturbation de la fonction motrice qui doit attirer l'attention sur l'état de l'activité corticale du sujet.*

« On dit au sujet de se tenir debout, les deux bras levés horizontalement en croix. On se place devant lui en mettant une main sous chacun de ses coudes; on lui demande d'abandonner complètement ses bras sur les supports ainsi constitués, et, si on les retire, de laisser retomber ses membres, complètement inertes, par leur propre poids.

« Normalement, on voit les bras du sujet tomber, suivant la loi de la chute des corps, avec une vitesse croissante, au fur et à mesure qu'ils se rapprochent de la verticale. Rencontrant alors les cuisses ils rebondissent, font trois ou quatre oscillations d'amplitude décroissante.

« Chez certains sujets, les choses ne se passent pas ainsi. D'abord, les bras étant dans la position horizontale, lorsqu'on vient à retirer les mains qui les soutiennent, la chute ne se fait pas immédiatement, un temps plus ou moins long s'écoule avant que se produise le relâchement musculaire, puis les bras s'abaissent, tantôt avec une lenteur, qui témoigne de la persistance d'une contraction frénatrice des muscles élévateurs, tantôt avec une brusquerie, qui indique la participation active des muscles abaisseurs.

« Dans les deux cas le relâchement musculaire n'est pas complet, les membres ne tombent pas suivant la loi de la chute des corps, et lorsqu'ils arrivent au bas de la cuisse, ou bien ils l'effleurent à peine, ou bien ils y restent appliqués; on ne voit pas se produire alors les oscillations qui caractérisent la chute des membres abandonnés à la seule pesanteur.

« En répétant cette expérience clinique plusieurs fois de suite — si l'on constate toujours ce même phénomène — on peut y voir la preuve de l'existence d'un trouble de la fonction motrice, et cette inaptitude au relâchement musculaire semble bien la conséquence d'interventions corticales insuffisantes ou inopportunes. »

Dans les comptes rendus officiels de la Société de Neurologie de Paris, séance du 3 décembre 1908, à propos d'une communication de MM. Long et Noïca, on lit dans la discussion (1) :

« M. Henry Meige. — J'ai eu l'occasion de signaler au Congrès de Madrid, en 1903, notamment à propos des tiqueurs — mais, ajoutais-je, le fait s'observe également chez nombre de déséquilibrés et de débiles — la difficulté que paraissent éprouver ces sujets à obtenir, volontairement et instantanément, le relâchement musculaire.

« Cette *aptitude catatonique*, ce *catatonisme fruste* — comme je le disais alors — que M. E. Dupré a également désigné sous le nom de *paratonisme*, est certainement un trouble psycho-moteur témoignant de l'insuffisance des interventions corticales.

« Pour déceler, dans un examen clinique, l'existence de la perturbation motrice en question, j'ai conseillé, soit d'imprimer au bras du malade une série d'oscillations de haut en bas, soit d'examiner la *chute des bras*, préalablement levés horizontalement en croix, soutenus ou non par les mains de l'observateur.

« Enfin, j'avais même proposé de faire faire à ces malades des exercices ayant pour but de leur apprendre à obtenir instantanément, à volonté, le relâchement musculaire (*exercices thérapeutiques de « détente* »). Il m'a paru, depuis lors, qu'on arrivait de la sorte à corriger notablement cette imperfection motrice. »

On voit, par ces seules citations, que la « détente musculaire » a été, dès 1903, l'objet de plusieurs travaux, où se trouvent exposées la valeur clinique du *signe de la chute des bras* et les *applications thérapeutiques* qu'on en peut déduire, telles que les a rééditées M. Bérillon, le 23 mars 1909.

(1) Reproduit in *Revue neurol.*, 1903, p. 588.
(2) Reproduit in *Revue neurol.*, 1903, p. 802.

(1) V. *Revue neurol.*, 30 déc., 1908, p. 1334.

MÉDECINE PRATIQUE

LA BALNÉATION DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

D'après M. L. Rénon.

Peut-on baigner les malades atteints de tuberculose pulmonaire? Faut-il les baigner? Telle est la question que pose et que résoud M. L. Rénon dans le *Journal des praticiens* (1909, p. 681).

Oui, on peut baigner les malades atteints de tuberculose pulmonaire. On doit même les baigner, si leur état permet de supporter le bain; ce dernier est une mesure d'hygiène générale excellente, mais non un moyen thérapeutique, comme dans la fièvre typhoïde.

Dans quelles formes de tuberculose le bain peut-il être utile? Quelle sera la température de l'eau, la durée et la fréquence du bain? Est-il préférable de mêler au bain quelques substances médicamenteuses? Autant de points intéressants à préciser.

En principe, les tuberculeux, fébriles dont la température centrale dépasse 38 degrés, ne seront qu'exceptionnellement baignés; la température peut s'élever après le bain chez les bacillaires, et l'effet du bain serait mauvais. Par contre, les tuberculeux non fébriles, quelle que soit l'étendue de leurs lésions pulmonaires, retirent souvent un bénéfice général d'un bain donné à une température de 34, 35 et 36 degrés. Le bain durera dix minutes au maximum. Il sera donné le matin, vers huit à neuf heures, ou de dix heures et demie à onze heures, comme le préfère M. Sabourin. Le bain sera répété tous les quatre à cinq jours ou tous les huit jours. Il est indispensable que la salle de bain soit bien chauffée, sans l'être trop, et que le malade soit essuyé avec un peignoir chaud et frictionné après le bain, avant de regagner son lit. Après une demi-heure de séjour au lit, le malade pourra faire une marche de quinze à vingt minutes avec avantage.

Y a-t-il intérêt à mêler quelque substance à l'eau du bain? Les tuberculeux supportent très bien les bains gélatinés. On peut mettre dans chaque bain le mélange suivant qu'on aura préalablement fait dissoudre dans une cuvette d'eau chaude :

Gélatine.................. }
Amidon.................... } *áá* 250 grammes.

On peut aromatiser le bain en mettant dans l'eau une décoction de 30 grammes de thym, d'eucalyptus ou d'hysope. Chez les tuberculeux éréthiques, on peut utiliser une décoction de tilleul additionnée d'une tête de pavot, ou une décoction de 200 grammes de graine de fénugrec. Chez les malades torpides, on peut employer les feuilles et les fleurs de sauge aux mêmes doses. On peut enfin alcaliniser légèrement le bain, en faisant usage de préférence de sels de calcium. Parmi les sels de chaux solubles, je recours au benzoate et au formiate de chaux, à la dose de 30 grammes pour un bain. Ces deux sels ont : l'un une action tonique, l'autre une action bronchique dont l'effet, quoique minime aux doses employées, n'est pas à dédaigner.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 18 octobre 1909)

La composition chimique du lait des vaches tuberculeuses. — M. A. Monvoisin. Les analyses montrent que le lait fourni par une mamelle atteinte de tuberculose passe insensiblement de la composition normale à celle du sérum sanguin, aussi bien en ce qui concerne les matières organiques que les matières minérales. Lorsque l'affection est très avancée, l'épithélium mammaire laisse passer sans le modifier tout ce que le sang lui apporte.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 22 octobre 1909)

Le sérum antiméningococcique de Flexner dans le traitement des arthrites blennorragiques. — MM. Pissavy et P. Chauvet ont apporté dans la dernière séance deux observations d'arthrites blennorragiques traitées avec succès par le sérum antiméningococcique de Flexner. Nous y revenons aujourd'hui, n'ayant pu que les signaler dans notre dernier compte rendu.

La première observation concerne une malade atteinte d'arthrites blennorragiques graves du genou gauche et des deux articulations tibio-tarsiennes, chez laquelle tous les traitements avaient jusque-là échoué. Tenant compte des analogies morphologiques et biologiques du gonocoque et du méningocoque, MM. Pissavy et P. Chauvet pensèrent qu'il serait intéressant de voir comment se comporterait dans ce cas le sérum antiméningococcique. Trois injections furent faites. Vingt jours après, la guérison était complète.

La seconde observation est celle d'une jeune femme qui fut prise, dans les jours qui suivirent son accouchement, d'une arthrite du genou droit. Elle avait de légères pertes vaginales recélant du gonocoque. Trois injections espacées de sérum de Flexner amenèrent en dix-sept jours une amélioration considérable. Actuellement vingt-trois jours après le début du traitement, le malade est en convalescence.

Le docteur A. Masson, chef de clinique adjoint de Baudelocque, mis au courant par l'un d'eux de ces essais thérapeutiques, a traité de la même manière des infections pelviennes d'origine blennorragique et a obtenu lui aussi des résultats très encourageants.

Méningite cérébro-spinale grave. Guérison avec séquelles nerveuses. — MM. Laignel-Lavastine et Baufle présentent un malade atteint d'une méningite cérébro-spinale grave au cours de laquelle ils ont constaté une ébauche du syndrome urinaire décrit par Lœper et Gouraud sous le nom de « diabète méningitique ». Cette forme a guéri assez rapidement, laissant toutefois comme séquelles une paralysie du moteur oculaire externe gauche et des phénomènes paralytiques dans le territoire du nerf radial; cette paralysie radiale, uniquement motrice, est plus marquée à droite et intéresse surtout l'extrémité distale du membre : les extenseurs des doigts sont seuls paralysés tandis que les extenseurs de la main sont intacts. Au point de vue thérapeutique, ils insistent sur l'utilité des injections intra-rachidiennes de sérum antiméningococcique; il y a en effet une relation évidente entre le redoublement des accidents et la suppression aux mêmes jours des injections de sérum : leur malade a reçu 480 centimètres cubes de sérum de Dopter sans phénomènes d'anaphylaxie; le seul fait constaté est l'arrêt de résorption du sérum.

La lithiase oxalique de l'intestin. — M. M. Lœper étudie la composition chimique de quelques lithiases intestinales et constate la présence de proportions considérables d'acide oxalique et d'oxalate de chaux (15 à 22 p. 100). L'acide oxalique, d'après ses expériences, s'élimine en partie par l'intestin et peut y déterminer de véritables calculs. Aussi admet-il l'existence d'une lithiase intestinale consécutive à l'élimination par l'intestin de l'acide oxalique qui se forme en excès dans certains organismes.

Pour combattre cette lithiase d'origine *diathésique* ou humorale, on doit tout d'abord, par un régime et une hygiène appropriés, réduire la formation de l'acide oxalique dans les

tissus. Mais une seconde indication thérapeutique découle de la richesse même du sable intestinal en calcium. Certains malades éliminent quotidiennement et pendant plusieurs années 2g8 et 3g20 de chaux au lieu de 0g80, chiffre normal. On doit donc autant que possible suppléer à cette *spoliation calcaire* par l'administration de sels de chaux solubles et assimilables.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1909)

Les arthrites suppurées. — La discussion soulevée par M. Lejars, sur ce sujet, prend une certaine importance. Plusieurs orateurs sont encore inscrits pour prendre la parole dans la prochaine séance.

M. NÉLATON rapporte l'observation d'un homme de quarante ans qui, à la suite d'une fracture traumatique du coude, eut une arthrite suppurée avec température très élevée. M. Nélaton pratiqua une résection du coude et nettoya soigneusement l'articulation. Le résultat fut très satisfaisant, tant au point de vue post-opératoire qu'au point de vue fonctionnel.

M. Nélaton entre ici dans des considérations détaillées sur la meilleure technique à employer dans ces résections qui varie d'ailleurs suivant les cas auxquels on a affaire. Chaque fois qu'on peut conserver une certaine palette humérale, par une résection limitée, on aura de bien meilleurs résultats. Il se peut que la résection complète recommandée par M. Lucas-Championnière donne de très bons résultats au point de vue surtout de l'étendue de l'extension, mais, avec la résection partielle, on a une articulation plus solide.

Quant aux arthrites tuberculeuses, il ne saurait plus être question de résections partielles. Il faut enlever tout le mal. On est ainsi conduit à faire parfois des résections totales, très étendues. M. Nélaton a pratiqué cette intervention dans quinze ou vingt cas. Il n'a jamais obtenu que de très mauvais résultats au point de vue fonctionnel.

En résumé, il n'y a pas de résection déterminée pour des cas déterminés. L'étendue, la technique de la résection varient avec chaque cas.

Il en est de même de la mobilisation. En principe M. Nélaton est opposé à la mobilisation très précoce. Quand on a fait une résection pour une arthrite suppurée, il faut attendre la cicatrisation complète avant de tenter la moindre mobilisation. M. Nélaton se montre très partisan de l'interposition musculaire.

Après les résections pour traumatismes, il ne faut pas trop se hâter de mobiliser le membre, sous peine de voir se former des hématomes et des ankyloses consécutives. Là encore, il faut attendre la cicatrisation complète avant de mobiliser. Quant aux résections pour arthrites tuberculeuses, on a toujours trop de mobilité. Il n'y a donc pas lieu de mobiliser.

Pour agir par la mobilisation, il faut, comme le fait M. Gautiez, se laisser guider surtout par la douleur. Toutefois M. Nélaton estime que c'est surtout dans les cas de résections pour traumatismes que la mobilisation précoce peut être défendue.

M. KIRMISSON est ennemi de la mobilisation hâtive; il ne croit pas qu'il faille y recourir avant la cicatrisation complète de la plaie. Plus on irrite le périoste chez les enfants, plus on risque l'ankylose Il faut aussi tenir compte, chez les enfants, de la peur qu'ils ont de la souffrance déterminée par la mobilisation et qui les fait se contracter et l'on a vu parfois, après ces mobilisations hâtives, se produire des hémorragies intra-articulaires, des hématomes, parfois même de la suppuration.

Ce qui, dans ces cas, domine les résultats opératoires, c'est l'asepsie absolue au cours de l'opération.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense qu'on ne s'entend pas sur le terme de mobilisation; on parle d'hémorragies, d'hématomes. Mais la mobilisation ne doit pas être poussée au point de faire saigner et d'arracher des cris de douleur. C'est là une affaire de degré, de tact. M. Lucas Championnière a recours à la mobilisation précoce et s'en trouve bien. Il ne voit pas se produire ces hématomes, ces ossifications dont on a parlé.

M. Lucas-Championnière proteste contre le jugement trop sévère de M. Nélaton à l'égard de la résection pour l'arthrite tuberculeuse. Les résultats ne sont pas toujours aussi mauvais qu'il le dit.

M. TUFFIER dit qu'il y a deux questions dans le rapport de M. Lejars, d'une part les arthrites suppurées et, d'autre part, la résection. Etant donnée une arthrite suppurée, doit-on ouvrir le coude? Cela dépend des cas, cela dépend surtout de la nature de l'infection. Agira-t-on de même en présence d'une infection d'origine streptococcique et d'une infection d'origine staphylococcique? On ne saurait se comporter de la même façon en présence d'une pyoarthrite du coude qu'en présence d'une pyoarthrite du genou. Le coude est beaucoup plus difficile à drainer et à désinfecter.

Quant à la technique de la résection elle doit encore varier suivant la cause de l'infection, suivant le sujet. Il y a des cas où l'ankylose se refait toujours et il ne faut pas toujours mettre les ankyloses au compte d'une mauvaise technique opératoire. A ce point de vue l'interposition musculaire semble à M. Tuffier très avantageuse. Il cite le cas d'un malade chez lequel il a fait deux résections qui ont été suivies d'ankylose. M. Quénu a opéré ce malade une troisième fois avec interposition musculaire et le résultat est parfait.

M. Tuffier n'est pas partisan de la mobilisation immédiate. Il croit qu'il faut attendre la cicatrisation complète avant de commencer la mobilisation. Il se contente de déplacer le membre, de le mettre, par exemple, dans l'extension après l'avoir mis tout d'abord dans la flexion. Mais il n'a recours à la mobilisation proprement dite qu'après complète cicatrisation.

M. MOTY ne veut traiter qu'un point de la communication de M. Lejars, celui de l'infection générale par la voie sanguine. Il fait surtout allusion à ces cas d'arthrites suppurées consécutives à des érosions de la peau, à des furoncles. Les Annamites sont très exposés à ces sortes d'infections. Ces infections d'origine cutanée sont peut-être plus fréquentes qu'on le croit. M. Moty en a relevé plusieurs exemples qu'il résume.

Il rappelle aussi plusieurs cas d'arthrites suppurées survenant à la suite d'affections générales telles que la fièvre typhoïde, la grippe. M. Moty en a aussi rencontré plusieurs cas. Il faudrait pouvoir donner la preuve scientifique des rapports qui existent, dans ces cas, entre l'affection générale et l'arthrite suppurée.

M. BROCA n'est pas partisan de la précocité de l'intervention opératoire dans les traumatismes du coude. Il croit que chez l'enfant, en particulier, il faut attendre très longtemps avant d'intervenir. Chez les enfants, après un trauma du coude la réankylose se fait très facilement, même sans qu'il y ait eu de suppuration. Il faut donc être extrêmement réservé dans les résections orthopédiques du coude chez les enfants. Les réankyloses sont très fréquentes. M. Broca pense aussi qu'il faut mobiliser très tardivement. Pour les résections à la suite des traumatismes, il n'a jamais eu recours qu'à l'hémirésection. Mais M. Broca, dans les arthrites suppurées chez les enfants, commence toujours par l'arthrotomie, quitte à faire une résection partielle secondaire.

M. QUÉNU répète qu'il n'est pas partisan de la mobilisation précoce. Pour lui la réankylose ne tient pas à la suppuration; elle tient à toute autre cause, à des ossifications, à une hypergenèse de l'os. Alors que dans certains cas de fracture il n'y a pas assez d'os pour assurer la consolidation, dans d'autres cas il s'en fait trop. M. Quénu croyait que l'interpo-

sition musculaire mettrait à l'abri de ces accidents. Il n'en est rien. M. Quénu rapporte l'histoire d'une jeune étudiante russe qui a été opérée par M. Duval. Il y a eu une ankylose, sans l'ombre de suppuration.

On a soulevé la question des arthrites suppurées traumatiques. L'école de Lyon s'est montrée trop favorable à la résection. M. Quénu condamne la résection, il s'en tient à l'arthrotomie simple.

Pour les arthrites tuberculeuses, M. Quénu se rapproche de M. Lucas-Championnière et s'éloigne de M. Nélaton. Il estime que la résection peut donner de très bons résultats dans le traitement des arthrites tuberculeuses. Il cite des exemples à l'appui de cette opinion.

Guérison spontanée d'un anévrisme poplité. — M. Le Dentu rapporte l'observation d'un homme de soixante-neuf ans qui présenta tous les symptômes caractéristiques d'un anévrisme poplité. Chez ce malade, sans autre traitement que des essais de compression plus ou moins bien faite, les battements de la tumeur s'arrêtèrent brusquement. Les battements auparavant avaient cessé dans la pédieuse et dans la tibiale postérieure; il y avait eu une menace très sérieuse de gangrène; puis peu à peu ces menaces de gangrène disparurent, les symptômes s'amendèrent, les battements reparurent dans la pédieuse. La circulation se rétablit. Ce malade est sorti de l'hôpital, a repris son service et ne présente plus que quelques rares douleurs de temps en temps. C'est là un de ces cas très rares de guérison spontanée d'un anévrisme poplité.

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. — M. Mauclaire présente un malade qui, à la suite d'une chute de 5 mètres, eut une fracture grave de l'extrémité inférieure de l'humérus. Il fit une hémirésection tardive qui a été suivie d'un résultat fonctionnel parfait.

M. Morestin présente un malade chez lequel, pour un épithélioma étendu, il a dû enlever l'arc antérieur de la mâchoire, la langue, une partie du voile du palais, une plus grande partie du plancher buccal, des ganglions cervicaux, etc. Ce malade a bien guéri, en conservant un écoulement de salive incessant. Alors, M. Morestin lui a lié de chaque côté le canal de Sténon. Son malade ne bave plus; il a engraissé, il va aussi bien que possible.

XXIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[Paris, 4-9 octobre 1909 (1).]

A la suite du rapport de MM. Auvray et Sencert, différents orateurs viennent apporter à la tribune leurs cas personnels.

M. Fontan (de Toulon) communique trois observations de laminectomie pour fracture suivies de résultats très appréciables.

M. Willems (de Gand) rapporte également six cas de chirurgie vertébrale, il est suivi à la tribune par MM. Doyen, Raymond, Brunswic, Maire, etc. En quelques mots, M. Sencert, rapporteur, résume les communications et l'appoint nouveau qu'elles ont pu apporter à la question.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

M. Cazin (de Paris) insiste sur l'importance de l'emploi des *métaux colloïdaux dans les infections chirurgicales*. Il faut y recourir systématiquement et le chirurgien en obtiendra des résultats surprenants.

M. Championnière attire l'attention des congressistes sur l'*influence favorable du raccourcissement osseux sur les fonctions musculaires* des membres atteints de lésions articulaires chroniques.

M. Kirmisson a observé cinq cas de *paralysie ischémique de Volkmann*, qu'il attribue presque toujours à des lésions nerveuses. C'est aussi l'opinion de M. Frœlich (de Nancy).

M. Phocas (d'Athènes) revient sur les *anastomoses musculaires* pratiquées en vue du traitement du pied bot paralytique, il croit qu'il y a intérêt, au cours de l'opération, après la mise à nu des muscles, d'interroger directement par l'exploration électrique la valeur des muscles afin de les choisir à bon escient.

M. Frœlich a traité les *pseudoarthroses congénitales de la jambe par la greffe ostéo-périostée* empruntée à la jambe saine.

M. Bérard (de Lyon) fait l'apologie du *plombage de von Mosetig-Moorhof dans les tuberculoses articulaires de l'adolescent et de l'adulte*, il conclut que c'est le perfectionnement le plus précieux des résections sous-périostées d'Ollier.

M. Redard considère l'emploi *des liquides modificateurs* comme un précieux adjuvant dans le *traitement conservateur des ostéo-arthrites tuberculeuses*.

M. Barbarin (de Paris) n'est pas convaincu, et il pense que la statistique de M. Redard n'est pas supérieure à celle du traitement conservateur pur et simple. Son opinion est d'ailleurs combattue par MM. Princeteau et Coudray qui se rangent à l'avis de M. Redard.

M. Mencière (de Reims) est aussi un partisan convaincu des injections modificatrices dans l'intérieur des articulations atteintes de tuberculose. Il revendique même la priorité de ce traitement dans la coxalgie et il apporte des photographies cinématographiques de malades guéris *ad integrum* depuis 1902. Il est néanmoins certain que le traitement de la coxalgie au 3e degré ne peut viser que la guérison par ankylose et en bonne attitude.

Le traitement orthopédique de la coxalgie et des tumeurs blanches comprend, outre les injections modificatrices, le port d'appareils rigides, puis progressivement articulés, et enfin la mobilisation méthodique, prudente, par les appareils de mécanothérapie, mobilisation appliquée avec discernement, suivant le cas, le degré des lésions, les articulations en cause.

M. Tilanus (d'Amsterdam) étudie la *luxation pathologique de la hanche* à la suite d'arthrites tuberculeuses. Le traitement est le même que celui des luxations congénitales. Si la réduction ne peut être obtenue rapidement sous chloroforme il faut la chercher par l'application progressive d'appareils plâtrés.

M. Peugniez (d'Amiens) a pratiqué deux fois la *ligature du sinus longitudinal supérieur* suivant la méthode de Delagenière pour épilepsie essentielle. Le premier cas a succombé rapidement dans le coma, le second a donné un beau succès thérapeutique.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n°s 113, p. 1411; 116, p. 1451; 117, p. 1462, et 120, p. 1498.

M. Delagenière rapporte, à ce propos, que des trois cas qu'il a opérés, l'un a eu un résultat nul, l'autre s'est suicidé, le troisième, depuis six ans, n'a eu aucune crise.

M. Kocher attribue la disparition des crises à la décompression sanguine qui suit l'intervention.

M. Jullien (d'Amiens) a pratiqué une fois cette ligature; le malade a été pris rapidement d'accidents graves auxquels il a succombé rapidement.

M. Jonnesco (de Bucarest) revient sur la méthode de *rachianesthésie générale* qu'il a présentée à l'Académie de médecine.

M. Thiéry communique un cas de *hanche à ressort* dû à un ostéome des muscles pelvi-trochantériens.

M. Lenormant a eu l'occasion de recourir quatre fois au *massage du cœur* qu'il considère comme le moyen le plus efficace auquel on puisse avoir recours dans les syncopes chloroformiques.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICATION PHOSPHORÉE INTENSIVE

Parmi les reconstituants appelés à relever l'épuisement musculaire et nerveux, si commun aujourd'hui en raison des conditions de l'existence moderne, le phosphore, élément très important de la cellule nerveuse, devait occuper le premier rang. Malheureusement la toxicité de ce métalloïde rendait son emploi presque impossible, bien des essais étaient restés infructueux, et l'on avait été réduit à ne pouvoir employer que les composés oxygénés ou combinaisons biochimiques du phosphore (acide phosphorique, phosphates, glycérophosphates, nucléines, lécithines, etc.). — Or, ceux-ci ne sont que les termes ultimes de la combustion animale ou végétale; ils ne peuvent donc, que dans des proportions pour ainsi dire insignifiantes, compenser les pertes en phosphore de l'organisme surmené, tout leur phosphore étant déjà presque complètement oxydé, inerte par conséquent.

Si de plus, l'on considère l'absorption incomplète, souvent nulle, par le tube digestif, de toutes ces préparations d'origine organique ou minérale, on s'explique facilement pourquoi toutes ces préparations, connues jusqu'ici, n'ont pu produire que dans une très faible mesure, les effets thérapeutiques attendus.

Le problème de la médication phosphorée n'était donc pas résolu; il ne devait l'être que le jour où l'on pourrait employer directement le phosphore blanc, non plus à l'état de combinaison, ni même à l'état de solution (huiles phosphorées, graisses phosphorées) avec toutes ses propriétés toxiques qui ne le rendent accessible qu'à des doses homœopathiques, mais le phosphore absolument dépourvu de sa toxicité et rendu essentiellement assimilable à très fortes doses.

Ce résultat vient d'être obtenu par le *Phosphopinal*, nouvelle préparation essentiellement phosphorée, permettant d'administrer quotidiennement, pendant de longs mois, des doses énormes de phosphore blanc (jusqu'à 12 centigrammes par jour). — Ce qui permet de dire que : le *Phosphopinal* est au phosphore blanc ce que le cacodylate est à l'arsenic.

Sous l'action de ce puissant reconstituant, la force musculaire est augmentée; on constate une diurèse plus abondante, un relèvement très sensible du taux de l'urée en même temps qu'un abaissement proportionnel du taux de l'acide urique; de sorte que l'élaboration des matériaux azotés se trouve plus complète. L'acide phosphorique éliminé diminue et l'on voit disparaître la phosphaturie pathologique.

Comme on pouvait s'y attendre, l'observation clinique démontre que le *Phosphopinal*, introduit par voie buccale ou intra-musculaire, rend par son phosphore actif, à la cellule nerveuse, la force qu'elle a perdue; il relève la vitalité générale et le tonus de l'organisme. Sous son action, le système nerveux, pour ainsi dire retrempé, reprend son fonctionnement naturel, et, le sommeil, quelquefois disparu depuis de longs mois, réapparaît, puis augmente progressivement pour redevenir normal, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours aux divers hypnotiques qui n'agissent que momentanément et souvent au détriment de la santé générale.

Si l'on en juge par les résultats inespérés qui ont été déjà obtenus dans les hôpitaux (Salpêtrière, etc.), par le Phosphopinal, ce nouveau médicament phosphoré est appelé à jouer un grand rôle dans la thérapeutique de la neurasthénie, du surmenage, de la dépression nerveuse, hypocondrie, mélancolie, et d'une façon générale dans tous les troubles fonctionnels ou organiques du système nerveux. Dans bon nombre de cas, le Phosphopinal s'est montré efficace là où toutes les autres préparations phosphorées avaient échoué.

Nous devons enfin signaler un fait aussi intéressant qu'inattendu : c'est l'efficacité certaine du Phosphopinal contre les arthropathies déformantes si communes à un certain âge. Dans ces formes d'arthropathies si obscures dans leur origine, si lentes dans leur évolution, si pénibles et si douloureuses, où les saillies osseuses, l'ankylose des petites articulations des mains et des pieds, finissent par rendre le malade impotent, nous étions encore naguère à peu près désarmés.

Dans la goutte chronique, la colchique et la lithine réussissent assez bien; dans le rhumatisme proprement dit, le salicylate; mais ces médicaments échouent dans les arthropathies déformantes. Le Phosphopinal Juin, au contraire, donne des résultats tout à fait surprenants, ainsi qu'en témoignent de nombreuses observations cliniques.

Sous l'influence de ce médicament, employé longtemps à dose modérée, les douleurs articulaires disparaisent, les nodosités osseuses se résorbent, la souplesse des articulations réapparaît. Nous avons même observé des cas de rétraction fibreuse de l'aponévrose palmaire (affection qui a tant d'affinité avec le rhumatisme déformant) céder à l'usage prolongé du Phosphopinal Juin, bien qu'étant restés rebelles à toute médication depuis de longues années.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante et unième semaine, 751 décès, au lieu de 774 pendant la semaine précédente et au lieu de 804, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant. Toutefois, la rougeole continue à être un peu plus répandue qu'elle ne l'est ordinairement en octobre.

Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

La rougeole a causé 6 décès, au lieu de 11 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 51, comme précédemment (moyenne 36).

La phtisie pulmonaire a causé 171 décès (moyenne 180).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1909-1910

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUES. — Visite des malades tous les matins.

Cliniques médicales. — M. Hayem (M. Gouget, agrégé, chargé de cours) : Lundi, jeudi, à dix heures (à l'hôpital Saint-Antoine). — M. Dieulafoy : Mercredi, samedi, à dix heures et demie (à l'Hôtel-Dieu). — M. Debove : Tous les jours, à dix heures (à l'hôpital Beaujon). — M. Landouzy : Mardi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital Laënnec).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. G. Ballet : Mercredi, dimanche, à dix heures (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants. — M. Hutinel : Mercredi, samedi, à dix heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gaucher : Mercredi, dimanche, à dix heures (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Raymond : Mardi, vendredi, à dix heures (à la Salpêtrière).

Clinique thérapeutique (fondation de M. le duc de Loubat). — M. Albert Robin : Mardi, jeudi, à dix heures (à l'hôpital Beaujon).

Cliniques chirurgicales. — M. Reclus : Lundi, mercredi, vendredi, à dix heures (à l'Hôtel-Dieu). — M. Delbet : Mardi, jeudi, samedi, à neuf heures et demie (à l'hôpital Necker). — M. Quénu : Mercredi, samedi, à dix heures (à Cochin). — M. Segond : Mercredi, samedi, à dix heures (à la Salpêtrière).

Cliniques d'accouchements. — M. Pinard : Lundi, vendredi, à dix heures (à la clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal). — M. Bar : Mardi, samedi, à neuf heures (à la clinique d'accouchements, clinique Tarnier, rue d'Assas).

Clinique ophtalmologique. — M. de Lapersonne : Lundi, mercredi, à neuf heures et demie; vendredi, à dix heures un quart (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. Albarran : Mercredi, samedi, à dix heures (à l'hôpital Necker).

Clinique gynécologique (fondation de la Ville de Paris). — M. Pozzi : Lundi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital Broca).

Clinique chirurgicale infantile (fondation de la Ville de Paris). — M. Kirmisson : Mardi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique obstétricale. — M. Ribemont-Dessaignes : Clinique obstétricale réservée aux élèves sages-femmes : Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures (Maternité de l'hôpital Beaujon).

PREMIER SEMESTRE

COURS MAGISTRAUX. — *Anatomie.* — M. Nicolas : Système nerveux central et périphérique. — Mardi, jeudi, samedi, de quatre à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Anatomie pathologique. — M. P. Marie : Anatomie pathologique des différents organes. — Lundi, mercredi, vendredi, de cinq à six heures (laboratoire d'anatomie pathologique).

Histologie. — M. Prenant : La cellule et les tissus (spécialement tissus nerveux). — Lundi, mercredi, vendredi, de quatre à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Hygiène. — M. Chantemesse : Prophylaxie des maladies contagieuses; assainissement; hygiène alimentaire. — Mardi, jeudi, samedi, de trois à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Médecine légale. — M. Thoinot : Cours complet de médecine légale. — Tous les jours, sauf le mercredi, de six à sept heures (amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

Conférences de médecine légale. — Lundi, mercredi, vendredi, à deux heures (à la Morgue).

Parasitologie et Histoire naturelle. — M. R. Blanchard : Histoire naturelle et biologie des bactéries. — Lundi, mercredi, vendredi, de quatre à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue (M. Morestin, agrégé, chargé de cours) : Généralités; gynécologie. — Lundi, mercredi, vendredi, de trois à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Roger : Fonctions du foie et du pancréas. — Mardi, jeudi, samedi, de quatre à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie médicale. — M. Brissaud : Maladies du foie, du pancréas, de la rate et des reins. — Mardi, jeudi, samedi, de cinq à six heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pharmacologie et matière médicale. — M. Pouchet : Modifications du système nerveux et de la nutrition. — Mardi, jeudi, samedi, de quatre à cinq heures (amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

Physiologie. — M. Ch. Richet : Fonctions de nutrition. — Mardi, jeudi, samedi, de cinq à six heures (grand amphithéâtre de l'école pratique).

Physique médicale. — M. Gabriel : Acoustique; propriétés des liquides et des gaz; circulation, tension vasculaire; osmose; applications de la mécanique. — Lundi, mercredi, vendredi, de quatre à cinq heures (amphithéâtre de physique et de chimie).

Thérapeutique. — M. Gilbert : Médicaments organiques; physiothérapie; art de formuler. — Mardi, jeudi, samedi, de cinq à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

CONFÉRENCES. — *Anatomie.* — M. Rieffel, agrégé : Angéiologie (artères, veines, lymphatiques). — Lundi, mercredi, vendredi, de six à sept heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Chimie biologique. — M. Nicloux, agrégé : Les principes constitutifs de l'organisme; composition chimique des tissus. — Mardi, jeudi, samedi, de six à sept heures (amphithéâtre de physique et de chimie).

Médecine légale. — M. Balthazard, agrégé : Cours complémentaire de médecine légale. — Tous les jours, excepté le mercredi, de six à sept heures (amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

Obstétrique. — M. Jeannin, agrégé : Grossesse normale et pathologique; accouchement normal; suites des couches normales; puériculture. — Mardi, jeudi, samedi, de six à sept heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie externe. — M. Lenormand, agrégé : Maladies chirurgicales de la tête, du cou et du rachis. — Mardi, jeudi, samedi, de six à sept heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Jousset, agrégé : Microbes pathogènes. — Lundi, mercredi, vendredi, de trois à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie interne. — M. F. Bezançon, agrégé : Maladies infectieuses; fièvres éruptives — Mardi, jeudi, samedi, de trois à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

Thérapeutique. — M. Carnot, agrégé : Médicaments d'origine minérale; eaux minérales; régimes alimentaires. — Lundi, mercredi, vendredi, de cinq à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

TRAVAUX PRATIQUES. — *Dissection.* — M. le professeur Nicolas, directeur des travaux. — Tous les jours, d'une heure à quatre heures (à l'Ecole pratique).

Anatomie pathologique. — M. Roussy. — Tous les jours, d'une heure à trois heures (à l'Ecole pratique).

Parasitologie. — M. Brumpt, agrégé. — Lundi, mercredi, vendredi, d'une heure à trois heures (à l'Ecole pratique).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 123. — JEUDI 28 OCTOBRE 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 28 OCTOBRE 1909. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Le nombre des places d'agrégé des facultés de médecine mises au concours en 1910 est porté de trente-six à trente-sept.

La nouvelle place sera comprise dans la section d'anatomie et embryologie et réservée à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lille.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 25 octobre. — Question donnée : « Examen clinique du cœur à l'état normal et pathologique. »

M. Dugué, 12; Mlle Goldenfam, 13; MM. Duvelleroy et Evrard, 11; Gallois, 17; Grisoni, 12; Dupuy (Henri), 14; Gibert et Grumeaux, 12; Guibert, 18; Mlle Halberstadt, 12; MM. Humbert, 14; Hamonic, 16; Hartmann et Hutinel, 14; Hiblot, 15; Jallet, 12; Janet, 16; Jars, 10; Costantini, 11.

Séance du 26 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic du cancer de l'estomac. »

MM. Couvreux et Chaperon, 12; Brunon, 13; Broussin (André), 15; Charlet-Reyjal, 12; Colombier, 13; Cornil, 8; Cornet, 17; Brunot, 13; Capdevilla, Chenain et Collette, 14; Cumenge, 13; Caracostea, 6; Callot, 10; Dardanne, 12; Delhomme, 10; Cavaillès, 9.

Anatomie. — Séance du 25 octobre 1909. — Question donnée : « Artère fémorale. »

MM. Balteau, 11; Belloir, 19; Bertin, 9; Boulland, 15; Briens, 11; Brachat, 12; Bigot, 17; Polony, 15; Mlle Pommay, 17; MM. Mouriès, 13; Martin-de-Laubrie, 15; Parturier, 19; Papadato, 14; Picard (René), 18; Mauranges, 14; Mora, 17; Mordret, 16.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — La neuvième période d'enseignement en vue du diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux commencera dans le courant du mois de novembre prochain.

La date de l'ouverture des cours sera communiquée par lettre à chacun des candidats étrangers régulièrement inscrits.

Les candidats peuvent s'inscrire dès à présent au secrétariat de la Faculté.

Cette année aussi, comme l'année précédente, fonctionnera à la Faculté l'enseignemant préparatoire aux écoles de santé navale et militaire.

Les inscriptions des candidats sont reçues au secrétariat.

INAUGURATION DU MONUMENT LIÉGEOIS. — A Damvillers (Meuse), on a inauguré dimanche le monument élevé par souscription internationale au professeur Jules Liégeois, l'un des créateurs de « l'École de Nancy ».

Le buste du célèbre professeur de la faculté de droit de Nancy, dont on se rappelle la mort tragique à Bains (Vosges), où il fut tué par une automobile, s'élève sur un piédestal de granit au milieu de la place de l'Hôtel-de-Ville de Damvillers.

Des discours ont été prononcés par M. Charles Humbert, le docteur Van Rentherghem (d'Amsterdam), président du comité international de la souscription; M. Lalondelle, maire de Damvillers; le docteur Bérillon, directeur de la *Revue de l'hypnotisme*; MM. Albert Bonjean, avocat à Verviers (Belgique), et Guilhermet, avocat à Paris; M. Lyon-Caen, doyen de la faculté de droit de Paris, et M. Senne, professeur à la faculté de droit de Nancy.

Tous ont fait l'éloge du grand citoyen et du savant qui, après avoir d'abord été un de nos premiers éeonomistes, s'était illustré par ses travaux sur l'hypnotisme.

L'INTERDICTION DES BIBERONS A TUBE. — Le Sénat a adopté en seconde lecture le projet de loi portant interdiction de la vente et de l'importation des biberons à tube.

LE TRAVAIL DES FEMMES EN COUCHES. — Le Sénat a adopté le nouveau texte de la loi garantissant leur travail et leur emploi aux femmes en couches. La suspension de travail pourra être de huit semaines consécutives pendant la période qui précède ou qui suit l'accouchement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Duffau-Lagarosse (de Libourne) et Pitfault (de Druyes).

DE LA

VARIOLE-VACCINE

Par le professeur docteur L. VOIGT,
Directeur de l'établissement vaccinal à Hambourg,
et le docteur A. KUHN,
Directeur de l'établissement vaccinal à Strasbourg.

L'identité de la variole et de la vaccine fut de tout temps repoussée en France et on a constamment nié la possibilité de transformer l'une dans l'autre. Pourtant en face des tentatives de transformations variolo-vaccinales maintes fois réussies ailleurs, vu les avantages qu'on en tirait en utilisant les nouvelles souches de variole-vaccine, cette opinion semblait devoir subir une rectification dans les dernières années.

Cependant Kelsch, directeur du service vaccinal en France, a fait récemment sur cette question de nouvelles recherches qu'il vient de présenter à l'Académie de médecine. Dans son rapport il cherche à faire entendre que la variole-vaccine, obtenue hors de France, n'est point le produit d'une transformation variolo-vaccinale et ne peut donc représenter de nouvelles souches de vaccine (1). « Il ne s'agit, dit-il, que du résultat d'une inoculation vaccinale effectuée fortuitement sur la région variolisée des bovidés, en un mot d'une infection spontanée à l'étable. » Après plusieurs tentatives infructueuses de transformer la variole en vaccine, Kelsch et ses collaborateurs essayent de motiver leur avis par les expériences suivantes. A l'établissement vaccinogène de la rue Bonaparte trois génisses furent inoculées à blanc, c'est-à-dire ne reçurent que de la glycérine pure, et furent enveloppées d'une couverture préalablement stérilisée. Chez toutes les trois, les expérimentateurs purent constater plusieurs pustules vaccinales contenant de la vaccine inoculable. S'appuyant sur ce résultat, Kelsch pense que les tentatives de transformer la variole en vaccine et de renouveler ainsi les semences vaccinales n'aboutiront pas, et l'Académie de médecine l'a encouragé dans cet avis par de vifs applaudissements. C'est ainsi que l'opinion s'est fixée en France.

Par contre en Allemagne la transformation variolo-vaccinale, donc la variole-vaccine, est devenue un facteur assez important et régulier dans le service vaccinal. Il est vrai que nous ne connaissons pas encore de méthode infaillible pour produire de la vaccine par la variolisation des bovidés. Ces tentatives n'ont été couronnées de succès qu'une fois sur cinq ou dix. Cependant, si la transformation en question réussit dans l'un ou l'autre institut, le produit obtenu est à la disposition des autres établissements. Aussi le service vaccinal en a tiré de grands profits et cela déjà depuis une trentaine d'années. Tel est l'avis unanime des directeurs. Tout comme en Allemagne on a obtenu de la variole-vaccine dans les autres pays, voire même en France.

Ces expériences ont été faites pour la plupart, pas exclusivement cependant, dans les établissements vaccinogènes, pour la bonne raison qu'on y trouve l'installation nécessaire à cette sorte d'expérimentations et que les directeurs des instituts sont particulièrement tenus à chercher des moyens pour améliorer la pulpe vaccinale.

Déjà Chauveau a émis l'opinion, il y a de cela quelques dizaines d'années, que les résultats positifs obtenus jusque-là pouvaient être ramenés à une infection fortuite à l'étable. En 1865, à l'époque de la commission lyonnaise, on a prétendu que la soi-disant variole-vaccine n'était pas du tout de la vaccine, mais tout simplement du virus variolique resté tel quel. Il faudrait donc en conclure que dans ces conditions la variole aurait dû atteindre au moins l'une ou l'autre des innombrables personnes inoculées avec la variole-vaccine. Mais il n'en était rien. De nouveaux foyers épidémiques se seraient formés comme autrefois quand on a inoculé la véritable variole. Rappelons-nous donc que c'est à cause de la contagion de la variole qu'on en a abandonné et défendu l'inoculation à l'homme. Vu les résultats favorables qu'on obtint en se servant de la variole-vaccine pour les vaccinations humaines, les objections de la commission lyonnaise ont bel et bien disparu de l'ordre du jour concernant la question qui nous intéresse.

Mais touchons d'un peu plus près cette transformation du virus variolique inoculé à l'espèce bovine. Avant tout il faut noter qu'il ne perd pas immédiatement ses propriétés spécifiques. La commission lyonnaise a inoculé à des enfants le contenu de l'éruption obtenu par la variolisation des bovidés, mais sans intercaler aucun intermédiaire. Aussi la maladie que ces enfants ont contractée ressemblait étrangement à la variole. Sur dix enfants qui furent soumis à l'inoculation, cinq en contractèrent une variole très grave et l'un d'eux y succomba. Une autre fois l'enfant d'un employé supérieur de l'administration médicale à Münich, auquel un jeune vaccinateur avait inoculé du pus de la première génération d'une variole-vaccine, fut atteint d'une maladie semblable. C'était la variole-vaccine du docteur Reiter, directeur de la vaccine de la Bavière. Le jeune médecin nous a raconté, qu'il avait eu pendant toute une semaine envie de se suicider. Heureusement pour ce malheureux vaccinateur l'enfant guérit sans propagation de la variole. Concluons qu'il ne faut jamais se servir du contenu des pustules de la première génération de la variole-vaccine, mais seulement, selon l'enseignement de Fischer (1), qu'à partir de la troisième génération. Des pustules singulièrement fortes et même quelquefois des signes exanthémateux locaux et disséminés se développent alors, ce qui touche à la limite de l'effet admissible.

L'objection reprise par Kelsch concernant l'infection vaccinale produite fortuitement à l'étable sur les

(1) Kelsch, Teissier et Camus avec collaboration de Tanon et Duvoir. De la variole-vaccine. Recherches expérimentales présentées à l'Académie de médecine, *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 6 juillet 1909.

(1) Fischer. Ueber Variola und Vaccine, *Münch. med. Wochen.*, 1890.

bovidés variolisés ne peut pas être réfutée d'emblée. Il est indéniable qu'on ne soit obligé de s'entourer des précautions les plus rigoureuses quand les expériences en question se font à l'institut vaccinogène même, car on ne peut pas toujours se fier au personnel subalterne de l'étable. En outre il n'est pas exclu que le virus vaccinal soit transmis par les mouches. Ces infections à l'étable ont été observées, par exemple à Oppeln par Mewius. A Hanoï Gauducheau s'en est également aperçu.

Pour cette raison, des expériences ont été faites à différentes reprises dans des milieux bien éloignés des centres vaccinogènes. C'est ainsi que la variole-vaccine de Fischer de l'année 1890 (1) et la nouvelle souche de Freyer de l'année 1895 (2) ont pris naissance tout à fait en dehors de l'établissement vaccinogène. A Hambourg on a obtenu en 1904 (3) une variole-vaccine au moyen de la variolisation d'un lapin. Ce dernier se trouvait dans une cage qui avait été préalablement stérilisée, et comme le veau dans une étable qui n'était jamais en contact avec de la vaccine, à une époque de l'année où les vaccinations de génisses avaient été interrompues depuis plusieurs semaines et où les mouches ne rentraient pas en ligne de compte à cause de la saison même. Fischer a hautement protesté contre l'admission de l'infection à l'étable dans ses expériences, et pour la même raison Freyer a publié un article dans une revue française pour se défendre contre cette sorte d'assertion.

En face de telles observations, faites avec toutes les précautions désirables, l'infection à l'étable ne peut pas être maintenue. Néanmoins il faut savoir gré à Kelsch, d'avoir publié ses recherches, et nous tenir pour avertis afin d'être doublement prudents dans nos expérimentations futures. En outre, il ne faudra admettre comme variole-vaccine que celle qui en présente les apparences morphologiques et les propriétés virulentes caractéristiques.

Les pustules des premières générations de la variole-vaccine mûrissent plus lentement, ne sont bonnes à récolter qu'au septième ou huitième jour, tandis qu'aux pustules de la vaccine animale ordinaire il ne faut que cinq jours au plus pour mûrir. A part cela, les premières atteignent un développement plus considérable, conservent plus longtemps leur apparence gris perle et sèchent plus lentement. La pulpe qu'on en obtient est singulièrement active et la virulence en est extrêmement durable. Elle est de beaucoup plus virulente que la soi-disant rétrovaccine, qu'on obtient en transmettant le virus vaccinal de l'homme sur les bovidés. Cependant, après avoir traversé plusieurs générations, la variole-vaccine se transforme en vaccine ordinaire et ses pustules commencent à mûrir en quatre ou cinq jours. Néanmoins on peut en produire pendant très longtemps une pulpe étrangement forte et résistante.

(1) Fischer. De la transformation de la variole en vaccine, *Semaine méd.*, 28 sept. 1892.

(2) Freyer. Die Uebertragung der Variola auf Kälber, *Zeits. f. Hyg. d. Infect. Krank.*, 1896; *Ann. de méd. vétér.*, déc 1896.

(3) Voigt. Beitrag zur Gewinnung der Variolavaccine, *Monats. f. prakt. Dermat.*, Hamburg 1905.

Les signes caractéristiques de la variole-vaccine consistent donc dans cette virulence extraordinaire, mais sans engendrer la variole, dans le développement considérable de ses pustules et le long laps de temps que ces dernières mettent à mûrir. Ce phénomène ne peut pas se produire par une infection fortuite à l'étable, la vaccine simple ne pouvant pas gagner par ses propres forces cette vitalité étonnante. Il est vrai, qu'avec beaucoup d'expérience en cette matière on peut arriver à maintenir une vaccine à travers de nombreuses générations en prenant soin de ne choisir que de bonnes pustules de récoltes bien réussies. On peut également plus ou moins bonifier une semence en l'inoculant au lapin ou à l'homme, mais jamais on n'obtiendra ainsi la force de la variole-vaccine. Ceux qui se sont servis de la variole-vaccine à virulence intacte et qui en ont observé les grands avantages peuvent seuls l'apprécier, la rejeter ou en faire l'éloge. Il existe, bien entendu, des varioles-vaccines de différentes virulences, par la simple raison que la virulence de la variole même varie.

Personne ne niera que la formation d'une souche faible de vaccine ordinaire ne soit possible par suite d'une infection vaccinale à l'étable, alors que les précautions nécessaires pour éviter cette infection sont négligées. Il y a tout lieu de mettre à profit les observations si intéressantes et si méritoires de Kelsch, mais il est inutile de se laisser décourager par le résultat négatif de ses expériences de transformation. Nous continuerons donc à produire la variole-vaccine comme dans le passé et de profiter des avantages considérables qu'elle nous offre. De nouvelles expériences s'imposent également en France.

UN CAS D'ONIROTHÉRAPIE SPONTANÉE

Par le docteur Paul FAREZ,
Professeur à l'École de psychologie.

C'est un simple fait clinique, recueilli au hasard de la pratique journalière, que je vais rapporter (1).

M. X., âgé de trente-cinq ans, m'écrit le 10 septembre, pour me demander un rendez-vous : « Je désire, dit-il, recourir à vous pour un cas personnel de phobie dont les conséquences sont, actuellement fort désagréables pour moi. Il s'agit d'une auto-suggestion qui, depuis mon enfance, n'a fait que s'aggraver; et il y a tout lieu de croire qu'une suggestion en sens inverse en aurait raison. » Je le convoque pour le 13 septembre à six heures du soir.

A l'heure dite, il m'arrive et m'expose son cas, à peu près en ces termes : « Je suis atteint d'une maladie de la volonté; je ne peux pas mettre à exécution un projet qu'il faut pourtant que je réalise. Voilà. J'ai la terreur maladive du dentiste! Entre quatorze et quinze ans, j'ai été martyrisé par un opérateur maladroit; et, dès lors, je me suis bien promis de ne plus me laisser toucher par aucun dentiste.

(1) Communication à la Société d'hypnologie et de psychologie, 19 octobre 1909.

J'ai donc traité mes dents « par le mépris »; et, actuellement, mes mâchoires sont dans un état lamentable. J'ai eu de nombreux abcès; des caries multiples me font beaucoup souffrir; ma raison me dit que je dois voir un dentiste; je le décide, je le veux... et je ne peux pas prendre sur moi de monter son escalier. Pour mettre mon amour-propre en jeu, je fais à ma femme la promesse formelle d'aller me faire soigner... et je manque à ma promesse. Pour me forcer la main, je fais prendre des rendez-vous... auxquels je manque régulièrement. Vingt fois, je me suis dirigé chez le dentiste; pas une fois, je n'ai pu me décider à monter son escalier. Il y a là une appréhension à vaincre; or, je ne puis la vaincre par ma seule volonté; j'ai besoin d'être aidé. »

Un de ses parents, médecin très versé dans les questions de psychothérapie, l'a suggestionné, à l'état de veille comme on dit, sans aucun résultat bien entendu. Il a alors essayé de l'hypnotiser et n'y est point parvenu. Se rendant compte qu'il a peu d'autorité sur son parent et que celui-ci est, d'ailleurs, très difficile à influencer, mon confrère m'adresse son phobique, lui affirmant que, sans aucun doute, moi, je parviendrai à l'endormir.

Sur cette bonne parole, M. X. vient me voir avec confiance. Flairant un cas très difficile, je lui dis : « Pour cette première fois, je ne vais pas du tout chercher à vous endormir. Je vais vous familiariser avec les procédés ordinaires de l'hypnotisation, afin qu'une autre fois vous n'ayez plus, à leur sujet, ni appréhension ni curiosité. Je vais vous entraîner, vous préparer, vous tâter, voir dans quelle mesure et de quelle manière vous réagissez à tel ou tel agent d'hypotaxie, apprendre à vous connaître et à vous manier, tout comme on apprend à jouer d'un nouvel instrument. »

Couché sur une chaise longue, il s'efforce de fixer l'objet brillant que je lui désigne; je lui fais du vibro-massage frontal, etc. Pendant tout ce temps, il ne peut ni se taire, ni rester immobile. Ayant, tout de même, au bout d'un long moment, obtenu le silence et le repos musculaire, je le laisse, quelques instants, les yeux fermés, dans une demi-obscurité, et je fais mine de m'éloigner. Aussitôt, il s'énerve et se met à gesticuler, prétendant que c'est plus fort que lui, qu'il ne peut rester tranquille, etc. Je n'insiste pas et lui donne rendez-vous pour le lendemain à six heures du soir.

Après l'avoir reconduit, je me dis, à part moi : « Cas très mauvais, et qui me donnera « du fil à retordre »; ce sera très long et très difficile. »

Le lendemain, dans l'après-midi, je reçois de lui un pneumatique. Je lis : Je n'ai pas eu conscience d'avoir été, hier, endormi et suggestionné par vous; mais j'ai, depuis quelques heures, cette idée fixe que JE DOIS aller, ce soir, non pas chez vous, mais chez le dentiste; et, chose curieuse, cette idée *n'est pas accompagnée de l'appréhension habituelle*. Je tenterai donc l'expérience, pour profiter de ces bonnes dispositions inattendues. Excusez-moi, si je manque notre rendez-vous, ce soir. J'irai vous remercier, si la chose réussit », et, dans le cas contraire, vous demander de continuer le traitement hypnotique, dont le succès paraît démentir les apparences. »

Quelques jours après, M. X. vient me voir, amené, dit-il, à la fois par la gratitude et la curiosité. Il ne comprend pas ce qui s'est passé, mais il est stupéfait de l'heureux résultat obtenu.

Le jour de sa première visite chez moi, il s'est couché de bonne heure. Toute la nuit, il a rêvé que je l'endormais, que je lui suggérais qu'il pourrait aller chez le dentiste, qu'il irait sans appréhension, qu'il s'y rendrait dès le lendemain.

Le lendemain, dans le courant de la journée, sa femme lui dit :

« N'est-ce pas, c'est bien aujourd'hui à six heures que tu dois aller chez le docteur Farez?

— Pas du tout, répond-il; c'est chez le dentiste que je dois aller.

— Mais tu as pris rendez-vous avec le docteur pour six heures.

— C'est chez le dentiste que je dois aller. »

En effet, à six heures, il y va crânement, sans appréhension, et se laisse examiner, puis soigner. On convient qu'on lui enlèvera sept ou huit dents ou racines; il y est tout à fait décidé et accepte, d'avance, cette série d'extractions, comme la chose la plus simple du monde.

« Subir les soins du dentiste n'est rien, me dit-il, la grosse affaire, pour moi, était d'aller chez lui. Or, j'y vais délibérément sans la moindre appréhension. »

Il est d'autant plus étonné du résultat que sa femme lui avait manifesté son scepticisme à l'égard de l'hypnotisme; d'autre part, lors de notre première entrevue, je lui avais fait pressentir que, pour le rendre suffisamment suggestionnable, nous aurions peut-être besoin de recourir aux grands moyens, par exemple à la narcose éthyl-méthylique (1).

Il est manifeste que, s'il a été débarrassé de son appréhension, il l'a été par suggestion pendant le rêve. Son rêve l'a suggestionné et la suggestion a réalisé son plein effet pendant la veille subséquente.

---

(1) Pour la documentation de cette question, voir :

1. Paul FAREZ. Somnoforme et suggestion, *Revue de l'hypn.*, fév. 1903, p. 254. — La psychologie du somnoformisé, *Revue de l'hypn.*, juillet et août 1903, pp. 19 et 37. — Suggestion during narcosis produced by some halogenous derivatives of ethane and methane (ethyl-methylic suggestion), *The Journ. of ment. Path.*, New-York, vol. V, nos 2-3, p. 61. — La suggestion pendant la narcose produite par quelques dérivés halogénés de l'éthane et du méthane (suggestion éthyl-méthylique), *XIIIe Cong. des alién. et neurol.*, Bruxelles, août 1903 et *Revue de l'hypn.*, sept. 1903, p. 67. — Impotentia coeundi d'origine mentale, guérie par la suggestion éthyl-méthylique, *Revue de l'hypn.*, mars 1904. — L'analgésie obstétricale et la narcose éthyl-méthylique, *Revue de l'hypn.*, juin 1904, p. 369. — Nouvelles applications de la narcose éthyl-méthylique. *Revue de l'hypn.*, mai 1905, p. 341.

2. WIAZEMSKY (de Saratow, Russie). Vomissements incoercibles de la grossesse guéris par la suggestion pendant la narcose éthyl-méthylique, *Revue de l'hypn.*, avril 1905; Cf. mai 1905, p. 347.

3. BERNARD (de Cannes). *Revue de l'hypn.*, mai 1905, p. 344.

4. Etienne JOURDAN (de Marseille). Un cas de sommeil hystérique avec personnalité subconsciente, *Revue de l'hypn.*, juin 1905, p. 367; Cf. mai 1905, p. 346.

5. FEUILLADE (de Lyon). *Revue de l'hypn.*, mai 1905, p. 346.

6. Antonió GOTA. Caso de un sueno histerico con personalidad subconsciente, *La Clin. mod.*, Zaragoza 1, 15 de Agosto de 1908, pp. 453 et 479.

7. DE GELJERSTAM (de Gothembourg, Suède). La technique de l'hypnothérapie, *Revue de l'hypn.*, janv. 1909, p. 204.

Pour recevoir efficacement l'ordre d'aller chez son dentiste, il avait besoin d'être plongé dans un état profond d'hypotaxie. Son sommeil nocturne a excellemment réalisé cette hypotaxie. Dès lors que la montée chez le dentiste ait été autosuggestionnée ou hétérosuggestionnée, peu importe. La suggestion a surgi dans la conscience du dormeur sous la forme onirique d'une hétérosuggestion médicale. Le sommeil a été comme le terrain fécond, le rêve comme une graine vigoureuse; la graine a germé et produit son fruit. C'est donc bien d'un cas d'onirothérapie spontanée qu'il s'agit ici.

Les vérités cliniques qu'évoque ce cas ne sont plus à prouver; je me contente de les formuler, pour mémoire :

1° Les rêves *spontanés* peuvent avoir une importance très grande, soit au point de vue de la psychologie pratique, soit au point de vue de l'action, soit au point de vue de la médecine, générale ou spéciale. Les uns sont hypermnésiques, d'autres impulsifs, d'autres encore, comme dans ce cas, curateurs, tandis que d'autres sont, soit prémonitoires d'une maladie prochaine, soit véritablement pathogènes (1).

2° Certains rêves peuvent être aisément *provoqués*, à titre expérimental ou à titre thérapeutique, soit pendant le sommeil naturel (par suggestion directe ou indirecte), soit immédiatement avant l'invasion du sommeil naturel, soit par une suggestion à échéance, faite pendant le sommeil hypnotique.

3° On a tort de négliger l'onirothérapie. Pratiquée systématiquement, elle offrirait au psychothérapeute, dans certains cas, complexes ou difficiles, des ressources variées, souvent efficaces.

4° Le sommeil normal constitue, pour la réceptivité aux suggestions directes, un état d'hypotaxie aussi favorable que le sommeil hypnotique lui-même (2). Or, cette hypotaxie existe tout naturellement chez chacun de nous, chaque jour, pendant un certain nombre d'heures; elle ne demande ni temps ni peine pour être réalisée.

5° Enfin, ces considérations mettent une fois de plus en lumière cette vérité fondamentale de la psychothérapie, à savoir que, pour obtenir dans les cas tenaces des résultats durables, il faut disposer d'une hypotaxie préalable qui exalte la suggestionnabilité et à la faveur de laquelle la suggestion s'implante puis fructifie.

(1) Paul Farez. Les rêves soi-disant prophétiques ou révélateurs, *Revue de l'hypn.*, août 1902.

(2) Paul Farez. De la suggestion pendant le sommeil naturel, *Revue de l'hypn.*, mars, avril, mai et juin 1898; brochure Maloine, 46 p. — Incontinence d'urine et suggestion pendant le sommeil naturel, *Indépend. méd.*, 23 août 1899 et *Revue de l'hypn.*, août 1899. — Technique, indications et surprises de la suggestion somnique, *Indépend. méd.*, oct. 1900 et *IIe Cong. intern. de l'hypn. de 1900*. — Suggestion during natural Sleep. *Journ. of ment. Path.*, New-York, june 1901 et *Revue de l'hypn.*, août 1901. — Incontinence nocturne d'urine, guérie par suggestion pendant le sommeil naturel chez une enfant de vingt-six mois, *Revue de l'hypn.*, nov. 1903. — Alcoolique traité avec succès, contre son gré et à son insu, par suggestion pendant le sommeil naturel, *Revue de l'hypn.*, mars 1905

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1909)

Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde en France. — M. Vincent, chargé cette année du rapport général sur les épidémies, a consacré ce rapport uniquement à la fièvre typhoïde. Voici un résumé du très intéressant travail de M. Vincent :

La fièvre typhoïde, dit M. Vincent, est d'une fréquence extrême dans notre pays. La proportion pour 100 000 habitants des décès dus à cette maladie est de 27,6, alors qu'elle n'est que de 17,5 en Angleterre, de 10,2 aux Pays-Bas, de 10,3 en Allemagne. En ces dix-sept dernières années, le nombre des décès typhoïdiques peut être évalué à 160 000 environ, soit un chiffre supérieur à celui de la population d'une grande ville comme Toulouse. En outre, cette maladie frappe électivement les jeunes gens des deux sexes, entraînant les conséquences les plus graves au point de vue démographique et économique, dans un pays à natalité restreinte tel que le nôtre.

L'importance étiologique des eaux de boissons demeure toujours très grande à la campagne comme dans les villes. Les aliments souillés par les mouches, le lait, les huîtres, le cidre « doux », les légumes crus ont également une influence très grande. L'une des causes qui contribuent le plus à l'entretien de la fièvre typhoïde est l'*épandage* des matières fécales dans de nombreuses régions.

La connaissance des *porteurs latents* de *bacilles typhique* ou paratyphique a jeté la lumière sur de nombreux cas en apparence spontanés et dus à la contagion directe ou indirecte par ces bacillifères. Conservé pendant des années ou même pendant toute l'existence, dans la vésicule biliaire de quelques anciens typhoïdiques ou de sujets n'ayant eu qu'une atteinte légère ou passée inaperçue, le bacille typhique peut être ainsi éliminé et transporté dans les localités, les familles. Certaines professions alimentaires (cuisinières, filles de ferme chargées de traire les vaches, charcutiers, etc.) sont particulièrement dangereuses; la contagion se fait dans ces cas par les mains malpropres de ces porteurs de bacilles.

Comme mesures de prophylaxie administrative ou spéciale, M. Vincent soumet un long programme de lutte antityphique dans lequel on relève, en particulier, les propositions suivantes :

Education hygiénique populaire de l'enfant et de l'adulte, faite par des médecins, à l'école et à la mairie, et destinée à divulguer les notions élémentaires relatives à la nature des maladies infectieuses, à leur mode de transmission et à leur prophylaxie.

Insérer ces notions sommaires dans les livrets d'ouvriers, les livrets de mariage, etc. Les compléter par des affiches, notices, circulaires, à l'occasion des épidémies.

Création de médecins inspecteurs départementaux d'hygiène.

Préparation de médecins hygiénistes et enseignement spécial de l'épidémiologie dans les Facultés.

Création d'écoles de désinfection pour les désinfecteurs professionnels et spécialisés.

Nécessité d'organiser un nombre progressivement croissant de *laboratoires* ou *stations* de *recherches épidémiologiques* et *bactériologiques*, adjoints aux conseils départementaux d'hygiène, et chargés d'aider à la lutte antityphique par les examens bactériologiques des cas suspects, des formes avérées dès leur début, par la recherche des porteurs de bacilles, le contrôle périodique des eaux potables, etc.

Multiplier le nombre des Commissions sanitaires rurales.

Instituer un casier sanitaire des communes et des maisons avec mention de toutes les maladies infectieuses constatées.

La *prophylaxie spéciale* ou *microbienne* comporte l'isolement précoce des malades et des douteux, même avant la déclaration; la désinfection quotidienne et sur place de tous les objets contaminés (notamment par l'eau bouillante); les conseils spéciaux aux familles, notifiés par les instructions rédigées par le professeur Chantemesse.

La déclaration doit toujours être faite dès le diagnostic certain.

A l'égard des porteurs de bacilles, aucune mesure n'a jusqu'ici été recommandée.

A tous ceux qui auraient été dépistés par le laboratoire de recherche, il serait nécessaire de remettre une notice imprimée les avisant de leur pouvoir contagieux et leur indiquant les diverses précautions indispensables pour obvier à cette contagion de leur entourage.

La prophylaxie de leur contagion indirecte nécessite en premier lieu la revision et l'analyse bactériologique périodique des eaux potables; la fermeture des puits privés ou communaux, des puits d'auberges, cafés, etc., qui auront été reconnus contaminés; la réalisation d'un périmètre de protection suffisant autour des puits, sources, cours d'eau, etc., destinés à la boisson.

Informer les habitants, par voie d'affiche, des dangers du lait cru, de ceux du cidre doux, préparé avec des eaux impures. Surveiller les fermes et laiteries au point de vue des épidémies et des porteurs de germes. Instruire les populations des dangers des légumes crus, des fraises, provenant de terrains fumés avec l'engrais humain. Indiquer le danger considérable des mouches, surtout en temps d'épidémie, et les moyens de s'en protéger.

A ces mesures, il est indispensable de joindre la proscription ou la *limitation de l'épandage* des matières fécales, et dans ce but, de renforcer la loi du 15 février 1902, et de compléter les règlements sanitaires ruraux qui n'ont pas prévu cette cause très grave d'entretien de la fièvre typhoïde dans notre pays.

M. Vallin reconnaît, avec M. Vincent, que la France paye à la fièvre typhoïde un tribut trois ou quatre fois plus grand que les autres pays, et en particulier les pays du Nord. On s'est trop attardé, selon M. Vallin, aux distinctions entre la contagion et l'infection au point de vue de la fièvre typhoïde. On a trop longtemps hésité à mettre cette affection au premier rang des fièvres éruptives ou des infections dont la déclaration est obligatoire. On n'isole pas assez, dans les hôpitaux, les malades qui en sont atteints. Enfin, l'une des sources les plus importantes de la contagion typhoïdique réside dans les porteurs de germes qui, en convalescence ou guéris, portent encore dans leurs selles le bacille d'Eberth. Ces malades devraient être soumis à des recherches bactériologiques et astreints à certaines précautions. La fièvre typhoïde est beaucoup plus fréquente en France que dans les pays du Nord et dans le midi de la France que dans le nord. Les statistiques de l'armée montrent — et cela très régulièrement depuis une vingtaine d'années — que les corps de troupe qui occupent Marseille et Montpellier sont bien plus souvent atteints que ceux du Nord et de l'Est. M. Vallin a cherché quelle pouvait être l'explication de cette différence, et il constate que dans le Midi les hommes boivent beaucoup d'eau ou d'eau et de vin, tandis que dans le Nord ils ne boivent que de la bière. Après les troupes du Midi, ce sont celles d'Amiens, de Rouen et de Rennes qui payent le plus large tribut à la fièvre typhoïde. Or, dans ces pays, on boit du cidre préparé avec de l'eau provenant des mares. M. Vallin, sans vouloir exagérer l'importance de ces constatations, tient cependant à signaler ces faits d'observation à l'Académie.

M. Widal insiste sur l'importance qu'il y aurait à isoler les fièvres typhoïdes dans les hôpitaux. Il pratique cet isolement dans son service de Cochin. Il y a incontestablement une contagion hospitalière de la fièvre typhoïde qu'on pourrait facilement éviter par l'isolement.

L'un des éléments les plus importants de la transmission de la fièvre typhoïde réside également dans les porteurs de germes dont ont parlé MM. Vincent et Vallin. Malheureusement, M. Widal ne voit pas quel remède on pourrait apporter à cet état de choses.

Les conclusions du rapport de M. Vincent sont mises aux voix et adoptées.

La fièvre de Malte en France. — M. Wurtz fait une communication sur ce sujet.

La fièvre de Malte est une maladie longue, dont les symptômes rappellent ceux de la fièvre typhoïde. Elle est le résultat d'un microbe spécifique qui réside dans le sang des malades. Elle se propage par les chèvres et leur lait. Elle est fort répandue dans le bassin de la Méditerranée depuis un an. C'est M. Wurtz, avec MM. Paulos et Tanon, qui ont publié les premiers cas.

Indépendamment des mesures sanitaires, telles que la surveillance des chèvreries, M. Wurtz conseille, dans les pays où règne la fièvre de Malte, de faire bouillir le lait de chèvre.

Les procédés récents de diagnostic de la syphilis dans leurs rapports avec la médecine légale. — M. Thibierge pense que les recherches de laboratoire peuvent avoir une très grande utilité en médecine légale pour le diagnostic de la syphilis.

La recherche du spirochète, dans les expertises, devra toujours être faite par les méthodes de coloration du parasite fixé; elle peut assurer le diagnostic du chancre syphilitique dans les cas rares où cet accident existe encore au moment de l'examen.

On peut, dans certaines circonstances où le doute persiste y joindre l'inoculation aux singes inférieurs.

L'examen du liquide céphalo-rachidien nécessitant une ponction lombaire ne saurait être employé en pratique médico-légale. Quant à la résection de Wassermann, elle présente trop de causes d'erreur.

La tuberculose traumatique et la loi sur les accidents du travail.— M. Mosny lit une note sur ce sujet. Le traumatisme accidentel peut agir de trois façons sur l'éclosion ou l'aggravation de lésions tuberculeuses; tantôt il s'agit d'une véritable inoculation bacillaire, tantôt de l'apparition, à la suite d'un accident, de lésions tuberculeuses restées jusque-là latentes, tantôt enfin de l'apparition chez un tuberculeux d'un nouveau foyer bacillaire. Dans le premier cas, la tuberculose est incontestablement la conséquence directe de l'accident. Dans le second cas, M. Mosny estime qu'un accident capable d'avoir de pareilles conséquences porte à la victime un préjudice égal à celui qu'il lui aurait porté en la rendant effectivement tuberculeuse. La question de l'état antérieur ne saurait se poser ici puisque le propre des tuberculoses latentes est de ne pouvoir être soupçonnées par qui les porte, ni reconnues par qui les cherche.

La question devient bien plus délicate dans le troisième cas, quand il s'agit de nouveaux signes bacillaires ou d'aggravation de lésions déjà existantes sous l'influence d'un traumatisme. Ici l'on peut invoquer l'état antérieur du blessé pour refuser l'indemnité.

L'expert en pareil cas établira l'influence aggravante du traumatisme et en appréciera les conséquences en ne tenant compte que de la réduction de la capacité professionnelle du blessé comparée à ce qu'elle était avant l'accident.

Les conclusions du premier expert peuvent être revisées dans les trois années qui suivent l'accident; ce qui met le blessé à l'abri des appréciations prématurées.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1909)

Intra-dermo-réaction à la tuberculine chez le cobaye. — MM. NOBÉCOURT, Ch. MANTOUX et PERROY ont pratiqué chez le cobaye l'intra-dermo-réaction à la tuberculine en injectant une goutte, soit 1/20 de centimètre cube, de la solution à 1 p. 100 de l'Institut Pasteur. La région d'élection est la face externe de la cuisse, où l'on peut fixer la peau en la tendant sur le plan ostéo-musculaire sous-jacent. On déglabre par arrachement des poils. L'injection, très superficielle, se fait avec une aiguille solide et courte : elle donne une belle boule d'œdème.

La réaction positive, qui apparaît au bout de douze à vingt-quatre heures, a son acmé le douzième jour ; c'est une infiltration œdémateuse blanc rosé, parfois purpurique. Dans les cas négatifs, la trace insignifiante de la piqûre a toujours disparu le second jour. L'intra-dermo est positive chez les seuls tuberculeux ; elle n'apparaît qu'à partir du douzième jour d'infection.

Elle permet donc de faire chez le cobaye le diagnostic de la tuberculose d'une façon rapide, sinon extrêmement précoce, et peut être ainsi utilisée dans la pratique du laboratoire.

Effets de la tuberculine concentrée en injection intradermique chez les enfants non tuberculeux. — M. Ch. MANTOUX a pratiqué des injections intradermiques avec de la tuberculine concentrée (à 1/100) chez des enfants qui n'avaient pas réagi à la solution diluée ordinaire (à 1/5000). La plupart des sujets ont présenté de la rougeur, parfois un soupçon d'infiltration au point d'injection. Mais ces phénomènes ont eu leur maximum au bout de vingt-quatre heures ; ils avaient disparu au bout de quarante-huit. L'intra-dermo-réaction a une évolution immense : elle se développe toujours le deuxième jour.

L'injection de tuberculine concentrée produit donc chez les non-tuberculeux une *réaction irritative précoce* qui se distingue nettement de l'intra-dermo-réaction légitime, *réaction allergique tardive*. Dans le premier cas, la tuberculine se comporte en irritant banal, dans le second, en agent spécifique.

Kyste hydatique latent au cours d'une dothiénentérie. Etude biologique du liquide hydatique. — M. Jean TROISIER a trouvé à l'autopsie d'une dothiénentérie un kyste hydatique. Le liquide hydatique ne contenait pas de bacilles d'Eberth ; il était également impossible de trouver dans ce liquide des agglutinines et des anticorps typhiques. Par contre le sérum sanguin agglutinait l'Eberth à 1 p. 200. Cette observation prouve que la membrane hydatique intacte peut se comporter *in vivo* comme un filtre parfait vis-à-vis des microbes, vis-à-vis des agglutinines et des anticorps microbiens.

Anaphylaxie et incoagulabilité du sang chez le lapin. — MM. E. LESNÉ et L. DREYFUS. Lorsqu'on anaphylactise des lapins à l'une quelconque des albumines employées aujourd'hui couramment dans les laboratoires, on constate que leur sang se coagule lentement et mal. Les auteurs ont recherché de quelle façon se comporteraient à l'injection d'épreuve des animaux anaphylactisés chez lesquels on déterminerait préalablement une incoagulabilité du sang. Ils ont constaté que l'incoagulabilité du sang provoquée par l'extrait de sangsues n'empêche pas de réaliser des accidents anaphylactiques mortels.

Action différente des lobes hypophysaires sur la coagulation du sang. — MM. P. EMILE-WEIL et BOYÉ ont étudié l'action des extraits hypophysaires sur la coagulation du sang *in vitro*.

Les deux lobes de l'hypophyse de bœuf ont des actions différentes et antagonistes :

a. La coagulation du sang normal du lapin est accélérée de façon constante par les extraits du lobe postérieur, et généralement retardée par ceux du lobe antérieur. L'incoagulabilité hirudinique du lapin est peu modifiée par ces extraits ; pourtant, ceux du lobe postérieur la diminuent sans la corriger.

b. La coagulation du sang humain normal est accélérée par les extraits du lobe postérieur, retardée et parfois notablement par ceux du lobe antérieur. L'incoagulabilité des hémophiles, tant familiaux que spontanés, disparaît *in vitro* par les extraits du lobe postérieur ; elle est généralement accrue par ceux du lobe antérieur.

Ainsi le lobe antérieur glandulaire se comporte vis-à-vis de la coagulation du sang comme les extraits thyroïdiens. L'action des deux lobes est donc différente à l'égard du sang comme elle l'est à l'égard de divers organes.

Influence de la voie de pénétration sur les doses minima mortelles du venin de cobra. — M. MAUREL. Pour la grenouille et pour le pigeon, la voie musculaire est cinquante fois plus active que la voie gastrique. Pour le lapin, la voie musculaire et la voie veineuse ont sensiblement la même activité, et toutes les deux sont plus de soixante fois plus actives que la gastrique.

Influence de la voie d'administration sur les doses minima mortelles d'arséniate de soude. — MM. MAUREL et ARNAUD ont comparé la voie gastrique avec la voie musculaire chez la grenouille et la voie gastrique avec la voie hypodermique et la voie veineuse chez le lapin. Leurs résultats sont les suivants : 1° chez la grenouille, la voie gastrique est trois fois moins active que la musculaire ; 2° chez le lapin, la voie gastrique est environ quatre fois moins active que l'hypodermique et seulement deux à trois fois moins active que la veineuse ; 3° la voie hypodermique, au moins pour le lapin et pour cet agent, serait donc plus active que la veineuse ou du moins ces deux voies auraient sensiblement la même activité.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1909)

Sténose congénitale du conduit auditif externe. — M. DUBAR présente un enfant de six ans atteint d'une sténose congénitale du conduit, caractérisée par un cloisonnement qui s'étend à 6 millimètres de l'orifice. Cette malformation est vraisemblablement en rapport avec le développement des arcs bronchiaux. Le champ auditif est considérablement réduit ; seule, la cure radicale est susceptible d'élargir l'audition.

La méthode Dalcroze, gymnastique et discipline de l'attention. (Gymnastique rythmique.) — M. GEORGES ROSENTHAL étudie la méthode physicothérapique de Dalcroze.

Cette méthode destinée primitivement à l'étude de l'harmonie, a été utilisée comme méthode générale de développement physique. Elle comprend essentiellement des exercices respiratoires, des marches rythmées et cadencées, des exercices d'alternance de mesure, de développement de la volonté spontanée par exécution rapide de mouvements commandés, des exercices de reproduction par la marche de mesures musicales inscrites au tableau noir ou jouées au piano. De l'étude critique de la méthode, il résulte que ces exercices constituent essentiellement une remarquable méthode pédagogique ayant pour but de développer chez l'enfant la faculté d'attention.

Action des sels de calcium et de l'acide citrique sur la coagulation du sang chez l'homme. — MM. LAUTÉ et SAISSI

ont étudié chez des sujets normaux et sur des malades la coagulation avancée (fibrôme) ou retardée (purpura-hémophilie), l'action des sels de calcium et de l'acide citrique, comme agents modificateurs du temps de coagulation. En employant une technique précise et en maintenant le sang examiné à une température constante pendant toute la durée des observations, ils ont constaté que si, dans la plupart des cas, l'ingestion de l'acide citrique amène un retard de coagulation, l'administration du calcium reste presque toujours sans effet et qu'en somme, contrairement, aux conclusions de Wright, les moyens à notre disposition pour modifier dans les vaisseaux la coagulabilité du sang circulant sont des plus imparfaits.

Traitement des fractures du col chirurgical de l'humérus. — M. Dupuy de Frenelle attire l'attention sur la déformation angulaire des fragments, lors d'une fracture de l'extrémité supérieure et présente un appareil qui permet de maintenir le bras en abduction tout en permettant le traitement fonctionnel de la région traumatisée.

Les diverses causes de dyspepsies, réflexions pathogéniques. — M. Pron (d'Alger), étudiant la pathogénie de ces dyspepsies, établit la fréquence proportionnelle des diverses causes qui les produisent.

ANALYSES

MÉDECINE

Un cas de rougeole développé pendant la vie intra-utérine. (Nathaniel R. Mason. *The Boston med. and surg. Journ.*, 1er oct. 1908, vol. CLIX, n° 14, p. 436.) — Mason rapporte l'observation d'une primipare de dix-neuf ans à terme, entrée à l'hôpital avec les signes non douteux d'une rougeole : suffusion et congestion marquée des yeux, taches de Koplik, rash sur le plancher de la bouche et le voile du palais, éruption papulo-maculaire en voie de décroissance sur le corps et surtout la face, fine desquamation du nez et des oreilles. L'éruption s'effaça et au huitième jour de son entrée elle ne présentait que de la pigmentation sur le corps et une fine desquamation sur la figure. A ce moment l'accouchement se produisit. L'enfant examiné aussitôt présentait un aspect tacheté de tout le corps et une desquamation analogue à du son sur la poitrine et les aisselles. Le lendemain la desquamation apparut aux avant-bras, à la face plantaire des orteils et entre les orteils; le deuxième jour, desquamation profuse sur la poitrine et la figure, et surtout les côtés du nez. Cette desquamation, changeant de place, persista jusqu'au vingt et unième jour.

L'auteur exclut une confusion avec l'exfoliation normale des nouveau-nés, la dermatite exfoliative des nouveau-nés. Il admet que l'enfant avait eu la rougeole en même temps que sa mère et en était au même point de l'évolution de sa maladie au moment de la naissance. Il fait remarquer que la mère ayant nourri l'enfant il aurait attrapé la rougeole si une attaque récente ne l'avait mis à l'abri. Recherchant les cas analogues dans toute la littérature médicale, Mason ne peut en découvrir que neuf absolument authentiques et qu'il décrit rapidement.

En voici la nomenclature succincte :

Tyler. *Med. Times*, London 1847, vol. XVI, p. 292, un cas.

Smith. *Amer. Journ. of med. sc.*, Philad. 1870, vol. LIX, p. 282, un cas.

Underhill. *Obstet. Journ. Great Brit. a. Ireland*, 1880, vol. VIII, pp. 385-394, 7 cas (Fabricius, Hedrich, Kunze, Guersant, Chausit, Clarus, Michaelsen). M. LANCE.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Action de l'arsenic sur le sang et les organes hématopoiétiques. Etude expérimentale. (Louis Bloch. Th. de Paris, 1908; Jacques, édit.) — L'emploi thérapeutique de l'arsenic donne des succès dans certains états anémiques, par exemple dans les chloro-anémies symptomatiques de tuberculose et de syphilis, dans l'anémie pernicieuse; elle apporte une amélioration plus ou moins marquée aux processus leucémiques. Et cependant plusieurs expérimentateurs ont montré que l'arsenic est un poison du sang, un poison déglobulisant. M. Bloch a fait une série de recherches pour expliquer le désaccord paradoxal entre l'action physiologique destructrice de l'arsenic et ses effets thérapeutiques réparateurs. Ces recherches ont abouti aux conclusions suivantes :

L'arsenic exerce sur les différentes cellules du sang et des organes hématopoiétiques une action destructive, nécrosante, qui se traduit dans le sang circulant par une baisse quantitative des éléments, et, dans les organes hématopoiétiques, par des lésions dégénératives et par des phénomènes d'ordre macrophagique.

Au cours de l'intoxication aiguë, cette destruction fait place secondairement à un processus de rénovation intense; le taux des hématies remonte à ce moment plus haut que le chiffre initial; on constate alors une légère myélémie, avec réveil de l'activité myéloïde de la rate et des ganglions. Dans l'intoxication chronique, les deux processus de destruction et de réparation évoluent simultanément.

La rénovation cellulaire paraît être fonction de la destruction cellulaire qui l'a précédée plutôt que d'une action directe de l'arsenic sur les organes hématopoiétiques. Quoiqu'il en soit, cette activité rénovatrice, constante et intense, légitime le rang que l'observation clinique donne à l'arsenic parmi les agents thérapeutiques des anémies; l'arsenic est une médication secondairement excitatrice de l'hématopoïèse.

M. BRELET.

CHIRURGIE

Tétanos aigu, traitement local, guérison. (Poucel. *Soc. de chir. de Marseille*, séance du 21 octobre 1909.) — Le docteur E. Poucel rapporte un cas de tétanos aigu des plus graves, guéri par un traitement local. Voici le résumé de son observation :

Plaie du bas de la jambe avec section complète du tendon d'Achille. Les premiers symptômes du tétanos apparaissent le dix-neuvième jour. Marche très bénigne jusqu'au trente-cinquième jour. Subitement la température monte à 39-40-40°4, aggravation de tous les symptômes.

M. Poucel, appelé le quarante et unième jour après l'accident initial, par le docteur Michel (de Cadenet), médecin traitant, juge l'état désespéré ainsi que trois confrères présents. Pendant cette période du dix-neuvième au quarante et unième jour, le malade a reçu vingt et une injections de sérum antitétanique de 20 grammes.

On sait que le tétanos chronique est rarement mortel après le vingtième jour, mais qu'il en est tout autrement du tétanos chronique passant à l'état aigu : celui-ci, de l'avis de tous les cliniciens, est presque toujours mortel.

Traitement : 1° débridement de la cicatrice; 2° curettage énergique; 3° thermocautérisation; 4° injection de 6 grammes de liqueur de von Swieten, sans alcool, en douze piqûres à une profondeur de deux ou trois centimètres de profondeur de la surface brûlée.

Le lendemain aggravation; le docteur Michel estime que le malade ne passera pas la nuit. Trente heures après l'intervention, la guérison se produit, avec une surprenante rapidité. La seule explication plausible paraît être que le traitement local et *surtout le sublimé* a tué le Nicolaïer dans son repaire, les toxines ont été détruites par les défenseurs attitrés de l'organisme, et le malade *désempoisonné* a eu une guérison si prompte qu'elle a — par sa soudaineté — littéralement *médusé* (c'est sa propre expression) le médecin traitant.

L. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL

Le ramollissement cérébral est un infarctus par oblitération artérielle, celle-ci dépendant d'une thrombose ou d'une embolie. Par sa pathogénie, cette lésion est identique aux infarctus des viscères; elle a des caractères spéciaux parce que, le tissu cérébral étant particulièrement fragile et délicat, ce qui caractérise l'infarctus encéphalique, c'est sa mollesse, de là le terme de ramollissement attribué aux infarctus cérébraux (Brissaud et Souques).

Notons toutefois que les oblitérations du système veineux peuvent aussi produire le ramollissement cérébral; c'est ce qu'on observe chez le nouveau-né, dont le ramollissement cérébral paraît, presque constamment, lié à des thromboses veineuses (Hutinel et Babonneix).

ÉTIOLOGIE. —Le ramollissement cérébral peut survenir à tout âge, mais il est surtout fréquent chez les vieillards. Son étiologie n'est autre que celle de la thrombose et de l'embolie.

La *thrombose* est elle-même conséquence de toutes les artérites cérébrales; l'origine la plus banale est l'*athérome* expliquant le ramollissement cérébral des vieillards; l'*artérite syphilitique* à caractère oblitérant est fréquente. On peut encore citer les artérites des maladies infectieuses, les thromboses consécutives aux intoxications (oxyde de carbone), les thromboses de la chlorose et des états cachectiques (leucocythémie, cancer).

Le processus *embolique* a surtout pour cause les affections du cœur; au premier plan, il faut placer le *rétrécissement mitral*, cause fréquente d'embolie cérébrale et de ramollissement, surtout chez les femmes; ensuite les *endocardites* des maladies infectieuses; plus rarement, l'embolus vient d'une lésion artérielle : athérome, anévrisme de l'aorte.

On voit parfois le ramollissement cérébral succéder à une oblitération des vaisseaux par une compression; c'est ainsi que les *tumeurs* cérébrales, les *gommes* cérébro-méningées s'accompagnent dans certains cas de ramollissement.

Enfin, chez l'*enfant*, les thromboses veineuses, qui déterminent les foyers de ramollissement, s'observent presque toujours au cours des *infections digestives*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Si l'oblitération brusque d'une grosse artère du cerveau entraîne la mort en quelques heures, on voit mal le foyer du ramollissement cérébral, car la nécrobiose n'a pas encore eu le temps de se produire; on constate seulement que, dans une étendue considérable, la masse hémisphérique est œdématiée avec des circonvolutions tuméfiées et pressées les unes contre les autres; ces parties donnent au palper une sensation de fausse fluctuation. La consistance du tissu est amoindrie et un filet d'eau dirigé sur cette région la désagrège facilement.

Si la mort ne survient qu'après quelques jours, le foyer est alors mieux délimité. C'est l'écorce grise qui en est le *siège* le plus fréquent; ce *foyer cortical* se rencontre surtout dans le domaine de l'artère cérébrale moyenne (zone psycho-motrice) et de la cérébrale postérieure (région occipitale, radiations optiques), plus rarement de l'artère cérébrale antérieure; il a les dimensions d'une pièce de un à cinq francs, en profondeur il a de quelques millimètres à un ou deux centimètres; dans ce dernier cas il occupe, en même temps que l'écorce, les faisceaux blancs sous-corticaux. Parfois le foyer est beaucoup plus vaste, détruisant une grande partie de l'écorce ou même tout un lobe; l'étendue dépend du siège de l'oblitération artérielle, un territoire plus ou moins vaste de substance cérébrale se trouvant privé de sang. On peut trouver aussi des *foyers sous-corticaux* qui n'intéressent que la substance blanche; ce sont alors les artères perforantes longues qui sont oblitérées.

Le ramollissement siège aussi quelquefois dans les *masses opto-striées*; il est plus rare au cervelet, au pédoncule, à la protubérance. Il existe souvent des foyers multiples, au nombre de trois ou quatre, pouvant être à la fois corticaux et centraux.

Le ramollissement cérébral récent se présente sous deux aspects : dans le *ramollissement blanc*, le tissu est décoloré, il ressemble à une bouillie crémeuse; le *ramollissement rouge* a une teinte hémorragique diffuse, on y voit parfois à l'œil nu des suffusions sanguines; c'est le ramollissement hémorragique de Rochoux. On a dit que ces deux aspects correspondaient à deux états successifs; le ramollissement serait d'abord blanc, puis deviendrait rouge par fluxion collatérale ou congestion rétrograde. En réalité, certains foyers sont hémorragiques dès le début, tandis que d'autres ne le deviennent jamais. Peut-être le ramollissement blanc s'observe-t-il surtout dans les états cachectiques, notamment dans le cancer (P. Marie). Le ramollissement rouge est plus fréquent dans les lésions de l'écorce.

En cas de lésions plus anciennes, on trouve, à l'autopsie, si le foyer siège à l'écorce, un *ramollissement jaune*, une plaque jaune chamois, à forme allongée, au niveau de laquelle la surface du cerveau apparaît un peu déprimée et la pie-mère adhérente. C'est une régression cicatricielle, dont la teinte jaune est due à la transformation scléreuse des tissus détruits et aux modifications subies par la matière colorante du sang épanché. A longue échéance, il se fait une atrophie des circonvolutions cérébrales; il ne subsiste plus parfois qu'une couche de substance grise de quelques dixièmes de millimètre accolée sur l'épendyme ventriculaire; enfin, dans quelques cas, se produit comme une ulcération, une véritable perte de substance d'une ou de plusieurs circonvolutions. Le ramollissement ancien de la masse hémisphérique devient une *infiltration celluleuse*, transformation du tissu cérébral en substance spongieuse, à mailles irrégulières, remplies d'un liquide trouble, dans lequel flottent parfois des débris de substance cérébrale sous forme de flocons.

L'état des méninges est variable sur les hémisphères atteints de ramollissement; le plus souvent, surtout chez les vieillards, elles sont épaissies et de coloration un peu laiteuse, mais c'est une lésion banale; au niveau du foyer, elles sont parfois adhérentes.

Il faut signaler la possibilité d'encéphalite secondaire, le foyer de nécrose ayant été envahi par des germes septiques. Chez le nouveau-né, Parrot a décrit un ramollissement blanc et un ramollissement rouge. Le premier est exceptionnel, le second siège habituellement dans les parties centrales des hémisphères.

A l'*examen microscopique*, on constate, au début, une destruction des éléments nerveux; les cellules de la corticalité ou des noyaux gris centraux deviennent granuleuses et disparaissent; les fibres de la substance blanche se fragmentent, entre elles il existe une sorte de plasma infiltré de très nombreux corps granuleux. Dans les lésions anciennes, on remarque les réactions interstitielles de la névroglie; les éléments nerveux sont détruits et on voit un grand nombre de cellules araignées. Les vaisseaux ne sont pas tous oblitérés au sein du foyer de ramollissement; parmi les vaisseaux oblitérés, les uns disparaissent assez rapidement par résorption, d'autres ont leur calibre diminué par un épaississement considérable de leurs parois (P. Marie).

Après avoir examiné le foyer de ramollissement, on recherchera l'état des *artères*. Chez les vieillards, le système artériel du cerveau est atteint d'athérome et en un point une oblitération complète s'est produite par la formation sur place d'un caillot (thrombus); ce caillot est cruorique et mou ou organisé, suivant l'âge de la lésion. Quelquefois dans les petits foyers corticaux, l'endartérite des artérioles terminales ne se voit bien qu'au microscope. Dans d'autres cas, il s'agit d'une artérite syphilitique. Si le ramollissement a été sous la dépendance d'une embolie, on trouve un caillot migrateur parti du cœur ou de l'aorte. Chez l'enfant, c'est habituellement une thrombose des sinus ou des veines cérébrales qui explique le ramollissement. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de la syphilis, par le professeur Alfred FOURNIER. 3e édit. In-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Vigot frères.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Algérie-Tunisie. — Billets de voyages à itinéraires fixes, 1re et 2e classes, délivrés à la gare de Paris-Lyon ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires. Certaines combinaisons de ces voyages permettent de visiter non seulement l'Algérie et la Tunisie, mais encore des parties plus ou moins étendues de l'Italie et de l'Espagne.

Pour plus amples renseignements, consulter le Livret-guide-horaire P.-L.-M. vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares, bureaux de ville et bibliothèques du réseau.

N° 124. — SAMEDI 30 OCTOBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 30 OCTOBRE 1909. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 27 octobre. — Question donnée : « Symptômes, formes et évolution de la péritonite tuberculeuse. »

MM. Clouzeau, 15; Carpanetti, 19; Dellac, 15; Detourbe, 17; Chenet, 11; Crétin, 9; David, 1; Dax, 9; Charbonnier, 14; Casaret, 8; Mlle Chauvet, 7; MM. Caillet, 5; Chavasse-Frétaz, 15; Chatenaud, 16; Mlle Chrurson, 7; MM. Costantin, 13; Dauvert, 8.

Séance du 28 octobre. — Question donnée : « Des différents râles et souffles entendus à l'auscultation des poumons. — Leurs caractères, leur signification pathologique. »

M. Dalbanne, 12; Mlle Denis, 15; MM. Chaffaut, 13; Chapelain, 11; Chéron (André), 16; Bruant, 4; Dohen, 6; Delort, 7; Dantrelle, 16; Delamare, 6; Cléret, 10; Chick, 7; Aussilloux, 8; Balteau, 13; Barbier, 6; Bourgeois, 17; Breger, 10; Belloir, 18.

Prochaine séance mercredi 3 novembre, à neuf heures et demie du matin, première moitié, première série.

Anatomie. — Séance du 27 octobre 1909. — Question donnée : « Rapports du rectum chez l'homme. »

MM. Nora, 15; Oberlin, 14; Paulin, 9; Perrier, 11; Menville, 5; Proust, 18; Quantin, 11; Plaisant, 17; Morice, 7; Mlle Popelin, 18; MM. Patrikios, 8; Morin (Pierre), 12; Marion, 1/2; Oulié, 15; Popesco-Pascan, 4; Morin (Paul), 17; Pichon, 16; Peltier, 19; Merlin, 5.

Séance du 28 octobre 1909. — Question donnée : « Muscle sterno-cléido-mastoïdien. »

MM. Morel (André), 11; Provost, 11; Oliviéri, 11; Pechdo; 12; Morel (Paul), 13; Mollet, 19; Plichet, 9; Meyerson, 19; Mercier (Jacques), 11; Neyraud, 11; Penot, 14; Neau, 9; Petit, 14; Persillard, 13; Pina, 11; Mathelin, 12; Plumey, 12; Mladenoff, 11; Ohier, 13.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le lundi 6 décembre 1909, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, un concours pour la nomination à treize places d'élèves externes en médecine et en chirurgie.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire : un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence, un certificat de revaccination récente et un certificat constatant qu'ils ont au moins une inscription de médecine.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision du 25 octobre 1909 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Boisson est nommé médecin chef à l'Ecole supérieure de guerre.

Médecins-majors de première classe. — MM. Pélegry, passe aux salles milit. de l'hosp. mixte de Clermont-Ferrand; Ulliel. au 86e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Carrive, passe au 3e chass. d'Afrique; Josse, aux hôpit. de la division d'Alger; Sorel, au 24e d'inf.; Pourcines, au 16e drag.; Tranchant, aux hôpit. de la division d'Oran; Battez, au 27e d'art.; Lang, affecté aux salles milit. de l'hosp. mixte de Saint-Mihiel; de Saint-Vincent de Parois, aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie; Pontrin, aux salles milit. de l'hosp. de Rouen; Lère, passe aux hôp. de la division de Constantine.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Beyne, passe aux hôpit. de la division de Constantine; Capon, au 76e d'inf.; Barège, rappelé aux hôpit. de la division d'Alger; Vigneau, passe au 1er zouaves; Deniau, au 21e d'art.; Noirclaude, au 9e bat. de chass. à pied; Vallot, au 5e bat. d'inf. lég.; Clot, au 1er tirailleurs algériens.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Wateau, passe au 19e bat. de chass. à pied; Clot (J.), au 151e d'inf.; Godar, au 40e d'art.

COMITÉ D'ORGANISATION DU IIIe CONGRÈS DES PRATICIENS. — D'accord avec les organismes professionnels, le Comité de vigilance du congrès des praticiens, a décidé qu'une nouvelle assemblée nationales de médecins de France,

succédant à celles de Lille et de Paris, se tiendrait à Paris, à la fin de mars 1910.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — La Commission de l'assistance par le travail s'est réunie le 23 octobre et elle a décidé à l'unanimité de proposer à l'assemblée du 5 novembre :

1° D'adresser des remerciements et des félicitations, à M. le docteur Bucquoy, et aux dames patronnesses pour avoir organisé à Paris « l'Assistance par le travail » des veuves et orphelines de la profession médicale.

2° D'inviter tous les groupements professionnels de Paris, et tous ceux qui centralisent et représentent à Paris les divers éléments provinciaux, à étudier de concert avec nous les moyens de généraliser à la France entière ce qui a été fait à Paris, et d'organiser avec le concours de tous les médecins l'œuvre de l'assistance par le travail pour les malheureux de la profession médicale.

L'HOPITAL AMÉRICAIN DE PARIS. — Hier a eu lieu à Neuilly, sous la présidence du ministre de l'Instruction publique, l'inauguration de l'hôpital américain.

Cette fondation charitable est due à l'initiative d'un certain nombre d'Américains résidant à Paris, qui se sont groupés pour créer une institution philanthropique en conformité avec la loi française sur les associations.

Le conseil médical de l'hôpital se compose de MM. les docteurs A.-J. Magnin, président, directeur de l'hôpital; C.-C. Whitman, E.-L. Gros, Turner, du Bouchet, Bull et C.-J. Kœnig.

L'œuvre reçoit avant tout les Américains indigents et malades, qui y sont soignés gratuitement.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-deuxième semaine, 750 décès, au lieu de 751 pendant la semaine précédente et au lieu de 804, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole a causé 5 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 44, au lieu de 51 précédemment (moyenne 36).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 73 décès, au lieu de 75 pendant la semaine précédente (moyenne 100).

La phtisie pulmonaire a causé 181 décès (moyenne 180).

On a constaté 1 décès par méningite cérébro-spinale. Un seul cas nouveau est signalé.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 NOVEMBRE 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re partie) : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Roger, Marcel Labbé et André Jousset; — M. Legry, suppléant.

Mardi 9 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Lenormant; — M. Lecène, suppléant; — (2e partie), *Charité*, épreuve pratique : MM. Raymond, Carnot et Claude.

Mercredi 10 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Gaucher et Desgrez.

2e : MM. Gautier, Langlois et Branca.

4e : MM. Pouchet, Macaigne et Zimmern; — M. Mulon, suppléant.

5e (chirurgie), *Laënnec* (1re partie, 1re série) : MM. Segond, Hartmann et Gosset; — (2e série) : MM. Delbet, Mauclaire et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Pierre Marie, Teissier et André Jousset; — M. Proust, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Lœper, suppléant.

Jeudi 11 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Quénu, Thiéry et Lenormant.

2e : MM. Prenant, Gley et Desgrez.

3e (oral, 2e partie) : MM. G. Ballet, Jeanselme et Bezançon.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. Lecène, suppléant.

Vendredi 12 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Ombrédanne; — M. Zimmern, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 13 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 10 novembre à une heure. — M. FASSON. Contribution à l'étude des états mélancoliques au début de la démence précoce. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Marcel Labbé et Sicard.) — M. HARDY. La claudication intermittente de la moelle épinière. (MM. Déjerine, président; Brissaud, Marcel Labbé et Sicard.) — M. POUPARDIN. De quelques éléments du pédicule pulmonaire (notes de dissection). (MM. Kirmisson, président; Reclus, Rieffel et Pierre Duval.) — M. DELAGE. Contribution à l'étude du traitement de l'empyème chronique. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Rieffel et Pierre Duval.) — M. PASQUIER. Les ennemis de la profession médicale. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Rieffel et Pierre Duval.)

Jeudi 11 novembre à une heure. — M. LIAN. Le diagnostic des souffles systoliques apexiens et l'insuffisance mitrale fonctionnelle. (MM. Debove, président; Albert Robin, Gouget et Castaigne.) — M. ROUDERGUES. La multiplication des chaumières, remède à la dépopulation française. (MM. Albert Robin, président; Debove, Gouget et Castaigne.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE (professeur : M. Lannelongue). — M. Morestin, agrégé, chargé de cours, commencera ce cours le mercredi 3 novembre 1909, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Maladies chirurgicales les plus communes des principaux tissus, des vaisseaux sanguins et lymphatiques des os et des articulations; maladies de l'appareil génital de la femme.

COURS ET TRAVAUX PRATIQUES DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE. — I. *Cours.* — M. le docteur Castex, chargé de cours, assisté de MM. les docteurs Collinet, Rabé et Blanluet, reprendra le cours gratuit à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le jeudi 4 novembre 1909, à trois heures.

Programme du cours : 1° mardis, jeudis, samedis, M. Castex, présentation de malades; 2° lundis, mercredis, vendredis, MM. Collinet, Rabé et Blanluet, conférences d'oto-rhino-laryngologie.

II. *Travaux pratiques.* — Les exercices pratiques ont lieu, toute l'année, sans interruption.

Examen et traitement des malades par les élèves, tous les jours, de trois à cinq heures.

Le droit de laboratoire pour chaque série d'un mois est de 50 francs.

Sont admis, tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de 16 inscriptions. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Un certificat d'études est délivré aux élèves.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LEISHMANIOSES

Par M. G.-E. SCHNEIDER,
Médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Les acquisitions les plus modernes de la parasitologie montrent le rôle immense des protozoaires comme agents d'infections humaines. A ce point de vue, l'étude des leishmanioses marque, après le rapide et prestigieux essor de celles des maladies à spirochètes, trypanosomes et tréponèmes, un progrès nouveau.

I

Par leishmanioses, il faut entendre avec Ross (1903) des affections causées par des protozoaires ayant la forme de corpuscules arrondis ou ovalaires de 2 à 4μ de long sur 1μ5-2μ de large, le plus souvent inclus dans des leucocytes mononucléaires.

Ces parasites sont munis d'un noyau et d'un petit centrosome en forme de bâtonnet, généralement placés sur la ligne qui représente le petit diamètre du corps. Ils contiennent de plus une autre formation, le rhizoplaste, ayant l'aspect d'un trait et qui est un rudiment de flagelle. Ce rhizoplaste est situé perpendiculairement au centrosome ou blépharoplaste.

Les Leishmania se multiplient par division longitudinale. Ils peuvent se cultiver et donnent en culture des formes flagellées identiques aux Herpétomonas.

Comme le genre Herpétomonas ne se différencie du genre Trypanosoma que par l'absence d'une membrane ondulante et, d'autre part, l'existence d'une membrane ondulante chez Trypanosoma ne constituant vraisemblablement qu'un caractère d'adaptation à la vie parasitaire, il est bien probable que le genre récente Leishmania disparaîtra de la classification zoologique, confondu avec le genre Trypanosoma.

II

Pluralité clinique des leishmanioses. Répartition géographique. — Trois leishmanioses sont actuellement connues : 1° Le kala-azar indien (Syn : fièvre rémittente de l'Inde, fièvre Dum-Dum, splénomégalie tropicale non palustre, fièvre de Madras).

L'agent de cette affection (Leishmania Donovani) a été découvert par Leishman (1900) puis étudié par Donovan, Laveran et Mesnil, etc.

Cette maladie sévit dans l'Assam, entre les collines du Garo et le Brahmapoutre, aux environs de Calcutta et notamment de la localité de Dum-Dum, dans la présidence de Madras ; elle a donc été surtout signalée dans l'Inde orientale mais elle existerait aussi dans le Petchili (Chine), aux îles Philippines et Ceylan, en Arabie et en Egypte.

2° Le bouton d'Orient dû à Leishmania tropica, vu par Cunningham dès 1884, retrouvé par Firth (1891), coloré par Wright (1903), puis étudié par Margilowsky et Bogroff (1903), F. Mesnil (1904), etc.

Les nombreux synonymes employés pour désigner cette affection et qui comportent pour la plupart un nom de localité ou de région, disent suffisamment l'étendue, presque mondiale, de son aire de dispersion : bouton ou clou d'Alep, de Bagdad, bouton d'un an de Perse, bouton de Sindh, Bombay, Dehli, Guzerat, Cambay, du Nil, du Caire, de Gafsa, de Biskra, mal des dattes d'Egypte, ulcère oriental ou d'Orient, ulcère tropical, ulcère de Bauru ou clou de Bahia (Brésil), dermatose ulcéreuse, pyrophlyctide ulcéreuse.

3° Le kala-azar infantile dont l'agent, Leishmania infantum, a été découvert en 1904 à la Goulette (Tunisie) par Cathoire, confirmé par A. Laveran. Le kala-azar infantile a fait l'objet des études de C. Nicolle (1) et de ses collaborateurs Comte, Manceaux, etc.

La maladie a été surtout observée en Tunisie ; elle existe dans l'Italie méridionale (Reggio, Sicile, îles Lipari). Certains cas d'anémie infantile d'Italie (Pianèse) sont dus à une leishmaniose ; ce fait est du plus haut intérêt pathogénique.

D'après F. Mesnil, le « ponos » des îles grecques de Spezzaï et d'Hydra, affection qui atteint les enfants doit être probablement rapporté au kala-azar infantile.

III

Symptomatologie. — *A.* Kala-azar indien. — Le kala-azar indien a pour symptômes dominants la fièvre et la splénomégalie.

La fièvre est irrégulière, rémittente ou intermittente, atteignant souvent 40 degrés, rebelle à la quinine ; la splénomégalie est constante, le foie ordinairement hypertrophié.

Amaigris et anémiés, les malades sont parfois atteints d'une diarrhée dysentériforme tenace (dysenterie du kala-azar) ayant pour substratum anatomique des ulcérations intestinales.

La maladie se complique fréquemment de péritonite par perforation, exanthèmes divers, pétéchies, œdèmes tantôt localisés, tantôt infiltrant les membres inférieurs, de manifestations pulmonaires (bronchite, broncho-pneumonie, pleurésie).

Cette infection se termine fatalement par la mort après deux à six mois ; elle atteint indistinctement les adultes et les enfants.

B. Kala-azar infantile. — D'après C. Nicolle, la symptomatologie du kala-azar infantile serait identique à celle du kala-azar indien, mais cette affection devrait être considérée comme autonome en raison de la seule atteinte des enfants et particulièrement des nourrissons.

Les signes du début, d'allures insidieuses, consistent en une anémie progressive accompagnée de poussées fébriles irrégulières et de troubles gastro-intestinaux ; l'enfant maigrit et pâlit considérablement.

(1) Reproduction interdite.

(1) Le kala-azar infantile. *Ann. Past.*, 25 juin-25 juillet 1909.

A la période d'état, la pâleur est extrême, l'amaigrissement profond. Il y a des œdèmes blancs, non douloureux, fugaces de la face et des extrémités. La fièvre, toujours irrégulière avec plusieurs maximas quotidiens, ne cède pas à la quinine. L'hypertrophie du foie mais surtout de la rate sont caractéristiques. Un pouls rapide, des alternatives de diarrhée souvent fétide et de constipation sans modification marquée de l'appétit, plus rarement des hémorragies (gingivite, épistaxis, purpura, mœlena, hémophilie), des éruptions bulleuses, des accès de dyspnée subite (œdème de la glotte) avec possibilité d'issue mortelle, signalent encore le kala-azar infantile.

Cette maladie pourrait se prolonger des mois et des années; elle serait susceptible de rémission comme aussi de guérison spontanée.

La mort, si elle n'est point le fait d'une complication (œdème de la glotte, hémorragie, etc.) ou d'une affection intermittente (diphtérie) est généralement la conséquence de l'anémie progressive.

C. Bouton d'Orient. — Le bouton d'Orient s'observe, soit à l'état endémique, soit sous forme épidémique.

Dans les pays chauds, il apparaît d'ordinaire au début de la saison sèche; il est plus fréquent, dans la zone sus-tropicale, au mois d'octobre et de novembre, en Egypte à l'époque de la récolte des dattes (mal des dattes).

Les indigènes sont presque tous affectés. Les Européens sont ordinairement moins éprouvés; cependant lors de certaines épidémies, la proportion des blancs infectés peut atteindre 70 p. 100.

Une première atteinte confère en général, mais non toujours, l'immunité, d'où la pratique des Israélites de Bagdad qui consiste à inoculer leurs enfants avec la sérosité du bouton, sur un point quelconque du corps recouvert par les vêtements, de manière à éviter les cicatrices apparentes à la face ou aux mains.

Le bouton siège le plus souvent en effet sur les parties découvertes : visage, mains, avant-bras, pied; le nombre des éléments sur le même sujet est en général peu considérable.

Après une période d'incubation variant de quelques jours à quelques mois (exactement d'une semaine à deux mois dans l'infection expérimentale), apparaît une papule arrondie et rouge qui augmente progressivement de volume. Au sommet de la papule se forme une vésicule dont le contenu se concrète en croûtes stratéfiées jaunâtres qui deviennent brunâtres lorsqu'elles contiennent du sang. Ces croûtes recouvrent un ulcère à fond tomenteux grisâtre, à bords taillés à pic, entourés d'un liseré rouge inflammatoire.

Le bouton primitif est, dans certains cas, environné de boutons secondaires plus petits.

De l'ulcération qui s'étend peu à peu en surface et atteint jusqu'à 5-6 centimètres de diamètre s'écoule un liquide séro-purulent d'odeur forte.

La durée totale de l'affection est d'environ un an; le bouton s'affaisse, l'ulcération rétrocède et laisse une cicatrice livide, déprimée, indélébile. Le bouton d'Orient peut se compliquer de lymphangite, d'adénite, d'érysipèle et l'ulcération prendre même un caractère phagédénique sous l'influence d'infections secondaires ou de conditions défavorables de terrain (paludisme, cachexie, alcoolisme).

Depeset et Boinet ont décrit quatre formes cliniques du bouton d'Orient : abortive, desquamante, croûteuse, ulcéreuse, grave.

IV

Anatomie pathologique. — Les lésions nécropsiques principales des kala-azars sont une hypertrophie énorme de la rate, un certain degré de congestion du foie : ces organes sont parfois pigmentés.

Une coloration rouge de la moelle des os a été signalée dans le kala-azar infantile, des altérations de la muqueuse du gros intestin (tuméfaction, abcession, ulcération) s'observeraient dans le kala-azar indien.

V

Diagnostic clinique. — Le diagnostic du bouton d'Orient n'offre pas ordinairement de grandes difficultés. A défaut d'aspect suffisamment caractéristique des lésions, la notion d'endémicité ou d'épidémicité locales devient un élément important d'appréciation.

Jeanselme a signalé la confusion possible avec la tuberculose verruqueuse et végétante, surtout lorsque le bouton se complique de lymphangite et d'adénite chroniques. Certaines toxidermies d'origine iodique ou bromique, d'après le même auteur, rappelleraient objectivement le bouton d'Orient.

Il n'est pas toujours aisé de déceler les kala-azars dans la pyrétologie compliquée des pays chauds et la clinique peut rester impuissante.

D'une manière générale, le kala-azar doit être soupçonné chez tout malade atteint de fièvre intermittente irrégulière, rebelle à la quinine et de splénomégalie.

L'examen microscopique lèvera d'ailleurs tous les doutes.

VI

Diagnostic microscopique. — Il se fait à l'aide de frottis, soit de produits morbides, soit de cultures.

Préparations. — La méthode de Romanowsky et ses dérivés peuvent être mis en œuvre pour la coloration des parasites; d'excellents résultats sont fournis par les procédés de Laveran et de Giemsa.

C. Nicolle donne comme très satisfaisant le mode suivant de coloration : fixation des frottis par l'alcool absolu pendant dix minutes, immersion durant vingt minutes des lames ainsi fixées dans une dilution de liquide de Giemsa au titre de III gouttes du colorant pour 2 centimètres cubes d'eau distillée; les lames sont ensuite lavées et séchées, puis examinées à l'immersion.

Le protoplasma des parasites, dans ce mode de coloration, est teinté en bleu azur léger, le noyau en violet ainsi que le rhizoplaste, le centrosome est rouge grenat. Certaines formes parasitaires peuvent être atypiques, ne montrer par exemple qu'une seule

masse chromatique (F. Mesnil, M. Nicolle et P. Remlinger) ou bien offrir un aspect bacillaire (F. Mesnil).

Bouton d'Orient. — Les frottis seront faits avec la sérosité du bouton de préférence.

Les parasites sont, soit libres, soit ordinairement inclus, en plus ou moins grand nombre, dans des mononucléaires. Les polynucléaires peuvent être aussi parasités (F. Mesnil, M. Nicolle et P. Remlinger), ce qui justifie l'appellation générale de phagocytozoaires donnée par F. Mesnil aux Leishmania.

Sur les coupes, Leishmania tropica est particulièrement abondant dans la zone d'accroissement du bouton, c'est-à-dire dans sa profondeur et à sa périphérie. Les macrophages de ces régions sont surtout envahis, mais les cellules conjonctives ou de l'endothélium vasculaire peuvent être assez fréquemment parasitées. Les leishmania sont, pour la plupart, intra-cellulaires; il existe cependant des formes libres soit dans les espaces conjonctifs, la lumière des vaisseaux lymphatiques ou à la surface de la lésion (Nattan-Larrier et Bussière).

Une mononucléose très prononcée est caractéristique de la formule hémoleucocytaire chez les sujets affectés de bouton d'Orient (Nattan-Larrier et Bessière, C. Nicolle et A. Sicre, A. Billet).

Kala-azars. — Les pulpes splénique ou hépatique servent de matériel pour les frottis, soit sur le cadavre, soit chez le malade.

Leishmania infantum a bien été décelé (Cathoire, C. Nicolle) dans le sang périphérique centrifugé; mais la présence de ce parasite dans la circulation générale est très inconstante.

Les agents des kala-azars doivent donc être recherchés par ponction de la rate ou du foie. La ponction de la rate est facile en raison de son hypertrophie et, chez l'enfant, de sa situation superficielle.

Il est nécessaire que seringue et aiguille soient parfaitement sèches (C. Nicolle), sinon le sang aspiré s'hémolyserait au contact de l'eau restée dans le corps de la seringue et les préparations obtenues seraient mauvaises. D'après C. Nicolle, une aiguille en acier, courte et de petit calibre, conviendrait mieux pour la ponction aspiratrice que les aiguilles en platine iridié, celles-ci déchirant les tissus.

Le même auteur recommande de ne récolter qu'un peu de pulpe splénique et de ne pas trop aspirer de sang qui diluerait les parasites nombreux dans la pulpe retirée, rendant leur recherche plus longue et plus difficile. Si donc le sang pénètre dans le corps de pompe, l'aspiration doit cesser, les frottis seront faits avec la bouillie sanglante contenue dans l'aiguille. En l'absence de sang, il est indiqué d'aspirer deux ou trois fois, puis de retirer l'aiguille dont le contenu, formé de bouillie splénique, sera refoulé et étalé sur lames. Au préalable, une partie de la récolte aura servi aux ensemencements.

Sur les préparations, les Leishmania apparaissent rarement libres; ils sont ordinairement intracellulaires et pour la plupart contenus, souvent en très grand nombre (50-80), dans des mononucléaires qui peuvent atteindre de grandes dimensions; ils sont parfois inclus dans de véritables gangues qui semblent être des fragments détachés de certaines cellules.

Les préparations montrent quelques formes de division longitudinale; les hématies ne sont jamais parasitées.

La mononucléose prédomine dans le sang de la circulation générale.

Cultures. — Rogers (1) a le premier cultivé sur milieu artificiel Leishmania Donovani et observé la transformation du parasite en un organisme flagellé. Il ensemençait la pulpe splénique du malade dans du sang citraté à 10 p. 100; les tubes étaient placés ensuite à l'étude à 27 degrés ou mieux 23 degrés.

Ultérieurement, Rogers ajouta à son milieu de l'acide citrique.

C. Nicolle a obtenu des cultures de Leishmania infantum, d'abord dans l'eau de condensation de tubes de gélose au sang (milieu de Novy et Néal), puis sur un milieu plus simple composé d'eau, de gélose et de sang de lapin (2).

Dans les tubes ensemencés avec la pulpe splénique et mis à l'étuve à 18-20 degrés, le développement commence vers le quatrième-quinzième jour, la culture déjà assez abondante au septième jour est abondante au quinzième, elle s'enrichit jusqu'au trentième jour, sa vitalité ne dépassant pas un mois et demi.

La culture est indéfiniment repiquable sauf accidents; en pratique, le réensemencement doit se faire tous les quinze ou dix-huit jours.

Dans les cultures, le parasite s'allonge, devient très long et étroit, tandis que le rhizoplaste donne naissance à un flagellum dont la longueur finale atteint ou même dépasse un peu celle du corps. Il se forme ainsi un véritable Herpetomonas assez mobile, la progression du parasite se faisant le flagelle en avant. D'assez nombreux éléments sont pourvus de deux flagelles.

A tous les stades du développement, les cultures montrent des figures de multiplication par division longitudinale.

Ainsi donc, les cultures fournissent la preuve irréfutable que L. infantum est un Flagellé, dont il a toute la structure, et que par conséquent sa vie intracellulaire n'est qu'une phase temporaire. La forme permanente de L. infantum comme des autres Leishmania dans la nature doit donc être un Flagellé voisin des trypanosomes.

Leishmania tropica a pu être cultivé par C. Nicolle (3), C. Nicolle et Sicre (4) sur des milieux identiques. Ces auteurs ont observé les mêmes figures évolutives, le flagellum serait toutefois un peu plus long que celui de L. infantum et plus flexueux; le parasite du bouton d'Orient aurait d'ailleurs des dimensions plus considérables que L. infantum.

---

(1) *Lancet*, 23 juillet 1904.
(2) V. C. Nicolle. La kala-azar infantile, *Ann. Past.*, 25 juin-25 juillet 1909.
(3) *C. R. Ac. Sc.*, 13 avril 1908, p. 842.
(4) *Arch. Inst. Past. Tunis*, juillet 1908, t. II.

VII

Propagation. — Le mode de transmission des leishmanioses n'est pas encore élucidé. Par analogie avec les piroplasmoses et les trypanosomiases, le rôle d'un intermédiaire animé doit être envisagé comme possible.

Patton a incriminé une punaise, Cimex rotundatus, comme propagatrice de L. Donovani; il aurait pu suivre l'évolution du parasite en un organisme flagellé et sa reproduction dans le corps de Cimex qu'il avait nourris sur des kala-azariens.

Des opinions populaires dans l'Inde, en Perse, certains faits bien observés (J. E. J. Schneider) tendraient à attribuer le bouton d'Orient à la piqûre de punaises. Laveran estime que le siège du bouton au niveau des parties découvertes et de préférence sur de petites plaies ou érosions n'est pas en faveur du rôle des punaises; celui des mouches qui se posent sur toutes les plaies serait plus vraisemblable. D'ailleurs il est avéré que des mouches non piqueuses (Musca, Sarcophaga, Pollenia, Fucellia) peuvent s'infecter d'herpetomonas en se posant sur des ulcérations ou des matières fécales.

Et. et Ed. Sergent, Pressat accuseraient en Algérie ou en Egypte un Phlebotomus (Phl. papatasii) abondant dans ces contrées.

C. Nicolle a émis, touchant le mode de transmission de L. infantum, une théorie originale fondée d'une part sur la constatation qu'il a faite de l'existence d'une affection à L. infantum chez les chiens de fourrière tunisiens, d'autre part sur cette observation que des chiens malades s'étaient trouvés en contact avec des enfants au moment où ceux-ci avaient présenté les premiers symptômes du kala-azar infantile. Il resterait à déterminer l'hôte intermédiaire, transmettant la leishmaniose du chien à l'enfant.

VIII

Transmission expérimentale. — Le bouton d'Orient a été inoculé à l'homme par Weber et Murray, Depeset et Boinet. D'après Marzinowsky, qui s'est inoculé à lui-même le bouton d'Orient avec contrôle microscopique, il y aurait lieu d'élever quelques doutes sur le succès des premières tentatives.

C. Nicolle et Sicre (1) ont inoculé L. tropica à Macacus sinicus (bonnet chinois).

L. infantum a été inoculé au chien et à Macacus sinicus par C. Nicolle procédant par injection intrahépatique de 2 à 4 centimètres cubes d'une émulsion de pulpe splénique de malades, recueillie par ponction.

L'évolution du kala-azar infantile chez le chien est silencieuse; l'inoculation est suivie d'une légère élévation de température. Il semble que l'infection débute dans les premiers jours après l'inoculation, car une ponction hépatique, pratiquée dès le douzième ou treizième jour, donne un résultat positif.

La durée de la maladie chez le chien est à peu près la même que chez l'homme; la mort subite peut s'observer.

(1) *Soc. Biol.*, 20 juin 1908.

Chez le singe, la fièvre est irrégulière, souvent elle constitue pendant longtemps le seul symptôme appréciable jusqu'à l'apparition de la splénomégalie.

C'est par ponction hépatique qu'il faut rechercher le parasite chez le chien et le singe, car la rate n'est pas accessible chez ces animaux.

F. G. Novy (1) a pu inoculer L. infantum au chien en partant des cultures flagellées. L'ensemencement du sang de la jugulaire des chiens expérimentalement infectés sur des tubes de gélose-sang a permis à cet auteur d'obtenir en sept, quatorze, vingt et un jours des cultures de L. infantum.

Les lésions anatomo-pathologiques et les localisations des parasites sont les mêmes sur les animaux que chez les enfants.

IX

Traitement. — Le traitement des kala-azars est purement symptômatique. C. Nicolle estime que l'essai devrait être tenté de la thérapeutique employée dans les trypanosomiases : atoxyl seul, atoxyl-orpiment, chromothérapie, etc.

Divers traitements ont été proposés pour le bouton d'Orient.

Le plus rationnel est évidemment celui qui attaque le parasite non seulement dans les macrophages des couches profondes de l'ulcère mais aussi dans ceux de la zone d'accroissement périphérique du bouton, dans les cellules conjonctives et jusque dans l'endothélium des capillaires sanguins (A. Billet).

Ces desiderata sont réalisés par le traitement qu'a préconisé Benoit (2); C. Nicolle et Sicre en ont obtenu de bons résultats.

1° Saupoudrer la surface des boutons, préalablement bien détergés, avec du permanganate de potasse finement pulvérisé de manière à combattre les infections secondaires.

2° Au bout de huit-dix jours, après avoir enlevé la croûte qui résulte de la réduction du permanganate, badigeonner les bourgeons charnus à l'aide d'une solution de bleu de méthylène à 1/10e qui possède une action élective sur les protozoaires.

Pour d'autres auteurs (Laveran, J. E. J. Schneider) le mieux est de laisser évoluer le bouton qui guérit toujours, en le protégeant simplement au moyen d'un pansement occlusif.

X

Prophylaxie. — Il est difficile, en l'absence de données précises sur les modes de la contagion, de formuler une prophylaxie rationnelle.

Certaines mesures s'imposent cependant : l'isolement des kala-azariens dans des chambres ou pavillons protégés contre l'invasion des moustiques ou des autres insectes par l'adaptation de toiles métalliques aux divers orifices, le traitement sous pansement fermé des boutons ou ulcères d'Orient pour éviter que les mouches ne viennent s'infecter à leur contact, la surveillance sanitaire des chiens dans les régions où le kala-azar infantile sévit.

(1) *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 24 octobre 1909, p. 1423.
(2) *Arch. Inst. Pasteur Tunis*, 1907, t. IV, p. 219.

L'hygiène individuelle — notamment la plus grande propreté corporelle — s'imposent ici.

*
* *

Certains auteurs ont émis l'hypothèse que le bouton d'Orient et les kala-azars ne seraient que des modalités d'une seule et unique leishmaniose ; dans cette conception, le bouton d'Orient représenterait la forme cutanée, première étape de l'invasion de l'organisme, et les kala-azars la forme septicémique.

Sans doute, l'existence de L. tropica dans les polynucléaires (F. Mesnil, M. Nicolle et Remlinger) plaide en faveur de la généralisation possible de L. tropica au même titre que L. Donovani ; il ne s'ensuit pas, cependant, que l'on doive conclure à l'identité spécifique des trois leishmanioses. Deux d'entre elles, les kala-azars indien et infantile, demeurent très proches parentes.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

APPAREIL DU DOCTEUR LE FILLIATRE POUR LE DRAINAGE LOMBAIRE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN ; SA TECHNIQUE

Par MM. Gustave Le Filliatre,
Chirurgien de l'Infirmerie centrale des prisons, lauréat de la Faculté de médecine de Paris,

et Georges Rosenthal,
Docteur ès sciences, ex-chef de clinique à l'hôpital Saint-Antoine.

Nous avons présenté, au Congrès de Budapest, un appareil destiné à effectuer le drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien.

Cet appareil comprend trois séries de pièces : la première série permet d'effectuer la ponction lombaire ; la deuxième assure la fixation de la canule de ponction, principe du drainage lombaire ; la troisième permet d'évacuer, d'injecter ou de laver les espaces arachnoïdiens.

Les pièces destinées à effectuer la ponction lombaire rappellent la technique classique ; mais elles évitent de laisser dans le canal une aiguille piquante, modification d'ailleurs déjà proposée avant nous.

Ce sont : *une aiguille-introducteur* (fig. 3), *à canule lombaire* (fig. 4), pouvant, par un pas de vis, se monter sur un *manche étui* (fig. 2).

L'introducteur varie de longueur, de 7 c. 1/2 pour les enfants, à 12 c. 1/2 pour les adultes. La canule est un simple tube métallique qui glisse à frottement doux sur l'introducteur, présentant à son extrémité inférieure deux yeux latéraux et qui peut être sectionné par un bistouri. Elle a de 7 à 12 centimètres. Son diamètre intérieur correspond aux numéros 6 et 8 de la filière Charrière.

La canule montée sur l'introducteur peut se mettre à l'intérieur du manche (fig. 8).

Les pièces utiles à la fixation forment la partie originale de notre instrumentation. Ce sont :

1° *Une plaque de fixation* munie de chaque côté de deux œillets. Cette plaque présente à son centre une vis creuse sectionnée, selon la longueur, en quatre parties, dans ses trois cinquièmes supérieurs (5 et 5 bis) : la canule montée sur l'introducteur peut passer à travers la vis creuse ;

2° *Un écrou de serrage* (fig. 6), s'adaptant à la vis creuse ; il sert à fixer la canule et à *limiter la pénétration.*

Les pièces nécessaires à l'évacuation, à l'injection ou au lavage, sont :

1° *Un obturateur métallique* (fig. 7) qui serre à vis sur l'écrou de serrage une pastille de caoutchouc ;

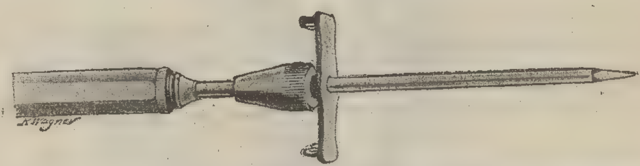
2° *Une seringue stérilisable* (fig. 9), de 30 centimètres au moins, munie d'*un tube-raccord en caoutchouc*, pouvant se visser sur l'écrou de serrage.

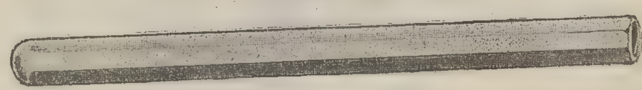
Le drainage lombaire s'effectue avec les précautions d'asepsie indispensables et la technique ordinaire de la ponction lombaire qui en forme le premier temps.

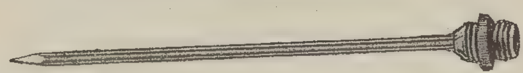
L'appareil est monté comme dans la figure 1. La ponction faite, le manche et l'introducteur se retirent et le liquide s'écoule.

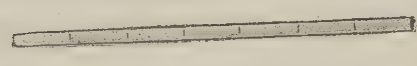
La plaque de fixation est glissée sur la canule jusqu'à la peau, et est fixée par deux lacets stérilisés maintenus sur la peau par des bandelettes adhésives. Le serrage de l'écrou empêche tout jeu de la canule.

L'évacuation, le lavage, ou l'injection avec ou sans évacuation terminée, l'obturateur métallique est fixé sur l'écrou, mais il suffira de le dévisser pour procéder à volonté à une nouvelle évacuation de drainage ou à une nouvelle injection.

1


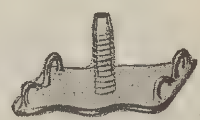
2


3


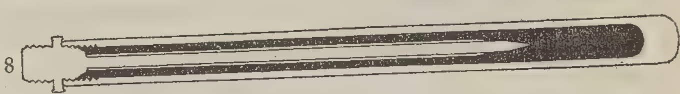
4


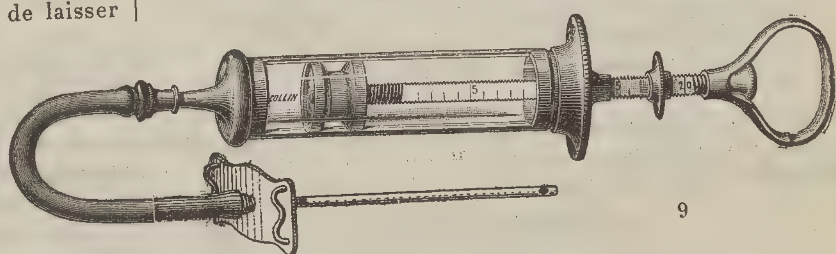
5


6


5 *bis*


7


8



9

Opérations qui pourront sans traumatisme se répéter aussi souvent que le comportera l'indication clinique.

Pour que le port de l'appareil ne gêne en rien le malade, la région lombaire est munie d'un pansement spécial ou d'*un protecteur ceinture* recouvrant un pansement aseptique (ouate et compresses aseptiques).

Le drainage continu s'obtient en mettant le pansement sur l'appareil non muni de l'obturateur métallique.

Les indications générales du drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien sont les indications d'évacuation ou d'injections intrarachidiennes répétées.

Parmi les indications essentielles d'évacuation répétées ou

continues, notons tous les cas graves d'hypertension où la ponction lombaire ne peut se répéter aussi fréquemment qu'il serait utile (tumeurs cérébrales, hydrocéphalie, certains cas de vésanies, insolations graves...), les cas de suppuration, surtout ceux non justiciables de la sérothérapie, où le drainage

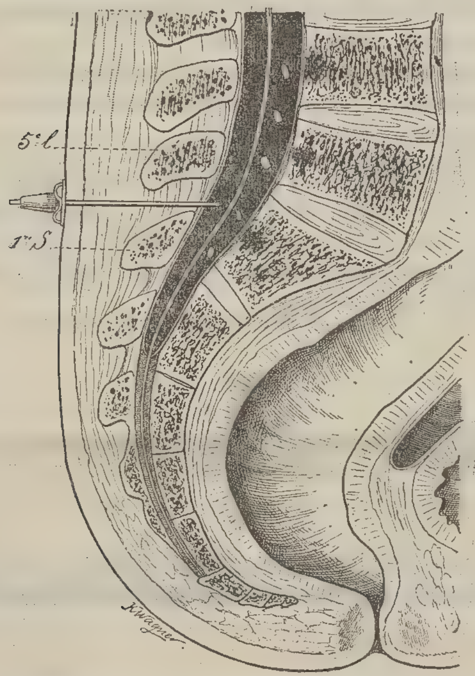


Fig. 10. — *Drainage lombaire en position.*

doit mettre obstacle à la formation des fausses membranes et de pus concret, comme les méningites pneumococciques par exemple.

Parmi les indications d'injection, citons les cas d'introduction répétée dans le canal rachidien de colloïdes comme l'électrargol, de sérum comme les sérums de Flexner, Wassermann ou Dopter, ou d'anesthésiques comme dans la pratique de la rachicocaïnisation sur laquelle l'un de nous (Le Filiâtre) a insisté à plusieurs reprises.

Antérieurement à nos recherches, de nombreuses tentatives ont été faites pour obtenir un drainage des méninges *encéphaliques*; elles ont été abandonnées. D'autre part, dès 1891, Essex Wynter introduisait dans le canal lombaire des tubes de Southey et un petit drain qu'il laissait en place. Enfin, dans sa remarquable thèse sur les *Injections épidurales*, Cathelin (p. 113) a proposé en cas d'hydrocéphalie ou de tumeur cérébrale de ponctionner les méninges par la voie sacrée et de laisser l'aiguille en place à demeure, sous un pansement aseptique, de façon à établir un drainage permanent des voies méningées liquides.

FORMULAIRE

VAGINITES BLENNORRAGIQUES

Grands bains simples alcalins tous les jours de 33° à 35°.
Injections chaudes de 2 à 3 litres d'eau de guimauve et de pavot additionnée d'une cuillerée à soupe :

Permanganate de potasse. 10 grammes.
Eau.................... 500 —

Le soir employer un Ovule « Roche » au thigénol dosé à 30 p. 100.

Dans les cas sérieux, introduire des tampons imbibés de :

Thigénol................. 50 grammes.
Glycérine neutre.......... 50 —

Employer de la gaze stérilisée imprégnée de cette solution et prévenir les malades que les pansements déterminent un fort écoulement des organes génitaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 27 octobre 1909)

Arthrites suppurées. — M. Potherat revient au point de départ de la discussion, aux pyohémies consécutives à des plaies cutanées insignifiantes en apparence. Il cite deux exemples, celui d'une femme de soixante-dix ans qui, à la suite d'une petite plaie cutanée qui était passée inaperçue, présenta de la fièvre et une série de noyaux suppurés sur les membres supérieurs ou inférieurs, qui malgré tous les soins et des incisions répétées finirent par entraîner la mort de la malade, puis celui d'un confrère de soixante ans qui eut un premier abcès du cuir chevelu, suivi de plusieurs abcès du membre supérieur, du coude, du genou, de l'articulation tibio-tarsienne, plusieurs de ces suppurations même froides. Malgré tous les soins qui lui furent donnés, après dix mois d'horribles souffrances, ce malheureux confrère a succombé. Dans ces deux cas on n'a pas pu trouver la porte d'entrée de l'infection. Le pus a été examiné, il n'y avait pas de bacille de Koch, très peu de streptocoques. C'étaient, en somme, des abcès amicrobiens. Faut-il admettre que, dans ces cas, l'organisme est en état de réceptivité particulière pour certaines infections?

Quant aux pyohémies consécutives aux affections générales, fièvre typhoïde, grippe, pneumonies, tout le monde reconnaît qu'elles existent. M. Potherat a observé un cas de ce genre consécutif à une pneumonie. Il s'agissait d'un malade qui, après une pneumonie, eut des abcès multiples dans les membres supérieurs et inférieurs; des incisions suivies de drainage ont amené la guérison.

Deux fois, M. Potherat a dû intervenir pour des infections secondaires d'origine puerpérale. Après quelques accidents de la sphère génitale et un curettage de l'utérus, les choses semblaient s'arranger quand apparut une arthrite suppurée du genou gauche avec un grand fracas, beaucoup de fièvre, etc. On fit une ponction dans le genou, il sortit du pus qu'on examina. Il s'agissait d'une suppuration à streptocoques. M. Potherat fit une arthrotomie, un grand lavage de l'articulation. Les suites furent excellentes et la malade guérit en conservant la plus grande partie des mouvements de son genou.

Un autre malade, que M. Potherat a observé à la Maison Dubois, a présenté de la polyarthrite infectante; il a eu trois articulations prises d'arthrite suppurée. Le coude et le genou furent arthrotomisés. Il n'en fut pas de même de l'articulation tibio-tarsienne. Le malade guérit en conservant les mouvements des deux articulations qui avaient été arthrotomisées tandis qu'il eut une ankylose de l'articulation tibio-tarsienne qui n'avait pas été opérée.

L'arthrotomie paraît à M. Potherat une excellente opération dans ces cas. Il n'aurait recours à la résection que pour corriger une ankylose en mauvaise position.

La résection dans les arthrites tuberculeuses ne donne pas toujours d'aussi mauvais résultats que l'a dit M. Nélaton. M. Potherat cite plusieurs exemples d'arthrotomisés pour arthrite tuberculeuse qui, quoiqu'à demi ankylosés dans une demi-flexion, se servent très bien de leur membre pour les travaux des champs ou autres. Les résultats ne sont donc pas toujours les bras ballants dont a parlé M. Nélaton.

M. Mauclaire a étudié les différentes arthrites suppurées suivant leur origine microbienne et suivant l'infection primitive générale dont elles peuvent dériver. Il a aussi étudié les différentes arthrites suppurées consécutives à la fièvre typhoïde, à l'érysipèle, à la pneumonie, aux arthrites à streptocoques, à pneumocoques, aux arthrites tuberculeuses.

Il ressort de l'étude de M. Mauclaire que les arthrites à

pneumocoques prennent en général une évolution bénigne. Dans les arthrites à streptocoques on peut trouver des lésions plus importantes, des altérations de la synoviale, des ulcérations osseuses. Ce sont là des particularités qui ne sont pas applicables à tous les cas et mieux vaut s'en tenir à la symptomatologie des arthrites pour guider la conduite du chirurgien.

A ce point de vue, M. Mauclaire divise les arthrites suppurées en suraiguës, aiguës et froides. Il cite des cas dans lesquels une arthrite suppurée ressemble à une hydarthrose. Dans les arthrites suraiguës, il estime qu'il faut ouvrir d'emblée l'articulation, sans quoi on s'expose à être conduit à l'amputation.

M. Mauclaire cite plusieurs exemples qu'il a eu l'occasion d'observer.

Pour les résections orthopédiques, il est partisan de l'hémirésection avec conservation du crochet cubital, c'est pour lui la meilleure opération; on peut y ajouter, avec avantage, l'interposition musculaire.

Angiomes des os. — M. Morestin fait une communication très intéressante qui soulève, de nouveau, la question des anévrismes des os si souvent discutée. Il refait d'abord l'historique de ces tumeurs qui ont été considérées successivement comme des tumeurs anévrismales des os, des tumeurs à myéloplaxes et qu'enfin on a définitivement rattachées à la classe des sarcomes, malgré quelques protestations de Richet et d'autres. Aujourd'hui ces tumeurs rentrent donc dans la grande classe des sarcomes. Cependant il faut bien tenir compte de quelques cas très rares, tels que les deux tumeurs qui ont été présentées à l'Académie, par Péan, sous le nom d'angiomes des os. L'une de ces tumeurs a été examinée histologiquement et déclarée nettement angiome par le microscope. M. Morestin rappelle également un cas de Thévenot.

Il apporte, à son tour, l'intéressante observation d'unejeune femme de vingt-six ans qui, depuis quatre ans, portait une tumeur du maxillaire inférieur d'un aspect kystique. Cette jeune femme a eu plusieurs accidents du côté des dents qui ont nécessité l'avulsion d'une dent qui a été suivie d'une hémorragie effroyable. Cet accident s'est produit à deux reprises. La tumeur grossissant, M. Camescasse qui soignait cette malade fit une incision qui donna lieu, cette fois encore, à une hémorragie formidable, à laquelle la malade faillit succomber. La tumeur s'étant reproduite, M. Camescasse adressa la malade à M. Morestin.

La tumeur se développa, plusieurs dents tombèrent. La gencive, au niveau de la tumeur, était animée de battements. Il y avait, à l'auscultation, un bruit de souffle intermittent, rude, râpeux. La palpation n'était pas douloureuse. La tumeur était réductible. La malade souffrait d'une névralgie du dentaire inférieur. Il n'y avait pas de ganglions. La femme restait robuste et se trouvait dans un état de grossesse commençante.

Le diagnostic porté par M. Morestin fut celui de tumeur pulsatile analogue à celle de la malade présentée par M. Péan. Il se décida à opérer cette malade. Il fit d'abord la ligature de la carotide externe avec ses branches faciale et linguale, puis il fit une incision sous le maxillaire se portant vers le menton et regagnant l'incision faite pour la ligature de la carotide externe. Par cette incision il chercha à découvrir la tumeur, mais le sang coulait d'une manière effrayante. Il voulut décoller le masséter, mais l'hémorragie continuait, M. Morestin troua alors le maxillaire inférieur et, d'un coup de scie, fit l'ablation de la moitié gauche de la mâchoire. L'hémorragie s'arrêta aussitôt. Le pouls était rapide et petit. On fit des injections de sérum et d'éther. La malade se remonta et les suites opératoires furent des plus simples. La réunion se fit par première intention. La grossesse suit son cours et la malade est très satisfaite de son état. L'examen de la pièce, fait par M. Letulle, montra qu'il s'agissait d'un angiome pur et simple sans traces de tissu sarcomateux.

Ce fait joint à celui de Péan et à d'autres montre qu'il faut faire une place, dans la pathologie osseuse, aux angiomes.

Cholécystite suppurée, cholécystectomie. — M. Delagenière rapporte l'observation d'une femme de trente-quatre ans qui était atteinte de cholécystite infectée et suppurée. Elle était dans un état très grave. M. Delagenière l'opéra. Il isola la vésicule qui était très adhérente. Il chercha à isoler le canal cystique et par suite d'un changement de rapports résultant de l'inflammation, M. Delagenière isola, lia et coupa le cholédoque croyant avoir affaire au canal cystique. Quand il se fut aperçu de son erreur, il sutura bout à bout les deux parties du cholédoque et mit un drain. Il craignait un rétrécissement ultérieur. Il n'en fut rien et la malade guérit sans accidents.

Chirurgie esthétique. — M. Morestin présente une eune femme chez laquelle il a extrait un petit adénome du sein par une incision cachée, suivant la chirurgie esthétique qui lui est chère et qui lui donne d'ailleurs de très beaux succès.

MM. Guinard, Reynier et Tuffier, tout en constatant le parfait résultat de l'opération de M. Morestin, font des réserves sur le danger de faire ainsi des opérations incomplètes au cas où il s'agirait d'une erreur de diagnostic et d'une tumeur de mauvaise nature.

M. Morestin répond à cela qu'il n'agit qu'à bon escient et qu'il n'a recours à ces incisions que dans les cas où il est bien sûr de la bénignité de la tumeur à enlever. Il a ainsi opéré douze malades qui se trouvent bien heureuses de n'avoir pas de cicatrices apparentes.

M. Morestin défend avec énergie cette méthode qui permet aux femmes de garder toute leur beauté.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Sept. 1909.) Thoinot : Le secret médical, principes généraux et applications principales. — Ginestous : Hygiène des accidents oculaires du travail. — Dervieux : Contribution à l'étude médico-légale du sperme.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 8, août 1909.) Bourgeois et Egger : Les œdèmes du larynx (*suite*). — Chavanne : Tumeurs tuberculeuses des fosses nasales. — Bourguet : Nouvelle technique opératoire par l'ouverture du labyrinthe.

Annales médico-psychologiques. — (N° 2, sept.-oct. 1909.) Semelaigne : Pierre-Louis Pinel. — Lallemant et Rodiet : Effets du régime végétarien sur les urines des épileptiques. — De Clérambault : Du diagnostic différentiel des délires de cause chloralique. — Lagriffe : Le délire d'interprétation.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 269, 10 sept. 1909.) Nogier : Avantages de la radiographie extra-rapide pour la recherche et la locali-

sation des corps étrangers de l'œil. — KAESTLE : La radiographie rapide. — SPÉDER : La radiographie rapide. Instrumentation et technique; — Trois nouveaux appareils pour la radiographie. — (N° 270, 25 sept.) BORDIER : Traitement radiothérapique des fibromes interstitiels de l'utérus, ménopause artificielle précoce (trois guérisons). — GUILLEMINOT : Contribution à l'étude bio-chimique des rayons X.

Archives générales de chirurgie. — (N° 8, 25 août 1909.) LOFARO : Les sarcomes primitifs de l'estomac (fig.). — TÉDENAT et MARTIN : Inflammations gangréneuses du pénis. — BURNIER et Mlle NEVEUX : Luxation bilatérale et symétrique de l'extrémité inférieure du cubitus en arrière avec radius curvus (maladie de Dupuytren-Madelung et ses variétés (fig.). — MAUCLAIRE : Fistule sténonienne entretenue par des séquestres.

Archives générales de médecine. — (Juillet 1909.) Cours de radiumthérapie faits au Muséum. MATOUT : La radioactivité. — H. DOMINICI : Physique médicale du radium. Technique. Traitement des tumeurs malignes conjonctives. Traitement des épithéliomes. Processus histologiques de régression des tumeurs malignes. — P. TOUCHARD : Radiumthérapie des affections nerveuses. Etude histologique. Effets physiologiques. Pouvoir anesthésique du radium. Traitement des affections organiques : syringomyélie. — Octave CLAUDE : Emploi des boues radioactives actinifères. Traitement du rhumatisme déformant. Traitement du rhumatisme gonococcique. Traitement des arthropathies, névralgies, spasmes, paralysie agitante. Affections cutanées. Technique. — S. FABRE : Le radium en gynécologie. Affections aiguës. Affections chroniques. Fibromes. Salpingites, métrites. — GUISEZ : Essai du traitement du cancer de l'œsophage par le radium. — Octave CLAUDE : Radium et maladies cutanées. Technique. Traitement des angiomes et nævi vasculaires. Chéloïdes et cicatrices. Nævi pigmentaires. Lupus.

Archives générales de médecine. — (Août 1909.) GOLDMANN : L'appareil vestibulaire de l'oreille et sa symptomatologie.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 8, août 1909.) MATHIEU et MOUTIER : Pathogénie de l'ulcère de l'estomac. — GUISEZ : Etude œsophagoscopique et thérapeutique des spasmes graves de l'œsophage; spasmes de l'extrémité supérieure et cardiospasme (*suite et fin*).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXI, n° 6, 5 août 1909.) S. B. WOLBACH : Sur l'étiologie des tumeurs considérée au point de vue des néoplasies d'origine congénitale ou consécutives à des traumatismes répétés. — E. A. CODMAN : Sur la signification chirurgicale du pus, du sang et des bactéries dans l'urine (avec 1 radiographie). — Clarence John BLAKE : Dermatite superficielle du conduit auditif externe. — A. H. RING : La psychasthénie. — (N° 7, 12 août.) Frederick P. GAY : Le problème du cancer considéré au point de vue de l'immunité. — C. Hermann BUCHOLZ : L'importance de l'entraînement musculaire actif dans la restauration d'une fonction. — James R. TORBERT : La dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. — E. Rocke ROBERTSON : Imperforation congénitale de l'œsophage avec fistule trachéo-œsophagienne (1 fig.). — Charles S. WALKER : Thrombose de l'artère fémorale gauche. — (N° 8, 19 août.) A. K. STONE : Sur l'administration intraveineuse de strophantine dans les maladies autres que celles du cœur, et spécialement notions sur son emploi dans le collapsus survenant au cours de la pneumonie. — Boris SIDIS : Valeur de la méthode psychothérapique dans l'état hypnotique (avec 13 tracés sphygmomanométriques). — Richard H. JOHNSTON : Les sténoses du larynx. — Arthur A. CHUTE : Abcès tubaire de situation anormale accompagné de bactériurie d'origine rénale. — C. E. WELLS : Un cas de lèpre (1 fig.). — Walter A. SMITH : Description de 2 cas rares de sarcome (1 fig.). — (N° 9, 26 août.) John Lovett MORSE : Les maladies du cœur dans l'enfance et l'adolescence. — Ernest JONES : Le diagnostic différentiel des tumeurs cérébelleuses. — Frederick L. HILLS : Le travail comme un facteur thérapeutique immédiat et ultime chez certains malades (1 tableau). — Boris SIDIS : Valeur de la méthode psychothérapique dans l'état hypnotique (*suite*). — James G. MUMFORD et John B. HARTWELL : Grossesse, fibrome utérin et péritonite.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 33, 15 août.) Léon BOSREDON : Les épidémies de peste à San-Francisco. — (N° 34, 22 août.) Léon BOSREDON : Les épidémies de peste à San-Francisco. Etude de la campagne sanitaire organisée pour les combattre. — (N° 35, 29 août.) Léon BOSREDON : Les épidémies de peste à San-Francisco. Etude de la campagne sanitaire organisée pour les combattre. — G. PETGES et R. BRANDEIS : Troubles génito-urinaires consécutifs à l'immigration d'oxyures vermiculaires. — (N° 36, 5 sept.) C. CABANNES : La kératite neuro-paralytique de la syphilis. — (N° 37, 12 sept.) J. SABRAZÈS : A propos du sang des saturnins et de la question de la polychromatophilie, des hématies granulo-réticulo-filamenteuses et des hématies à granulations basophiles.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 32, 7 août 1909.) Fr. GUERMONPREZ : Combinaison harmonique de la mécanothérapie et de la respiration par la chaise respiratoire d'Amédée Bonnet. — (N° 33, 14 août.) H. DURET : Quelques considérations sur la fulguration dans les cancers. — (N° 34, 21 août.) H. DURET : Quelques considérations sur la fulguration dans les cancers (*suite et fin*). — (N° 35, 28 août.) A. BONNET-LABORDERIE : Note sur les ecchymoses sous-conjonctivales des nouveau-nés. — (N° 36, 4 sept.) BOUCHAUD : Hémiplégie hystérique. Exagération des réflexes dans les quatre membres et signes de Babinski à gauche. Sclérose en plaques probable.

Riforma medica. — (N° 32, 9 août 1909.) Gaetano RUMMO : Les fièvres et fébricules septicémiques polymorphes. — Giovanni RUBINATO : Contribution anatomo-clinique à l'étude des rapports entre le diabète sucré et les îlots de Langerhans. — Giuseppe POLLACCI : La réaction locale à la tuberculine essayée sur quelques muqueuses. — (N° 33, 16 août.) Gaetano RUMMO : Les fièvres et fébricules septicémiques polymorphes. — Rosolino CIAURI : Contribution à l'anatomie pathologique fixe du système nerveux central dans l'état dit choréique. — Alberto MARASSINI : A propos de quelques particularités obtenues dans l'anastomose du moignon du canal déférent après résection. — (N° 34, 23 août.) Gaetano RUMMO : Les fièvres et fébricules septicémiques polymorphes. — Antonio GASBARRINI : Kyste échinococcique de l'espace de Retzius guéri par la méthode Biondi. — SILVESTRI et TOSATTI : Théorie surrénale de l'ostéomalacie; capsulectomie unilatérale et grossesse. — (N° 35, 30 août.) Gaetano RUMMO : Les fièvres et les fébricules septicémiques polymorphes. — Alberto EVANGELISTA : Le pouvoir agglutinant du sérum des tuberculeux sur le coccus melitensis. — Ferdinando GANGINATO : Tumeur inflammatoire pseudo-néoplasique péri-appendiculaire. — (N° 36, 6 sept.) Gaetano RUMMO : Les fièvres et les fébricules septicémiques polymorphes. — Augusto OTT : Le diagnostic de la pseudo-ascite par rupture de kyste de l'ovaire. — Ferdinando GANGITANO : Tumeur inflammatoire pseudo-néoplasique péri-appendiculaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La gastro-entérostomie, ses indications, ses effets, ses accidents (Consultations médicales françaises, fasc. III), par le docteur Ch. DUJARIER, chirurgien des hôpitaux de Paris. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50. — Paris, A. Poinat.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Le ministre de l'instruction publique vient de porter de trente-sept à quarante le nombre des places d'agrégé des facultés de médecine mises au concours.

Les trois nouvelles places sont réservées à la Faculté de médecine de Paris, dont deux pour la section de médecine générale et une pour la section de chirurgie générale.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 29 octobre. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports de l'utérus. » MM. Picard (Pierre), 10 ; Penoyée, 5 ; Poissonnier, 15 ; Mugel, 12 ; Salles, 15 ; Mlle Romme, 20 ; MM. Texier, 8 ; Simon, 10 ; Salmont, 8 ; Mlle Tasserie, 14 ; MM. Verdenal, 18 ; Reglade, 12 ; Schoux, 11 ; Mlle Rosenblum, 16 ; MM. Sfez, 10 ; Renard, 10 ; Scheikevitch, 10 ; Tarrius, 13.

Séance du 31 octobre. — Question donnée : « Plèvres. » MM. Tourneix, 12 ; Sempé, 7 ; Rousse, 12 ; Silvestre, 12 ; Schlemmer, 15 ; Roustan, 14 ; Mlle Samet, 10 ; MM. Roberti, 7 ; Richoux, 13 ; Schulmann, 16 ; Mlle Schmerling, 12 ; MM. Vacher, 5 ; Tribout, 19 ; Sénéque, 15 ; Tiphine, 15 ; Roussillon, 11 ; Valiadis (Jean), 13 ; Raphaël, 13.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — M. Venot est nommé chirurgien titulaire de l'hôpital Saint-André.

M. Princeteau, chirurgien titulaire de l'hôpital des Enfants, passe en la même qualité à l'hôpital Saint-André.

M. Verdelet, chirurgien titulaire à l'Hospice général, passe en la même qualité à l'hôpital des Enfants.

M. Guyot, chirurgien adjoint, est nommé chirurgien titulaire de l'Hospice général.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Après concours, M. L. Thévenot est nommé chef de clinique et M. Roubier, chef de clinique adjoint de la clinique médicale du professeur Teissier.

ASSOCIATION DES PROFESSEURS ET AGRÉGÉS DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — La deuxième assemblée des professeurs et agrégés des sept facultés de médecine s'est réunie les 29 et 30 octobre à la faculté de Paris, sous la présidence du professeur Jules Courmont (de Lyon), assisté de MM. Reclus (de Paris) et Gross (de Nancy). Pendant quatre longues séances, l'assemblée a étudié, article par article, le nouveau projet ministériel de réforme des études médicales. Le projet entraîne une refonte complète de l'enseignement médical français ; son importance est capitale. De nombreuses modifications ont paru nécessaires et seront soumises sous forme de vœux au ministre de l'instruction publique. L'assemblée s'est enfin occupée des moyens pratiques d'appliquer le nouveau décret ; les ressources actuelles des facultés seraient absolument insuffisantes ; sans une augmentation considérable des crédits alloués aux facultés, la réforme est impossible.

LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE. — La Société internationale de la tuberculose rappelle que son concours sera définitivement clos le 1er janvier prochain. Comme il a été dit précédemment, il sera décerné cinq prix en espèces aux lauréats qui auront présenté les meilleurs travaux originaux.

Prière d'adresser les manuscrits à M. le docteur Georges Petit, secrétaire général de la Société, 51, rue du Rocher, Paris, VIIIe.

LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE. — L'*Officiel* publie la statistique du mouvement de la population de la France pendant le premier semestre de l'année en cours. Voici la comparaison, pour les mariages, divorces, naissances d'enfants vivants et décès pour les premiers semestres des années 1909 et 1908.

	1909	1908
Mariages	156.294	162.495
Divorces	6.148	5.605
Naissances	398.710	411.402
Décès	426.913	401.894

Cette statistique est désolante. Le nombre des naissances a diminué, d'une année à l'autre, de 12.692. En même temps le nombre des décès a augmenté de 25.019. Et la population de la France a *diminué* de 28.203, chiffre représentant l'excédent des décès sur les naissances.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le docteur Marfan fait, le jeudi, à dix heures du matin, des présentations de malades (rez-de-chaussée de la salle Blache). Il commencera le jeudi 4 novembre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fauvel, doyen du conseil municipal du Havre ; Merleau-Ponty, médecin principal de la marine en retraite, à Bordeaux.

RENSEIGNEMENTS

A PROPOS D'UN CAS

DE

NÉVRITE DIABÉTIQUE

Par L. RIMBAUD,

Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Parmi les complications nerveuses du diabète, la névrite est une des plus fréquemment observées. L'observation que nous rapportons ici s'éloigne peu du tableau classique; par quelques particularités cliniques cependant ce cas s'imposait à l'attention et mérite, croyons-nous, une courte discussion.

M. R..., âgé de soixante-cinq ans, éprouve depuis trois mois de violentes douleurs dans le membre inférieur droit. Ces phénomènes douloureux ont débuté brusquement, au milieu de la nuit, au cours d'un long et pénible voyage en chemin de fer dans une contrée très froide de l'Amérique du Sud. Depuis leur début ils n'ont pas cessé un seul jour et paraissent même s'accentuer. Dans les premiers temps la douleur occupait la fesse droite répondant assez exactement au trajet du nerf sciatique; un médecin, consulté à ce moment, porta en effet le diagnostic de névralgie sciatique et prescrivit un traitement approprié. Tous les calmants antinévralgiques (antipyrine, aspirine, pyramidon) furent inactifs; l'électrothérapie (électricité statique), une cure hydrominérale (bains de boue) n'apportèrent aucun soulagement à la douleur. Celle-ci cependant changea de caractère et de siège; elle abandonna la région de la fesse et se cantonna à la jambe, au pied et aux orteils.

Quand nous voyons le malade il nous dit être absolument torturé par ces phénomènes douloureux. Constamment il éprouve de l'endolorissement dans le mollet et le pied droits, mais par moments la douleur s'exaspère et lui arrache des cris, les exacerbations se produisent la nuit, quand il est dans son lit, et plus généralement quand il est au repos. Par la marche et le mouvement elle s'atténue au contraire et le malade peut aller et venir à peu près sans souffrance. Dès qu'il s'arrête ou qu'il s'assied la douleur reparaît. Ce sont des sensations de fourmillements douloureux qui dominent; toute la région du mollet est sensible aux divers contacts; mais le maximum d'hyperesthésie douloureuse siège au niveau du gros orteil et du second orteil sur lesquels le simple poids d'un drap est pénible. Tout sommeil est impossible; depuis trois mois notre malade n'a pas dormi. Il n'accuse aucun autre trouble, les diverses fonctions se font bien.

Nous nous trouvons en effet en présence d'un homme robuste d'apparence plus jeune que son âge, pas de maladies antérieures, pas d'alcoolisme, pas de syphilis.

Il y a neuf mois cependant un hasard fortuit lui révéla la présence du sucre dans ses urines : rien dans son état général n'avait pu lui faire soupçonner qu'il était diabétique; ni polyphagie, ni polydypsie, ni polyurie; pas d'amaigrissement, pas d'éruptions. Une analyse d'urine révéla cependant 90 grammes de sucre par litre avec 1500 centimètres cubes d'urine pour vingt-quatre heures. Mis au régime des diabétiques le sucre tombe le premier mois à 50 grammes, le second mois à 2 grammes, puis disparaît complètement. Quand la douleur est apparue le malade n'avait plus de glycosurie, nous dit-il; une analyse faite il y a un mois révéla cependant la présence de 15 grammes de sucre. Le jour de l'examen la quantité de sucre est de 58 grammes par litre.

Quantité	1300 cent. cubes environ.
Chlorures	$6^{gr},13$ par litre.
Urée	$13^{gr},6$ —
Phosphates	$1^{gr},25$ par litre.
Acide urique	$0^{gr},45$ —
Albumine	néant. —
Sucre	58 grammes.

L'aspect extérieur du membre malade est normal, pas d'éruption, pas d'atrophie.

Sensibilité. — A *la pression*, le trajet du sciatique et les points douloureux classiques sont absolument indolores. Cette région était douloureuse au début, nous dit le malade. Le sujet commence à souffrir dès que l'on arrive au mollet; la compression de la face postérieure de la jambe est particulièrement pénible. Mais les phénomènes douloureux sont plus intenses au niveau du pied et atteignent leur maximum aux orteils. Le gros orteil est très sensible; la pression n'est pas nécessaire pour éveiller la douleur; il existe une hyperesthésie cutanée qui rend intolérable un contact même léger.

Au contact. Cette hyperesthésie des orteils coïncide avec une hypoesthésie au contact de toute la jambe et de la face dorsale du pied.

A la *piqûre*, sensibilité diminuée sur toute la face antéro-interne de la jambe droite. Anesthésie presque complète sur la partie postéro-externe de la jambe, sur la face dorsale du pied. L'anesthésie est absolue au niveau du gros orteil, du second orteil et de la partie interne du troisième orteil; la partie externe de cet orteil, le quatrième et le cinquième présentent de l'hypoesthésie.

A la *température* : légère diminution de la sensibilité à la température de la jambe et du pied droit.

Sensibilité profonde : conservée.

Signe de Lasègue. La cuisse est fléchie sur le bassin sans douleur quand le genou est en flexion; quand la jambe est étendue, la flexion de la cuisse sur le bassin réveille une douleur très nette dans la jambe, le pied et les orteils droits; aucune sensation douloureuse au niveau de la cuisse ou de la fesse. Ces phénomènes douloureux ne se produisent pas par la flexion de la jambe gauche.

Motilité. — La motilité de la cuisse et de la jambe est parfaitement conservée. La force paraît diminuée au niveau du pied et des orteils dont les mouvements de flexion et d'extension se font avec peine. Il est cependant impossible d'affirmer qu'il existe une parésie véritable, cette impotence relative pouvant tenir aux souffrances que provoquent ces mouvements.

La marche est relativement facile, avec une légère boiterie due à certain degré de chute du pied droit. Pendant la marche, les phénomènes de douleur spontanée, nous l'avons dit, s'atténuent manifestement pour reparaître plus intenses quand le malade est au repos.

Réflexes. — Les réflexes *rotuliens* sont plutôt *vifs* des deux côtés. Les réflexes *achilléens* sont absolument *abolis* des deux côtés. Le réflexe crémastérien, le réflexe plantaire, le réflexe pupillaire sont normaux.

Pas de troubles vaso-moteurs, pas de troubles trophiques, ni rougeur, ni pâleur, ni sudation exagérée des orteils.

Pouls : 80; température : 36°8. Rien aux divers appareils.

En présence de ce tableau clinique, pas de doute, nous nous trouvons en présence d'une névrite diabétique. M. le professeur Grasset, qui voit peu après le malade avec nous, confirme le diagnostic.

La névrite diabétique est bien connue. Ingelrans (1) a récemment consacré à ce sujet une étude très complète et notre cas entre en grande partie dans le cadre classique. Cependant quelques particularités méritent d'être signalées dans cette observation.

(1) Ingelrans. Névralgies et névrites diabétiques, Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 26, p. 303.

Voilà d'abord un homme qui est diabétique avec une glycosurie élevée et qui ne présente aucune manifestation de son diabète. Un simple hasard a amené une analyse d'urine qui a révélé la présence de sucre. Au cours de ce diabète absolument insidieux le sujet s'expose au froid humide et paraît faire une névralgie sciatique banale; le gros tronc du sciatique est au début plus particulièrement atteint; mais la terminaison du nerf est prise à son tour et ce sont sur les branches terminales elles-mêmes que se fixent les signes d'une névrite tenace.

La névrite diabétique paraît du reste avoir une certaine prédilection pour le sciatique et ses branches terminales. Un des premiers cas rapportés par von Ziemssen (1) a précisément trait à une névrite sciatique avec hyperalgésie de la jambe et du pied. La pression du tibial postérieur et du sciatique poplité externe était très pénible. Comme chez notre malade le maximum des phénomènes douloureux siégeait au niveau du gros orteil, qui présentait du reste un ulcère gangréneux. Strumpell (2) rapporte une observation de douleurs sciatiques chez une diabétique; aux phénomènes névralgiques succède une paralysie dans le domaine du sciatique poplité externe. Parmi de nombreux cas rapportés par Remak plusieurs ont trait à des névrites du sciatique poplité externe. Mayette (3) résume dans sa thèse une observation de névrite d'origine diabétique occupant chez une femme les membres inférieurs avec abolition du réflexe achilléen.

Cette névrite paraît avoir débuté dans notre cas à une période pendant laquelle le malade avait été soumis à un régime diabétique et avait vu de ce fait sa glycosurie disparaître de façon complète. Y a-t-il là motif pour émettre des doutes sur la nature diabétique de l'atteinte nerveuse? Certainement non; la glycosurie est un des symptômes du diabète mais n'est pas tout dans le diabète, et bien que le sujet ne pissât plus de sucre il n'en restait pas moins diabétique. La pathogénie des névrites diabétiques est d'ailleurs loin d'être élucidée; mais il paraît démontré que le glucose intervient dans leur production moins que ses produits insuffisamment oxydés ou que les infections associées qu'il favorise tout particulièrement.

Or l'on voit assez souvent des accidents nerveux éclater chez des sujets dont le taux de la glycosurie s'est brusquement abaissé. Sicard (4) rapporte le cas de deux diabétiques pissant l'un 300 grammes, l'autre 500 grammes de sucre, qui sont soumis brusquement au régime de diabétique et à de hautes doses d'antipyrine. Le sucre urinaire tombe en trois jours à 45 grammes chez l'un, à 20 grammes chez l'autre; en même temps le premier fait une hémiparésie droite, le second des troubles psychiques avec état de confusion mentale.

Du reste chez notre malade la glycosurie, qui avait momentanément disparu, est maintenant revenue à 58 grammes de sucre par litre.

La distribution des troubles sensitifs cutanés semble indiquer que les altérations névritiques sont plus particulièrement localisées, au point de vue sensitif du moins, au nerf cutané péronier pour la région externe du mollet et au nerf musculo-cutané pour les orteils. C'est en somme, comme dans les observations que nous avons citées, la branche poplité externe du sciatique qui est atteinte. La distribution des troubles sensitifs et moteurs ne répond du reste pas rigoureusement à un territoire nerveux. Les phénomènes douloureux éprouvés au niveau des orteils s'accommodent peu en particulier d'une origine uniquement névritique, et il nous paraît fort probable que des troubles vasculaires viennent s'associer à ces troubles d'ordre nerveux. Le caractère de la douleur, qui cesse presque complètement pendant la marche et l'exercice, plaide assez en faveur de l'origine artérielle de quelques-uns de ces phénomènes : ne verrons-nous pas survenir un jour une asphyxie des extrémités, risquant chez un diabétique d'aboutir rapidement à une gangrène des orteils? Quelques réserves devaient être faites sur ce point.

Nous avons recherché le signe de Lasègue chez notre malade, avons-nous dit, et nous ne l'avons pas retrouvé avec ses signes classiques.

La flexion de la cuisse sur le bassin, lorsque la jambe est en extension, n'a pas éveillé chez notre sujet au niveau de la fesse cette douleur violente qui est ressentie dans le cas de sciatique vraie.

Cependant par cet exercice le malade éprouvait une sensation pénible dans le mollet et les orteils du côté malade.. Pour éviter les causes d'erreur qui auraient pu résulter des impressions douloureuses provoquées par la pression de notre main sur la jambe nous avons recherché le Lasègue en prenant un point d'appui exclusivement sur la cuisse. Lorsque l'angle de flexion de la cuisse sur le bassin, jambe étendue, atteignait 60 degrés environ, le malade accusait une douleur vive dans le mollet, le pied et les orteils du côté droit; rien au niveau de la fesse, si l'on fléchissait la jambe la douleur disparaissait. Le même mouvement pratiqué par la jambe gauche n'était nullement douloureux pour cette jambe ni pour le côté malade.

Nous pensons qu'il s'agit ici d'un mécanisme analogue à celui qui explique le signe de Lasègue dans la sciatique vraie : tiraillement sur le tronc nerveux qui ici, étant indemne dans la partie voisine des racines, ne réagit à ce tiraillement que dans ses branches terminales seules atteintes dans notre cas. Cette douleur provoquée à l'extrémité du membre nous paraît conserver toute la valeur du signe de Lasègue et révéler d'une façon certaine l'atteinte du nerf.

Comme dernière preuve de névrite du reste nous avons constaté l'abolition du réflexe achilléen. Ce signe de premier ordre dans la symptomatologie de la névrite sciatique est d'autant plus net chez notre malade qu'il coïncide avec une exagération manifeste des réflexes rotuliens. Mais, fait particulièrement

---

(1) Von Ziemssen. *Münch. med. Woch.*, septembre 1885.

(2) Strumpell. *Neurol. Centralb.*, 1889.

(3) Mayette. Th. de Lille, n° 7, 1908.

(4) J.-A. Sicard. Art. Diabète, in *Traité* de Brouardel et Gilbert, t. XII, p. 246.

intéressant à noter, alors que les phénomènes douloureux sont exclusivement localisés au niveau du membre inférieur droit, l'abolition du réflexe achilléen est bilatérale, aussi absolue du côté gauche que du côté droit. Nous avons là, croyons-nous, la première manifestation de l'atteinte des nerfs du côté opposé et nous nous attendons à voir évoluer du côté gauche des phénomènes de névrite douloureux analogues à ceux accusés par le malade du côté droit et dont l'abolition du réflexe achilléen est le précoce indice. Nous avons donc déjà la quasi-certitude de la lésion du côté opposé, nous avons affaire à une névrite des membres inférieurs symétrique dans ses lésions, plus avancée du côté droit que du côté gauche. Et cette bilatéralité est un signe de l'atteinte du neurone non seulement dans le nerf, son prolongement, mais aussi dans son corps cellulaire. Du reste à l'autopsie de sujets ayant présenté le tableau de la névrite diabétique on a plusieurs fois constaté des lésions anatomiques microscopiquement apparentes au niveau des cordons postérieurs (Williamson), des cornes postérieures (Marinesco) et même des cellules pyramidales de l'écorce (Lépine et Blanc).

Nous insisterons donc en terminant sur la nécessité de rechercher dans le cas de névrite en apparence unilatérale tous les signes pouvant révéler un début de lésion du côté opposé. Parmi ces signes l'abolition des réflexes nous paraît de première importance; elle peut précéder, comme dans notre cas, l'apparition des troubles sensitifs ou moteurs. Si elle ne permet toujours pas au médecin de l'éviter, elle lui aura certainement permis de les prévoir.

MÉDECINE PRATIQUE

MALADIES INFECTIEUSES ET ALLAITEMENT

Une femme est atteinte d'une maladie infectieuse aiguë pendant qu'elle allaite. Quel conseil convient-il de donner en pareille circonstance pour l'alimentation du nourrisson? La première idée qui vient à l'esprit, c'est d'éloigner aussitôt l'enfant de la mère ou de la nourrice, puisque ces maladies infectieuses présentent toutes un danger plus ou moins grand de contagion, auquel il importe de soustraire l'enfant. Cette pratique, paraissant si rationnelle, n'est cependant pas bonne, dans un très grand nombre de circonstances; il est bien évident que dans les familles où la mère, surprise par une maladie infectieuse pendant un allaitement, peut confier son enfant à une nourrice immédiatement appelée, la question est vite résolue: pour la mère, pour l'enfant il y a tout avantage à cesser l'allaitement maternel, on évite ainsi à la mère d'excessives fatigues, à l'enfant les risques même minimes de contagion. Mais à l'hôpital et dans les familles moins fortunées, le principe inverse doit plutôt être adopté, c'est-à-dire qu'on essayera de faire continuer l'allaitement maternel aussi souvent que possible; car l'enfant privé brusquement du lait maternel devrait être nourri au biberon, et, dans ces milieux, où la morbidité et la mortalité infantiles dépendent malheureusement trop des conditions sociales, l'enfant court moins de risques en restant exposé à une contagion microbienne qu'en étant élevé à l'allaitement artificiel. Ainsi donc, en mettant au premier plan les intérêts de l'enfant, on peut, on doit même laisser une femme infectée nourrir son enfant, si naturellement la sécrétion lactée n'est pas trop modifiée en qualité ou en quantité. Mais alors une autre question se pose: n'est-il pas dangereux pour la mère de lui imposer la fatigue de l'allaitement, pendant qu'elle n'a pas trop de toutes ses forces pour lutter contre une infection microbienne? C'est ici que, le principe général posé, il convient d'examiner avec soin la situation et de décider selon l'espèce. La formule la plus simple et la meilleure nous paraît être celle de Roger (1): « Il faut agir différemment, suivant que l'infection doit être longue ou passagère. Dans le premier cas, on supprimera l'allaitement, ce sera la règle pour la fièvre typhoïde. Dans le second cas, on peut le permettre. »

A propos de la fièvre typhoïde, tous les auteurs sont d'accord. Dans une thèse intéressante et bien documentée, Troullieur (2) a parfaitement montré qu'une nourrice, atteinte de fièvre typhoïde, ne pouvait, en règle générale, continuer l'allaitement. Il signale la fréquence de la fièvre typhoïde chez les nourrices, et, rapprochant ce fait de la fréquence de cette même infection chez les soldats, il a cette comparaison pittoresque que « l'allaitement est, pour la femme, comme le service militaire pour l'homme, une sorte de critérium de santé ». La fièvre typhoïde présente souvent, chez les nourrices, une allure sérieuse avec tendance à la rechute; cependant, le chiffre de la mortalité ne dépasse pas la moyenne habituelle. La nourrice atteinte de dothiénentérie ne serait pas dans l'impossibilité absolue de continuer l'allaitement, car la sécrétion lactée persiste longtemps et son arrêt tardif paraît dû bien plutôt à la suspension des tétées qu'à l'état fébrile; d'autre part, le nourrisson ne risquerait pas beaucoup de contracter la fièvre typhoïde, car le lait ne renferme pas de bacille d'Eberth, et, en prenant des précautions, on n'aurait presque pas à redouter une contagion qui est exceptionnelle. Mais pour la nourrice, ce serait vraiment une cause excessive d'épuisement, au cours d'une infection toujours sérieuse et souvent très prolongée; une nourrice atteinte de fièvre typhoïde doit donc ne plus allaiter. A la convalescence, il arrivera parfois, si la maladie n'a été ni trop longue, ni trop grave, que la sécrétion lactée persiste encore et puisse être activée d'une façon suffisante en remettant l'enfant au sein; dans certains milieux, si l'enfant n'a pu avoir une nourrice pour suppléer sa mère, s'il a souffert de l'allaitement artificiel, on doit conseiller à la mère d'essayer de reprendre l'allaitement à la convalescence de la fièvre typhoïde.

Pour ce qui est des infections légères, et d'une durée habituellement courte, l'allaitement doit, en principe, être continué. M. Roger a commencé par laisser les femmes atteintes d'érysipèle nourrir leurs enfants; aucun trouble n'étant survenu, il a suivi la même pratique dans les autres infections, et, sur un total de 100 enfants, 2 seulement ont été infectés, l'un a contracté la rougeole et l'autre l'érysipèle de la mère. Dans la variole, si l'enfant a été vacciné, l'allaitement n'a aucun inconvénient, au moins dans les formes légères, car, dans les formes graves, la sécrétion est trop profondément troublée pour que l'allaitement soit possible. Les femmes atteintes d'oreillons continueront aussi à nourrir; on pourrait, dans ces cas, craindre l'apparition d'une mammite ourlienne; M. Roger a observé deux nourrices qui continuèrent l'allaitement pendant les oreillons et n'eurent aucune complication vers les mamelles. En cas de diphtérie, on immunisera le nourrisson par une injection préventive de sérum antidiphtérique. Le même principe général doit guider en ce qui concerne la scarlatine; sans doute, il est des cas pour lesquels la continuation de l'allaitement est impossible; lorsque la scarlatine présente d'emblée un aspect très grave, lorsque la toxi-infection est profonde avec une

(1) Roger. *Les maladies infectieuses*, p. 1114.

(2) Troullieur. *Fièvre typhoïde et allaitement.* Thèse de Lyon, juillet 1908.

température très élevée, des phénomènes nerveux d'agitation ou de dépression, il ne saurait être question de faire continuer l'allaitement; la nourrice atteinte de cette scarlatine grave est au moins aussi malade qu'une typhique, il apparaît très probable que la période fébrile se prolongera longtemps, que la défervescence sera lente, tout comme dans une dothiénentérie; l'enfant sera donc éloigné du sein maternel.

Mais, par contre, dans les scarlatines légères qui se réduisent à une période fébrile de quelques jours avec enanthème léger et éruption fugace, l'allaitement peut être continué et le nourrisson risque fort peu de contracter la scarlatine. Cette pratique de l'allaitement pendant la scarlatine maternelle est depuis longtemps adoptée en Allemagne; en France MM. Dufour, Martin, Lepage (1) l'ont aussi préconisée et M. Lemarquand (2) a bien montré, dans sa thèse, les avantages de cette méthode.

Dans tous ces cas, lorsque la mère ou nourrice malade continue à donner le sein à l'enfant, il convient naturellement de prendre quelques précautions et de réduire au minimum les risques de contagion pour l'enfant. C'est ainsi que, dans l'intervalle des tétées, l'enfant sera éloigné de sa mère; toutes les manipulations, tous les soins qui accompagnent habituellement l'allaitement maternel, seront interdits à la mère, qui serait d'ailleurs surmenée par cette tâche; l'enfant ne sera donc donné à la mère qu'à l'heure des tétées et pour leur durée seulement. Il arrivera aussi, le plus souvent, que, pendant la période d'état de la maladie, la sécrétion lactée soit diminuée; l'allaitement mixte s'imposera pendant cette période. Enfin, si l'enfant présente des troubles digestifs, il faudra décider d'interrompre, pendant quelques jours, l'allaitement maternel. En résumé, et d'après l'opinion des auteurs qui ont étudié le plus récemment cette question de l'allaitement pendant les maladies infectieuses aiguës, ce qu'il faut éviter surtout c'est de supprimer l'allaitement maternel et d'exposer l'enfant aux inconvénients multiples de l'allaitement artificiel, à propos d'une maladie maternelle sans gravité et de courte durée.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1909)

Accélération des échanges respiratoires et déminéralisation organique chez les prétuberculeux et les phtisiques. — Sous ce titre, M. Alb. ROBIN fait une importante communication basée sur de nombreuses recherches chimiques et sur des chiffres dont nous ne pouvons donner qu'un court résumé. M. Robin a appelé l'attention de l'Académie, dans des communications antérieures, sur l'accélération des échanges respiratoires chez les prétuberculeux et chez les phtisiques. Il a trouvé des contradicteurs qui ont avancé que les chiffres qu'il avait fournis étaient entachés d'erreur. Il a donc recommencé ses expériences avec des appareils perfectionnés et il a reconnu la justesse des objections de ses contradicteurs. Il fait observer, toutefois, que la même erreur portant sur tous les chiffres, les rapports établis entre ces chiffres restaient les mêmes. Quoi qu'il en soit, il a fait table rase de ces premiers chiffres et a complètement recommencé ses recherches. Il est arrivé à d'autres chiffres, mais exactement aux mêmes conclusions, sur l'accélération des échanges respiratoires chez les tuberculeux.

Par kilogramme de poids et par minute de temps, l'absorption d'oxygène et l'exhalation d'acide carbonique s'accélèrent notablement. On a objecté que les tuberculeux ayant maigri, on ne trouvait plus les mêmes rapports avec le poids. M. Robin fait remarquer que la capacité pulmonaire diminue chez les tuberculeux. Alors que chez un individu sain elle est de 3 lit. 2 à 300, elle descend à 2 litres et quelques fractions chez le tuberculeux.

D'ailleurs les expériences de M. Robin lui ont montré que cette accélération des échanges respiratoires existe à toutes les périodes de la maladie. Les échanges respiratoires suivent dans une certaine mesure la marche de la maladie; ils diminuent quand l'état du malade s'améliore; ils augmentent quand il s'aggrave.

De ces recherches et de ces constatations il résulte que la question de terrain joue un grand rôle dans la prétuberculose. M. Robin a relevé de nombreux exemples de l'influence du surmenage intellectuel, du surmenage mondain, du surmenage génital, du surmenage musculaire dans l'éclosion de la tuberculose.

On a longtemps soutenu que les arthritiques étaient un terrain défavorable à la tuberculose. Les recherches de M. Robin confirment cette donnée en montrant que, chez les arthritiques, les échanges respiratoires sont moins accélérés qu'à l'état normal.

Après avoir ainsi défendu ses premières conclusions, à savoir que l'accélération des échanges respiratoires indique un terrain prédisposé à la tuberculose, M. Robin revient aussi sur la déminéralisation organique chez les tuberculeux, que, malgré les contestations et les doutes dont elle a été l'objet, il considère comme un fait indéniable chez les tuberculeux. Il répond aux diverses objections qui lui ont été faites. Quelles sont les causes de cette déminéralisation? Les troubles dyspeptiques qui ont été invoqués pour l'expliquer ne sont, aux yeux de M. Robin, qu'un incident. C'est encore là une question de prédisposition du terrain. Les déminéralisés résistent mal à l'infection. C'est un élément de déchéance des tissus contaminés.

De ces faits, il ressort qu'il y a la plus grande importance à reconnaître de bonne heure ce terrain tuberculeux ou prédisposé à la tuberculose. Il faut que ce diagnostic soit aussi précoce que possible. La constatation de l'accélération des échanges respiratoires, de la déminéralisation organique, de l'abaissement de la tension artérielle, jointe à d'autres signes qu'indique M. Robin, permettent de faire ce diagnostic précoce et d'arriver à pouvoir relever l'organisme de ces prétuberculeux et à leur fournir des moyens de défense contre l'invasion de la tuberculose.

L'étude de ces moyens fera l'objet d'une seconde communication de la part de M. Robin.

Production de la chaleur par les êtres vivants et la théorie de l'isodynamie alimentaire. — M. WEISS lit un travail sur ce sujet.

De l'emploi des greffes musculaires pour combler des cavités osseuses. — M. NÉLATON apporte deux observations dans lesquelles, pour combler des cavités osseuses résultant d'une intervention chirurgicale pour ostéomyélite, il a eu recours, avec succès, à des greffes musculaires par la méthode italienne. « Si, dit-il en terminant, j'ai apporté ces deux observations, c'est que ces greffes musculaires me paraissent d'un emploi très facile et qu'elles donnent bien le résultat cherché, boucher un trou.

On a, pour obtenir ce résultat, employé une foule de procédés; je ferai seulement allusion à deux d'entre eux :

1° *Procédé des greffes osseuses et périostiques.* — Ce procédé a pour inconvénient d'être difficile à exécuter; puis, si l'asepsie de la cavité à combler n'est pas parfaite — ce qui est habituel — il est fréquent de voir se nécroser une partie plus ou moins étendue du transplant.

2° *Procédé de plombage.* — Ce procédé, qui consiste à remplir la cavité avec une substance aseptique, puis à suturer pardessus, échoue fréquemment à cause des difficultés d'obtenir une asepsie complète. C'est pour cette raison que le procédé des greffes musculaires me paraît, en pareil cas, recommandable comme étant d'une exécution facile et pouvant réussir avec une asepsie imparfaite, comme il est de règle de l'avoir en pareil cas. »

(1) LEPAGE. Art. SCARLATINE et GROSSESSE, *Pratique médico-chirurgicale.*

(2) LEMARQUAND. *Scarlatine maternelle et nourrissons,* Th. de Paris, juillet 1906.

Extraction d'une balle de revolver mobile dans le liquide céphalo-rachidien de la région lombaire. — M. Tuffier rapporte l'observation d'une femme de cinquante-six ans qui reçoit en avril 1908 une balle dans la région de l'abdomen au-dessus de l'ombilic. Elle est prise dans la semaine qui suit d'accidents douloureux dans la cuisse gauche et dans les reins et on pense d'abord à des lésions hystérotraumatiques, étant donnée la variété des symptômes d'un jour à l'autre. Cependant il n'y a pas de troubles de sensibilité dans la région douloureuse et par la radiographie on découvre la balle qui est verticalement située en plein rachis.

Trois mois après, la malade présente des accidents douloureux extrêmement violents tantôt dans la cuisse gauche, tantôt dans la cuisse droite et dans la région lombaire.

Il existe une diminution de la motilité correspondant aux accidents douloureux, mais aucun trouble de sensibilité.

MM. Aubourg et Contremoulins font deux radiographies qui montrent que la balle siège en plein rachis au niveau de la dernière vertèbre lombaire.

Devant l'état douloureux de la malade, M. Tuffier fait une première opération le 15 juillet 1908, se servant de son appareil à repérer les balles. Il fait une incision lombaire, ouvre le fourreau rachidien, mais il est impossible de trouver, au lieu indiqué par les aiguilles, la balle, bien qu'il y soit conduit par l'aiguille directrice.

Cet échec renouvelé, malgré sa seconde radiographie et sous l'appareil de Contremoulins le 9 octobre 1908, lui fait croire que la balle est mobile et en effet une radiographie prise, la malade étant debout, et une autre, la malade étant dans la position de 90 degrés, montrent que le projectile, qui était au niveau de la dernière lombaire dans la première position, remontait jusqu'à la première lombaire quand la malade était basculée.

Il n'y avait donc pas de doute que le projectile se trouvait libre dans le liquide céphalo-rachidien.

Devant la persistance et même l'aggravation des signes douloureux, M. Tuffier décide une nouvelle opération.

Il intervient, la malade étant à genoux après une nouvelle radiographie dans cette position qui montre que le projectile siège bien au niveau de la quatrième lombaire.

Il y découvre et enlève la balle, suture le fourreau rachidien et après une fistule de vingt-neuf jours l'écoulement disparaît et la malade guérit sans autre incident qu'une légère parésie du pied droit. La forme de cette balle explique sa mobilité. Elle mesure 6 millimètres de large, 15 millimètres de long; son enveloppe en cuivre fait qu'elle est absolument lisse et son séjour dans le liquide céphalo-rachidien alcalin fait qu'elle est aussi brillante que si elle sortait de l'atelier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 29 octobre 1909)

Eosinophilie pleurale. — MM. Rist et Léon Kindberg. Deux observations d'éosinophilie pleurale, toutes deux constatées chez deux cardiaques. Il s'agissait de pleurésies hémorragiques. Chez le premier malade il y eut une légère éosinophilie sanguine; au début il s'agissait d'épanchement à polynucléaires intacts. L'étude des éosinophiles semble confirmer la théorie de l'origine locale de ces cellules. Les auteurs ont étudié leur pouvoir phagocytaire qui se montra très net et ont mis en évidence qu'elles possédaient le ferment protéolytique.

Intra-dermo-réaction à la léproline. — MM. Ch. Mantoux (de Cannes) et C.-M. Pautrier ont appliqué au diagnostic de la lèpre l'emploi de la léproline en intra-dermoréaction. On sait que la léproline préparée par Rost est une toxine dérivant du bacille lépreux et produisant, en injection sous-cutanée chez les malades atteints de lèpre, des effets analogues à ceux de la tuberculine chez les tuberculeux. Deux expériences, consistant dans l'injection d'une goutte de léproline pure dans le derme ont porté sur neuf malades, dont deux lépreux et sept témoins.

Chez les lépreux la réaction obtenue, sous forme d'un petit nodule, rouge violacé, avec induration, est caractérisée par l'apparition d'exosérose, de purpura au bout de quarante-huit heures, et finalement d'une petite escarre qui se montre vers le quatrième jour et ne tombe qu'au bout de deux semaines. A la périphérie de cette réaction, on note, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, un halo d'érythème léger.

Chez les non-lépreux le halo et une légère papulation existent parfois, mais ils disparaissent rapidement et ne s'accompagnent jamais de purpura ni d'escarre.

Il y a donc deux phénomènes distincts et de signification différente : une réaction toxique locale précoce et passagère, qui se montre même chez les non-lépreux et une réaction spécifique tardive, intense et durable dont les deux caractères essentiels sont le purpura et l'escarre; elle paraît propre aux lépreux.

Ectasie aortique visible sur l'image radiographique. — M. E. Hirtz présente un malade atteint d'ectasie aortique visible sur l'image radiographique faite par le docteur Haret et remarquable par un signe de la trachée très net, mais *inverse* de celui décrit par les auteurs.

Le signe classique consiste en une dépression rythmique du tube laryngo-trachéal attiré de *haut en bas* par des secousses synchrones à la pulsation radiale.

Cette constatation répond, d'après Oliver, Oliver et Max-Donnel, Potain, Barré, à l'existence d'un anévrisme de l'aorte localisé à la partie postéro-inférieure de la portion transversale de la crosse.

C'est la bronche gauche située sous la concavité de l'aorte, qui est déprimée à chaque pulsation de la poche et transmet ses oscillations *descendantes* à la trachée et au larynx.

Dans le cas de M. Hirtz, le signe trachéal inverse ne peut s'expliquer qu'en admettant la présence d'une poche anévrismale, non plus sur la concavité de l'aorte, mais sur sa convexité. La poche refoule la trachée de bas en haut, en lui imprimant des oscillations *ascendantes.* On comprend alors l'absence de compression de l'œsophage et de signes récurrentiels, signalés au contraire dans les anévrismes de la concavité.

Accidents rhumatoïdes avec leucopénie, éosinophilie et albuminurie, au cours d'une pleuro-tuberculose primitive. Comparaison avec la maladie du sérum. — MM. F. Bezançon et S. I. de Jong apportent l'observation d'un malade qui, douze jours après la ponction d'urgence d'un épanchement de quantité moyenne, présenta le syndrome suivant : accidents articulaires généralisés sans tendance à se fixer, albuminurie considérable mais non persistante, œdèmes marqués. L'examen du sang montra, au moment où les accidents étaient à leur acmé, une leucopénie très nette de 4000 leucocytes avec une éosinophilie de 15 p. 100. L'examen du sang fait avant la ponction et ultérieurement pendant que les accidents étaient en voie de décroissance montrait au contraire une leucocytose moyenne de 9 à 11000 globules blancs. L'éosinophilie persista pendant quelque temps, mais beaucoup moins marquée. Les accidents articulaires guérirent complètement sans tendance à la chronicité; l'albuminurie qui avait atteint 4 grammes p. 1000 guérit également complètement, l'épanchement enfin ne se reproduisit pas et guérit de même presque sans séquelles. La chute leucocytaire, l'éosinophilie, la nature des accidents cliniques, le contraste entre la gravité apparente des accidents du début et leur guérison totale assez rapide, la toxicité du liquide pleural, non éosinophilique pourtant, pour le cobaye, amenèrent les auteurs à rapporter ce syndrome des accidents sériques, de nature toxique, plutôt que d'accidents infectieux articulaires, tuberculeux ou non. D'ailleurs l'inoculation des urines au cobaye fut négative. La résorption du liquide pleural, toujours toxique, et qui l'était particulièrement dans le cas observé, leur semble avoir agi comme une injection de sérum hétérogène. Sans émettre aucune hypothèse quant à la nature des poisons contenus dans l'épanchement et susceptibles de provoquer des accidents de cette nature, les auteurs ont cru devoir publier ce fait d'attente intéressant et pour l'histoire des pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses et pour l'histoire des pseudo-rhumatismes toxiques.

Hémispasme congénital de la lèvre inférieure. Autopsie. — MM. G. Variot, E. Bonniot et M. Ferrand présentent

trois nouveaux cas de cette affection et exposent le résultat de l'examen anatomique d'un cas antérieur. Il ressort de cet examen que les fibres musculaires de l'orbiculaire du côté lésé apparaissent, sur les coupes, dépourvues de striation transversale, tandis que la striation longitudinale est beaucoup plus nette, se rapprochant ainsi de l'aspect de la fibre musculaire lésée. Les autres muscles, notamment le triangulaire des lèvres sont normaux. Ces données confirment l'hypothèse préalablement émise de malformation par suite d'arrêt de développement de l'orbiculaire.

Gangrène circonscrite du poumon droit. Pneumotomie. Guérison. — MM. Galliard et Picqué. Un homme de trente-neuf ans, jusqu'alors bien portant, non diabétique, éprouve, sans cause connue, du malaise, de la dyspnée, un point de côté à droite. La toux, d'abord sèche, provoque ensuite une expectoration sanguinolente puis purulente et fétide, tandis qu'on note 38 et 39 degrés.

Quinze jours après le début, le 21 juin 1909, le malade est admis à Lariboisière. Haleine horriblement fétide; crachats d'odeur nauséabonde, mélangés de mousse, rejetés en abondance; mais pas de véritables vomiques. On peut donc soupçonner la *gangrène pulmonaire* plutôt qu'un empyème interlobaire ouvert dans les bronches.

Aucun signe d'auscultation ni de percussion ne permet de préciser le diagnostic. La radiographie montre, le malade étant vu de dos, une ombre située au tiers moyen du poumon droit, allant en s'élargissant, de la colonne vertébrale où elle n'obscurcit que les cinquième et sixième espaces, jusque vers l'aisselle où elle atteint le quatrième espace tandis qu'elle suit, en bas, la déclivité de la sixième côte. Pas de déplacement du cœur.

En écartant l'omoplate qui masque partiellement la zone obscure, MM. Galliard et Picqué pratiquent, le 26 juin, dans le cinquième espace intercostal droit, en arrière, deux ponctions exploratrices avec l'aiguille longue et fine. Pas de résultat. Température 40 degrés le matin, 40°2 le soir.

Le 27 juin, on constate pour la première fois de l'inspiration soufflante et de la submatité au niveau du second espace, en avant; en ce point, la ponction exploratrice fournit dans la seringue de Pravaz, un demi-centimètre cube de liquide purulent. Le soir, 39°6.

Le 28 juin, 37°9, pouls 102. Craquements humides au-dessous de la clavicule. Submatité des deuxième et troisième espaces. Une injection intra-pulmonaire de solution de collargol à 1 p. 100 ne pénètre pas dans le foyer gangréneux car la teinte des crachats n'est pas modifiée par elle. Comme le traitement médical n'a donné aucun résultat, comme le poumon gauche est indemne, comme l'état général est encore bon, les auteurs décident le passage dans le service de chirurgie.

La pneumotomie est pratiquée le 30 juin. Résection d'un fragment de la deuxième côte en avant; incision large du second espace, mettant à nu la plèvre épaissie et grâce aux adhérences pleurales permettant d'inciser le poumon sans créer de pneumothorax opératoire. Il n'y a pas d'empyème mais un foyer gangréneux dans le parenchyme pulmonaire. Ce foyer est incisé, exploré avec le doigt et drainé.

Malgré l'hémorragie abondante, les suites sont favorables. La température monte à 39°6 le premier soir, à 38 et 39°6 le second jour : mais bientôt la fièvre cesse tandis que les forces se réparent. Quant à l'expectoration, elle reste pendant plusieurs jours abondante et même fétide, les sécrétions s'échappent largement par la plaie, puis elle se tarit.

A la fin de septembre, le malade ayant quitté l'hôpital songe à reprendre son travail mais la plaie n'est pas encore tout à fait cicatrisée.

Pendant les premiers jours d'octobre, il prend froid et recommence à tousser. Les auteurs constatent alors des craquements au sommet droit où la radiographie n'avait montré avant l'opération qu'un obscurcissement très léger et dans les crachats on trouve des bacilles de Koch. (Ces bacilles n'avaient pu être constatés avant l'opération.) Il y a donc un début de tuberculose pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1909)

L'auto-agglutination et l'autolyse dans la biligénie hémolytique. — MM. G. Guillain et J. Troisier, dans leur premier travail sur la biligénie hémolytique locale, ont noté le pouvoir autolytique du sérum sanguin sur les globules de l'épanchement. Dans des expériences récentes, ils ont pu préciser les propriétés biologiques des extravasats hémorragiques et du sérum sanguin dans ces cas. MM. Guillain et Troisier ont constaté dans un hématome pleural la présence d'une autolysine qui disparut à un examen ultérieur; au contraire, des isolysines, minimes au premier examen, étaient facilement mises en évidence dans une expérience faite quelques jours plus tard; le sérum sanguin de notre malade était aussi isolysinant.

Ils ont noté dans leurs expériences que l'auto-agglutination des hématies précédait la destruction hémolytique. On peut remarquer au point de vue de la pathologie générale les rapports intimes qui existent entre l'auto-agglutination des hématies suivie de cytolyse, et l'agglutination des bactéries précédant la bactériolyse dans le phénomène de Pfeiffer. A un autre point de vue, on peut rapprocher l'auto-agglutination constatée dans nos liquides en voie d'hémolyse, de l'auto-agglutination signalée par M. Widal dans les ictères hémolytiques acquis.

Les phénomènes qu'ils ont observés s'expliquent par ce fait que l'organisme, à la suite d'extravasations sanguines, réagit en élaborant des anticorps auto et isolytiques. Ces anticorps qui peuvent être décelés dans le sérum sanguin circulant, ont une tendance à se fixer au niveau des épanchements sur les globules rouges extravasés. Ces hématies, sensibilisées et rendues de ce fait fragiles, deviennent capables d'absorber l'alexine; elles sont alors en imminence d'hémolyse.

Note sur la tuberculine pour intra-dermo-réaction. — M. Ch. Mantoux a constaté que les ampoules de tuberculine à 1/5000 pour intra-dermo-réaction perdent à la longue leur activité. L'Institut Pasteur a donc cessé d'en délivrer. Il convient par conséquent de renoncer à la technique primitive et de préparer la solution au moment de l'usage en ajoutant à 49 volumes de sérum physiologique 1 volume de la solution mère à 1/100 que délivre l'Institut Pasteur.

La vascularisation artérielle de l'espace porte. — MM. Gilbert et Maurice Villaret ont pu obtenir sur le foie de chien des injections limitées exclusivement au domaine de l'artère hépatique. Dans ces conditions le réseau capillaire qui apparaît le plus fourni est celui des voies biliaires; il comprend une couche superficielle, immédiatement sous-épithéliale, et une couche profonde; il dépend du système artériel car on ne l'injecte par voie veineuse qu'immédiatement après la saignée à blanc, alors que l'expulsion vitale de la masse, signalée précédemment par les auteurs, persiste encore, et non plus six heures après la mort, alors que l'injection reste localisée au système veineux. Après le réseau des voies biliaires, la plus riche vascularisation artérielle est fournie aux faisceaux nerveux de l'espace porte; les auteurs décrivent la façon dont ces capillaires sont disposés. Par contre, MM. Gilbert et Maurice Villaret insistent sur l'absence ou du moins la pauvreté des vasa-vasorum au niveau de la paroi des veines portes et des branches de l'artère hépatique, fait en contradiction avec ce que décrivent certains auteurs.

Action des extraits d'organes sur les sangs des hémophiles. — MM. P. Emile Weil et Boyé ont étudié l'action des extraits d'organes *in vitro* sur le sang des hémophiles tant familiaux que spontanés, et montrent que ces extraits n'agissent pas tous de même façon. Les uns déterminent un retard constant de la coagulation, ce sont : le corps thyroïde, la rate, l'estomac, l'intestin (duodénum), le foie, le pancréas, les surrénales, l'hypophyse totale de mouton, le lobe antérieur de l'hypophyse de bœuf; les autres agissent dans divers sens (ovaire, testicule, thymus, rein); d'autres enfin corrigent le retard de coagulation (lobe postérieur de l'hypophyse de bœuf, sérum).

La provenance animale des extraits semble avoir peu d'importance.

La variation des doses d'extraits ne change pas le sens de l'action.

Les sangs des hémophiles familiaux se comportent vis-à-vis des extraits de même façon que celui des hémophiles spontanés.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ANNÉE SCOLAIRE 1909-1910)

COURS ET CONFÉRENCES

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE BACTÉRIOLOGIE (professeur : Pierre Marie). — *Les méthodes de diagnostic bactériologique appliquées à la clinique.* — Démonstrations et exercices pratiques de technique bactériologique, par MM. H. Gougerot, ancien interne, médaille d'or, chef de clinique adjoint, et P. Abrami, ancien interne des hôpitaux.

Une série d'exercices pratiques commencera le jeudi 4 novembre 1909, à une heure trente, au laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie de l'Ecole pratique (1er étage, porte à gauche). Les démonstrations et exercices pratiques se continueront les jeudi, samedi et mardi suivants, à la même heure.

Programme des démonstrations. — 1° Installation d'un laboratoire de clinique bactériologique. — Procédés de stérilisation. — Préparation des milieux liquides : bouillon, eau peptonée. — Ensemencements du sang et des produits pathologiques en milieux liquides. Technique des hémocultures.

2° Préparation des milieux solides : gélose simple, gélose glycérinée. — Gélatine. — Pomme de terre. — Carotte. — Ensemencements sur milieux solides des produits pathologiques. Repiquage. Réglage de l'étuve.

3° Méthodes d'isolement et de séparation des microbes. — Principes d'identification des microbes : aspect macroscopique et microscopique des cultures, coloration au gram bleu, ziehl; milieux spéciaux fermentatifs et inoculations.

4° Prise des produits sur le malade : pus, crachats, sérosité, urines, matières, fragments de tissus, par ponctions et biopsies. — Prises à l'autopsie. — Rétrocultures, inoculation aux animaux. — Coupes histo-bactériologiques : coloration des microbes dans les tissus.

5° Séro-diagnostics et fixations sériques : séro-diagnostic de Widal. Réaction de Wassermann. Sporo-agglutination. Précipitines.

6° Préparation des milieux au sérum et au sang, des bouillons et gélose-ascite. Entretien et conservation des cultures : les milieux de réserve. — Diagnostic des infections cocciennes : streptococcies, staphylococcies. Cocci divers : entérocoques, etc.

7° et 8° Diagnostic des diplococcies : pneumocoques (les microbes de la flore pulmonaire : pneumobacille). Méningocoques, gonocoques, micrococcus catarrhalis; les pseudo-méningocoques : ponction lombaire. Examens directs, cultures, précipito-diagnostic, agglutination.

9° Diagnostic de la diphtérie et des angines. Les microbes de la flore bucco-pharyngienne : l'association fuso-spirillaire de Vincent (les balano-posthites, l'ulcère tropical).

10 et 11° Diagnostic des affections du groupe : Eberth-coli. — Diagnostic des dysenteries. Ensemencement des matières fécales.

12° Technique des anaérobies : ensemencements, milieux spéciaux, cultures, séparations. Les principaux anaérobies : le bacille tétanique, le bacille perfringens. — Diagnostic du charbon. — Etudes des causes d'erreur en bactériologie : les germes d'infection accidentelle.

13° Diagnostic de la syphilis et des spirochétoses : le pian. — Ultra-microscope. Réaction de Wassermann (technique ancienne et méthodes simplifiées). Inoculation. Coloration dans les coupes par la méthode à l'argent de Levaditi.

14° Diagnostic du chancre mou et des ulcérations cutanées. — Diagnostic de la morve, de la lèpre. — Diagnostic de la peste, du choléra, de la fièvre de Malte. — Diagnostic de la rage.

15° Diagnostic des protozooses : paludisme, trypanosomiases, leishmannioses, filarioses.

16° Techniques générales de la tuberculose : milieux spéciaux. Diagnostic de la tuberculose et des pseudo-tuberculoses.

17° et 18° Diagnostic des mycoses. Techniques générales mycoses : milieu de Sabouraud, etc. Sporotrichoses, blastomycoses, actinomycoses, oosporoses, hémisporose, aspergilloses; les teignes : tricophyties, etc.

Le but de ces démonstrations est que le médecin ou le chirurgien, arrivant dans un service dépourvu de laboratoire, sache organiser une installation rudimentaire mais suffisante aux besoins de la Clinique — que, privé d'un bon garçon de laboratoire, il puisse faire lui-même toutes les préparations et qu'il connaisse tous les artifices des techniques — enfin qu'au lit du malade il ait la pratique des méthodes des diagnostics bactériologiques. Ces démonstrations ne prétendent donc pas résumer un cours complet de bactériologie, elles sont uniquement des démonstrations pratiques des méthodes de diagnostic bactériologique en clinique. Le nombre des élèves est limité. Les élèves seront exercés individuellement à ces diverses techniques, le matériel et un microscope avec immersion, par groupe de deux ou trois, seront fournis par le laboratoire.

Le droit à verser pour cette série de démonstrations et exercices est de 50 francs.

Sont admis tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi, jeudi, samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Deux séries de démonstrations et d'exercices de techniques bactériologiques appliquées à la Clinique seront faites chaque année : l'une en octobre-novembre, l'autre en mai-juin.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE (Hôtel-Dieu). — M. le professeur F. de Lapersonne a commencé son cours le mercredi 3 novembre 1909.

Il fera sa première leçon clinique à l'amphithéâtre Dupuytren, le vendredi 12 novembre, à dix heures.

Ordre du service : lundi, à neuf heures : policlinique (salle de consultation); mardi, jeudi, à neuf heures : opérations; mercredi, à dix heures : examens ophtalmoscopiques; vendredi, à dix heures : leçon clinique à l'amphithéâtre Dupuytren; samedi, à neuf heures : laboratoire.

Tous les matins, à neuf heures : consultation externe.

NOTES POUR L'INTERNAT

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL (1)

SYMPTOMES. — Le ramollissement cérébral est parfois annoncé par des *prodromes* : céphalée, vertiges, engourdissements et faiblesse transitoire dans les membres qui seront atteint de paralysie ; ces prodromes dépendent d'une mauvaise circulation cérébrale par suite de l'athérome. Le *début* du ramollissement est variable ; dans la moitié des cas environ, il est brusque, marqué par une attaque d'*apoplexie*, analogue à celle de l'hémorragie cérébrale (voir Notes pour l'internat, 1909, n° 117); le malade est dans le coma, on peut constater parfois dès cette période des phénomènes paralytiques, le retour à la conscience se fait progressivement tandis que la

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 123, p. 1538.

paralysie persiste. En général, l'ictus apoplectique n'est ni aussi violent, ni aussi durable que dans l'hémorragie; le pouls est faible, le visage pâle; il y a une élévation immédiate mais transitoire de la température centrale. En cas de ramollissement cortical, et ce cas est le plus fréquent, l'apoplexie peut être accompagnée d'attaques d'épilepsie jacksonienne; les mouvements convulsifs restent limités ou se généralisent. Quelquefois ce même début brusque consiste seulement en un *vertige* de quelques instants, sans perte de connaissance. Enfin, le ramollissement cérébral peut avoir un *début progressif*; le malade sent le bras et la jambe s'alourdir peu à peu, la parole est difficile; quelquefois ces symptômes ne sont pas définitifs, ils disparaissent après deux ou trois jours; puis ils se reproduisent et finalement l'hémiplégie se constitue et persiste. On a dit que le début par apoplexie correspondait au ramollissement cérébral par oblitération brusque d'une artère, par embolie, tandis que le début graduel s'observait dans le ramollissement par thrombose; cette règle n'est pas absolue, on peut voir une thrombose occasionner un ictus apoplectique aussi bien qu'une embolie donner une hémiplégie à début progressif.

Quel que soit le début, les phénomènes consécutifs sont identiques; mais ils se présentent sous des aspects divers, plus variés que les phénomènes consécutifs de l'hémorragie cérébrale. Au premier plan sont les troubles paralytiques (hémiplégie, monoplégie); viennent ensuite les troubles du langage et l'hémiopie qui peuvent accompagner l'hémiplégie ou exister seuls; les fonctions intellectuelles sont habituellement plus ou moins troublées. La *paralysie*, que l'on observe à la suite de l'ictus apoplectique ou qui survient sans ictus, est, dans la plupart des cas, une *hémiplégie* avec ou sans participation de la face; elle occupe le côté du corps opposé à la lésion cérébrale. Mais elle peut aussi n'être qu'une *monoplégie*, et alors c'est surtout le membre supérieur qui se trouve atteint; la monoplégie crurale est beaucoup plus rare que la monoplégie brachiale. La paralysie est d'abord flaccide; puis au bout de quinze à vingt jours, les réflexes tendineux s'exagèrent et ce signe est l'avant-coureur de la contracture permanente; on constate tous les signes habituels de l'hémiplégie. (Voir *Gaz. des Hôpit.*, 1905, nos 40, 43, 46, 48.) Les troubles de la *sensibilité* sont fréquents; ils ont une importance pour préciser le siège de la lésion, car ils existent lorsque le foyer est cortical et font défaut en cas de foyer central. On note une anesthésie tactile, une hypoalgésie, la perte de position des membres et des troubles du sens stéréognostique. Des accidents convulsifs se produisent parfois chez les ramollis hémiplégiques; ils surviennent tantôt sans raison apparente, tantôt et le plus souvent à l'occasion d'une crise d'urémie, d'une infection aiguë.

Les *troubles de la parole* sont très fréquents; tantôt il s'agit simplement d'anarthrie ou de dysarthrie, la lésion siège alors dans l'un ou l'autre des deux hémisphères; avec un ramollissement de l'hémisphère gauche, on constate de l'*aphasie*; parfois c'est une aphasie passagère pendant l'ictus apoplectique; dans d'autres cas, c'est une aphasie définitive motrice ou sensorielle. L'aphasie motrice est habituellement associée à une hémiplégie droite; on a cependant relaté des cas d'aphasie motrice pure sans hémiplégie. L'aphasie sensorielle est plus souvent indépendante de tout phénomène paralytique.

Les *troubles de la fonction visuelle* sont très particuliers dans le ramollissement cérébral; ils consistent en une *hémianopsie* latérale homonyme (suppression de l'une des moitiés du champ visuel). L'hémianopsie va souvent de pair avec l'aphasie sensorielle et notamment la cécité verbale; en général, le malade n'est pas hémiplégique; c'est que la lésion siège dans le domaine de l'artère cérébrale postérieure, au pli courbe ou à la face interne du lobe occipital. Quand ce symptôme n'est pas accompagné de cécité verbale, le malade peut ne pas en avoir conscience, il se plaint seulement d'avoir la vue faible ou trouble d'un côté.

Enfin *l'état intellectuel* est souvent atteint; la mémoire, l'attention et le jugement sont diminués. La déchéance intellectuelle est plus prononcée que dans l'hémorragie cérébrale et elle va en s'accentuant, surtout chez les vieillards. Il convient toutefois de faire remarquer que ces troubles psychiques dépendent plus de l'atrophie sénile du cerveau que de la lésion en foyer.

Chez le *nouveau-né* et le nourrisson, le ramollissement cérébral est presque toujours une lésion latente; la systématisation du système nerveux n'étant pas encore achevée, on ne constate pas de symptômes de localisation, de paralysies limitées; il s'agit d'enfants qui présentent, au cours d'infections digestives, quelques convulsions, quelques modifications du pouls, symptômes trop vagues pour permettre un diagnostic; l'enfant succombe le plus souvent, sinon le ramollissement peut être l'origine d'une sclérose cérébrale ou d'une hydrocéphalie.

MARCHE. PRONOSTIC. — Le ramollissement cérébral à début brusque avec ictus se termine rarement en quelques jours par la mort, sans que le malade soit sorti du coma; on observe, dans ces cas exceptionnels, de l'hyperthermie, une escarre de décubitus aigu, quelquefois une complication pulmonaire. Pierre Marie a signalé des cas dans lesquels le malade reprend conscience, mais reste avec une hémiplégie très prononcée et une hémianesthésie, puis il se cachectise, des escarres apparaissent au niveau du sacrum et la mort survient après cinq ou six semaines; à l'autopsie, on trouve alors, dans le territoire de la sylvienne droite, un ramollissement très étendu en surface et en profondeur.

Quand le malade survit à son affection cérébrale, il reste plus ou moins hémiplégique, monoplégique, aphasique... Chez les jeunes sujets, une amélioration lente peut se produire. Les vieillards arrivent le plus souvent au gâtisme avec affaiblissement des facultés mentales. Des récidives sont toujours à craindre, aussi bien dans le ramollissement par thrombose que dans l'embolie; deux foyers centraux des corps optostriés font du malade un *pseudo-bulbaire*.

Le *pronostic* dépend de l'âge du malade et de la cause de la lésion. L'artérite syphilitique par exemple peut céder au traitement et le malade aura beaucoup moins de malchance d'un nouveau ramollissement que le vieillard atteint d'athérome.

DIAGNOSTIC. — Si l'ictus apoplectique est intense, le diagnostic est à faire avec toutes les causes d'*apoplexie* et de *coma* (voir hémorragie cérébrale).

Quelquefois, une *tumeur cérébrale* reste silencieuse pendant une certaine période, puis survient une attaque d'apoplexie, avec monoplégie ou aphasie. On recherchera alors les symptômes papillaires des tumeurs; ils sont exceptionnels dans le ramollissement. Un *abcès cérébral* peut donner aussi des accidents brusques; mais il existe alors souvent une ancienne otite suppurée qui oriente le diagnostic vers l'abcès.

Hémorragie cérébrale et ramollissement sont souvent très difficiles à distinguer; l'épilepsie jacksonienne, la monoplégie, l'aphasie, l'hémianopsie, quand elles existent, sont assez caractéristiques du ramollissement; dans les autres cas, c'est l'examen complet du malade, la recherche des causes de l'embolie et de la thrombose qui domine toute la question (Brissaud et Souques).

La *démence sénile* par atrophie cérébrale et petits foyers lacunaires donne déchéance et gâtisme comme dans le ramollissement; mais il n'y a pas eu d'ictus initial et on ne constate pas de paralysie.

Le diagnostic de ramollissement étant fait, reste à en préciser la localisation par l'étude des symptômes et surtout la cause par l'examen complet du malade.

TRAITEMENT. — Il y a d'abord un traitement qu'il ne faut pas faire : la saignée, les sangsues aux apophyses mastoïdes, les sinapismes sur les membres, les drastiques sont souvent employés; on ne saurait trop insister sur les dangers d'une intervention si aveugle (Brissaud et Souques). S'agit-il d'une thrombose, on cherchera à raviver la circulation artérielle par une injection de caféine; d'une embolie, on régularisera les contractions du myocarde. En cas de syphilis, traitement intensif. Quand le malade est sorti du coma, et reste hémiplégique, on fera le traitement habituel de l'hémiplégie.

BIBLIOGRAPHIE. — BRISSAUD et SOUQUES. *Traité de médecine*, t. IX; — Pierre MARIE. *Traité Brouardel-Gilbert*, t. VIII; — LAMY. *Traité de médecine*, 1909, t. IV; — HUTINEL et BABONNEIX. *Les Maladies des enfants*, t. V.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 126. — SAMEDI 6 NOVEMBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 6 NOVEMBRE. 1909. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 3 novembre. — Question donnée : « Nerf radial. — Tronc et branches (racines exceptées). »

MM. Schwartz, 12; Sibot, 14; Solal, 16; Ulmann, 11; Rey, 9; Triollet et Sasportès, 13; Salomon, 11; Récamier, 15; Rabreau, 17; Thévenard, 9; Renardier, 18; Tassigny, 13; Saint-Yves-Ménard, 15; Toupance, 14; Rabeau, 18; Robinson, 15; Toulouse, 17.

Séance du 4 novembre 1909. — Question donnée : « Muscles grand et petit pectoral. »

MM. Resmond et Simard, 15; Toupet et Wallon, 13; Weiss, 16; Wurtz (Pierre), 11; Vincent, 14; Vigderovitch, 13; Vidal, 10; Violet, 9; Mlle Vahl, 18; MM. Woirin, 14; Wilmoth, 15; Zermati, 12; Weill, 16; Viala, 15; Vincant, 12; Walther, 18; Zuretti, 16; Yoyotte, 14; Vigouroux, 13; Wurtz (Jacques), 14.

Prochaine séance samedi 6 novembre, à huit heures et demie du soir.

Le jury informe les candidats excusés qu'ils seront appelés à subir l'épreuve de pathologie à partir de la séance de samedi prochain, 6 novembre.

Pathologie. — Séance du 3 novembre 1909. — Question donnée : « Phlegmatia alba dolens. — Causes, signes et diagnostic. »

MM. Bordenave, 13; Allendy, 15; Bertin, 13; Boulland, 14; Briens, 9; Brachat et Bigot, 12; Bertrand, 13; Bourdier, 15; Allot, 10; Alajouanine, 15; Brétégnier, 13; Bergès, 12; Boncompain, 15; Beau, 13; Benoits, 2; Boirac, 11; Boulin, 14; Bordet, 17.

Séance du 4 novembre. — Question donnée : « Symptômes de la tuberculose pulmonaire avant la période cavitaire. »

MM. Barbary, 14; Barabeau, 4; Anglès-Dauriac, 13; Augier et Andrieu (Roger), 10; Andrieux (Albert), 13; Berthelot, 15; Andral, 11; Bergé, 9; Auger (Robert), 15; Andrieu (Raymond), 9; Binet, 7; Mmes Allart, 13; Bachelet, 15; MM. Berthet, 12; Alibert, 15; Braine, 17; Auvigne, 16; Bazin et Mlle Bitchounsky, 12.

Prochaine séance samedi 6 novembre, à cinq heures.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Foucaud.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Barthélemy.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Titi.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Lestage.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours et conférences.* — Conférences de pathologie interne. — M. F. Bezançon, agrégé, commencera ces conférences le samedi 6 novembre 1909, à trois heures (Petit amphithéâtre de la faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Maladies infectieuses aiguës et chroniques.

HOPITAL SAINT-ANTOINE (service de M. le docteur Albert Mathieu). — I. *Cours de séméiologie gastro-intestinale.* — Conférences et exercices pratiques par MM. Laboulais, J.-Ch. Roux, Moutier, Taillandier, Friedel et Goiffon.

Examen extérieur, chimisme et motricité gastriques, coprologie clinique, rectoscopie, etc.

Première série : 8 au 28 novembre 1909.

Deuxième série : 15 janvier au 5 février 1910.

Chaque cours comprendra 15 leçons.

II. *Conférences cliniques.* — Jeudi dix heures, salles Barth et Chomel. — Vendredi dix heures, à la consultation. — Mardi de dix heures à midi, examen des malades de la consultation.

Pour le cours de séméiologie, se faire inscrire le matin, de neuf à onze heures, au laboratoire, 20, rue de Citeaux.

Cours de technique clinique élémentaire a l'usage des étudiants de première année. — M. P. Le Noir, assisté de MM. Jean Camus, H. Couraux et Ambard, anciens internes des hôpitaux, et de M. l'interne de service, commencera le lundi 8 novembre une série de conférences à l'usage des étudiants de première année et les continuera tous les matins, à neuf heures, salle Axenfeld.

Le cours est gratuit. — Se faire inscrire.

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE*

FOYERS SEPTIQUES DU POUMON

ABCÈS ET GANGRÈNE

Par MM. TUFFIER,
Chirurgien de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé à la Faculté,
et J. MARTIN,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

Il est bien certain qu'il y a de grosses différences anatomo-pathologiques et cliniques entre l'abcès pulmonaire type, constitué par une poche contenant uniquement du pus, et la gangrène, dans laquelle la cavité contient un séquestre pulmonaire nageant dans du liquide roussâtre, celle-ci se manifestant cliniquement par une évolution beaucoup plus grave que celle-là. Mais entre l'abcès et la gangrène existent des formes intermédiaires dans lesquelles les différences sont moins accentuées et que l'on appelle justement abcès putrides, abcès gangréneux... Ces cas sont les plus nombreux et quand on les rencontre on est fort embarrassé le plus souvent pour savoir s'il faut les ranger parmi les abcès ou parmi les gangrènes.

L'étiologie des abcès et celle des gangrènes est la même et, en allant au fond des choses, on ne saurait voir entre ces deux affections qu'une différence de degré. D'autre part, la gangrène circonscrite, la seule chirurgicale, la seule dont nous ayons à nous occuper ici, présente en somme, sauf la fétidité de l'haleine et de l'expectoration (encore celles-ci sont-elles contingentes) les mêmes symptômes que les abcès; tous deux sont susceptibles de guérison spontanée; enfin tous deux comportent, et c'est là pour nous le point principal, les mêmes indications thérapeutiques et le même traitement.

Pour ces raisons, il nous a paru préférable d'abandonner la division classique qui nous paraît factice et désuète en chirurgie; et *nous étudions sous la dénomination de foyers septiques du poumon, les abcès et les gangrènes*. Nous en séparons les bronchiectasies; cette affection présente bien des points communs avec celle qui nous occupe, mais assez de différences pour justifier son étude isolée.

Körte (1), Lenhartz (2) sont du même avis, et l'opinion de ces chirurgiens dont l'expérience en chirurgie pulmonaire est considérable ne pouvait que fortifier la nôtre.

I

Etiologie. — SEXE. AGE. — L'homme est plus souvent atteint que la femme [51 hommes pour 45 femmes, Kissling (3); 44 pour 22, Körte (1); 142 pour 54, dans les cas que nous avons réunis]. L'affection est rare chez l'enfant, [Baron (4) en a cependant réuni 7 cas chez les nourrissons et nous en avons trouvé 14 cas chez des enfants de moins de 10 ans] et la fréquence la plus grande est de 20 à 40 ans (près de 50 p. 100).

CAUSES DÉTERMINANTES. — *Pneumonie ou broncho-pneumonie*, assez souvent consécutives à la grippe, tel est le début habituel des foyers septiques du poumon. Dans nombre de cas, c'est après deux ou trois pneumonies aiguës et par conséquent sur des *poumons qui sont souvent le siège d'inflammation chronique* qu'ils se développent. *La tuberculose pulmonaire et la bronchiectasie* se compliquent très souvent aussi d'abcès ou de gangrène.

Les germes pathogènes peuvent être apportés du dehors : par un instrument vulnérant, c'est très rare, [Ramsay (5)]; assez souvent par un *corps étranger des voies respiratoires*, un épi de graminée [Cohen (6), Hoffmann, Lapointe (7)], *des gouttelettes liquides* aspirées pendant l'immersion [Körte (1), Kissling (3)]. Quelquefois les germes pathogènes vont de l'*œsophage* au poumon à la faveur d'une ulcération provoquée par un rétrécissement cicatriciel ou cancéreux [Tuffier (8), Krecke (9)]. Signalons aussi des foyers septiques d'origine manifestement embolique au cours d'une *fièvre puerpérale, d'une appendicite* [Garié et Sultan (10), Sonnenburg (11), Solmann (11), Körte (1)]; les foyers sont le plus souvent alors multiples, quelquefois cependant localisés et justiciables d'une intervention chirurgicale. Les foyers septiques du poumon observés au cours de la *dysenterie* [Bunting (12), Körte (1), Lafleur (13), Loison (14), Marion (15), Ossigriegner (16), Opie (17), Terrier (18)], résultent soit de la propagation d'un abcès hépatique, soit d'une embolie.

On a trouvé dans les foyers septiques du poumon les *microbes les plus divers*, pneumocoque, staphylocoque, streptocoque, colibacille, anaérobies, etc. A signaler la présence d'amibes dans les abcès dysentériques, dont la spécificité est ainsi démontrée.

II

Anatomie pathologique. — Il n'est pas dans notre cadre d'étudier l'anatomie fine des suppurations pulmonaires, on n'a d'ailleurs pas ajouté grand'chose aux belles études de Ranvier, nous voulons seulement rappeler les points d'anatomie macroscopique intéressant le chirurgien.

Le foyer septique du poumon est une *cavité irrégulière*, plus ou moins anfractueuse, quelquefois close, le plus souvent en communication avec une bronche. Elle contient du pus jaunâtre et bien lié, quelquefois mélangé de sang, dans lequel on trouve des fibres élastiques ou des débris sphacéliques provenant de la destruction du tissu pulmonaire; parfois au lieu de pus on trouve un liquide roussâtre extrêmement fétide.

Dans la cavité pulmonaire on trouve parfois un corps étranger : épi de graminée, dent,... qui a causé l'abcès, un calcul de phosphate de chaux (Lenhartz) dont le développement paraît autochtone.

Les parois du foyer septique, plus ou moins fongueuses, parfois incrustées de sels calcaires, sont entourées par une zone de sclérose dont l'épaisseur varie avec l'ancienneté du foyer. La connaissance de cette sclérose péri-cavitaire est extrêmement importante, elle permet d'expliquer certaines particularités cliniques et offre l'avantage de rendre la pneumotomie beaucoup moins hémorragique.

Le siège est à la base du poumon dans la proportion de 4 ou 5 cas, pour 1 cas où la collection siège au sommet ou dans la partie moyenne.

Ces collections sont *parfois très profondes* (5 centimètres, 8 à 10 centimètres, Lejars; 6 centimètres, 8 cent. 1/2, Tapie; 14 centimètres, Lenhartz...). *Mais souvent on rencontre le pus à 3 ou 4 centimètres de la surface**.

* Dans quelques cas le siège de la suppuration serait immé

Il n'est pas douteux que les foyers septiques sont souvent multiples, le fait est prouvé par des autopsies nombreuses et par de nombreuses opérations. Mais il est certain *qu'ils sont le plus souvent solitaires* [il peut n'y avoir qu'un seul abcès même dans le cas de septicémie, Garié et Sultan (10)], les autopsies et la fréquence de la guérison après pneumotomie le démontrent suffisamment : c'est, remarquons-le en passant, la condition nécessaire de la légitimité du traitement chirurgical.

On trouve fréquemment du liquide dans la plèvre du côté malade : c'est tantôt une pleurésie séreuse réactionnelle, tantôt un empyème résultant de l'ouverture du foyer septique dans la plèvre, il s'agit alors soit d'un foyer superficiel largement ouvert dans la cavité pleurale (M. Dieulafoy a bien décrit ces cas), soit d'un foyer profond qui communique avec la plèvre par un trajet long et étroit parfois difficile à trouver*.

Il est essentiel de savoir que la réaction pleurale se traduit souvent par la formation d'adhérences dont l'importance est considérable pour le chirurgien.

III

Symptômes et diagnostic. — *Le début* d'un foyer septique du poumon est le plus souvent observé par médecins. Ce sont des signes banaux de bronchopneumonie, de pneumonie ou de pleurésie qui ouvrent la scène... Dans quelques cas de gangrène aiguë, qui constituent l'exception, l'état général, d'emblée très mauvais, contraste avec les signes locaux, relativement peu importants, et fait penser à la formation d'un foyer gangréneux. Mais en général on pense à la formation d'une collection purulente parce que les signes locaux ne disparaissent pas, qu'il persiste une abondante expectoration purulente ou qu'il se produit une vomique. Dans d'autres cas, chez des sujets atteints d'une affection chronique des bronches, c'est l'augmentation de l'expectoration, la fréquence plus grande de la toux, l'apparition de la fièvre, l'aggravation de l'état général qui mettent sur la voie du diagnostic.

En règle générale le chirurgien ne voit ces malades qu'à la période cavitaire. A ce moment-là ces sujets toussent et crachent abondamment ; affaiblis et intoxiqués par une longue suppuration ils présentent les signes de l'hecticité : amaigrissement, teint jaunâtre, fièvre vespérale, sueurs nocturnes... L'haleine et l'expectoration sont parfois fétides, précocement ou tardivement, mais ce signe n'est pas pathognomonique, car on le rencontre dans les abcès, la gangrène, la bronchiectasie, les bronchites fétides,... et la différenciation d'après les seuls caractères de la fétidité est extrêmement aléatoire. Localement on trouve au sommet ou à la base, soit les signes d'une collection liquide intra-thoracique, voussure, diminution de l'amplitude des mouvements inspiratoires, matité, absence de vibrations,... soit ceux d'une cavité, tympanisme, souffle amphorique, gargouillement... Suivant le moment de l'examen on peut trouver sur le même sujet les uns ou les autres de ces signes et cette variabilité, traduisant l'état de vacuité ou de plénitude de la cavité intra-thoracique, acquiert pour le diagnostic de l'existence même de la caverne une importance considérable.

Ce tableau clinique rappelle tout à fait celui de la tuberculose pulmonaire, surtout lorsqu'il s'agit d'un foyer septique du sommet ; des hémoptysies fréquemment notées dans l'évolution des foyers septiques augmentent encore les ressemblances cliniques des deux affections ; c'est pourquoi l'*examen des crachats* prend une importance considérable, il permet souvent de trancher le diagnostic. La division par le repos des produits d'expectoration en trois couches superposées n'a aucune valeur pathognomonique, il n'en est pas de même de la présence de *gros lambeaux sphacéliques visibles à l'œil nu*, *de fibres élastiques ou de petits débris de sphacèle qu'il faut rechercher au microscope* ; ils témoignent certainement de la destruction du parenchyme pulmonaire par un processus septique. Ce n'est malheureusement pas un signe constant, et nombreux sont les cas dans lesquels on n'a pu les trouver. La recherche du bacille de Koch présente également une grande importance et son absence est une présomption en faveur du foyer septique banal.

A côté de cette *forme pulmonaire* que nous venons de décrire, il existe une *forme pleurétique* dans laquelle les signes de pleurésie enkystée ou libre voilent les symptômes cavitaires, de telle façon que c'est souvent seulement au cours d'une pleurotomie dirigée contre un épanchement pleural qu'on diagnostique le foyer septique du poumon*.

C'est quelquefois sous la *forme d'un abcès des parois thoraciques* que se manifestent les foyers septiques du poumon : il s'agit alors soit d'un empyème de nécessité, soit d'une propagation directe de l'infection à travers les plèvres adhérents [Garié 3 cas (10), Cummins (19), Vaugh (19), Pomerankeff 3 cas (20), Lop (21)...] ; ce sont des cas de cet ordre qui ont été les premiers opérés. Les chirurgiens ont fait des pneumotomies sans le savoir.

En somme la résorption des produits septiques contenus dans les foyers d'abcès ou de gangrène du poumon, mal drainés par les voies naturelles (expectoration, vomiques) produit les troubles organiques qui caractérisent l'intoxication chronique de l'organisme, l'hecticité.

L'existence même d'une cavité septique intra-thoracique est facile à reconnaître et l'étude des observations nous apprend qu'elle a été diagnostiquée dans la très grande majorité des cas. La nature de cette cavité est souvent plus difficile à préciser.

La pleurésie interlobaire offre les plus grandes ressemblances avec l'abcès du poumon. Théoriquement il est vrai, une zone mate bien limitée suspendue entre deux zones sonores est caractéristique de cette affection, la vomique serait plus tardive et non

---

diatement sous-pleural, entre le parenchyme pulmonaire et la plèvre épaissie (Garié et Sultan). Il serait d'ailleurs difficile de distinguer ces cas de pleurésies enkystées.

* Nous laissons de côté la question de savoir si la plupart des abcès du poumon ne sont pas des pleurésies interlobaires. Le diagnostic anatomique est souvent difficile, quelquefois impossible, *a fortiori* l'intervention opératoire est-elle impuissante à trancher la question.

* M. Dieulafoy décrit avec détail cette forme sous le nom de *pleurésie gangréneuse*, dans ses leçons sur *les pleurésies ozéneuses*. Le foyer gangréneux ne présente d'ailleurs le plus souvent en l'espèce qu'une importance secondaire, son traitement ne constitue qu'un épisode dans le traitement de la suppuration pleurale, et même très souvent le drainage de la plèvre suffit à assurer la guérison. Cette forme est bénigne, c'est seulement dans la statistique de Körte qu'elle est présentée comme grave : 7 décès sur 8 cas ; il s'agit, croyons-nous, dans l'expérience de l'auteur d'une coïncidence malheureuse.

précédée d'expectoration... Pratiquement le diagnostic est à peu près impossible.

La marche de la *bronchiectasie* est plus lente, les symptômes s'établissent progressivement, et lorsqu'on suit les malades depuis le début de leur maladie il est en général possible de faire le diagnostic. Plus tard ce diagnostic devient très difficile et la radiologie seule peut le trancher.

Il ne faut pas oublier de penser au *kyste hydatique* que la présence dans les crachats de crochets ou de membranes permettra de reconnaître.

Il est souvent difficile de différencier un *abcès du foie* ouvert dans les bronches d'un abcès pulmonaire, d'autant que chez les coloniaux la coexistence des deux localisations septiques est fréquente.

L'examen du foie qui n'est ni abaissé, ni douloureux, peut donner de précieuses indications, mais c'est encore la radiographie qui donne les renseignements les plus utiles à cet égard. Il faut savoir d'ailleurs que le processus de guérison peut être plus avancé sur le foie qu'au poumon et qu'un abcès de cet organe peut être causé par un abcès du foie déjà cicatrisé. (Loison, *Soc. de chir.*, 1906, p. 543.)

Le diagnostic de siège est pour le chirurgien le plus important, il est malheureusement sujet à de nombreuses contingences qui le rendent parfois très difficile. En vérité une précision absolue n'est pas indispensable à l'intervention chirurgicale, car nous pratiquons de larges thoracotomies.

Il n'est pas plus nécessaire de connaître avec une exacte précision le siège d'un foyer septique intrapulmonaire que celui d'un abcès cérébral, la chirurgie actuelle conseillant d'ouvrir une large voie d'accès dans un cas comme dans l'autre ; il n'en est pas moins évident que nous avons intérêt à faire à cet égard un diagnostic aussi précis que possible.

Trois procédés d'exploration nous permettent de chercher la solution de ce problème : 1° la percussion et l'auscultation ; 2° la ponction ; 3° la radiologie.

1° *Percussion et auscultation.* — Dans de multiples travaux, Tuffier (22) n'a cessé d'affirmer le peu d'exactitude de ces procédés d'exploration et il est admis par tous à l'heure actuelle que, en se fiant uniquement à leurs indications, on s'expose à de multiples erreurs.

Nous savons qu'une cavité même volumineuse peut ne se traduire par aucun signe d'auscultation [cas de Cayley et Lawson (23), de Rendu (24), de Körte (1) dans lequel un morceau de tissu sphacélé empêchait la communication de la caverne avec le milieu extérieur...]; nous savons aussi qu'une petite cavité centrale peut donner des bruits très forts. La sclérose péri-cavitaire, dans laquelle les ondes sonores se transmettent avec plus de facilité que dans le parenchyme pulmonaire normal explique ces différences ; il est probable aussi que les bruits intrapulmonaires se propagent en suivant l'air contenu dans les bronches. Or l'oreille qui ausculte a une tendance bien naturelle à localiser le siège des bruits cavitaires qu'elle entend au point où ils ont leur maximum d'intensité et à juger le volume de la cavité d'après cette même intensité, c'est la raison principale de la contingence de ses appréciations.

D'après son expérience personnelle et ses recherches bibliographiques, Tuffier a acquis la conviction que l'*oreille vise généralement trop bas* et qu'il faut tenir compte de celle donnée pour rectifier ses appréciations.

Delbet a dit que cette formule vraie pour la partie inférieure du poumon ne l'était plus pour la partie supérieure où l'oreille vise au contraire trop haut. Cette distinction ne présente pas une très grande importance, car elle porte précisément sur la partie de poumon où les erreurs sont le moins fréquentes en raison de son faible volume.

La surface de la paroi thoracique sur laquelle la sonorité normale est modifiée et sur laquelle on perçoit des bruits anormaux donne quelques indications pour permettre d'apprécier *les dimensions de la caverne.* Il semble aussi que l'abondance de l'expectoration puisse être d'un précieux secours pour établir ce point, en réalité une bronchorrée très abondante peut augmenter beaucoup l'expectoration ; chez un malade qui rendait 300 grammes de pus par jour, l'un de nous ne trouva plus qu'une petite caverne. (Tuffier, *Soc. de chir.*, 1900.)

On trouvera de nombreux exemples de ces erreurs d'auscultation dans la thèse de Dutar. Récemment Auvray (25) opéra un malade chez lequel les lésions paraissaient superficielles, il fut étonné de la profondeur à laquelle il dut enfoncer la lame du thermocautère pour ouvrir la caverne. Dans un cas de Bazy des lésions localisées à la base siégeaient à l'omoplate. Walther a rapporté un cas analogue (*Soc. de chir.*, 1900.)

2° *Ponction exploratrice.* — Si en prenant des précautions on est à l'abri d'une infection extérieure, l'aiguille peut parfaitement infecter la cavité pleurale ou la paroi thoracique avec les germes du foyer septique [Dieulafoy, Körte (1), Lassen (26) en ont rapporté quelques cas]. Mais en somme ces accidents sont rares et il n'est pas douteux qu'une ponction positive donne de très précieux renseignements sur l'existence d'un foyer septique et sa situation exacte.

Malheureusement les ponctions sont souvent négatives ; l'aiguille passe à côté d'un foyer trop petit ou trop profond, elle ne permet pas d'aspirer le pus trop épais, en outre elle peut pénétrer dans un petit foyer accessoire et méconnaître le foyer principal.

L'un de nous relevait en 1894 sur 34 cas d'abcès du poumon 6 ponctions négatives, soit 17,5 p. 100. Sur 30 cas nous en avons trouvé 7 négatives, soit 23 p. 100.

3° *Rayons X.* — Ce procédé est très diversement apprécié par les auteurs. Nous avons réuni 42 observations dans lesquelles il a été employé et de leur étude nous avons déduit les notions suivantes :

D'abord, c'est un fait que les résultats négatifs sont en somme peu nombreux et que l'examen radiologique* a dirigé avec sûreté l'intervention dans quelques cas dans lesquels l'imprécision des signes physiques ne permettait pas la localisation du foyer.

Le plus souvent il existe des signes cavitaires, et lorsque le foyer se manifeste à l'examen radiologique sous l'apparence d'une ombre à centre clair dont le siège coïncide avec celui indiqué par les signes physiques, on peut considérer qu'on a le

* Il est regrettable que la plupart des observateurs n'aient pas mentionné si l'examen radiologique avait été fait au moyen de la radiologie ou de la radioscopie. On sait que Béclère a montré l'insuffisance de la radiologie pour l'examen du thorax et la supériorité de la radioscopie : cependant celle-ci lui a donné un insuccès dans le cas de Disser (27).

maximum de certitude. Mais l'existence du centre clair, qui est lié à la vacuité de la caverne, est évidemment contingent. Plus souvent c'est sous l'aspect d'une zone plus sombre au centre d'une ombre que se présente le foyer, plus souvent encore sous l'aspect d'une ombre homogène, et ces renseignements corroborés par l'examen physique en général suffisent pour permettre de pratiquer la pneumotomie à l'endroit convenable. Lorsque les résultats de l'examen clinique et les renseignements fournis par la radiologie sont discordants, il nous semble logique de se fier à la radiologie dont l'exactitude ne saurait être mise en doute (sauf bien entendu erreur dans l'interprétation de ses images) plutôt qu'aux signes physiques dont nous avons montré la relativité.

Evidemment, il est nécessaire d'interpréter les résultats de l'examen radiographique et aussi de tenir compte de certaines causes possibles d'erreur : un petit foyer entouré d'une zone abondante de sclérose donnera une ombre très étendue, un épaississement pleural considérable donnera une ombre diffuse sur tout le champ pulmonaire, l'ombre du cœur cachera celle d'un foyer situé derrière lui... mais un examen attentif et réfléchi permet de diminuer l'importance de ces causes d'erreur.

La radiologie est appelée à rendre de grands services lorsqu'il s'agit de savoir si une collection est sus ou sous-diaphragmatique. L'un de nous a essayé de préciser les signes permettant de faire ce diagnostic. L'*abcès du dôme hépatique* se manifeste par une déformation de la limite supérieure de l'ombre hépatique, cette ombre aura un contour net qui sera le diaphragme refoulé. *Un abcès du poumon* se traduira par une ombre autour de laquelle l'atmosphère congestive ou les modifications de densité du parenchyme pulmonaire seront indiqués par une ombre mal limitée et floue. La constatation d'une bande claire ou moins sombre entre l'ombre et la coupole diaphragmatique présentera une grosse importance pour localiser la collection dans le poumon. Le *liquide de pleurésie* donne une ombre dont la limite supérieure est très floue et n'est pas à concavité inférieure comme la limite de l'ombre diaphragmatique. Le poumon présente rarement dans ces cas-là sa clarté habituelle, car il est fréquemment atélectasié. Un signe important permettra de reconnaître l'existence d'un *hydro ou d'un pyopneumothorax*, c'est la persistance de la ligne de niveau supérieure du liquide, quelle que soit la position du malade.

L'appréciation de ces différences est souvent d'ailleurs difficile, c'est la raison des hésitations et des erreurs de diagnostic. Mais il ne faut pas oublier que la radioscopie thoracique est encore une question à l'étude, cependant les progrès réalisés et les résultats obtenus permettent de bien augurer de l'avenir de cette méthode*.

L'un de nous a proposé de pratiquer *la ponction sous le contrôle de la radioscopie*, ces deux modes d'exploration se contrôlent ainsi et acquièrent une précision parfaite.

En somme, le diagnostic de localisation d'un foyer septique pulmonaire est certainement très délicat, la percussion, l'auscultation et la ponction donnent des résultats imprécis et contingents, mais grâce à la radiologie nous pouvons aller aujourd'hui à la recherche du foyer avec une quasi-certitude. L'expérience nous montre en effet que les renseignements donnés par ces trois méthodes, contrôlées les unes par les autres, sont le plus souvent exactes et pratiquement suffisantes. Les cas dans lesquels le foyer a été trouvé et drainé sont certainement en grande majorité; de plus, dans quelques cas dans lesquels le foyer n'a pas été trouvé, son ouverture ultérieure dans la plaie opératoire, ou les constatations nécropsiques ont montré qu'il existait là où les signes physiques avaient indiqué son siège. Les erreurs complètes de diagnostic sont en somme assez rares et nous avons l'absolue conviction qu'elles diminueront à mesure que l'on mettra plus logiquement en usage tous les moyens de diagnostic dont nous avons indiqué l'importance.

IV

Traitement. — Le traitement médical des collections septiques intra-pulmonaires consiste uniquement dans l'expectation à laquelle on peut ajouter l'administration de balsamiques ou de substances passant pour des antiseptiques pulmonaires, hyposulfite de soude, eucalyptus...

La galvanopuncture, les injections de perchlorure de fer, de teinture d'iode, de solution phéniquée, d'alcool créosoté n'ont plus de partisans à l'heure actuelle et tous les auteurs s'accordent à reconnaître que le seul traitement efficace est *la pneumotomie*.

Indications du traitement chirurgical. — La possibilité de la guérison spontanée des foyers septiques du poumon, qu'il s'agisse d'abcès ou de gangrènes, est un fait incontestable et la plupart des médecins ayant quelque pratique en ont observé des exemples.

Körte qui a de la chirurgie pulmonaire une grande expérience, Frænkel qu'il cite comme référence, ne mettent pas ce fait en doute pour les collections purulentes, mais Körte considère que la décomposition putride des sécrétions contenues dans la caverne, et la transformation gangréneuse, traduites par la fétidité de l'haleine et de l'expectoration marquent la limite habituelle de la guérison spontanée.

La guérison spontanée de la gangrène pulmonaire a été admise par la plupart des membres de la Société de Chirurgie de Paris, au cours de récentes discussions.

Cela paraît donc un fait bien établi, mais lorsque nous avons voulu fixer par des chiffres la fréquence de cette évolution, nous avons été fort embarrassés. Pour les abcès, proprement dits, aucune statistique médicale ne nous a renseignés.

Pour la grangrène, il n'existe que les statistiques citées partout de Lebert : 26 morts sur 32 cas; Hunkington : 21 morts sur 32 cas; Bonome : 7 morts sur 7 cas, soit 54 morts sur 71 cas ou 76 p. 100 de mortalité.

Ces chiffres sont malheureusement anciens et n'ont de ce fait qu'une valeur très relative; l'imprécision et l'insuffisance du diagnostic, à l'époque où ils ont été publiés, rendent légitimes cette défiance. Il y aurait lieu de reprendre avec soin cette question et d'étudier, sous le contrôle de nos moyens actuels de diagnostic, l'évolution et le pronostic des cavités septiques du poumon.

A l'heure présente il nous est seulement possible d'énoncer le fait d'indiquer la possibilité de la guérison spontanée, mais il est fort important de ne pas

* La multiplicité ou l'unicité des foyers constitue un gros problème pour la solution duquel la radiologie doit être d'un grand secours. Cependant jusqu'à ce jour les résultats n'ont pas été bons, la plupart des foyers multiples sont passés inaperçus sur l'écran radioscopique.

l'oublier, sous peine de s'exposer à des mécomptes semblables à celui de Körte qui, ayant proposé une pneumotomie qu'il croyait parfaitement indiquée par les caractères d'un abcès du poumon, vit guérir spontanément le malade qui avait refusé l'intervention.

Le mécanisme de la guérison spontanée est le drainage naturel par voie bronchique, or la seule prétention du traitement chirurgical étant de lui substituer un drainage cutané artificiel, le problème se ramène à préciser le moment où le drainage naturel devenant insuffisant, il importe de lui substituer un drainage opératoire.

Tous les chirurgiens n'ont pas à cet égard la même façon de voir. Terrier considérait que le seul diagnostic de la collection purulente, impliquait son ouverture immédiate. Körte pense qu'il faut traiter médicalement toute cavité dans laquelle ne se produit pas de décomposition putride *...

Sauf tous les cas dans lesquels l'ancienneté de l'affection, l'état général précaire, montrent la nécessité de l'intervention immédiate, la plupart des chirurgiens ne se sont décidés à opérer qu'après avoir observé leurs malades pendant quelques jours. C'est parce qu'ils ont vu empirer l'état général, apparaître la fièvre,... parce qu'ils ont observé la persistance ou la recrudescence d'accidents septiques imputables à l'évacuation insuffisante du foyer pulmonaire, qu'ils ont conseillé l'intervention opératoire. C'est la règle de conduite qu'il convient d'adopter. *De l'observation attentive du malade, de l'évolution de la maladie, le chirurgien tirera la conviction que l'opération est nécessaire; il n'y a pas de signes précis indiquant l'impossibilité de la guérison spontanée.*

D'ailleurs si l'insuffisance du drainage commande l'opération, elle n'est pas suffisante à la légitimer. *La multiplicité des foyers* sur le même poumon, si elle constitue une aggravation considérable du pronostic opératoire, n'est cependant pas une contre-indication de l'opération, mais *l'existence de foyers multiples bilatéraux ne permet pas l'action chirurgicale.* Il importe que le siège du foyer soit précisé, quelques-uns ajoutent qu'il doit être localisé dans une zone abordable. Cette restriction que l'on trouve encore dans le travail d'Auvray n'est guère justifiée, nous semble-t-il, à l'heure actuelle : on n'hésite pas pour trouver une collection septique à pratiquer dans le parenchyme pulmonaire des tunnels de 8,10 et même 14 centimètres de long; quelles sont alors les zones inabordables ?

Traitement chirurgical. — Le nombre des pneumotomies pour abcès ou gangrène, dont la relation est actuellement publiée, est considérable. En outre des observations réunies pour le rapport du congrès de Moscou, nous en avons trouvé environ 180**, ce qui porte à 300 environ le nombre des observations qui nous ont permis d'étudier cette question et de rédiger ce mémoire.

Nous ne décrirons pas la pneumotomie, nous mettrons seulement en lumière les particularités

* Frœnkel (**Deut. med. Woch.**, 1903, p. 201) pense que les abcès consécutifs à la pneumonie ont une tendance à la guérison spontanée tandis que ceux consécutifs à la grippe doivent être opérés.

** Deux statistiques ont une grande valeur parce qu'elles résument chacune la pratique d'un seul chirurgien : c'est d'après 60 cas opérés par Lenhartz que Kissling a écrit son mémoire, ce sont 40 cas de pratique personnelle qui servent de base au travail de Körte.

qu'elle présente lorsqu'on l'applique aux foyers septiques.

L'*anesthésie* est nécessaire pour pratiquer ces interventions souvent longues et délicates. Quelques chirurgiens surtout en Allemagne se contentent de l'*anesthésie locale* suivant la méthode de Schlent ou à la cocaïne. Nous croyons que l'*anesthésie générale* est nécessaire dans la plupart des cas. Doit-on employer le chloroforme ou l'éther? Ce dernier ne mérite peut-être pas en chirurgie pulmonaire l'ostracisme dont quelques-uns ont voulu le frapper, et lorsqu'il est convenablement administré, la bronchopneumonie post-opératoire ne constitue pas un danger bien considérable. Il est bon, comme l'a déjà indiqué Villière (28), comme y ont insisté Delagenière (29), Friedreich (30) et Guibourg (31), de ne pas endormir complètement le malade et de suspendre l'anesthésie dès l'ouverture des plèvres; on rend ainsi moins dangereuse l'introduction dans les bronches de pus ou de débris sphacéliques qui peut se produire au cours de la recherche de la collection septique. On n'occasionne d'ailleurs pas de grandes souffrances au malade car les manœuvres sur la plèvre ou le poumon sont à peu près indolores.

Ouvrir une large voie d'abord sur le poumon par des résections costales larges et multiples, tel est le premier principe qui doit guider nos interventions. Cette conduite a le double avantage de faciliter la recherche du foyer septique et de rendre plus rapide la guérison en permettant l'affaissement ultérieur de la paroi thoracique*; nous avons de plus la conviction que dans des cas nombreux cette seule intervention peut permettre la guérison en maintenant la vacuité du foyer septique par l'affaissement de ses parois [observation de Poisson in thèse de Chevalier (32); Tuffier, Delbet, Gandier : Société de chirurgie (1905**)]. Malgré les deux cas de mort rapportés par Berger [cités dans la thèse de Villière (28)] survenus par suite des troubles profonds apportés dans le mécanisme respiratoire par la costectomie, l'expérience nous enseigne que cette opération est sans gravité quand le poumon opposé est sain. Il ne faut pas nous étonner si les cas dans lesquels on a pratiqué la pneumotomie sans résections costales n'ont donné que de mauvais résultats (sauf dans les cas de plèvre putride avec petit foyer pulmonaire superficiel), et si la guérison définitive n'a pu être obtenue dans certains cas que par des résections costales secondaires qu'il y aurait eu, semble-t-il, tout avantage à faire d'emblée.

Il n'y a pas de règles fixes *pour tracer le lambeau*, chaque chirurgien procède à sa façon et se guide sur les indications du cas particulier pour déterminer la forme et le siège de l'incision. Il semble utile d'attaquer l'abcès à sa partie inférieure pour en obtenir ultérieurement le drainage à la partie déclive et c'est sur cette seule considération que se sont appuyés beaucoup de chirurgiens pour établir le siège de leur incision primitive, se réservant d'agrandir la brèche dans un sens ou dans un autre suivant les in-

* De Cerenville et Truc (Soc. de chir. de Lyon, 1885) insistent déjà sur cet avantage : « C'est, disent-ils, une nouvelle application de l'opération de Letiévant-Estlander ». Thirion (Cong. de chir., 1888) dit avec juste raison qu'il vaut mieux réséquer deux côtes de trop qu'une de moins.

** Cependant dans un cas publié par Kissling la résection large des côtes n'a amené qu'une guérison temporaire, au bout de neuf mois Lenhartz a dû pratiquer la pneumotomie.

dications fournies au cours de l'opération par la disposition du foyer.

La traversée de la plèvre est en général facile car l'existence d'adhérences solides est la règle, aussi Körte (1) ne croit-il pas à l'utilité de la chambre pneumatique dans un cas particulier. L'absence d'adhérences ou leur laxité que l'on observe quelquefois constituent une complication : l'infection pleurale qui peut en être la conséquence a été dans quelque cas mortelle [Freiberg (33), Thue (34), Zezas (35)]. Le cas échéant la suture des plèvres s'impose, elle ne donne cependant pas une sécurité absolue, on a observé des pleurésies purulentes même après qu'on l'avait pratiquée (de Cerenville et Roux (36), Thue (34)]. Peut-être est-il préférable dans ces cas-là d'*opérer en deux temps* et de n'ouvrir le foyer septique qu'après avoir déterminé la formation d'adhérences par le tamponnement, l'application de chlorure de zinc (procédé de Quincke) ou la suture des plèvres. Lenhartz (3) a même pratiqué systématiquement l'intervention en deux temps lorsqu'il existait des adhérences suffisantes; nous préférons dans ces cas l'intervention en un seul temps.

Quelle conduite doit-on tenir si on trouve une pleurésie putride libre ou enkystée? Elle est souvent due à une forme bénigne, superficielle, du foyer septique dont la simple pleurotomie suivie du drainage de la plèvre suffit à amener la guérison, sans qu'il soit nécessaire de rechercher le foyer septique ni de pratiquer des résections costales [Bull (37), Krecke (9), Lutzenberger (38), Nikitin (39), Rochelt (40), Zielewicz (41), Korobkin (42), Traupel (43), Dieulafoy (44)]. Il peut au contraire exister un foyer pulmonaire communiquant avec la plèvre par une fistule étroite, insuffisamment drainée, et dont l'ouverture est nécessaire pour obtenir la guérison. Il importe en présence d'une pleurésie gangréneuse de penser à cette éventualité et de rechercher ces pertuis, de découverte difficile. En pratique les chirurgiens se sont contentés de drainer la plèvre, le foyer septique s'est spontanément drainé secondairement, ou bien les phénomènes généraux persistant il a fallu rechercher le foyer [Pomerankeff (20), von Klatowski (45), Tubenthal (46), Rankin (47), Spence (48), Fairchild (49)].

La plèvre traversée, il s'agit de découvrir le foyer intra-pulmonaire. L'exploration digitale permet parfois de sentir de la fluctuation ou une zone d'induration qui marquent le siège de la collection septique. C'est à ce moment que la *ponction exploratrice* est le plus utile, elle permet de préciser la situation exacte du foyer que sent le doigt. Elle cherche et découvre, parfois un peu au hasard, des foyers que le doigt ne peut sentir et, de plus, l'aiguille laissée en place, une fois le pus trouvé, est un guide sûr pour arriver jusqu'à la cavité. Pendant l'opération, la ponction exploratrice ne présente pas les mêmes dangers qu'au lit du malade: l'infection n'est plus à craindre puisque le drainage large du foyer suivra sa découverte. L'hémorragie n'est pas non plus beaucoup à redouter*. C'est une complication tout à fait exceptionnelle qui ne doit pas nous faire renoncer aux précieuses indications fournies par la ponction.

Un certain nombre de chirurgiens n'ont pu, malgré tout, découvrir les foyers septiques. Mais cependant leur intervention, bien que purement exploratrice, n'a pas été inutile, car le foyer s'est, en général, ouvert spontanément dans le trajet opératoire quelques jours après.

*L'incision du tissu pulmonaire** est extrêmement simple lorsqu'il s'agit d'ouvrir un foyer superficiel, mais elle est plus difficile lorsqu'il faut rechercher un foyer profondément situé, et on conçoit de quel secours peut être alors la ponction.

Pour assurer un drainage aussi parfait que possible du foyer septique, une fois qu'il est ouvert, il faut, d'abord, enlever le pus, les débris aphacéliques qu'il contient, au moyen de tampons montés: puis il importe d'en explorer soigneusement les parois afin de savoir s'il n'y a pas de diverticules, de recessus où la stagnation du pus pourra se faire. Pour cette exploration, l'emploi de l'éclairage électrique [Körte**] peut évidemment rendre de grands services. *Les lavages* de la cavité ne sont guère recommandables, quelque liquide que l'on emploie ; ils présentent de nombreux inconvénients: inondation des bronches, toux et suffocation, greffes des particules gangréneuses et, pour compenser ces dangers, n'ont aucun avantage appréciable.

Quelques accidents peuvent survenir au cours de ces interventions. Nous n'insisterons pas ici sur le *pneumothorax* qui, dans quelques cas, très rares, a obligé le chirurgien à interrompre l'opération. *Les hémorragies* sont, en général, peu redoutables; *pariétales*, il est facile de s'en rendre maître par la ligature ou la forcipressure; *pulmonaires*, elles sont rarement très abondantes et ont toujours cédé au tamponnement. Leur seul inconvénient est de ne pas permettre la terminaison de l'opération.

Les troubles de la respiration, dyspnée, suffocation, dus à l'irruption dans les bronches du pus d'une vomique ou de lambeaux de sphacèle, provoquent seulement des troubles passagers, ils sont très atténués si l'on prend soin, comme nous l'avons conseillé, de ne pas endormir complètement les opérés.

Bien entendu, c'est la réunion par seconde intention que l'on recherche, et il est important qu'elle se fasse de la profondeur vers la superficie afin d'éviter les fistules consécutives ou les récidives***.

Les pansements ont une grande importance dans l'évolution de la plaie opératoire. Il faut d'abord faire

* Cependant le malade d'Andrevis (Thèse de Moullon. obs. IV) est mort d'hémorragie.

* Pour inciser le tissu pulmonaire, quelques chirurgiens préfèrent le bistouri, d'autres le thermocautère. Les dangers d'hémorragie sont évidemment moindres avec ce dernier et Terrier le conseillait pour les cas dans lesquels la sclérose péri-cavitaire est peu abondante, tandis qu'il employait plus volontiers le bistouri s'il fallait traverser du tissu fibreux dense. Tuffier a insisté sur l'avantage que présente l'action antiseptique du feu employé pour avoir un foyer très septique.

** Cité par Auvray (25).

*** Perthes a tenté de faire mieux : il a extirpé les parois d'un abcès *in toto* comme une tumeur, et appliqué directement sur la surface pulmonaire cimentée la peau mobilisée par résection costale : il aurait obtenu une guérison parfaite sans scoliose consécutive. C'est la seule tentative de ce genre que nous connaissions, l'avenir nous dira ce que vaut ce procédé; mais *a priori* il ne paraît pas très recommandable, autant à cause des dangers d'hémorragie que peut faire craindre la large résection pulmonaire qu'il comporte, qu'à cause des inconvénients qui résultent de l'inclusion dans les tissus de germes septiques qu'il est difficile d'enlever en totalité. Jusqu'à plus ample informé, c'est à la cicatrisation par seconde intention qu'il faut demander la guérison des cavités septiques du poumon, et il appartient au chirurgien de la diriger de façon à obtenir une bonne guérison.

un tamponnement de la cavité à la gaze, assez serrée pour éviter les hémorragies. Puis au bout de quelques jours, le plus tard possible, le premier tamponnement étant laissé en place aussi longtemps que le permet l'état général du malade, il faut établir le drainage. *Le choix du drain* a grande importance, il faut employer un drain souple afin qu'il ne produise pas d'ulcérations vasculaires, il faut aussi pour la même raison le changer de place de temps en temps afin d'éviter son trop long contact avec un même point de la cavité suppurante. C'est grâce à la gaze qu'il met autour du drain que le chirurgien peut diriger convenablement la cicatrisation; il suffit de faire un tamponnement lâche dans la profondeur, tandis qu'il est serré au niveau de la surface cutanée, pour obtenir la cicatrisation du fond à la surface nécessaire à la bonne guérison. Garié et Sultan insistent avec juste raison sur ce point, dont ils considèrent l'importance comme capitale.

Résultats immédiats. — Complications post-opératoires. — Les premiers résultats donnés par l'opération sont : la diminution de la toux, de l'expectoration et la disparition de la fétidité des crachats, enfin la chute de la température. Souvent ce résultat est obtenu tout de suite, plus souvent les accidents s'amendent quotidiennement. Il n'est pas rare de voir, pendant quatre ou cinq jours après l'opération, le malade présenter de la fièvre qu'explique la résorption de produits septiques durant l'opération. Il est fréquent d'observer, dans les jours qui suivent, des poussées fébriles, coïncidant avec une augmentation de la fétidité des sécrétions cavitaires. Les faits tendent à démontrer que le simple passage de l'air suffit dans ces cas-là à annihiler l'action des microbes saprophytes et à faire disparaître la fièvre ainsi que la fétidité. Le passage continu dans la plaie d'un courant d'oxygène nous a donné d'excellents résultats.

Après l'opération, l'état général se relève rapidement. Grâce à des pansements et à un drainage méthodique, la caverne se comble régulièrement et dans les cas les plus heureux la guérison complète sans fistule est obtenue au bout de huit à dix semaines. Alors la disparition des signes physiques, le retour de la transparence pulmonaire aux rayons X témoignent, dans quelques cas, du degré de perfection de cette guérison.

Complications septiques. — La persistance de la fièvre ou sa réapparition qui se manifeste sous forme d'accès à grandes oscillations, la non-amélioration de l'état général indiquent une évacuation insuffisante et commandent d'en rechercher soigneusement la cause. L'établissement d'un drainage rationnel au point déclive, l'ouverture plus large du foyer septique permettent parfois d'obtenir la chute de la température. Dans d'autres cas c'est un cul-de-sac passé inaperçu au cours de la première opération, ou un abcès diverticulaire ouvert dans la cavité principale par un pertuis étroit qu'il faut drainer, c'est un corps étranger qu'il faut enlever [Kissling (3)] pour faire disparaître les phénomènes septiques.

Chez d'autres malades c'est un foyer non ouvert ou la formation d'un nouvel abcès qui sont cause de l'augmentation permanente de la température. Leur recherche a nécessité dans quelques cas des opérations multiples. C'est seulement après six interventions dans un cas, cinq dans un autre, que Lenhartz est arrivé à guérir deux de ses malades. Les rayons X ont rendu à cet auteur de précieux services dans les faits de cet ordre et sont appelés à en rendre pour indiquer la cause de l'élévation permanente de la température, soit en montrant la persistance d'une ombre ou d'une partie d'une ombre, constatée avant l'opération, indice d'un drainage incomplet, soit en montrant la formation d'un nouveau foyer.

Abcès du cerveau. — Ils sont responsables de la mort dans quelques cas [Lenhartz (3), 2 cas; Tuffier (49)]. Ils n'ont donc pas ici l'importance qu'ils présentent dans les bronchiectasies*.

L'*hémorragie post-opératoire* est une des complications les plus redoutables**. L'accident se produit en général au cours d'un pansement ou à l'occasion d'un effort. Dans quelques cas heureux le tamponnement a pu arrêter l'hémorragie, dans d'autres les malades ont succombé avec une rapidité que l'abondance de l'hémorragie ne suffit pas à expliquer [Walsham (52), Mackay (53), Tuffier]. La meilleure conduite à tenir est de tamponner; dans quelques cas très rares, il a été possible de pincer l'artère et de faire l'hémostase directe (Jordon). Nous avons réuni 14 observations d'hémorragies post-opératoires, dont 9 sont antérieures à 1897; 6 de ces cas se sont terminés par la mort.

La *toux persistante* est à peine une complication, il est très facile d'y porter remède, soit en retirant un peu le drain dont l'extrémité irrite une bronche et cause ce phénomène réflexe, soit en déplaçant une mèche de gaze qui agit de la même façon (expérience de Frœntzel).

La *mortalité opératoire* est très considérable, les diverses statistiques donnent à cet égard des chiffres à peu près identiques.

En 1897, Tuffier nous avait donné les chiffres suivants :

Abcès	guérisons.	33	mortalité, 23 p. 100
	morts	10	
Gangrène	guérisons.	42	mortalité, 40 p. 100
	morts	29	

Statistique de Garié et Sultan :

Abcès	guérisons.	75	mortalité, 22 p. 100
	morts	21	
Gangrène	guérisons.	80	mortalité, 39 p. 100
	morts	42	

Statistique d'Auvray (1904) :

Gangrène = mortalité, 34 p. 100

Statistique de Kissling (Lenhartz), 1906 :

Gangrène	guérisons.	39	mortalité, 35 p. 100
	morts	21	

Statistique de Körte (1908), 38 cas de gangrène ou abcès du poumon :

	Total.	Guérisons.	Morts.	Mortalité.
Opérés par pneumotomie.	28	20	8	28,5 %
Guérison spontanée	1	1		
Empyème putride par gangrène	8	1	7	

* Il n'est pas douteux qu'il faut accuser de leur production non pas la pneumotomie, comme le voulait Bresard (50), mais bien l'infection pulmonaire elle-même et l'embolie consécutive.

** Voir la thèse de Latruffe (51), les conditions histologiques de ces hémorragies y sont bien étudiées.

En réunissant les cas publiés isolément, nous avons trouvé :

Abcès ou gangrène.	guérison.	59	mortalité, 28 p. 100
	mort....	23	

En tenant compte de l'étiquette abcès ou gangrène portée par les observations :

Abcès ...	guérisons.	36	mortalité, 18 p. 100
	morts	8	
Gangrène.	guérisons.	24	mortalité, 35 p. 100
	morts	14	

Il y a peu de chapitre de pathologie où l'on puisse voir ainsi concorder toutes les statistiques! *Nous pouvons donc admettre que la mortalité est de* 30 p. 100.

Mais les faits qui composent ces statistiques sont souvent disjoints : il n'y a aucune comparaison possible, par exemple, entre un foyer gangréneux opéré *in extremis*, et un foyer purulent simple ouvert chez un individu en bon état général et cependant ces deux faits figurent sur le même pied dans les statistiques. Mais quand on veut établir des degrés de gravité on éprouve pour le classement des observations de telles difficultés qu'il faut y renoncer.

Il faut cependant reconnaître que le chiffre de 30 morts p. 100 ne présente pas la mortalité de la pneumotomie pour foyer septique exécuté dans des conditions normales. Si la mortalité est toujours considérable dans cette opération malgré les progrès incontestables de la chirurgie pulmonaire, c'est en réalité, parce qu'on a opéré dans ces dernières années nombre de cas dans lesquels on n'aurait pas osé intervenir autrefois, et ce sont eux qui, en apparence, obcurcissent et aggravent nos statistiques.

Il serait important de classer les observations de foyers septiques suivant leurs cours étiologiques, un foyer septicémique ne présentant évidemment pas le même pronostic qu'un abcès aigu pneumococcique. Tuffier, Kissling ont essayé cette classification.

Dans un grand nombre des observations que nous avons recueillies, il est bien difficile de distinguer l'étiologie des foyers septiques* et les chiffres que nous pourrions donner n'auraient qu'une valeur relative. De leur étude se dégage la gravité des formes consécutives à la scepticémie, à la bronchiectasie, à l'introduction de corps étrangers, et au contraire, la bénignité relative des formes consécutives aux affections aiguës broncho-pulmonaires. Comme celles-ci sont au total les plus nombreuses, on peut conclure de ce qui précède que *le pronostic opératoire des foyers septiques du poumon est favorable lorsqu'ils sont opérés en temps opportun.*

Résultats éloignés. — C'est le paragraphe le plus important de cette étude des foyers septiques du poumon, duquel nous devrions pouvoir tirer le plus grand argument pour ou contre l'intervention opératoire. Malheureusement les documents manquent tout à fait de précision à cet égard. La thèse de Disser (27), qui prétend traiter « des résultats tardifs des opérations pour gangrène pulmonaire », ne contient que peu d'observations recueillies dans la littérature. Un des cas les plus intéressants est celui de l'auteur lui-même, qui se trouvait en excellente santé deux ans après l'intervention. Parmi les 38 cas rapportés par Kissling (3), il en est seulement deux qui paraissent avoir été suivis assez longtemps pour qu'on puisse véritablement affirmer la guérison. Sur 20 cas guéris opératoirement, Körte a pu suivre 10 malades, l'un mourut deux ans après d'une pleurésie purulente du côté opposé au côté opéré, les lésions de celui-ci étaient tout à fait guéries, un autre malade ne guérit qu'après une seconde intervention, quant aux 8 autres leur état était satisfaisant. C'est la statistique la plus optimiste. Les auteurs s'accordent au contraire à affirmer la fréquence des récidives (voir Discussions, à la Société de chirurgie, 1903) et la nécessité dans des cas trop nombreux d'opérations successives, ce qui aggrave considérablement le pronostic des pneumotomies pour foyers septiques.

Il faut, et c'est la seule conclusion ferme qu'il nous paraît légitime de tirer de la lecture des observations, bien distinguer entre les foyers septiques aigus francs dont le pronostic est bon, la guérison opératoire facile, et les foyers développés sur des poumons atteints de lésions chroniques sur lesquelles la moindre poussée inflammatoire pourra occasionner des récidives graves et dont le pronostic est très mauvais.

* Remarquer que Kissling a dans sa statistique des observations de Lenhartz, placé 24 observations sous la rubrique de cause indéterminée. On conçoit dès lors les difficultés que comporte cette détermination pour des faits appartenant à des auteurs divers.

BIBLIOGRAPHIE

1. Körte. *Arch. f. klin. Chir.*, 1908, Hft. 1, p. 1062.
2. Lenhartz. Cité par Körte. Sa statistique est publiée par Kissling.
3. Kissling. *Mitteil. a. d. Hamb. Staatsk.*, avril 1908.
4. Baron. *Berl. klin. Woch.*, 1908, anal. in *Semaine méd.*, 1908, p. 241.
5. Ramsay. *Ann. of Surg.*, 1890, t. XI, p. 34.
6. Cohen. Th. de Fribourg, 1903.
7. Lapointe. *Bull. de la Soc. anat.*, 1905, p. 717.
8. Tuffier. *Chirurgie du poumon*, Paris 1897, p. 118.
9. Krecke. *Münch. med. Woch.*, 1891, p. 399.
10. Garié et Sultan. *Beit. f. klin. Chir.*, 1902, p. 504.
11. Sonnenburg, Solmann, cité par Garié et Sultan (10).
12. Bunting. *Arch. f. Schiff u. Trop. Hygn.*, 1906, n° 3, p. 73.
13. Lafleur. *John Hopk. Hosp.*, 1891, in Bunting (12).
14. Loison. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1908, p. 187.
15. Marion. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1908, p. 157 (rapport de Tuffier).
16. Ossigriegner. *Brun's Beit. z. klin. Chir.*, Bd. XLIII, p. 247, cité in Körte (1).
17. Opie. *John Hopkins Hosp.*, 1901, p. 217.
18. Terrier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 741.
19. Cummins, Vaugh. Cités par Morillon. Th. de Paris, 1896-1897, n° 250, p. 12.
20. Pomerankeff. *Chirourgia*, 1899, p. 301.
21. Lop. *Soc. de chir.*, 1908, rapport de Faure.
22. Tuffier. Voir Dutar. Th. de Paris, 1898-1899, n° 501.
23. Cayley et Lawson, *Brit. med. Journ.*, 1879, t. I, p. 550.
24. Rendu. Cité par Dutar (22).
25. Auvray. *Presse méd.*
26. Lassen. Inaug. Dissert., Kiel 1886, obs. de Quincke.
27. Desser. Th. de Paris.
28. Villière. Th. de Paris, 1897-1898, n° 200.
29. Delagenière. *Arch. prov. de chir.*, 1901.
30. Friedreich. *Cong. de Berlin*, 1901.
31. Guibourg. Th. de Paris, 1907-1908, n° 107.
32. Chevalier. Th. de Paris, 1905-1906, n° 307.
33. Freiberg. *Meditzina St-Pétersbourg*, 1889, t. I, n° 50.

34. Thue. *Nordiskt. Magaz.*, 1891, p. 771.
35. Zezas. *Corresp. Blatt. f. Schw. Ærtze*, 1887, p. 455.
36. De Cerenville et Roux. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1892, p. 229.
37. Bull. *Nordiskt med. Arch.*, 1881, n° 17.
38. Lutzenberger. Th. de Halle, 1894.
39. Nikitin. *St-Petersbourg med. Woch.*, 1893, n° 42.
40. Rochelt. *Wien. med. Presse*, 1886, p. 1235.
41. Zielewicz. *Deut. med. Woch.*, 1887, p. 238.
42. Korobkin, in Fabricant. *Chir. Viest.*, 1894, p. 763, obs. XXVIII.
43. Traupel. *Münch. med. Woch.*, 1903, p. 197.
44. Dieulafoy. *Clin. de l'Hôtel-Dieu.*
45. Von Klatowski. Th. de Kiel, 1903.
46. Tubenthal. *Deut. milit. Zeit.*, 1898, p. 532.
47. Rankin. *Brook. med. Journ.*, 1904, p. 194.
48. Spence. *Brook. med. Journ.*, 1904, p. 195.
49. Fairchild. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 1899, p. 811.
— Tuffier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, p. 767.
50. Bresard. Th. de Paris, 1896-1897, n° 273.
51. Latruffe. Th. de Paris, 1896-1897, n° 564.
52. Walsham. *St Bartholom. Hosp. Rep.*, 1889, t. XXV, p. 253.
53. Mackay. *Inter. Q. S. and S. Melbourne*, 1894, t. I, p. 52.
54. Tuffier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, pp. 676, 769.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1909)

Sur la fatigue engendrée par les mouvements rapides. — M. A. Imbert. Un certain nombre de travaux professionnels consistent essentiellement en mouvements rapides, sans production en quantité appréciable de travail extérieur ; c'est en particulier le cas des ouvrières plieuses dans les usines où se fabriquent les bougies, le chocolat ; dans les manufactures de tabacs, etc.

Les recherches de M. Imbert lui ont montré que des mouvements rapides, sans production en quantité appréciable de travail mécanique extérieur, engendrent assez rapidement une fatigue qui peut être mise objectivement en évidence par des tracés ergographiques, et dont le degré peut être, chez certains sujets tout au moins, assez élevé.

Action d'eaux minérales et de sérums artificiels radioactifs sur la survie d'organes ou d'éléments cellulaires isolés du corps (muscles lisses et striés, globules rouges, spermatozoïdes). — M. C. Fleig.

L'acidité du lait des vaches tuberculeuses. — M. A. Monvoisin. L'hypoacidité des laits de vaches tuberculeuses paraît être corrélative de l'envahissement de la mamelle par les bacilles de Koch. Une mamelle fournissant du lait dont l'acidité est inférieure au taux normal est une glande déjà tuberculisée, quoique l'examen le plus délicat ne puisse faire soupçonner la tuberculose mammaire.

En l'absence de l'épreuve à la tuberculine, le dosage de l'acidité du lait récemment recueilli permettra de fixer la nature d'une mammite douteuse. On pourra conclure à la tuberculose mammaire si le lait est hypoacide, même si l'examen microscopique du culot de centrifugation ne décèle pas la présence de bacilles de Koch.

Tout lait qui, au sortir de la mamelle, présente une acidité inférieure au chiffre minimum normal devra être impitoyablement exclu de l'alimentation des enfants.

Les grumeaux que l'on constate dans les laits tuberculeux ne sont pas produits, comme cela existe dans les autres mammites, par la précipitation des matières albuminoïdes sous l'influence simultanée de l'acide lactique et de la présure d'origine microbienne.

XXIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[Paris, 4-9 octobre 1909 (1).]

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

M. Gayet (de Lyon) a observé un cas de *dislocation verticale de l'estomac* ; il décrit l'opération compliquée à laquelle il eut recours et pense que cette lésion est le fait d'un arrêt de la torsion intestinale et reconnaît une cause congénitale.

M. Malherbe (de Nantes), à l'occasion d'un cas de pylorectomie pour cancer, guéri depuis sept ans, dit qu'il faut opérer au plus vite les tumeurs malignes de l'estomac.

M. Monprofit (d'Angers) revient sur la *cholécystentérostomie en Y* qu'il avait préconisée au dernier Congrès. Il en présente un nouveau cas heureux pratiqué pour un cancer inopérable de la tête du pancréas.

M. Legueu rapporte un cas d'*entorse du foie* constituée par la déchirure des ligaments du foie et particulièrement du ligament suspenseur.

M. Thévenot (de Lyon) rapporte l'observation d'une *plaie de la rate par coup de couteau* guérie par la suture, grâce à une laparotomie sus-ombilicale avec large débordement transversal.

La suture, quand elle est possible, est le traitement de choix des plaies de la rate ; la splénectomie doit être réservée aux plaies contuses et aux écrasements.

M. Soubbotitch (de Belgrade) est intervenu vingt et une fois pour des lésions de la rate, dont sept fois pour des lésions traumatiques ; il cite un cas de rupture de la rate guéris par splénectomie dans un cas de rupture de ce viscère à la suite de violentes quintes de toux chez un paludique.

M. Zawodski (de Varsovie) cite cinq cas heureux de splénectomie, dont un cas de splénectomie partielle. Il a dû renoncer aux sutures à cause de la friabilité du tissu splénique se sectionnant sous la traction même modérée des fils.

M. Brunswick-le-Bihan (de Tunis) lit un travail sur l'occlusion intestinale par torsion du mésentère.

M. Lardennois (de Reims) revient sur l'*anastomose entéro-rectale par le procédé du porte bouton.* Il a perfectionné ce procédé, qui fit le sujet de sa thèse et relate dix observations qui toutes ont été suivies d'une guérison opératoire et d'une survie appréciable.

M. Verhoogen (de Bruxelles) emploie pour l'*extirpation du rectum* le procédé suivant :

Il emploie l'ischémie de la partie inférieure du corps par le garrot de Momburg et met son opéré dans la position ventrale de Depage. Il opère ensuite par une méthode analogue à la méthode coccygienne décrite par Kocher. Incision longitudinale allant de la base du coccyx dans le pli interfessier jusqu'à l'anus, qu'elle contourne. Le sphincter est conservé

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 113, p. 1411 ; 116, p. 1451 ; 117, p. 1462 ; 120, p. 1498, et 122, p. 1524.

et suturé ensuite. Dissection et abaissement du rectum progressivement amené à l'ancien anus, où il est fixé. Pas de ligature. Drainage de l'espace présacré. Suture de la plaie.

Sur sept cas, deux récidives rapides, quatre guérisons par première intention et continence du nouvel anus, une guérison par deuxième intention, avec anus trop large et incontinent.

M. Brin (d'Angers) relate l'histoire complexe d'un malade atteint de *tumeur du côlon transverse.*

Dans une première intervention il fait un anus cæcal; dans une deuxième opération, neuf jours après, il extirpe la moitié gauche du côlon transverse et la partie supérieure du côlon descendant avec fermeture des deux bouts très éloignés l'un de l'autre. Six semaines après, cæco-sigmoïdostomie pour rétablir le cours des matières. Enfin quinze jours plus tard, fermeture de l'anus cæcal à la cocaïne.

M. Brin croit que la cæco-sigmoïdostomie est faisable assez souvent et qu'elle peut être très utile pour rétablir la continuité de l'intestin après les larges extirpations du côlon gauche. Elle peut alors être préférée à certaines anastomoses complexes ou à des entéroplasties qui n'ont pas fait leurs preuves.

La condition la plus importante de sa bénignité est de la faire *secondairement.*

M. Giordano (de Venise) a fait la *cæco-iléostomie* avec succès dans un cas de mégacôlon ainsi que dans deux cas de tumeur inflammatoire du côlon descendant et dans plusieurs cas de colites ulcéreuses rebelles.

M. Monprofit (d'Angers) est d'avis qu'il faut toujours faire l'anastomose la plus simple. Or, en est-il de plus simple, de plus facile que l'iléo-sigmoïdostomie? Le seul inconvénient que présente cette opération, c'est d'exposer encore pendant quelque temps les malades à de la diarrhée; mais peu à peu tout s'arrange; l'S iliaque et le rectum finissent par s'adapter à leur nouveau rôle et, au bout de quelques mois, les selles redeviennent presque aussi moulées et régulières qu'auparavant.

M. Lapeyre (de Tours) fait ressortir les avantages de l'*appendicostomie*, opération très en vogue en Amérique, pour permettre les lavages, modifications du gros intestin et de l'*appendico-cæcostomie* comme anus contre nature.

M. Vidal (d'Angers) fait remarquer que souvent l'appendice sectionné se sclérose et ne permet plus le passage de la sonde.

M. Hartmann a eu, au contraire, un cas très heureux d'appendicostomie dans la cure d'une colite ulcéreuse.

Par contre, M. Lenormant a dû enlever l'appendice, après cæcostomie, et établir un anus contre nature, l'orifice étant devenu insuffisant.

M. Delagenière a aussi pratiqué l'appendicostomie; mais si l'orifice a bien fonctionné le résultat thérapeutique a été nul.

Terminons la discussion sur ce point par la communication de M. Verhoogen (de Bruxelles), qui dans deux cas a utilisé l'appendicostomie, après exclusion du cæcum, pour reconstituer un nouveau réservoir et un nouveau canal excréteur de l'urine. Dans les deux cas, il avait été nécessaire de faire une cystectomie totale pour cancer. M. Verhoogen avait eu alors l'idée de transplanter l'extrémité inférieure des deux uretères dans le cæcum, d'exclure cet organe et de le faire communiquer par l'appendice avec l'extérieur. Les deux malades, très shockés, ont d'ailleurs succombé au bout de quelques heures.

CHIRURGIE DES VOIES URINAIRES

La chirurgie des voies urinaires a valu aux congressistes une longue et très intéressante communication de M. Lynn Thomas (de Cardif) sur une *nouvelle méthode de prostatectomie par les deux voies combinées*. En voici le résumé :

Pour faire l'opération sûrement et vivement, un seul instrument particulier est nécessaire, une longue pince ayant des branches droites de 22 centimètres de long et une extrémité courbée à angle droit de 9 centimètres de long. Les mors de la pince ont une largeur de 1 centimètre et demi, de façon à représenter à peu près le volume de l'extrémité de l'index du chirurgien.

Avant de commencer l'opération, on place le patient le dos sur la table, avec le périnée à l'extrémité de la table et les membres inférieurs placés dans les porte-cuisses. Pendant toute l'opération, le patient gardera la même position.

Le premier temps de l'opération est celui d'une prostatectomie sus-pubienne ordinaire.

Quand la prostate est facile à énucléer, elle est décollée de sa loge par l'index du chirurgien, pendant que son poing gauche refoule le périnée. Aussitôt que la prostate est bien libérée, la pince spéciale est passée par la vessie de haut en bas jusqu'à la loge prostatique, en même temps que, de sa main gauche, avec l'index et le doigt médius, l'opérateur presse sur le périnée, de telle sorte que l'extrémité de la pince puisse venir faire saillie sous le périnée en un point situé environ à 5 centimètres en avant de l'anus. Une incision est faite au périnée sur cette saillie de la pince.

L'extrémité de la pince est ainsi poussée à travers l'ouverture périnéale, puis les anneaux en sont écartés pour agrandir l'ouverture périnéale, jusqu'à permettre à l'index de pénétrer par la plaie périnéale jusque dans la loge prostatique et la vessie. On s'assure, avant d'enlever la prostate par la voie sus-pubienne, qu'elle a été bien complètement énucléée. C'est avec la pince ainsi tenue que la prostate sera saisie pour être entraînée en haut par la plaie sus-pubienne.

En cas de grandes difficultés pour l'énucléation de la prostate, on peut toujours, avec un index, passer sur le côté de la loge prostatique. On pousse alors par l'ouverture sus-pubienne la pince et on la force vers le périnée pour y faire l'incision au point décrit plus haut. Alors, en introduisant un index par la plaie périnéale, pendant que l'autre est introduit par la plaie sus-pubienne, on fait travailler de concert les deux index à l'énucléation dans la loge prostatique, et on réussit ainsi toujours dans les cas les plus difficiles.

Lorsque la prostate a été enlevée par voie sus-pubienne à l'aide de la pince qui l'a saisie par son grand diamètre, on introduit un drain de caoutchouc de l'ouverture sus-pubienne vers le périnée. La pince à prostatectomie est introduite par le périnée dans la vessie jusqu'à faire saillie par l'ouverture sus-pubienne. Le drain est saisi et entraîné à travers la vessie jusqu'au périnée et fixé à la peau par des sutures de crin de Florence. Par cette manœuvre qui est faite rapidement et facilement, la muqueuse vésicale, qui a été soulevée par l'énucléation de la prostate, est entraînée autour du drain dans la loge prostatique.

M. Lynn Thomas emploie un tube à drainage de 18 centimètres de long et de 1 centimètre et demi de diamètre. L'extrémité qui plonge dans la vessie est coupée en V de façon à former deux valves portant chacune un orifice. De la sorte, quand la vessie se contracte sur le tube, le drainage continue à se faire. Les autres orifices du tube servent surtout au drainage de la loge prostatique. Le tube est laissé en place de huit à neuf jours.

M. Lynn Thomas a pratiqué cette opération sur 23 sujets qui ont tous guéri. La durée de l'opération n'est pas plus grande que pour une prostatectomie ordinaire sus-pubienne. La convalescence est plus rapide et plus facile. En règle générale, M. Lynn Thomas ne fait aucune suture sur l'ouverture sus-pubienne.

Enfin, il n'est pas sans intérêt de noter qu'un des patients qui, depuis trois ans, n'avait eu aucun désir sexuel, ni aucune érection pendant les trois années qui ont précédé son opération, eut un retour complet de ses fonctions sexuelles après l'opération.

M. Paul Delbet cite un cas heureux d'*urétéro-cystonéostomie* pour fistule de l'uretère d'origine chirurgicale.

MM. Patel et Leriche (de Lyon) rapportent une observation très curieuse d'*urétroplastie veineuse pour un retrécissement grave de l'urètre.*

Dans un premier temps, urétrostomie périnéale pour assurer la désinfection complète de l'urètre.

Dans un second temps, ils extirpèrent le rétrécissement, long de plusieurs centimètres, en ménageant une petite languette saine de la paroi urétrale supérieure. Ceci fait, un segment de saphène interne fut pris sur le malade; la veine incisée fut placée de façon à former une sorte de gouttière et suturée par tous ses bords aux parties saines de l'urètre. La plaie fut entièrement refermée; pas de sonde à demeure. Huit jours après, fistulette périnéale qui dura un mois.

Actuellement, quatre mois après l'opération, le canal admet une sonde n° 22 avec la plus grande facilité; la paroi est souple; au niveau des points de raccordement, pas d'arrêt; le résultat, anatomique et fonctionnel, est, en tous points, parfait.

Ces tentatives d'urétroplastie veineuse, réalisées chez l'animal et chez l'homme, dans quelques cas d'hypospadias, n'ont jamais été utilisées pour les rétrécissements; cette méthode paraît devoir dispenser de la dilatation consécutive toujours longue et souvent insuffisante.

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

M. Döderlein (de Munich) décrit un procédé personnel d'*opération césarienne sous-péritonéale* dont les avantages sont : de permettre un accouchement vraiment extra-péritonéal, d'où absence de tout danger d'infection pour la grande séreuse abdominale; — une simplicité d'exécution extraordinaire (toute l'opération peut être terminée en moins d'une demi-heure); — la facilité de la suture de l'utérus; — l'absence d'hémorragie; — l'absence de tout danger de lésion de la vessie; — la facilité de l'extraction fœtale et placentaire; — les risques beaucoup moindres d'éclatement de la cicatrice en cas de grossesse ultérieure.

M. Potherat fait l'apologie de l'*hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes utérins et des suppurations pelviennes.*

La communication de M. de Rouville (de Montpellier) est également un chaud plaidoyer en faveur de l'*hystérectomie vaginale* qui a ses indications précises.

La condition indispensable hors laquelle il ne faut jamais exécuter l'hystérectomie vaginale est la mobilité et l'abaissement facile de l'utérus. M. de Rouville fait remarquer que cette opération, d'origine essentiellement française, est abandonnée chez nous alors qu'elle compte la majorité des chirurgiens comme partisans en Angleterre et en Allemagne.

M. Reynes (de Marseille) prend la parole pour dire qu'il donne la préférence à l'hystérectomie vaginale, opération simple, facile et bénigne.

M. Jayle fait une longue et intéressante communication sur *120 cas de cancer de l'utérus* observés à la clinique du docteur Pozzi.

M. Chavannaz (de Bordeaux) réédite et perfectionne ce procédé de Le Fort, *cloisonnement du vagin*, qu'il applique aux prolapsus génitaux des femmes âgées. Ce cloisonnement est complété par une périnéorraphie.

M. Dujon (de Moulins) cite un cas curieux d'*hématométrie* chez une femme de soixante-dix ans, guérie par un simple drainage utérin.

CHIRURGIE DU CRANE, DE LA FACE, DU COU ET DU THORAX

M. Moure (de Bordeaux) lit une série de considérations pratiques sur 2 cas d'*abcès cérébraux d'origine otique.*

M. Barbarin (de Paris), à propos de 3 cas d'*ostéite grave du maxillaire inférieur* chez le jeune enfant, propose de décoller le masseter, de trépaner la table externe de l'os et de drainer le pus au dehors

M. Malherbe (de Paris) a évidé, par voie interne, un *sarcome de l'antre d'Highmore*. La récidive ne se fit que dix-huit mois après.

MM. Claude et F. Martin (de Lyon) ont appliqué, pour le traitement des *déviations* et des *fractures de la cloison nasale*, des appareils basés sur le même principe que ceux qu'ils avaient présentés aux Congrès de chirurgie de 1900 et 1904 pour les fractures et le redressement des os du nez.

Après avoir fracturé la cloison au moyen de pinces-leviers spéciales, l'avoir remise en place en corrigeant les difformités, ils introduisent un appareil de contention permettant de maintenir la cloison en position normale sur la ligne médiane. Ces appareils, d'une grande souplesse et d'une grande légèreté, sont parfaitement tolérés par la muqueuse nasale et supportés par le patient et, grâce à eux, on est assuré d'une immobilisation parfaite.

Le malade doit les garder un mois environ et, pendant ce laps de temps, il lui est de toute importance de faire de nombreux lavages de sa cavité nasale sous une pression très forte que l'on ne peut guère obtenir qu'au moyen de l'irrigateur.

M. Brœckaert (de Gand) communique un cas curieux de *rhino-pharyngocèle.*

M. PaulRaugé (de Challes) fait une étude critique des procédés d'*amygdalectomie*; en réalité toutes les méthodes sont bonnes, mais chacune a ses indications particulières qu'il faut savoir discerner.

M. Ullmann (de Vienne) apporte une nouvelle observation des *relations du corps thyroïde et de l'utérus.*

Dans un cas de fibrome utérin et de goitre coexistant, le corps thyroïde s'atrophia après la myomectomie.

M. Baudet (de Paris) lit un véritable mémoire sur

12 observations de plaies du poumon traitées par la thoracotomie et la suture.

Il conclut qu'hormis les cas d'une bénignité indiscutable, il faut opérer d'urgence tous les cas de plaie du poumon.

M. Mayer (de Bruxelles) présente un appareil simplifié destiné à éviter les *accidents du pneumothorax dans les interventions intra-thoraciques.*

M. Guisez présente une série de 12 malades traités et guéris par la méthode de la *trachéo-bronchoscopie.*

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA CONTAGION DE LA SCARLATINE

Mon cher Confrère,

La lecture du travail si intéressant que M. Lesage vient de publier, dans votre journal, sur la contagion et la séméiologie de la scarlatine (1), me remet en mémoire un cas qui ne mériterait même pas d'être mentionné si le mode de contamination de ma malade, tout à fait exceptionnel d'ailleurs, ne venait à l'appui de la thèse soutenue par notre savant confrère : la contagiosité précoce de cette maladie.

Une de mes jeunes clientes, dont la famille avait quitté Paris pour soustraire les enfants à l'épidémie qui sévissait il y a deux ans, fut atteinte de la scarlatine en même temps qu'une de ses cousines six semaines après leur installation à la campagne, dans une propriété absolument isolée. La maladie évolua sans aucun incident, aussi le seul côté intéressant de cette observation réside-t-il dans le mode probable de contagion.

La durée déjà longue du séjour à la campagne permet d'éloigner toute idée de contamination avant le départ de Paris. L'enquête minutieuse faite par le Confrère appelé près des deux fillettes lui fit écarter la possibilité de leur infection par l'entourage. En ce qui le concernait, depuis plusieurs mois il n'avait eu à soigner, dans sa clientèle, aucun cas de scarlatine et, d'ailleurs, à sa connaissance il n'en existait pas dans la région. De plus il acquit la certitude qu'aucune des personnes qui avaient approché les enfants : parents, voisins, compagnons de jeu ou serviteurs, n'avait été récemment en rapport avec des scarlatineux; qu'aucune non plus dans les jours qui avaient précédé ou suivi la constatation de l'éruption chez les fillettes n'avait présenté ni mal de gorge, ni éruption d'aucune espèce.

L'origine de ces deux cas, restés d'ailleurs isolés grâce à ce fait que les deux malades couchant dans la même chambre restèrent, dès le début de leur mal de gorge, éloignées des autres enfants, semblait donc bien difficile à établir, quand les parents signalèrent à notre Confrère le fait sur lequel je crois devoir insister. Dans la semaine qui avait précédé l'apparition des premiers symptômes angineux, les deux fillettes avaient joué toute une après-midi à s'habiller en premières communiantes avec le voile et le bonnet de la mère de l'une d'elles retrouvés dans un carton oublié depuis longtemps dans une armoire. Or le matin de sa première communion, c'est-à-dire quinze ans auparavant, la tante de notre petite cliente s'était plainte à son réveil de mal de gorge et de fièvre. Malgré cette indisposition elle se trouva assez vaillante pour vouloir assister à toutes les cérémonies de la journée, mais le soir la fièvre et le mal de gorge la forcèrent à se mettre au lit avant le dîner, le lendemain l'éruption scarlatineuse était constatée. Les parents n'ont pas pu se souvenir si, parmi les compagnes de première communion de leur fille, quelqu'une avait été atteinte de la scarlatine, mais il nous semble bien probable, et telle a été aussi l'opinion de notre Confrère, que les deux petites malades ont été contaminées en jouant avec le voile et le bonnet, le voile surtout, sur lesquels s'étaient fixés les éléments contagieux bucco-pharyngés pendant la journée de la première communion de leur parente, voile et bonnet restés enfermés depuis cette époque dans leur carton.

Dr Ch. Tisné,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours.

(1) A. Lesage, Contagion et séméiologie de la scarlatine, Revue gén., *Gaz. des hôpit.*, 1909, nº 118, p. 1471.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 NOVEMBRE 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 novembre, à une heure. — 5e, *Hôtel-Dieu* (2e partie, 1re série) : MM. Gaucher, Macaigne et Lœper; — (2e série) : MM. Roger, Marcel Labbé et Sicard; — M. Legry, suppléant.

Mardi 16 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Marion et Lecène; — (2e partie) : MM. Raymond, Claude et Nobécourt; — M. Jeanselme, suppléant.

Mercredi 17 novembre, à une heure. — 1er (oral) : MM. Retterer, Lejars et Rieffel.

3e (oral, 1re partie) : MM. Nicolas, Ombrédanne et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Jeudi 18 novembre, à une heure. — 1er (oral) : MM. de Lapersonne, Launois et Morestin.

2e : MM. Prenant, Gley et André Broca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Lenormant; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 19 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Langlois, suppléant.

Samedi 20 novembre, à une heure. — 5e, *Beaujon* (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Claude et Nobécourt; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Gouget et Castaigne; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 17 novembre, à une heure. — M. Hochart. Contribution à l'étude du caractère dit épileptique. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Sicard et Lœper.) — M. Aubry. Le syndrome de coagulation massive du liquide céphalo-rachidien. (MM. Déjerine, président; Brissaud, Sicard et Lœper.) — M. Laperche. La dysenterie amybienne. (MM. Gaucher, président; Roger, Marcel Labbé et André Jousset.) — M. Gay. Etude critique sur la viscosité du sang. (MM. Roger, président; Gaucher, Marcel Labbé et André Jousset.) — M. Bodolec. Traitement du goitre exophtalmique par la thyroïdectomie. (MM. Segond, président; Delbet, Pierre Duval et Proust.) — M. Lew. La réaction hémolytique de Bordet et la recherche des opsonines en chirurgie. (MM. Segond, président; Delbet, Pierre Duval et Proust.) — M. Ledrain. De la sténose pylorique consécutive à l'ulcère de l'estomac chez l'Arabe. (MM. Segond, président; Delbet, Pierre Duval et Proust.) — M. Malègue. Sarcome primitif de la vessie. (MM. Déjerine, président; Segond, Pierre Duval et Proust.)

Cours libre. — M. le docteur Dupuy de Frenelle commencera son cours sur le *traitement des fractures*, le jeudi 11 novembre à six heures à l'amphithéâtre Cruvelhier. Ce cours, essentiellement pratique, aura lieu tous les jeudis à six heures.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 6 novembre. — Question donnée : « Surfaces articulaires et ligaments du coude. »

MM. Lumière, 10 ; Marais, 15; Lefèvre (Gaston), 16; Lepage (Constant), 8 ; Leuvrais et Léger, 14; Loubrieu, 17; Lequien, 10; Legras, 12; Lefèvre (Pierre), 13; Laloux, 14; Lavat, 12; Le Hello, 11; Mlle Jouvin, 17; MM. Longevialle, 14; Lipschitz, 12; Lebrun (Maxime), 15; L'Homme, 8; Hahn, 14; Le Gouellec, 11.

Pathologie. — Séance du 6 novembre 1909. — Question donnée : « Examen clinique des crachats. »

M. Boussi et Mlle Braïlowsky, 13; MM. Bertaux, 9; Arbeit, 17; Bonnerot, 19; Alih, 14; Bertin-Mourot, 17; Blanchon et Beaudouin, 15; Arbassier, 14; Bortnowski et Bouchet, 13; Boulanger, 16; Suarez-de-Mendoza, 7; Stavropoulo, 13; Destremont, 17; Defiol, 8; Chevalérias, 9; Bozonet, 10; Mlle Boudeille, 15.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Lyon. — Le conseil de l'Université à sa dernière réunion a présenté à l'unanimité pour le décanat de la Faculté de médecine : en première ligne, M. le professeur Hugounenq, doyen actuel; en deuxième ligne M. le professeur Jules Courmont.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Avignon. — Un concours pour cinq places d'internes en médecine s'ouvrira à l'hôpital d'Avignon le 18 novembre.

— Lyon. — Le concours de pharmacien adjoint s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Monot, Vincent, G. Marguet, Picollet, Dumonteaux, de Genissiaz, Lavocat, Moulinier, J. Jacquet, Blanchard.

— Marseille. — Un concours pour six places d'internes en médecine s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu le 29 novembre prochain.

— Un concours pour treize places d'externes en médecine s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu le 6 décembre prochain.

— Un concours pour six places d'internes en pharmacie s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu le 22 novembre prochain.

— Nîmes. — Un concours pour deux places d'internes en médecine s'ouvrira à l'hôpital de Nîmes le 10 décembre prochain.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Des médailles d'argent pour services rendus à l'Assistance publique sont décernées à MM. les docteurs Charon (de Dury-les-Amiens) et Ritti (de Charenton).

Une médaille de bronze est décernée à M. le docteur Planet (de Paris).

XXVe ANNIVERSAIRE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — Le XXVe anniversaire de la fondation de l'Union, qui compte à ce jour 135 syndicats avec 8000 membres, sera célébré le samedi 13 novembre, à trois heures, dans la salle de la Société de géographie, sous la présidence de M. Gairal.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-troisième semaine, 777 décès, au lieu de 750 pendant la semaine précédente et au lieu de 804, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La rougeole a causé 6 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 42, au lieu de 44 précédemment (moyenne 36).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 93 décès, au lieu de 73 pendant la semaine précédente (moyenne 100).

La phtisie pulmonaire a causé 166 décès (moyenne 180).

Il y a eu en outre 2 décès par méningite cérébro-spinale. Un seul cas nouveau a été signalé par les médecins.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bougon (de Paris) et O.-F. Mayet, professeur honoraire à la Faculté de Lyon, ancien médecin des hôpitaux, ancien président de la Société nationale de médecine de Lyon.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Cours de médecine opératoire (série exceptionnelle). — M. Pierre Descomps, prosecteur, fera une série exceptionnelle de conférences de médecine opératoire en douze leçons, qui commencera le mercredi 10 novembre, à deux heures, et aura lieu tous les jours à la même heure.

De nouvelles séries auront lieu, si les ressources des laboratoires le permettent, au début de janvier, en mars et après Pâques.

L'accès à ces conférences est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux.

Un droit de 50 francs est exigé de tous les autres auditeurs.

Nombre d'élèves : 40 au maximum. — Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

UN CAS D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALISÉE

Par MM. PARIS et LAFFORGUE,
Médecins-majors de l'Armée.

L'anesthésie sensitivo-sensorielle généralisée avec conservation intégrale ou relative de la vue et de l'ouïe est un phénomène rare. Chez les sujets qui en sont porteurs, la vie de relation demeure à peu près normale, malgré ce trouble si profond de la sensibilité. Les fonctions motrices sont peu ou point atteintes; si l'on observe parfois des troubles psychiques, ceux-ci sont simplement associés, et non subordonnés, aux troubles sensitifs. Un problème intéressant se pose à propos de ces malades : que devient leur vie de relation, quand on vient à supprimer les seules voies par où pénètrent en eux les impressions du monde extérieur? Strümpell le premier a tenté de résoudre la question par une expérience désormais classique qui porte le nom de son auteur. Chez un de ces malades, il pratique l'obstruction des yeux et des oreilles, et il constate que cette abolition des impressions visuelles et auditives a un double effet : 1° sur les fonctions motrices. Privé du contrôle de la vue et de l'ouïe, le malade est incapable d'exécuter le moindre mouvement; 2° sur les fonctions psychiques. Le sujet ne tarde pas à entrer dans un état analogue au sommeil. On verra d'ailleurs que d'intéressantes discussions se sont élevées sur la nature intime du phénomène.

Les résultats obtenus par Strümpell n'ont pas été confirmés par tous les auteurs. C'est dire que les faits eux-mêmes, et non seulement leur mécanisme pathogénique, sont encore en discussion. Il s'agit là, d'ailleurs, de cas exceptionnels : au fait initial de Strümpell, il faut ajouter un cas de Heyne, un cas de Krükenberg, deux observations de M. le professeur Raymond (1), une de M. le professeur Gilbert Ballet (2), une de Pronier (3), recueillie dans le service de M. le professeur Déjerine.

En 1894, Séglas et Bonnus (4) en rapportent un cas nouveau, mais avec troubles psychiques intenses qui lui enlèvent de sa pureté. En 1901, nous relevons une nouvelle observation de Féron (5). Enfin, Bregman (6), à propos d'un cas personnel, vient de consacrer une brève étude aux faits de ce genre. Si nous exceptons de l'énumération précédente le cas de Winter, où l'anesthésie n'était pas complète, et le cas très complexe de Berkley que l'on ne peut assimiler aux précédents, on voit que les observations ci-dessus rappelées se réduisent à dix. Pour des raisons particulières que l'on verra exposées plus loin, il convient de réserver une place, à côté des cas précédents, à une observation de Seyfert, dans laquelle le sujet ne présentait que de l'hémianesthésie.

Tant par leur rareté que par les questions litigieuses qu'ils soulèvent, ces malades sollicitent encore l'attention et même la curiosité. Aussi nous a-t-il semblé intéressant de verser aux débats l'observation qui suit :

M.., vingt-deux ans, du 4e bataillon d'Afrique, entre dans notre service à l'hôpital du Belvédère (Tunis) à la suite d'une crise nerveuse survenue pendant des exercices de tir et déterminée par les détonations du fusil.

Antécédents héréditaires. — Grand-père paternel alcoolique. Père vivant, mais ayant des habitudes d'alcoolisme invétérées avec attaques de delirium tremens. Mère atteinte de crises nerveuses, qui se reproduisent en moyenne tous les mois avec perte de connaissance et convulsions. Une sœur du sujet est morte à trente ans de tuberculose pulmonaire. Une autre sœur âgée de vingt-huit ans, est incapable de marcher et de se tenir debout depuis une dizaine d'années; cette impotence serait survenue à la suite d'une crise nerveuse. Un frère de M... a présenté jusqu'à l'âge de vingt ans de l'incontinence nocturne d'urine.

Antécédents personnels. — Scarlatine à huit ans. Jusqu'à dix ans environ, incontinence nocturne d'urine. Depuis son jeune âge, crises de céphalée atroce, qui se renouvellent à intervalles variables et au cours desquelles le sujet voit devant ses yeux comme un cercle de feu. Aussi loin que remontent ses souvenirs, il accuse des crises nerveuses, survenant en moyenne une ou deux fois par mois, et toutes à peu près calquées sur le même type. Subitement, le sujet aperçoit un double cercle rouge, pousse un cri et tombe sans connaissance. Des convulsions toniques d'abord, puis cloniques et généralisées, se produisent; la crise dure de cinq à dix minutes avec émission d'écume et trismus. La morsure de la langue et la miction terminale ne sont pas constantes. Etat de prostration consécutif pendant plusieurs heures.

Etat actuel. — Sujet de taille moyenne, d'aspect robuste, dont l'habitus extérieur est assez particulier. L'attitude est timide et embarrassée, le regard inquiet, le visage mélancolique; le sujet fuit l'œil de l'interlocuteur et regarde volontiers le sol. L'interrogation ne révèle chez lui aucune tare mentale; les réponses sont précises et correctes, le raisonnement droit, la mémoire fidèle, l'intelligence suffisante; très doux et très docile, il se prête sans peine aux examens et nous renseigne avec une évidente sincérité. Son enfance fut malheureuse; il raconte ses tribulations sans amertume. Son état actuel ne lui inspire pas de préoccupations excessives. On ne relève aucun stigmate somatique net de dégénérescence. Pas de malformations, voûte palatine normale, bonne dentition, testicules normaux, système pileux bien développé, squelette bien proportionné. On note seulement un léger degré de strabisme sans diplopie.

Motilité. — Les muscles ont leur développement normal, sans atrophie, ni adépose. Tous les mouvements spontanés s'exécutent bien, avec une énergie normale. Aucun groupe musculaire ne présente trace de parésie ou de contracture. La démarche est assurée et s'effectue sans incertitude, à la condition que le sujet regarde le sol en marchant; il se tient debout les yeux ouverts sans difficulté ni fatigue.

Les réactions électriques neuro-musculaires sont normales.

Sensibilité. — Tous les modes de la sensibilité sont abolis, en tous les points du tégument cutané et sur les muqueuses. Un con-

(1) Raymond. De l'anesthésie cutanée et musculaire généralisée, *Rev. de méd.*, 1891, p. 389 et 576; — Sur un cas d'anesthésie généralisée chez l'homme, *Bull. méd.*, 1893, p. 135.

(2) Gilbert Ballet. Le sommeil provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux chez les individus affectés d'anesthésie hystérique généralisée, *Progrès méd.*, 25 juin 1892, p. 497.

(3) Pronier. De l'anesthésie généralisée. Son influence sur le mouvement et la conscience, *Rev. de méd.*, 1893, p. 588.

(4) Séglas et Bonnus. Hystérie. Confusion mentale et amnésie continue. Anesthésie généralisée, *Arch. de Neurol.*, 1894, p. 353.

(5) Féron. Anesthésie généralisée et presque totale y compris la sensibilité osseuse, *Jour. de Neurol.*, 1901, p. 121.

(6) Bregman. Ueber Totalanästhesie, *Neurologisches Centralblatt*, 1908, p. 497.

tact, soit léger, soit appuyé, n'est perçu en aucun point. Des épingles peuvent être enfoncées profondément dans les chairs sans déterminer la moindre réaction. La brûlure n'est pas sentie.

Même anesthésie absolue de toutes les muqueuses, y compris celles de l'urètre et du rectum. Le passage de l'urine sur la muqueuse urétrale n'est pas perçu, le besoin d'uriner se manifeste par une sensation assez vague de pesanteur dans la région du bas-ventre. Seules, les conjonctives et les cornées ont gardé un certain degré de sensibilité obtuse.

Les sensibilités spéciales sont non moins altérées. L'anosmie et l'agueusie sont complètes : un flacon d'ammoniaque maintenu plusieurs minutes à l'entrée des narines ne détermine ni sensation désagréable ni éternument réflexe; l'aldéhyde formique maintenu au voisinage des yeux ne provoque que du larmoiement, sans aucune sensation mordicante du côté des conjonctives.

L'agueusie et l'anosmie auraient existé de tout temps. Le sujet affirme ne pas savoir ce qu'est une odeur ou une saveur de même qu'il ignore complètement la différence entre le chaud et le froid, les sensations de faim et de soif.

Vue. — L'acuité visuelle est égale à un pour les deux yeux. Ni diplopie, ni polyopie, ni rétrécissement du champ visuel. La vision des couleurs est normale; la musculature est indemne. Les réflexes cornéen et conjonctival sont abolis; les réflexes oculo-pupillaires et palpébral sont normaux.

Ouïe. — Légèrement diminuée. Le tic tac d'une montre est perçu à 40 centimètres du côté droit, à 30 centimètres du côté gauche. A l'état normal, il n'existe aucun trouble subjectif de l'audition. Quand le sujet est saisi de frayeur — et il en est régulièrement ainsi pendant les orages — il présente souvent une crise du type sus-indiqué qui, au lieu de débuter par l'aura visuelle (cercles de feu), commence par une aura auditive (sifflements, bourdonnements d'oreille, vertiges).

Le conduit auditif externe et la membrane du tympan sont complètement anesthésiques.

La sensibilité osseuse est absente. Il en est de même de la sensibilité articulaire. La torsion des jointures et de leurs ligaments n'est pas perçue. La pression, la malaxation et la mobilisation brutale des masses musculaires ne le sont pas davantage; mais le sujet a gardé la notion de l'effort à déployer pour accomplir un travail donné, par exemple pour soulever un poids.

Invité à soulever jusqu'à l'horizontale des poids de valeur progressivement croissante, il y réussit parfaitement. Non seulement l'effort est en rapport avec la tâche à accomplir, mais le sujet se fatigue beaucoup moins vite qu'un homme normal. La lassitude vient, cependant, mais sans que le sujet s'en aperçoive, par une sensation subjective d'épuisement ou de courbature. Elle s'annonce par un tremblement du membre en expérience, qui bientôt laisse choir l'objet.

Le sens des attitudes segmentaires est aboli. Le sujet ayant les yeux ouverts, mais tenant la tête fortement déviée d'un côté (on verra plus loin les raisons de ce subterfuge indispensable), on peut imprimer à ses membres les déplacements les plus variés, sans qu'il se rende compte qu'ils ont été mobilisés. Il est absolument incapable de nous renseigner, même approximativement, sur la position occupée dans l'espace par une région quelconque de son corps. La marche est cependant possible et s'effectue correctement, tant qu'elle s'exerce sous le contrôle de la vue. Si on invite le sujet à marcher sans regarder ses membres inférieurs, les mouvements deviennent aussitôt incertains, des faux pas nombreux se produisent et, après une faible distance parcourue, le sujet tombe inévitablement, si, par un mouvement instinctif des yeux, il ne vient en aide à l'insuffisance des sensations musculo-articulaires.

Mêmes phénomènes dans la station debout. Celle-ci demeure possible et très assurée tant que M... regarde ses membres inférieurs; mais si on l'invite à regarder en l'air, ses membres inférieurs d'abord, ses membres supérieurs ensuite et bientôt le corps entier sont saisis d'un tremblement violent. Le sujet ne tombe pas spontanément, mais la poussée la plus légère imprimée au thorax suffit à déterminer la chute.

Si, au lieu de détourner le regard de M..., on lui ferme les yeux, *il s'effondre instantanément.*

L'incoordination motrice n'existe qu'à un faible degré. Le sujet atteint avec précision les buts qui lui sont proposés; on note seulement un peu d'incertitude et quelques oscillations, si le but à atteindre se déplace avec une certaine rapidité.

Le sens stéréognostique est complètement aboli.

Réflexes. — Rotulien exagéré, achilléen normal, plantaire et pharyngien abolis, crémastérien et abdominal conservés.

On ne relève aucun autre trouble vaso-moteur, trophique ou sécrétoire que de l'hyperhydrose plantaire.

Pas de troubles sphinctériens. La muqueuse urétrale étant anesthésiée, la miction ne peut s'accomplir que si le sujet regarde sa verge. Quand on détourne ses yeux, la miction s'arrête instantanément, même si la vessie renferme une grande quantité d'urine. Pour les mêmes motifs, la défécation ne s'accomplit normalement que si M... tient le regard fixé vers le périnée; moins facilement contrôlable que la miction, elle est toujours très laborieuse.

Réactions électriques. — Le sujet ne perçoit ni le courant galvanique ni le courant faradique, cependant la contractilité galvanique et faradique des muscles et des nerfs est normale.

L'examen des autres organes ou appareils ne révèle aucune lésion appréciable. Notons seulement une tendance à la constipation, qui paraît s'expliquer par les raisons ci-dessus, et des palpitations émotives, se montrant dans des conditions très variées.

L'urine est claire, abondante (1800 grammes par jour en moyenne), de faible densité (1.012), sans sucre, ni albumine.

Pendant son séjour, le sujet a présenté, à l'occasion d'orages deux crises qui participaient de l'hystérie et de l'épilepsie.

A propos de ce cas, superposable à ceux d'anesthésie généralisée publiés jusqu'à ce jour, il nous a paru intéressant de passer en revue quelques-uns des points en litige.

1° Il nous a permis de vérifier la loi posée par M. le professeur Raymond, que « l'activité cérébrale « qui constitue l'état de veille ne peut se maintenir « qu'à la faveur des excitations du dehors, transmises « aux centres psycho-moteurs par nos appareils sen- « soriaux ». On a déjà vu, par la lecture de l'observation, que, sans le contrôle de la vue, la marche et la station debout étaient impossibles. Mais le rôle des excitations sensorielles ressort encore plus nettement de l'expérience de Strümpell, instituée comme suit. Le sujet est invité, suivant les circonstances, soit à exécuter de façon continue un mouvement rythmique et cadencé, soit à compter de 1 à 100, soit à répondre « Présent » à tout appel de son nom. On lui recommande en outre de faire tous ses efforts, en dépit des manœuvres empêchantes, pour pousser le plus loin possible l'exécution de l'ordre prescrit.

Ces conventions faites, supposons que le sujet soit en train d'exécuter un mouvement alternatif de flexion et d'extension des doigts sur la main et qu'à ce moment on lui ferme les yeux et les oreilles. Le sujet ébauche encore pendant quelques secondes le mouvement commencé, puis les doigts se raidissent et sont envahis par un tremblement, qui gagne bientôt la main, le membre supérieur, et souvent se géné-

ralise. Si c'est l'acte de compter qui est en jeu, le sujet réussit encore, après la suppression des excitations visuelles et auditives, à prononcer avec peine le nombre ou les deux nombres suivants. Ensuite, il ébauche quelques contractions inefficaces de la langue et des lèvres; des spasmes énergiques se produisent à trois ou quatre reprises du côté des muscles peauciers, puis c'est le sommeil avec repos musculaire complet.

Enfin, si l'on interpelle *fortement* M..., après occlusion des yeux et des oreilles, il fait pour répondre un violent effort qui se traduit par la trémulation des lèvres et la contraction des peauciers, mais qui demeure inefficace.

Ce dernier résultat est des plus intéressants. Il montre : 1° que malgré l'obstruction la plus hermétique des conduits (bouchons de ouate très compacts et très serrés), la transmission auditive s'effectue encore; 2° que l'état de sommeil de M... ne s'accompagne pas d'une perte complète de la conscience.

On pourrait, il est vrai, discuter sur ce dernier point. L'effort ébauché par M..., pour répondre « Présent » à l'appel de son nom, n'est-il pas le résultat d'un simple réflexe localisé dans les centres inférieurs? Il semble bien que la « conscience » soit en jeu et on le démontre en variant l'expérience. On dit à M... : « Quand vous aurez les yeux et les oreilles « fermées, au commandement de « Allez », vous « compterez de un à cent. » Le sujet étant en état de sommeil, on commande d'une voix très forte : Allez. Alors, on voit s'effectuer quelques mouvements des lèvres et quelques contractions des muscles du cou, d'ailleurs sans résultat. C'est donc que l'ordre est parvenu jusqu'à la conscience, que celle-ci n'est pas complètement abolie. Au reste, l'expérience ainsi instituée n'est pas toujours positive. Elle l'est à peu près constamment, si le commandement « Allez » est effectué dans les deux ou trois minutes qui suivent la suppression des excitations extérieures; le résultat est douteux et le plus souvent négatif passé ce temps.

Telle quelle, cette expérience a une portée plus considérable. Elle démontre qu'entre l'état psychique du sujet à l'état de veille et à l'état de sommeil, il y a *continuité*. L'occlusion des yeux et des oreilles ne réalise donc pas un état « second »; c'est une continuation de l'état primitif, mais de qualité bien inférieure au précédent, puisque les perceptions emmagasinées pendant cette éclipse partielle disparaissent avec le retour à l'état normal et que le sujet n'en garde aucun souvenir.

La série des expériences précédentes peut être reprise d'une façon identique en laissant au sujet l'usage de sa fonction auditive et en ne supprimant que les impressions visuelles.

Dans ces conditions, et contrairement aux prévisions, les phénomènes se différencient peu de ceux que nous venons de décrire.

Au contraire, si l'on supprime la transmission auditive en laissant au sujet ses excitations visuelles, l'état ainsi créé diffère moins de l'état normal que de l'état ci-dessus décrit. On note seulement de la lenteur et de l'incertitude des mouvements. Cette série de constatations démontre que, chez M..., l'intégrité des fonctions motrices est spécialement subordonnée à la conservation des impressions visuelles; des deux sens indemnes, vue et ouïe, le premier joue un rôle éminent dans l'élaboration de l'activité psycho-motrice, le second ne tient qu'une place secondaire et très effacée. Chez le malade de Heyne, au contraire, l'obstruction d'une oreille suffisait à empêcher le mouvement commencé. De là on peut conclure que la « quantité » et la « qualité » des excitations centripètes nécessaires au maintien de l'activité psycho-motrice est très variable avec les individus. On s'explique par ce coefficient individuel, le cas de Seyfert si paradoxal en apparence. Chez un hystérique de trente-huit ans, atteint d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle de tout le côté gauche, il suffit de fermer l'oreille droite ou l'œil droit pour déterminer le phénomène de Strümpell.

On pourra émettre l'avis qu'il s'agit là d'un phénomène d'hypnose; une explication non moins plausible, c'est que chez ce malade il fallait, pour le maintien de l'activité cérébrale, un « minimum » d'excitations sensorielles plus élevé que chez les autres sujets. En sens inverse, cette variabilité de l'excitant sensoriel efficace peut expliquer quelques faits « dissidents ». Nous faisons allusion aux cas de Pronier et de Bregman. On sait que, dans ces deux cas, malgré une anesthésie générale, la suppression des sensations lumineuses et auditives — les seules conservées — était impuissante à réaliser le phénomène de Strümpell.

De ces faits, Pronier tire la conclusion que « l'apport continuel des sensations n'est pas indis- « pensable à l'état de veille ». Nous ne croyons pas que l'expérience de Pronier autorise une conclusion aussi formelle. Nous avons pu nous rendre compte, dans nos diverses expériences chez M... que, si l'occlusion des yeux est chose facile, il est presque impossible, malgré l'occlusion la plus hermétique, d'intercepter complètement les sensations auditives. D'ailleurs, celles venues du dehors seraient-elles complètement abolies que la présence du bouchon obturateur suffit à développer des phénomènes auditifs de nature particulière, mais très intenses, au moins aussi intenses que la plupart des excitations externes. Il est plausible qu'à la différence de M..., qui était spécialement sensible aux excitations visuelles, les malades de Pronier et de Bregman aient présenté une susceptibilité particulière de l'ouïe et que les sensations auditives aient suffi à stimuler et à entretenir l'activité psycho-motrice. Nous nous demandons même si, dans notre cas, ce qui subsiste de l'état de conscience n'est pas conditionné par l'existence de ces sensations.

2° Quelle était, chez M..., la nature du « sommeil » provoqué? S'agit-il, comme dans les cas de Strümpell et de Raymond, d'un état comparable au sommeil naturel, ou de sommeil hypnotique, comme chez le malade de Gilbert Ballet?

Après l'occlusion des yeux et des oreilles, M... demeure figé dans sa position, en état d'immobilité absolue. Un jour nous l'avons observé une demi-heure durant, sans qu'une modification quel-

conque soit survenue. Les paupières sont au repos, le visage calme et tranquille, la respiration régulière, le pouls normal et régulier entre 70 et 80 degrés. Les bras étant pendants le long du corps, si on les met en position horizontale, ils retombent lourdement comme ceux d'un sujet en état de résolution. L'excitation des masses musculaires ne détermine aucun phénomène de contraction. Les appels les plus bruyants sont impuissants à tirer le sujet de son état; par contre, le relèvement des paupières produit à coup sûr le réveil et celui-ci s'effectue de la façon la plus naturelle, sans cette phase transitoire de surprise et d'ahurissement qui marque la cessation du sommeil normal.

Une expérience rapportée plus haut montre qu'il y a « continuité » entre cet état de sommeil et l'état normal. D'ailleurs, dans les caractères objectifs de cet état, rien ne rappelle l'hypnose. Sans attribuer plus de valeur que de raison à l'absence de battement des paupières, signalons : 1° l'absence d'hyperexcitabilité neuro-musculaire; 2° l'impossibilité absolue pour les observateurs, après les essais les plus variés, d'entrer en communication efficace avec le sujet; 3° l'échec de toute tentative de suggestion, à échéance immédiate ou lointaine.

En dehors même de ces caractères objectifs, le mode d'invasion du sommeil chez M... n'est pas celui de l'hypnose. L'expérience suivante paraît à cet égard très significative. Le sujet ayant les deux conduits auditifs partiellement obstrués avec de l'ouate, on l'invite à compter de 1 à 100. Il exécute sans trop d'efforts l'ordre donné. Pendant qu'il est en train, on abaisse lentement devant ses yeux un écran opaque. A mesure qu'une étendue plus grande de l'ouverture pupillaire est recouverte par l'écran, l'ordre convenu s'exécute avec plus de difficulté. L'écran étant à mi-pupille, les efforts deviennent très pénibles; on note de la trémulation des lèvres et des spasmes du peaucier; les sons sont émis avec des saccades, l'intervalle entre les nombres successifs s'allonge. En même temps que la dysarthrie s'accentue, le visage du sujet trahit une véritable *angoisse*. Il lutte cependant avec énergie contre le « déficit » envahissant de ses centres psychomoteurs et ce n'est *qu'après suppression totale des rayons lumineux qu'il s'arrête et tombe dans le sommeil.*

Cette expérience, plusieurs fois renouvelée, a donné des résultats constamment identiques. Elle montre que chez M... la diminution de la conscience, de l'activité psychique et même physique est nettement et rigoureusement proportionnelle à la quantité des sensations abolies. En vain, bien avant la suppression totale des rayons lumineux, voyons-nous survenir un état d'angoisse et de véritable souffrance psychique, très favorable, semble-t-il, à la production du sommeil hypnotique. Quelle que soit la commotion cérébrale qu'inflige au sujet cet anéantissement progressif du moi, la perte de conscience ne devance jamais l'abolition *totale* des sensations visuelles. L'amoindrissement du champ de conscience se règle exactement sur la diminution des excitations extérieures. Ce n'est pas ainsi que procède l'hypnose. L'invasion en est souvent brutale, en rapport avec une hyperexcitation sensorielle; quand il y a une phase préparatoire, la rapidité d'invasion ne se règle jamais sur la quantité des excitations restées à la disposition du sujet.

Nous ne nous dissimulons pas d'ailleurs qu'en ces questions ardues, les déductions les plus logiques en apparence sont souvent fragiles et nous nous garderions de toute conclusion formelle.

Différent de l'hypnose, le sommeil provoqué de M... nous paraît différer aussi du sommeil naturel. L'homme normal ferme parfois les yeux *pour dormir*, mais ce subterfuge est, on le sait, souvent en défaut. Par contre, le même homme normal ferme *toujours* les yeux *quand il va dormir*. La raison en est que, chez l'homme en imminence de sommeil, les centres corticaux *épuisés* ne transmettent plus à la périphérie — en l'espèce par la voie de l'oculo-moteur commun — le stimulus nécessaire. Chez l'homme normal, le sommeil est un phénomène *primitivement central* qui se traduit à la périphérie par un phénomène secondaire grossier : la lourdeur des paupières d'abord, leur chute ensuite. Chez notre sujet, rien de tel. M... passe invariablement et subitement de l'état de veille à l'état de sommeil en vertu d'un acte *périphérique* : l'occlusion des paupières.

D'ailleurs, dès qu'on lui rend ses impressions visuelles, on assiste à une restauration non moins intégrale et non moins subite de l'état primitif. Tandis que, dans le sommeil naturel, les centres corticaux sont en état d'*épuisement* durable, peu importe d'ailleurs le substratum anatomo-physiologique de cet état. Chez M..., les centres psychomoteurs sont en état d'« inhibition » transitoire, gardant toute leur énergie latente, tout leur stimulus virtuel et prêts à reprendre leur activité normale, aussitôt qu'ils seront soustraits à la cause inhibitrice. Au reste, Strümpell, tout en identifiant le sommeil de ses malades au sommeil naturel, avait déjà été frappé du grand nombre des différences qui séparaient les deux états. Et à propos du second malade dont il rapporte l'histoire, M. le professeur Raymond s'exprime ainsi : « Je crois que le sommeil dont vous venez d'être témoins *se rapproche* beaucoup plus du sommeil normal que du sommeil hypnotique. » On voit que le Maître de la Salpêtrière n'entend pas se prononcer pour une identification absolue.

Au reste, une solution univoque, applicable à tous les cas, ne paraît pas convenir en l'espèce. Ce qui frappe, en effet, dans les divers cas publiés jusqu'à ce jour, c'est qu'ils ne sont nullement superposables les uns aux autres. Tantôt il s'agit d'hystériques avérés, tantôt l'hystérie est discutée ou même niable. Tantôt l'anesthésie, d'ailleurs variable en ses degrés, est le seul symptôme permanent, tantôt elle s'associe à d'autres stigmates fixes. Mais où les différences s'accusent, c'est : 1° dans les résultats de l'expérience de Strümpell; 2° dans les caractères du sommeil provoqué.

En ce qui concerne l'expérience de Strümpell, sur 12 observations, elle est neuf fois positive; dans un cas de Raymond, le résultat est inconstant; dans

les cas de Pronier et de Bregman, il est négatif; enfin chez le malade de Seyfert, l'épreuve est positive, quoique l'anesthésie n'intéresse qu'un seul côté.

Nous avons indiqué plus haut quelques-unes des raisons qui peuvent expliquer la variabilité des résultats et les exceptions apparentes à la loi de Strümpell-Raymond.

Il est plus difficile de réduire tous les cas à l'unité, quand on envisage les caractères du sommeil provoqué. Tantôt, à l'impotence fonctionnelle complète, se superpose une inconscience absolue, le « néant du moi ». Tantôt au contraire la conscience persiste, et cela sous des modalités diverses : le malade du professeur Gilbert Ballet, très suggestionnable, était capable d'exécuter à l'état de veille les ordres perçus pendant le sommeil et l'ensemble des phénomènes évoque l'idée d'hypnose; la jeune fille dont l'histoire est rapportée par Séglas et Bonnier, est un type net de somnambulisme; le second malade du professeur Raymond avait des rêves, dont il gardait le souvenir après le réveil. Chez notre sujet, il persistait une lueur de conscience pendant le sommeil provoqué, mais nul souvenir à l'état de veille. Il semble bien que, sur le vu d'un phénomène prédominant, l'anesthésie généralisée, on ait groupé sous la même rubrique des faits hétéroclites et qu'ils ne soient pas tous justiciables des mêmes interprétations.

De l'étude précédente, malgré les exceptions apparentes qu'il est facile d'expliquer, une seule conclusion certaine se dégage, celle posée par Strümpell et Raymond, que l'abolition de toutes les excitations extérieures entraîne des perturbations profondes de la conscience et de la motricité, réalisant souvent leur suppression totale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1909)

Sur quelques propriétés des bacilles tuberculeux d'origine bovine, cultivés sur bile de bœuf glycérinée. — MM. Calmette et C. Guérin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1909)

Eosinophilie pleurale. — MM. Achard et L. Ramond rapportent un cas d'épanchement pleurétique à éosinophiles survenue chez un malade de soixante et un ans atteint d'insuffisance aortique. En raison de l'orthopnée, une ponction fut faite d'urgence. Elle évacua 1.800 centimètres cubes de liquide sans vider complètement la plèvre. Le liquide n'était pas hémorragique; il n'était pas toxique à la dose de 20 centimètres cubes pour le cobaye. Il n'y avait pas d'éosinophilie sanguine mais l'éosinophilie pleurale atteignit à son apogée 70 p. 100.

La résistance des diverses variétés de leucocytes pleuraux, assez forte au début, s'abaissa notablement au moment du maximum d'éosinophilie pour remonter ensuite.

L'activité des éosinophiles pleuraux était forte et dépassait même celle des polynucléaires de l'épanchement, qui égalait celle des polynucléaires du sang. Par contre, le pouvoir leucoactivant du liquide était faible par rapport à celui de la plupart des pleurésies séro-fibrineuses.

Surcharge graisseuse du cœur et infiltration adipeuse du faisceau de His dans un cas de pouls lent permanent. — MM. Bergé et Pélissier rapportent un cas type de pouls lent permanent, avec crises épileptiformes, et à l'autopsie surcharge graisseuse du faisceau de His, au niveau de la cloison interauriculaire. Ce fait autorise à penser que dans les cas où la maladie de Stokes-Adams a paru liée à une surcharge graisseuse du cœur, la cause majeure du syndrome peut être l'infiltration adipeuse du faisceau de His.

Salpingite éberthienne, opération d'urgence, guérison. — MM. Galliard et Chaput. Il s'agit d'une complication exceptionnelle de la fièvre typhoïde, évidemment préparée par des lésions antécédentes des annexes, lésions que rien ne permettait de soupçonner pendant la première partie de l'observation.

Une femme âgée de trente ans, niant toute maladie antécédente, est admise, le 28 mai 1909, à Lariboisière, avec les symptômes de la *fièvre typhoïde* au huitième jour. La température se maintient d'abord au voisinage de 40 degrés, puis oscille autour de 39 degrés et s'abaisse à 37°3 le vingt-troisième jour.

Après une recrudescence fébrile éphémère le vingt-quatrième jour, la convalescence semble prochaine, lorsque le vingt-septième jour (16 juin) la malade éprouve des coliques atroces avec vomissements météoriques, dyspnée, facies abdominal, 160 pulsations, bien que la température s'élève à 40°2. Les auteurs attribuent la péritonite à une *perforation intestinale* et décident l'opération immédiate. Une laparotomie médiane, après anesthésie lombaire à la novocaïne (8 centigrammes) permet de constater que la trompe droite tuméfiée et perforée déversait du pus dans le petit bassin. Ce pus fournit une culture pure de bacilles d'Eberth.

On enlève l'utérus, les annexes droits, et on laisse le vagin largement ouvert en communication avec le péritoine, sans drainage.

La malade a guéri rapidement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1909)

Arthrites suppurées. — Des deux points en discussion, la technique de la résection du coude et le traitement des arthrites suppurées, M. Auvray ne veut retenir que ce dernier. Il étudie donc la valeur comparative de l'arthrotomie et de la résection dans le traitement de ces arthrites. L'arthrotomie lui a toujours donné de bons résultats, sauf dans un cas qui a été suivi de mort par fusée purulente dans la cuisse. M. Auvray croit que cette mort doit être attribuée à l'insuffisance des soins consécutifs. Il insiste sur l'importance de ces soins consécutifs. Dans tous les autres cas il n'a eu qu'à se louer de l'arthrotomie. Il reconnaît toutefois que la jointure du coude est plus difficile à bien drainer que l'articulation du genou. Les résultats éloignés, obtenus par M. Auvray, sont également satisfaisants. Il cite, entre autres, le cas d'une arthrite purulente du genou consécutive à une angine, qu'il a traitée par une simple arthrotomie et qui a parfaitement guéri avec conservation de tous les mouvements.

La conclusion de M. Auvray est que l'arthrotomie reste l'intervention de choix dans le traitement des arthrites suppurées et que la résection ne doit être employée que pour certains cas de complications secondaires.

M. Lejars résume la discussion en séparant les trois questions, celle qui a trait aux arthrites pyohémiques, la seconde qui a trait au traitement, par la résection ou l'arthrotomie,

des arthrites suppurées, et la troisième qui se rapporte à la mobilisation précoce après les opérations sur les articulations. M. Lejars passe en revue le diverses opinions qui ont été émises et discutées, étudie la valeur comparative de la résection et de l'arthrotomie et s'élève, en terminant, contre la mobilisation précoce que M. Lucas-Championnière est seul à défendre.

Rétrécissement congénital de l'urètre. — M. Bazy fait un rapport sur une observation adressée par M. Ardoin (de Rennes) et relative à un cas de rétrécissement congénital de l'urètre. Il s'agit d'un garçon de dix-sept ans qui, après avoir longtemps présenté une insuffisance d'émission, fut pris successivement de fréquence des mictions, de polyurie nocturne et d'incontinence. M. Ardoin tente la dilatation sans succès. Il fit alors une urétrotomie interne et place une sonde à demeure. Il s'agissait bien, dans ce cas, d'un rétrécissement congénital de l'urètre. Il en a présenté tous les symptômes.

Vésiculectomie dans la tuberculose génitale. — M. Marion fait un rapport sur deux observations adressées par M. Baudet. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de trente et un ans qui entre à l'hôpital avec tous les signes d'une tuberculose génitale. M. Baudet, par une incision inguino-scrotale, enlève un trajet fistuleux qui existait, l'épididyme, ouvre le canal inguinal jusqu'au péritoine exclusivement, arrive sur la vésicule séminale qu'il enlève. Il avait enlevé, pour ainsi dire, toutes les voies génitales d'une seule pièce.

De même, dans une seconde observation, où le malade a pu être revu encore, onze ans après, complètement guéri.

Est-il légitime d'enlever les vésicules séminales en cas de tuberculose génitale, se demande M. Marion? La plupart des chirurgiens répondent par la négative. Ces faits sont d'ailleurs assez rares. L'abstention des chirurgiens, dans ces cas, peut s'expliquer par le fait de l'indolence de ces lésions. En effet ces malades ne souffrent pas. Une autre raison de cette abstention est la régression spontanée qu'on a parfois observée. Enfin les vésicules séminales sont profondément situées et assez difficiles à atteindre. C'est une opération délicate mais non dangereuse et dont les résultats sont bons. Sur 58 opérations, il n'y eut que 12 morts immédiates ou tardives dont une seule par septicémie. Tous les autres malades ont parfaitement guéri d'une manière radicale.

M. Marion rapproche de ces faits les autres cas publiés et il conclut que la tuberculose génitale doit être traitée comme toutes les autres tuberculoses locales.

Les contre-indications de l'opération sont les lésions tuberculeuses des voies urinaires, la coexistence de lésions tuberculeuses pulmonaires, le mauvais état général des malades. Dans les cas de cystites tuberculeuses, il y aurait indication à enlever la vésicule pour favoriser la guérison de la cystite.

Au point de vue de la technique opératoire, il y a deux voies, la voie périnéale et la voie inguinale. C'est cette dernière qui semble devoir être préférée.

Hypospade. — M. Broca présente un petit garçon de quatre ans et demi qui est hypospade, qui a été déclaré comme une fille et qui présente un pubis extrêmement velu et un pénis admirable.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 4 novembre 1909)

Deux cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse. — M. E. Brissaud présente deux frères, qui furent atteints à trente et un et trente-six ans, d'abord de titubation, puis de difficulté de la marche, avec affaiblissement des membres inférieurs. Il n'y eut pas de douleurs fulgurantes. Actuellement, on trouve : l'exagération des réflexes tendineux, avec clonus, orteil indifférent, de la diadococinésie, avec mouvements lents et hésitants, sans Romberg, parole lente, saccadée, voix gutturale, sourde, paralysie des droits externes des yeux, blépharospasme. — M. Marie fait remarquer que la démarche de ces malades se rapproche de celle des scléroses combinées tabétiques décrites par M. Couzon. — Comme hérédité, le grand père était paralysé, une de ses filles aurait eu une démarche ébrieuse.

Ataxie cérébelleuse. — M. Thomas analyse les troubles de la motilité et de l'équilibre, chez un malade qu'il croit atteint d'une lésion du cervelet, autre qu'une tumeur, étant donné l'absence de signes d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. La dysmétrie, dont est atteint cet homme, ressemble à l'ataxie des tabétiques, mais en diffère parce qu'elle n'augmente pas les yeux fermés : l'orientation des mouvements vers le but est conservée, il n'y a pas de troubles des sensibilités superficielles et profondes, l'énergie musculaire n'est pas diminuée, la parole n'est pas scandée, les réflexes sont exagérés, sans signe de Babinski, ni celui d'Oppenheim, ni clonus. Il y a du nystagmus, un tremblement à la fois kynétique et statique, de l'asynergie cérébelleuse incomplète, une tendance aux attitudes cataleptoïdes. Cette symptomatologie ressemble à celle de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse, que l'auteur a décrite avec M. Déjerine. De cette analyse, M. Thomas conclut que le cervelet joue un rôle d'équilibrateur et de régulateur des mouvements en général. — M. Babinski dit que lui-même n'a observé qu'exceptionnellement la grande asynergie cérébelleuse, qui n'existe souvent qu' « en germe » dans les lésions de l'appareil cérébelleux. — M. Marie ne l'a observée qu'une fois, dans les nombreux cas de ramollissements cérébelleux corticaux qu'il a observés à Bicêtre. Cela confirme les conclusions de M. Thomas, relativement à la latence des lésions de l'écorce cérébelleuse.

Méningite et polynévrite. — M. Claude. Le malade, âgé de dix-neuf ans, présente le tableau d'une polynévrite alcoolique, mais, le début en fut marqué par des phénomènes méningés : fièvre, céphalée, vomissements, et surtout, raideur intense du rachis. La ponction lombaire montra un liquide sans éléments figurés, que quelques hématies avec coagulation massive. Ce fait est à rapprocher des expériences de Lhermitte et Aubertin, qui montrent que l'alcoolisme donne lieu, à côté des polynévrites, à des congestions méningo-médullaires et à des lésions corticales.

Sur la trépanation décompressive. — M. Souques. Elle a fait rapidement disparaître la céphalée dont le malade souffrait depuis six mois, et notablement amélioré la névrite optique dont il était atteint, au point de rendre normale son acuité visuelle, extrêmement diminuée, en laissant subsister un certain degré du rétrécissement du champ visuel. — M. Babinski cite un cas, où l'ouverture d'un hématome du lobe frontal amena, presque immédiatement, l'atténuation d'une obnubilation intense et de la céphalée. — M. Dufour signale l'épaississement simple des os, comme cause possible d'épilepsie jacksonienne. Dans le cas de M. Souques, l'opération fut suivie d'hémiplégie et d'aphasie transitoires.

Un cas d'hémiplégie cérébrale infantile avec aphasie. — MM. Decloux et Tinel. Un enfant de neuf ans, à la suite d'otite scarlatineuse, présenta plusieurs attaques d'hémiplégie transitoire, et une aphasie, que M. Déjerine, qui l'a longuement examiné, déclare être une aphasie motrice pure. — M. Marie ajoute que l'aphasie ne se voit guère qu'après neuf ans, âge auquel l'hémiplégie commence à présenter les mêmes caractères que chez l'adulte.

Hémiplégie, hémianopsie transitoires, suivies d'épilepsie symptomatique. — Les accidents sont consécutifs à un enfoncement du pariétal, survenu il y a cinq ans. Il y eut plusieurs crises; l'hémiplégie, avec diminution des réflexes,

ne dura que quelques jours, l'hémianopsie fut transitoire. Le malade a eu une fugue, il présente un à deux vertiges par jour, les crises épileptiques diffèrent de celles de l'épilepsie essentielle, par l'absence d'émission d'urine et de morsures de la langue.

Amyotrophie cervicale et du type Aran-Duchenne, chez une tabétique. — M. Merle. Elle atteint les mains et les muscles du cou et de la nuque. Il y a des troubles laryngés. L'amyotrophie relève probablement d'une altération de la substance grise cervicale.

Cinématographe simplifié pour l'étude des mouvements. — M. Sainton présente un appareil simple et ingénieux, faisant défiler devant les yeux les épreuves sur papier du film cinématographique.

Mensuration radiographique de la selle turcique. — MM. Toupet et Infroit insistent sur la nécessité de faire passer le rayon normal d'abord par la limite antérieure, puis par la limite postérieure de la selle turcique. Ils conseillent l'emploi d'index métalliques, que l'on colle aux points de projection cutanée des parois antérieure et postérieure de la selle, sur la ligne unissant le conduit auditif à l'angle externe de l'œil.

Sclérodermie et amyotrophie. — MM. Chené et Jumentié. Une fillette de dix ans présente, sur le dos du pied gauche, une bande longitudinale de sclérodermie, à droite, ébauche d'une lésion analogue. Le membre inférieur gauche présente une atrophie segmentaire de la jambe et du pied, atteignant les os et les muscles. L'aspect est celui de la lèpre, l'enfant est originaire d'un pays contaminé. Le médian présente un nodule, la recherche du bacille dans le mucus nasal et une biopsie ont été négatives.

Maladie de Raynaud. — M. Sala. Elle s'accompagne de sclérodactylie et de signes d'altération du faisceau pyramidal, signe de Babinski, exagération des réflexes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séances du 7 et du 21 octobre 1909)

Deux observations de luxation récidivante de l'épaule. — M. Couteaud communique deux cas qu'il a traités chirurgicalement. Les interventions ont consisté en incision de Ricard, dissociation à la spatule des fibres du deltoïde, plicature horizontale de la capsule. Les résultats fonctionnels ont été excellents. La mobilisation fut faite rapidement et l'articulation récupéra tous ses mouvements.

Perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde, traitée avec succès par la laparotomie. — M. Ducourthial apporte l'observation d'un malade qu'il a opéré six heures après les premiers symptômes de perforation ; après laparotomie, suture d'une perforation assez étendue, située dans le voisinage de la valvule iléo-cæcale ; drainage sans lavage. Le malade fut ensuite mis dans la position semi-assise préconisée par les américains. Guérison.

Considérations sur le traitement de l'empyème. — M. Paillez présente à la société le résultat de vingt-huit pleurotomies qu'il a pratiquées à l'hôpital de Saint-Mihiel sur des hommes atteints de pleurésie purulente, et pour lesquels il y a eu vingt-quatre guérisons et quatre décès. M. Paillez insiste sur la nécessité de faire un diagnostic précoce ; pour cela il ne faut pas hésiter à faire des ponctions exploratrices, non avec la seringue de Pravaz, absolument insuffisante, mais avec un tocart de Potain.

Il faut intervenir dès que la ponction a fait reconnaître l'existence de pus dans la plèvre. L'opération de choix est la pleurotomie avec résection costale, qui permet seule de faire un drainage suffisant. Dans les pansements post-opératoires, il y a lieu de surveiller la désinfection de la peau, de façon à éviter l'infection des lèvres de la plaie, qui peut retarder d'une façon notable la cicatrisation. Enfin le régime alimentaire des malades devra être rapidement augmenté. M. Paillez a endormi tous ses malades au chloroforme. En suivant ces principes, un empyème peut être guéri en quarante-cinq jours environ.

M. R. Picqué tient à insister aussi sur la nécessité du diagnostic précoce des épanchements purulents de la plèvre. C'est parce que les malades sont envoyés souvent trop tard au chirurgien que la mortalité de l'empyème est relativement si élevée. A l'anesthésie générale, M. Picqué préfère, pour cette opération, l'anesthésie locale à la cocaïne.

Mécanothérapie. — M. Bidon présente un appareil de mécanothérapie qu'il a imaginé, « l'arthromoteur général », appareil qui permet de donner activement et passivement tous mouvements à toutes articulations, à n'importe quelle vitesse, n'importe quelle hauteur, n'importe quelle amplitude, que le malade soit assis, debout, ou couché. Cet appareil remplace, à lui seul, toute la série des appareils chirurgicaux jusqu'ici habituellement employés.

Etiologie de la fièvre typhoïde. — *Discussion.* — M. Marotte se déclare partisan convaincu de l'autogénèse.

La transformation progressive du B. Coli ou Eberth est tout à fait inadmissible, depuis la découverte, dans l'intestin des individus, normaux de toute une série de bacilles intermédiaires entre le Coli et l'Eberth. (Travaux de M. Rimbaud et de Mlle Rubinstein.) La fatigue, la chaleur, l'apport d'eaux riches en germes putrides, l'ingestion de certains aliments nocifs, l'altération des fermentations digestives sont autant de conditions favorables pour la transformation du Coli en Eberth.

M. Marotte appuie ses arguments de recherches bactériologiques et cliniques qui lui permettent de conclure que la dothiénentérie ne se présente pas uniquement comme une infection primitivement et définitivement localisée à l'intestin, mais souvent aussi comme une septicémie véritable, dont les localisations se font secondairement par voie sanguine.

L'immunité de la race arabe vis-à-vis de la fièvre typhoïde fait l'objet d'une discussion à laquelle prennent part MM. Mott, Toussaint, Gauthier et A. Billet. Il est, en effet, presque admis en principe que les Arabes jouissent d'une immunité spéciale, et que les Français qui vont en Algérie sont frappés par la fièvre typhoïde de 73 à 115 fois plus que les Arabes.

Ces chiffres ressortent des travaux de Longuet, Dumas et Vincent, qui concluent à une immunité ethnique.

M. A. Billet croit, au contraire, que cette immunité n'est que relative, et il cite à l'appui de son hypothèse plusieurs observations. Une épidémie survenue à Sfax en 1899, et relatée par Descosses est des plus suggestives à cet égard : sur trente-deux cas de fièvre typhoïde observés dans la garnison, vingt-deux furent fournis par des indigènes, soit une proportion de 68 p. 100.

L'épidémie elle-même fut importée par l'élément arabe : les onze premiers cas furent des tirailleurs indigènes, engagés volontaires, incorporés depuis quelques jours seulement.

Il y a donc certaines circonstances encore mal définies, à vrai dire, où la fièvre typhoïde frappe les Arabes. Les atteintes sont alors ordinairement graves, et la fièvre typhoïde est souvent méconnue en raison des formes cliniques qu'elle revêt, formes parfois foudroyantes qui sont prises pour des manifestations pernicieuses du paludisme.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1909)

Sur la réaction de Cammidge. — MM. L. GRIMBERT et R. BERNIER montrent par des expériences précises que le corps, qui dans la réaction de Cammidge prend naissance par hydrolysie de l'urine et donne avec la phénylhydrazine une osazone cristallisée, n'est autre chose que l'acide glycuronique. Cet acide, contrairement à l'opinion généralement admise, peut, dans les circonstances déterminées par les auteurs, fournir une glycurosazone nettement définie, fondant vers 130-132 degrés, par la méthode de fusion instantanée au bloc de Maquenne.

Ils montrent également que l'hydrolyse de l'urine s'accompagne de la formation d'une hexose que la phénylhydrazine transforme en glucosazone.

Ces deux osazones qui se forment ensemble se séparent facilement par l'action de l'eau bouillante qui dissout la glycurosazone (laquelle cristallise par refroidissement), et laisse insoluble la glucosazone. C'est pour avoir négligé cette purification que la plupart des auteurs qui se sont occupés de la réaction de Cammidge ont obtenu des résultats contradictoires.

Nouvelle méthode pour différencier le lait cuit du lait cru. — MM. ROCHAIX et THÉVENON (de Lyon) différencient le lait cru du lait qui a subi un chauffage à + 85 degrés par la réaction violette que produisent les oxydants mis en présence du pyramidon. La coloration violette prise par le mélange indique le lait cru.

Séro-diagnostic du mycosis fongoïde. — MM. GAUCHER, E. JOLTRAIN et L. BRIN. — L'étude des réactions humorales dans le mycosis paraît à ces auteurs présenter un intérêt non seulement pour le diagnostic de cette affection, mais aussi au point de vue de la biologie générale.

Le fait qu'on obtient des réactions positives dans la syphilis et la lèpre, en employant comme antigènes les extraits de foie syphilitique ou de léprome, les a conduits à utiliser dans le même sens les tumeurs mycosiques. Ces tumeurs, broyées à l'aide du broyeur Latapie, ont été employées sous forme d'extraits alcooliques ou alcoolo-acétoniques en dilution au dixième dans l'eau physiologique. Par ailleurs la technique est analogue à celle de la réaction de Wassermann.

Les résultats obtenus ont été des plus nets. Un cas de mycosis fongoïde a donné des résultats positifs à cinq reprises. Deux cas d'érythèmes prémycosiques certains ont donné des résultats également positifs. Deux cas d'érythèmes supposés prémycosiques ont donné des résultats négatifs, et pour un de ces cas, l'examen anatomo-pathologique a démontré qu'il ne s'agissait pas de prémycosis.

Par contre les résultats furent constamment négatifs dans les tumeurs de la peau non mycosiques (deux cas de sarcomatoses, un cas d'épithéliomatose), dans les dermatoses généralisées (un cas d'eczéma, un cas de psoriasis, un cas de dermatite exfoliatrice), dans les dermatoses non généralisées (un cas de pemphigus), dans la syphilis (deux cas), dans les affections non cutanées (deux cas).

Seul le sérum des lépreux a donné des résultats constamment positifs (cinq cas) mais il ne faut pas s'en étonner, puisque l'on sait que ce sérum possède la propriété de fixer le complément en présence d'antigènes divers et en particulier de l'antigène syphilitique.

Ces faits paraissent des plus importants. Ils permettent d'établir un véritable séro-diagnostic de cette affection, seul capable de différencier les éruptions prémycosiques des autres éruptions d'aspect semblable. Ils ouvrent peut-être une voie nouvelle à l'étude des réactions humorales au cours de certaines tumeurs malignes.

Influence de la voie d'administration sur les doses minima mortelles du nitrate d'aconitine. — M. MAUREL signale aujourd'hui les trois faits suivants qui s'écartent de la loi générale réglant les rapports de toxicité des trois principales voies d'administration :

1° Que par la grenouille, la toxicité est sensiblement la même pour la voie musculaire et par la voie gastrique; 2° que pour le lapin, la voie veineuse n'est pas plus toxique que l'hypodermique; 3° que pour ce dernier animal, la voie gastrique est presque cent fois moins toxique que les deux précédentes.

La dose minima mortelle, dont la fixation doit être le point de départ de toute étude physiologique, demande donc à être déterminée pour chaque agent et par chaque espèce d'animal.

Communication faite à la séance du 30 octobre :

Evolution des hémolysines dans deux cas d'hémorragie méningée. — MM. Georges GUILLAIN et Guy LAROCHE. La présence chez l'homme d'iso-sensibilisatrices hémolysantes consécutives à des hémorragies n'a été que très rarement signalée par MM. Camus et Pagniez, Guillain et Troisier, Castaigne et Weill.

Ils ont pu étudier le cycle évolutif des hémolysines dans deux cas d'hémorragie méningée traumatique aseptique. Dans ces deux cas ils ont mis en évidence dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sérum de leurs malades une iso-auto-sensibilisatrice qui est apparue d'abord dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sérum sanguin, qui disparut plus tard du liquide céphalo-rachidien quoique persistant dans le sérum sanguin et qui enfin disparut du sérum sanguin lui-même. Cette sensibilisatrice fut constatée dans le liquide céphalo-rachidien pendant quinze jours dans le premier de leurs cas et durant cinq jours dans le second; elle fut présente durant plusieurs semaines dans le sérum sanguin. Leurs liquides céphalo-rachidiens et leurs sérums étaient agglutinants pour les hématies qu'ils hémolysaient.

Les résultats de leurs recherches sont à comparer avec ceux obtenus expérimentalement par Ehrlich et Morgenroth. L'hémorragie dans le liquide céphalo-rachidien chez l'homme réalise une expérience véritable analogue aux expériences d'injection du sang d'un animal à un animal de la même espèce. L'organisme réagit à sa propre hémorragie par la création d'anticorps assimilables aux anticorps créés par l'injection des toxines ou des virus.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ENDOCARDITE ET LA PÉRICARDITE AIGUËS

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 2 à 5 jours (pour tonifier le cœur).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 NOVEMBRE 1909

THÈSES

Jeudi 18 novembre, à une heure. — M. DESRIBÉRÉ-DESGARDES. Des arthropathies chez les hémophiles. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Albert Robin et Carnot.) — M. DOURNAY. Xanthélasma et cholémie. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Albert Robin et Carnot.) — M. LAURENCE. Contribution à l'étude des applications cliniques et thérapeutiques des érosions récentes sur la protoase leucocytaire dans les suppurations. (MM. Albert Robin, président; Hutinel, Gilbert et Carnot.) — M. DEMONCHY. La taille intrapéritonéale de la vessie. (MM. Pozzi, président; Thoinot, Bar et Gouget.) — M. RENAUD. Un hôpital moderne de contagieux (hôpital Claude-Bernard). (MM. Thoinot, président; Pozzi, Bar et Gouget.) — M. TORNÉ. Essai de diagnostic clinique et traitement des avortements criminels. (MM. Bar, président; Pozzi, Thoinot et Gouget.) — M. LIBERT. La folie de Don Quichotte (un cas littéraire de délire d'interprétation). (MM. Gilbert Ballet, président; Chauffard, Jeanselme et Castaigne.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 128. — JEUDI 11 NOVEMBRE 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 11 NOVEMBRE. 1909. — Nº 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 8 novembre. — Question donnée : « Rapports de l'œsophage. »

MM. Lecharpentier, 6; Latour (Robert), 16; Leclerc, 12; Mlle Le Conte, 18; MM. Ledoux, 13; Lefort (Alix), 12; Lecerf, 17; Leroy (Paul), 11; Levent et Margerin, 12; Lebossé, Marié et Jousseaume, 16; Lavaux, 6; Leroy (Maurice), 10; Mlle Kaufmann, 7; MM. Logeais, 10; Malleterre, 11; Lacroix, 10; de Lostanges-Beduce, 11.

Pathologie. — Séance du 8 novembre 1909. — Question donnée : « Des différents moyens de révulsion sur le thorax. »

MM. Gondal, 11; Hartglass, 10; Hatry, 13; Vautrain, Hournadour-d'Albay et Savidan, 15; Auclair et Balizeaux, 14; Basset, 15; Mlle Beauvais, 10; MM. Robin, 15; Ollier et Perrin-Maréchal, 12; Pinard, 15; Pigney, 13; Malmezat, 15; Maréchal, 11.

Séance du 9 novembre 1909. — Question donnée : « Appareils pour fractures de jambe à la partie moyenne. »

MM. Bernard, 12; Besson, 9; Mlles Besson (Hélène), 14; Besson (Marianne), 13; MM. Houlbert, 13; Gille, dit Dehelly, 15; Gauthier, 13; Liénard, 11; Mitton et Farhat, 14; Échavarria, 10; Drapier, 9; Jacquemin, 6; Imbert, 12; Mlle Jacquey, 10; MM. Vauzanges et Maire, 12.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — *Prix décernés pour l'année scolaire 1908-1909.* — Médecine. — *Prix de la Faculté.* — Première année : prix, médaille d'argent, et 100 francs de livres, M. Nafréchou; première mention honorable, M. Bouzom; deuxième mention honorable, M. Labuchelle. — Deuxième année : prix, médaille d'argent et 100 fr. de livres, M. Kervrann; mention honorable, M. Chauvel; mention honorable, M. Juhel. — Troisième année : prix, médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Papin; mention honorable, M. Dantin; mention honorable, M. Hamet. — Quatrième année : prix, médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Auguste; mention très honorable, M. Vincent; mention honorable, M. Rouiller.

Prix de la ville de Bordeaux. — Section de chirurgie : prix, 150 francs (médaille de vermeil et livres), non décerné. — Section de médecine : prix, 150 francs (médaille de vermeil et livres), M. Dumolt; mention honorable, M. Moreau; mention honorable, M. Rouiller.

Prix triennal Gintrac. — Prix : 1.200 francs (Prix de thèse), M. le docteur Husnot.

Prix Godard. — Prix de 2.000 francs, M. le docteur Lande, prix des thèses de l'année : premier prix (médaille d'or et 400 francs), M. le docteur Mouteli; deuxième prix (médaille d'argent et 170 francs), MM. les docteurs Hesnard, Spéder; troisième prix (médailles de bronze), MM. les docteurs Charbonnel, Chauvet, Cléjat, Delmas-Marsalet, Dijonneau, Doumeng, Féret, Le Page, Maupetit, Molinier. — Prix de médecine coloniale, médaille de bronze, M. le docteur Dufranc.

Prix de la Société des amis de l'Université. — Prix, médaille d'argent, MM. Lancien et Thomas.

L'ENCOMBREMENT DES ÉTUDES MÉDICALES. — Un pas en arrière. — Nous avons publié (*Gaz. des hôpit.*, 1909, nº 56) le décret du 12 mai 1909 supprimant les dispenses pour l'obtention des grades ou titres établis par l'Etat. C'était trop beau.

Un décret, en date du 2 novembre, marque un pas en arrière. Le voici :

« Par mesure transitoire, les dispositions du décret du 12 mai 1909 relatif aux aspirants aux grades ou titres établis par l'Etat ne seront pas applicables :

1º Pendant un délai de deux ans à partir de la promulgation du présent décret, aux capacitaires en droit (ancien ou nouveau régime) reçus antérieurement au 12 mai 1909.

2º Pendant un délai de deux ans à partir de leur réception au certificat de capacité en droit, aux aspirants à ce certificat en cours d'études au 12 mai 1909.

3º Pendant un délai de deux ans à partir de leur réception à la licence, aux licenciés ès sciences qui veulent entreprendre soit les études médicales, soit les études pharmaceutiques, et qui ont obtenu, antérieurement à la promulgation dudit décret, la dispense du baccalauréat en vue de la licence ès sciences. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis-Marie-Abel Vast (de Vitry-le-François).

ANALYSES

MÉDECINE

Expériences cliniques sur les injections intra-veineuses de suprarénine dans les collapsus graves du cœur et des vaisseaux. (M. JOHN. *Münch. med. Wochens.*, 15 juin 1909, nº 24, p. 1221.) — L'auteur rapporte une série d'observations montrant que dans les collapsus graves du cœur et des vaisseaux, alors que les analeptiques usuels tels que la strophantine, la caféine, l'huile camphrée, n'agissent plus, l'injection intraveineuse d'adrénaline produit des effets remarquables et peut rappeler les malades à la vie. Il a conseillé d'employer soit la solution officinale d'adrénaline pure à la dose de 0,5 à 1 centimètre cube, ou bien une dilution au dixième de cette solution dans l'eau physiologique. Il a même vu quelquefois des doses moins considérables, 0,2 à 0,4 centimètres cubes, donner des résultats très favorables.

Les effets immédiats de l'injection intraveineuse d'adrénaline sont très nets : une pâleur soudaine, surtout marquée aux lèvres, couvre le visage, puis cesse au bout de deux ou trois minutes ; en même temps, la tension artérielle s'élève (dans un cas de 80 à 240 millimètres de Hg) ; la fréquence du pouls diminue, mais les irrégularités persistent ; quelques minutes plus tard, la tension artérielle s'abaisse et le pouls s'accélère de nouveau, sans pourtant récupérer sa fréquence antérieure. Enfin, au bout de deux ou trois heures, on constate une amélioration indéniable de l'état général.

La plupart des malades auxquels John a appliqué cette thérapeutique étaient des pneumoniques ; chez la plupart une seule injection a suffi ; chez d'autres, l'injection a été renouvelée une seconde fois.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Kystes dermoïdes de l'ovaire de dimensions peu ordinaires. (Edward N. LIELL. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LI, nº 26, 26 déc. 1908, p. 2217-2218.) — Il est classique de dire que les kystes dermoïdes sont toujours de taille moyenne, uniloculaires ; et l'on ajoute fréquemment que les dents qu'on y trouve sont toujours atypiques et ne peuvent pas être identifiées comme incisives ou molaires.

Or, dans les trois cas de Liell, les poids étaient respectivement de 20 kilos exactement (femme de quarante-deux ans, trois enfants), 17^k700 (femme de soixante-cinq ans) et de 14^k500 (femme de soixante-huit ans). Dans le premier cas, on trouva neuf dents, une incisive et huit molaires parfaitement conformées. Enfin, Liell avance l'hypothèse que bien des kystes dermoïdes sont premièrement multiloculaires et deviennent uniloculaires par absorption des cloisons, mais il ne donne pas de preuve.

F. GARDNER.

Omentopexie de l'intestin privé de son mésentère. (Charles L. SCUDDER. *The Boston med. and surg. Journ.*, 10 sept. 1908, vol. CLIX, nº 11, p. 338.) — L'auteur passe rapidement en revue les travaux expérimentaux sur la ligature des vaisseaux mésentériques et la section du mésentère. Ils ont montré que si l'intestin est privé de son mésentère sur plus de 5 à 8 centimètres il se nécrose, que de plus la section est d'autant plus dangereuse qu'elle siège près de l'intestin.

Lanz s'est demandé si on ne pouvait suppléer à la circulation mésentérique par une omentopexie. Un cas chez le chien donna un résultat favorable ; chez un opéré de cancer de l'estomac, le côlon transverse isolé fut suturé à l'épiploon. Le malade guérit.

Scudder a repris ces expériences chez le chien.

Il pense que cette pratique est appelée à un emploi très limité dans la chirurgie chez l'homme. La résection suivie d'entéro-anastomose est indiquée dès que l'intestin a été privé de mésentère sur une notable longueur ; l'omentopexie ne peut assurer la vitalité qu'à une très petite partie d'intestin.

Les résultats des expériences varient d'ailleurs : dans certains cas, 16 à 20 centimètres d'intestin isolé ont continué à vivre après omentopexie ; dans un autre, une dénudation de 10 centimètres a été suivie de gangrène. Il est préférable de pratiquer l'omentopexie sur les deux faces de l'intestin, la surface de contact se trouve doublée. Plus la section du mésentère est éloignée de l'intestin, plus les chances de viabilité augmentent.

M. LANCE.

VALEUR DIAGNOSTIQUE

DE LA

RÉACTION DE PRÉCIPITATION DE PORGES

DANS LA SYPHILIS

Par MM. L. LE SOURD et Ph. PAGNIEZ.

La méthode de Wassermann pour le séro-diagnostic de la syphilis est aujourd'hui en pleine faveur et de tous côtés, en France comme à l'étranger, les statistiques se multiplient qui paraissent en démontrer mieux de jour en jour la haute signification pratique. D'après les plus récents travaux, 69 p. 100 des syphilitiques primaires, 91 p. 100 des syphilitiques secondaires donneraient cette réaction et plus de 90 p. 100 des syphilitiques anciens fourniraient encore une réaction positive [Lesser (1)].

Il semblerait donc qu'on soit vraiment là en possession du procédé d'élection et qu'il soit absolument inutile et même inexplicable de chercher mieux ou autrement. Cependant il n'apparaît pas du tout évident, quand on y réfléchit un peu, que le procédé de Wassermann soit destiné à conserver dans le diagnostic de la syphilis une valeur aussi étroitement spécifique que la séro-réaction de Widal dans la fièvre typhoïde, par exemple. Ce qui fait la valeur de ce dernier procédé c'est autant la simplicité de sa recherche que la valeur absolue du renseignement qu'il donne. Or la réaction de Wassermann est de technique très délicate et sa signification est encore tout à fait imprécise.

Il est inutile d'insister sur le caractère de difficulté réelle d'une réaction qui, mettant en jeu des éléments biologiques multiples, nécessite un matériel très spécial et demande à être faite par un opérateur absolument rompu à la technique, sous peine de tomber dans les erreurs les plus grossières et les plus faciles. Combien de laboratoires où les premiers essais d'expérimentateurs cependant déjà familiarisés avec toutes les techniques modernes n'ont donné que des résultats inutilisables.

D'autre part la réaction de Wassermann n'est pas du tout, comme beaucoup peuvent encore être tentés de le croire, une modalité type de la réaction de fixation de Bordet-Gengou.

Sans vouloir entrer dans aucun détail sur la réaction de fixation de Bordet qu'on trouve actuellement décrite partout, nous rappellerons seulement que le temps essentiel consiste dans la mise en présence du sérum à étudier et du microbe en cause. Si le sérum contient une substance active contre ce microbe il y aura fixation d'un élément du sérum, de l'alexine, fixation que des opérations ultérieures auront pour but de mettre en évidence. Or dans la réaction de Wassermann il n'y a nullement mise en présence du microbe (le spirochète) et du sérum ; on a remplacé les cultures microbiennes (inexistantes jusqu'à présent) par un extrait de foie de fœtus syphilitique ; on a pu ensuite remplacer ce dernier par un extrait de foie de fœtus normal, puis par de l'extrait d'organes d'animaux (de cœur de cobaye en particulier), enfin par des lipoïdes isolés et malgré les discussions, les étonnements des orthodoxes qui voulaient en rester à la première technique indiquée, il semble bien que tous ces procédés soient susceptibles de donner de bons résultats.

Dès lors il ne s'agit plus du tout de la fixation de l'alexine (ou déviation du complément) déterminée par la présence du microbe en cause ou de ses produits et affirmant par son existence même la participation du microbe. Il s'agit d'une réaction purement empirique qui peut schématiquement s'exprimer ainsi : la mise en présence in vitro de sérum de syphilitique et de différents extraits qui paraissent avoir comme caractère commun d'être riches en lipoïdes, se traduit par une réaction que ne donne pas le sérum normal.

Il semble donc parfaitement légitime, cette réaction étant de technique fort délicate, d'essayer de la remplacer par d'autres procédés qui, s'ils donnent des résultats sensiblement aussi bons, seront supérieurs dès lors qu'ils seront plus simples.

Les procédés simples de séro-diagnostic de la syphilis qui sont nés de ces considérations ont été assez nombreux. Nous ne ferons que mentionner les suivants :

Fornet et Schereschewsky (1) ont montré qu'en mettant en contact le sérum d'un individu atteint de syphilis récente avec celui d'un paralytique général ou d'un tabétique, il apparaissait au point de contact des deux liquides un anneau trouble : le précipitogène contenu dans le sérum de syphilitique récent déterminerait la précipitation de la précipitine du sérum de syphilitique tardif. La méthode ne semble pas du tout spécifique ; Plaut, Henck et Rossi (2), Müller et Salomon (3), A. Pasini (4) ont montré que cette réaction pouvait s'obtenir avec le sérum d'individus indemnes de syphilis.

La méthode de Klausner (5) est encore plus simple

(1) Nous avons cité à dessein la statistique la plus favorable; suivant les auteurs les pourcentages sont en effet très différents, c'est ainsi qu'en ce qui concerne la syphilis primaire, Bechers n'a observé de résultats positifs que dans 63,6 p. 100 des cas, Boas dans 60 p. 100, Hœhne dans 38,6 p. 100 ; à la période secondaire, Bechers indique 90 p. 100 de résultats positifs, Boas 100 p. 100, Hœhne 79,1 p. 100, etc. ; à la période tertiaire, Bechers 55 p. 100, Boas 95 p. 100, Hœhne 63,6 p. 100, etc.

(1) Fornet et Schereschewsky. Serodiagnose bei Lues, Tabes und Paralyse durch spezifische Niederschläge, *Münch. med. Woch.*, 23 juillet 1907, nº 30, p. 1471. — Fornet, I. Schereschewsky, Eisenzimmer, Rosenfeld. Spezifische Niederschläge bei Lues, Tabes und Paralyse, *Deutsche med. Woch.*, 10 oct. 1907, nº 41, p. 1679. — Fornet et Schereschewsky. Ueber die Spezifität der Präcipitatreaktion bei Lues und Paralyse, *Berl. klin. Woch.*, 4 mai 1908, p. 874. — Fornet. Technique des divers procédés employés pour le séro-diagnostic de la syphilis, *Semaine méd.*, 6 mai 1908, nº 19, p. 217.

(2) F. Plaut, W. Henck et Rossi. Gibt es eine spezifischer Präzipitatreaktion bei Lues und Paralyse, *Münch. med. Woch.*, 14 janv. 1908, nº 2, p. 66.

(3) Müller et Salomon. *Wien. klin. Woch.*, 12 mars 1908, nº 11.

(4) A. Pasini. Ricerche comparative fra i diversi metodi di sierodiagnosi propositi per la sifilide, e considerazioni di sifilidologia, *L'Osped. magg. di Mil.*, 1909, nºs 5 et 6.

(5) E. Klausner. Ueber eine Methode der Serumdiagnostik bei Lues, *Wien. klin. Woch.*, 13 fév. 1908, nº 7, p. 214.

que la précédente ; elle est basée sur la précipitation par l'eau distillée des substances protéiques qui se trouvent dans le sérum des syphilitiques en plus grande quantité que dans les sérums normaux. Mais Nobl et Arzt (1), Fritz et Kren (2), Klausner lui-même (3), Ugolotti et Stanghellini (4), A. Pasini (5) ont reconnu que cette méthode n'était pas spécifique.

Récemment, Schürmann (6) a proposé une nouvelle méthode colorante, qui aurait pu simplifier singulièrement le diagnostic de la syphilis. Des recherches antérieures permettant de penser que l'acide lactique jouait un rôle important dans la réaction de Wassermann, Schürmann voulut en démontrer la présence par la réaction d'Uffelmann. Il ajoute au sérum (0^{cc}, 1) à examiner une goutte de perhydrol (eau oxygénée) puis 0^{cc}, 5 du mélange suivant : acide phénique, 0, 5 ; chlorure de fer à 5 p. 100, 0, 62 ; eau distillée, 34, 5. Ce mélange donne au sérum normal une légère coloration verte ; le sérum d'un syphilitique prend en une à deux minutes une coloration brun foncé. Les recherches ultérieures de Symanski, Hirschbruch et Gardiewski (7), de Schmincke et Stœber (8), de Meirowsky (9), de Calambos (10), etc., ont montré que cette réaction n'avait aucune spécificité.

Les différents procédés que nous venons de mentionner, condamnés presque dès leur apparition, ne paraissent donc pas devoir être retenus. Ils montrent du moins combien l'attention surtout à l'étranger a été vivement sollicitée par ces recherches.

Les procédés qu'a proposés Porges avec plusieurs collaborateurs ont cette supériorité d'être issus de constatations expérimentales précises faites dans l'emploi de la méthode Wassermann.

Nous avons déjà indiqué comment à l'extrait de foie d'hérédo-syphilitique, primitivement employé par Wassermann, on avait pu substituer divers extraits d'organes, le prétendu antigène n'étant qu'un mélange de substances solubles dans l'alcool qui se trouvent même dans certains tissus normaux. Allant plus loin, Porges et Meier (1) ont montré que l'on pouvait remplacer dans la réaction de Wassermann les extraits d'organes par de l'ovolécithine de Merck. Levaditi et Yamanouchi (2) y ont substitué le glycocholate de soude ; Fleischmann (3), la cholestérine ; Sachs et Rondoni (4), l'oléate de soude, etc.

Engagé dans cette voie, Porges (5) observa que le sérum d'un syphilitique, mis simplement au contact d'une suspension de lécithine dans la solution physiologique de $NaCl^2$, en déterminait la précipitation et sur cette constatation basa une nouvelle méthode de séro-diagnostic.

Pour obtenir cette réaction on mélange à parties égales le sérum à éprouver et une suspension de lécithine dans l'eau salée isotonique (une partie de lécithine dans 100 parties de solution de $NaCl^2$ à 8, 5 p. 100) ; le mélange est maintenu cinq heures à 37 degrés ou vingt heures à la température de la chambre. Si le malade est atteint de syphilis, de tabes ou de paralysie générale, la lécithine se précipite sous forme de flocons ; le sérum provenant d'individus non syphilitiques ne donne de précipitation qu'après un laps de temps de beaucoup supérieur.

La recherche de la propriété précipitante du sérum syphilitique sur les émulsions de lécithine fut rapidement soumise à un contrôle plus étendu et il faut citer ici les travaux de Nobl et Arzt (6), Grosz et Volk (7), von Eisler (8), Müller (9), Stumme (10), Pasini (11), Fritz et Kren (12). Sans vouloir mentionner tous les chiffres obtenus et essayer d'en grouper les totaux, nous retiendrons simplement que la méthode, pour supérieure à celles que nous avons mentionnées ci-dessus, s'est révélée à l'épreuve encore fort imparfaite. De nombreux cas de syphilis ne donnent pas la réaction et celle-ci s'obtient avec une fréquence regrettable quand on opère avec le sérum de certains malades, des tuberculeux [von Eisler (13)] ou des cachectiques en particulier [Weil et Braun (14)].

---

(1) Nobl et Arzt. Zur Serodiagnostik der Syphilis (Porges-Meier) und Klausnersche Reaktion, *Wien. klin. Woch.*, 27 fév. 1908, n° 9, p. 287.

(2) Fritz et Kren. Ueber den Wert der Serumreaktion bei Syphilis nach Porges-Meier und Klausner, *Wien. klin. Woch.*, 19 mars 1908, n° 12, p. 386.

(3) E. Klausner. Ueber eine Methode der Serumdiagnostik bei Lues, *Wien. klin. Woch.*, 12 mars 1908, n° 11, p. 363.

(4) F. Ugolotti et D. Stanghellini. Sul valore pratico di alcuni recenti metodi di sierodiagnosi della sifilide, *Note e Riv. di Psich.*, 1909, n° 2.

(5) A. Pasini. Loc. cit.

(6) W. Schürmann. Luesnachweis durch Farbenreaktion, *Deutsche med. Woch.*, 8 avril 1909, n° 14, p. 616.

(7) Symanski, Hirschbruch et Gardiewski. Luesnachweis durch Farbenreaktion, *Berl. klin. Woch.*, 10 mai 1909, n° 19.

(8) Schmincke et Stœber. Zur Kritik der Schürmannschen Farbenreaktion bei Lues, *Deutsche med. Woch.*, 27 mai 1909, n° 21, p. 937.

(9) E. Meirowsky. Die Schürmannsche Methode des Luesnachweises mitels Farbenreaktion, *Deutsche med. Woch.*, 26 mai 1909, n° 21, p. 937.

(10) A. Calambos. Ueber den Wert der Farbenreaktion bei Lues, *Deutsche med. Woch.*, 3 juin 1909, n° 22, p. 976.

(1) Porges et Meier. Cf. art. de Wassermann in *Berl. klin. Woch.*, 23 déc. 1907, p. 1634 ; — Ueber die Rolle der Lipoïde bei der Wassermann'schen Syphilisreaktion, *Berl. klin. Woch.*, 13 avril 1908, n° 15, p. 731.

(2) Levaditi et Yamanouchi. Le séro-diagnostic de la syphilis, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1907, t. LXIII, p. 740.

(3) Fleischmann. Zur Theorie und Praxis der Serumdiagnose der Syphilis, *Berl. klin. Woch*, 9 mars 1908, n° 10, p. 491.

(4) H. Sachs et P. Rondoni. Beiträge zur Theorie und Praxis der Wassermann'schen Syphilisreaktion, *Zeit. f. Immunit. u. experim. Ther. Origin.*, t. I, 21 déc. 1908, p. 132.

(5) Porges. Methode der Serodiagnostik der Syphilis, *Gesell. d. Aertze in Wien.*, séance du 31 janv. 1908, in *Wien. klin. Woch.*, 1908, n° 6, p. 206.

(6) Nobl et Arzt. Loc. cit.

(7) Grosz et Volk. Serodiagnostiche Untersuchungen bei Syphilis, *Wien. klin. Woch.*, 30 avril 1908, n° 18, p. 647.

(8) Von Eisler. Ueber Komplementablenkung und Lezithinausflockung, *Wien. klin. Woch.*, 26 mars 1908, n° 13, p. 422.

(9) Müller. Gesellschaft d. Aertze in Wien, séance du 28 fév. 1908, in *Wien. klin. Woch.*, 5 mars 1908, n° 10, p. 337.

(10) Stumme. Gesellschaft d. Aertze in Wien, séance du 28 fév. 1908 (*suite*), in *Wien. klin. Woch.*, 12 mars 1908, n° 11, p. 376.

(11) A. Pasini. Loc. cit.

(12) Fritz et Kren. Loc. cit.

(13) Von Eisler. Loc. cit.

(14) Weil et Braun. Ueber Antikörper bei Tumoren. *Wien. klin. Woch.*, 30 avril 1908, n° 18, p. 650.

Nous avons nous-mêmes essayé cette réaction avec cinquante-six sérums différents et voici les chiffres que nous avons obtenus : sur vingt-six sérums provenant de syphilitiques primaires, secondaires ou tertiaires, treize réactions positives, treize négatives ; sur trente sérums provenant d'individus non syphilitiques, vingt-quatre réactions négatives, six positives.

Bien qu'il faille, comme l'a fait observer Porges (1), tenir compte de ce fait que les diverses préparations de lécithine varient de composition et que leurs suspensions sont plus ou moins stables suivant leur origine, on n'en est pas moins amené à cette conclusion, formulée par Porges lui-même : la réaction qui est infiniment plus simple que le Wassermann est loin d'être aussi spécifique et ne peut servir de moyen de diagnostic.

Il semble que la deuxième méthode proposée par Porges, en collaboration avec Elias, Neubauer et Salomon (2) soit infiniment supérieure. Il s'agit encore d'une réaction de précipitation, dans laquelle la suspension de lécithine est remplacée par une solution de glycocholate de soude. La technique très simple est la suivante.

On prépare une solution fraîche de glycocholate de soude (Merck) à 1 p. 100 dans l'eau distillée ; et on la mélange à volume égal ($0^{cc}2$) avec le sérum à éprouver, centrifugé et inactivé par un chauffage à 56 degrés pendant une demi-heure. Le mélange est fait dans de petits tubes de 7 à 8 millimètres de diamètre ; les tubes sont laissés à la température du laboratoire. Après seize à vingt heures, si la réaction est positive, on constate la présence d'un précipité qui est presque toujours rassemblé à la partie supérieure du tube. Dans le cas de réaction négative le mélange est resté limpide sans précipité.

Cette nouvelle méthode de Porges a été successivement employée par Fritz et Kren (3), Bauer et Meier (4), Rusz (5), Schwarzwald (6), Tommasi (7) et en rapprochant les résultats enregistrés par ces différents observateurs de ceux que nous avons nous-mêmes obtenus on est, semble-t-il, en mesure aujourd'hui d'en apprécier la valeur.

Tandis que les méthodes précédemment indiquées ont été vivement combattues et certaines même abandonnées par leurs auteurs, la réaction de précipitation par le glycocholate a supporté l'épreuve des recherches de contrôle.

Pour ne retenir que les statistiques précises nous voyons Fritz et Kren, bien que se déclarant non partisans de la méthode, trouver chez vingt-six syphilitiques dix-sept réactions positives ; chez vingt-trois non syphilitiques, quatre réactions positives.

Schwarzwald dans soixante-cinq cas de syphilis en période d'activité indique quarante et une réactions positives, dans cent trente-trois cas de contrôle trois réactions positives.

Nos recherches personnelles ont porté sur cent trente-sept sérums recueillis pour la plus grande part dans les services de MM. Darier et Thibierge. Dans soixante cas de syphilis la réaction fut positive quarante-neuf fois ; dans soixante-dix-sept cas de contrôle la réaction fut positive quatorze fois.

La réaction est donc positive avec une fréquence de 80,1 p. 100 chez les syphilitiques avérés. Elle n'est positive que dans 18,1 p. 100 des cas chez les individus cliniquement non syphilitiques.

De ce premier aperçu, il résulte que la propriété de précipiter les solutions de glycocholate, sans être absolument spécifique ni constante, se rencontre avec une fréquence impressionnante dans le sérum des sujets syphilitiques.

Il est inutile, pensons-nous, d'insister sur le fait qu'en pareille matière les « témoins » sont toujours sujets à caution, puisque leur non spécificité n'est presque toujours qu'une probabilité. C'est ainsi que sur les 77 cas de contrôle que nous avons réunis nous n'en voulons retenir que six pour lesquels nous puissions parler de certitude de non spécificité. Aucun de ces sérums n'a donné de réaction positive. Il est donc probable que parmi les cas de contrôle positifs plusieurs étaient sciemment ou non des syphilitiques latents. Ces réserves indispensables sur la valeur à accorder aux statistiques de contrôle se renforcent de ce fait qu'indépendamment de quelques affections rares sur lesquelles nous aurons à revenir, aucune des maladies fréquentes en clinique, tuberculose, cancer, etc., ne donne de pourcentage élevé de résultats positifs.

La précipitation des solutions de glycocholate par le sérum paraît s'observer avec une fréquence inégale aux différentes périodes de la syphilis. Voici à ce point de vue les résultats que nous avons obtenus :

Dans 13 cas de chancre nous avons noté 10 réactions positives (76,9 p. 100) ; dans 31 cas de syphilis secondaire floride 28 réactions positives (90,3 p. 100) ; dans 15 cas de syphilis tertiaire 11 réactions positives (73,3 p. 100). Parmi ces derniers cas les malades atteints de gommes en activité donnèrent tous un résultat positif, alors que les malades dont la syphilis ne se manifestait plus par aucune réaction apparente ne donnèrent que 6 fois sur 9 une réaction positive (66 p. 100).

En compulsant les statistiques des autres auteurs, il apparaît également que la plus grande fréquence de la réaction se rencontre pendant la période d'ac-

(1) Elias, Neubauer, Porges et Salomon. Gesellschaft d. Aertze in Wien, séance du 28 fév. 1908, in *Wien. klin. Woch.*, 12 mars 1908, n° 11, p. 376.

(2) Elias, Neubauer, Porges et Salomon. Theoretisches über die Serumreaktion auf Syphilis, *Wien. klin. Woch.*, 21 mai 1908, n° 21, p. 748 ; — Ueber die Methodik und Verwendberkeit der Ausflockungsreaction für die Serodiagnose der Syphilis, *Wien. klin. Woch.*, 4 juin 1908, n° 23, p. 831.

(3) Fritz et Kren. Loc. cit.

(4) R. Bauer et G. Meier. Zur Technik und klinischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion, *Wien. klin. Woch.*, 17 déc. 1908, n° 51, p. 1765.

(5) V. K. Rusz. Offizielles Protokoll des Wissenschaftlichen Vereines der Militärärzte der garnison Wien, séance du 17 avril 1909, in *Der Militärartz*, 21 mai 1909, n° 10 ; — supplément du *Wien. med. Woch.*, 22 mai 1909, n° 21.

(6) R. Th. Schwarzwald. Ueber die Ausflockungsreaktion nach Porges, *Wien. klin. Woch.*, 15 juillet 1909, n° 28, p. 993.

(7) C. Tommasi. Sul valore diagnostico della reazione di Porges col glicolato sodico sul siero dei malati di paralisi progressiva, *Riv. patol. nerv. e ment.*, 1909, n° 2.

tivité de la vérole, surtout pendant la période secondaire.

Nous n'avons personnellement observé que très peu de tabétiques et de paralytiques généraux. Porges sur 10 cas de ce genre a trouvé 4 réactions positives seulement. Schwarzwald sur 14 tabétiques enregistre 5 réactions positives; sur 43 paralytiques 14 réactions positives seulement. La statistique de Tommasi serait encore plus médiocre (1). Si les recherches ultérieures confirment ces données, la méthode de Porges serait très inférieure à celle de Wassermann pour le diagnostic de la paralysie générale.

D'après la statistique de Schwarzwald la réaction de Porges serait par contre fréquente dans la syphilis héréditaire (15 cas positifs sur 18).

Les statistiques actuelles, pour étendues qu'elles soient déjà, ne peuvent évidemment viser encore à donner un aperçu définitif de la fréquence de la réaction aux différents stades de la syphilis, surtout en ce qui a trait à la syphilis tertiaire latente; elles donnent dès à présent cependant des indications intéressantes comme nous venons de le voir.

De même, on ne peut encore connaître d'une manière exacte l'influence du traitement mercuriel sur la marche de la réaction. Tout au plus peut-on retenir que celui-ci n'en empêche pas la manifestation. Il faut ajouter qu'il est impuissant à la provoquer par lui-même chez un sujet sain, ainsi que Schwarzwald l'a expérimentalement constaté.

Si on ne peut actuellement fixer l'époque, les conditions, la fréquence même de la disparition de cette propriété précipitante du sérum, on est au moins autorisé à dire que celle-ci est une acquisition nouvelle dont on a pu quelquefois constater le moment d'apparition. Dans un cas de chancre, nous avions à un premier examen constaté l'inactivité du sérum; celui-ci était devenu précipitant quelques semaines plus tard. Schwarzwald dans six cas a observé le même phénomène.

En quoi consiste cette acquisition, cette modification du sérum chez les syphilitiques? A ce point de vue nous sommes encore bien peu renseignés. Voulant éviter toute digression à ce sujet dans un article qui vise avant tout à rester pratique, nous retiendrons simplement que, d'après les travaux de Porges, Elias, Neubauer et Salomon, la précipitation de la solution de glycocholate de soude ne serait qu'une réaction colloïdale entre les albumines du sérum et la suspension colloïdale de glycocholate. Très probablement la précipitation ne dépend que de variations quantitatives d'éléments normaux du sérum. En tout cas la, ou les substances en cause, ne seraient pas les mêmes que celles qui donnent la réaction de Wassermann (Pick et Pribram).

La comparaison des résultats obtenus par les deux méthodes de Porges et de Wassermann montre cependant un parallélisme assez rigoureux (Porges). Rusz qui a examiné 111 cas de syphilis et 20 individus par les deux méthodes a obtenu des résultats identiques pour la syphilis primaire, le tabes et

(1) Cf. in *Auto-Riassunti* de A. Riva, l'analyse du travail de C. Tommasi dont nous n'avons pu nous procurer le texte original.

la paralysie générale; pour la syphilis secondaire et tertiaire le nombre des cas positifs est un peu plus grand par la méthode de Wassermann que par celle de Porges. Aucun des cas de contrôle n'a donné de résultat positif avec l'une ou l'autre des deux méthodes.

La précipitation du glycocholate par le sérum n'a certes pas une valeur absolue pour le diagnostic de syphilis, mais la réaction de Wassermann n'en a pas davantage et parmi les cas de contrôle il est intéressant de relever que certaines affections, aujourd'hui connues pour donner comme la syphilis la réaction de Wassermann, peuvent également provoquer la précipitation du glycocholate. C'est ainsi que nous avons observé, comme Porges, que le sérum d'un lépreux était précipitant. De même le sérum d'un malade atteint de paludisme récent à type tierce était très précipitant (1). On sait les discussions qui se sont élevées à propos de la fréquence de la réaction de Wassermann dans la scarlatine; il semble prouvé aujourd'hui que dans quelques cas de scarlatine le sérum puisse au cours de la maladie se comporter comme un sérum syphilitique (2). Sur onze cas de scarlatine que nous avons examinés, un seul nous a fourni un sérum précipitant; la méthode de Porges paraît donc dans ces diverses affections se comporter d'une façon très analogue à la méthode de Wassermann.

D'autre part, MM. Bar et Daunay (3) ont indiqué que le sérum du sang du cordon ombilical, chargé de pigments biliaires, peut en l'absence de toute spécificité donner la réaction de Wassermann; quatre échantillons de sérum, recueillis dans des conditions identiques et donnant la réaction de Gmelin, ne se sont montrés nullement précipitants avec la solution de glycocholate. Il semble donc y avoir là une supériorité de la méthode que nous étudions sur celle de Wassermann.

D'après toutes les recherches que nous venons de résumer, la méthode de précipitation du glycocholate de soude, malgré certains défauts, paraît donc digne de retenir l'attention. Aussi ne nous semble-t-il pas inutile de préciser quelques points de sa technique.

Les solutions de glycocholate de soude cultivant facilement, il est indispensable de n'opérer qu'avec une solution fraîchement préparée. Porges préconise l'emploi du glycocholate de soude de Merck; nous avons opéré presque toujours avec du glycocholate de soude de la maison Poulenc. Les recherches que nous avons faites en expérimentant comparativement avec des produits de ces deux origines ne nous ont montré aucune supériorité de la marque allemande.

Le sérum à éprouver doit être inactivé, nous

(1) Cf. W. Boehm. Malaria und Wassermannsche Reaktion, *Malaria*, mai 1909, t. I, f. 3, p. 191.

(2) Cf. F. Hœhne; — E. Seligmann et Klopstock; — Carl Bruck et Leo Cohn, in *Berl. klin. Woch.*, 21 sept. 1908, p. 1717 et suiv., etc.

(3) Bar et Daunay. Recherches sur le séro-diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte et l'enfant nouveau-né, *L'Obstétrique*, 1909, p. 263.

l'avons dit; quand on opère avec du sérum non chauffé à 56 degrés la réaction est souvent moins nette.

Sérum et solution de glycocholate doivent être mélangés à parties égales et non superposés; nous avons essayé avec quelques échantillons de sérum très précipitants de changer la proportionnalité du sérum et de la solution sans obtenir de résultats plus nets. Le mélange effectué est laissé à la température de la chambre; le séjour à l'étuve ne rend pas la réaction plus nette et a le gros inconvénient de faciliter les cultures microbiennes.

Porges conseille de noter les résultats après quinze à vingt heures; en réalité on peut souvent quand il s'agit de réactions positives constater l'apparition d'un précipité bien avant. Dans quelques cas nous avons vu des sérums qui donnaient ultérieurement une très forte réaction se troubler quelques minutes après leur mélange avec la solution de glycocholate de soude.

Le précipité formé se rassemble presque toujours à la partie supérieure du liquide, où, quand il est abondant, il forme une sorte de pellicule. Il y a dès lors intérêt à se servir de tubes très étroits qui rendront son appréciation plus facile et permettront de reconnaître les réactions discrètes; celles-ci s'apprécieront facilement avec un peu d'habitude.

* * *

Des différents procédés simples de séro-diagnostic de la syphilis, un seul paraît donc à retenir actuellement : celui que Porges a basé sur la précipitation par le sérum syphilitique des solutions de glycocholate de soude. Cette méthode, mise en parallèle avec celle de Wassermann, peut soutenir la comparaison en ce qui concerne la syphilis en activité; il paraît en être de même pour la syphilis latente, autant qu'on en peut juger d'après un nombre d'observations encore restreint. Quant aux résultats qu'elle fournit dans le tabes et la paralysie générale ils sont pour le moment très inférieurs à ceux que donne le procédé de Wassermann.

Il y a lieu avant de formuler un jugement d'ensemble d'ajouter encore aux statistiques antérieures de nouvelles observations. Celles-ci permettront d'apprécier la fréquence de la réaction aux stades tardifs de la syphilis et nous renseigneront sur l'influence du traitement à l'égard de cette propriété acquise du sérum, car l'on sait que pour la méthode de Wassermann cette influence est actuellement considérée comme fort grande.

La simplicité de technique du procédé de Porges, le mettant à la portée de tout observateur qui dispose du matériel le plus rudimentaire, constitue une évidente supériorité, puisqu'elle rend faciles les recherches complémentaires de vérification.

Peut-être celles-ci nous amèneront-elles à connaître la nature intime du phénomène et à déterminer exactement en quoi consistent ces modifications humorales qui paraissent spéciales à un certain groupe de maladies dont la syphilis est de beaucoup la plus répandue.

LES TRAUMATISMES OBSTÉTRICAUX DANS L'ÉTIOLOGIE DES ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES

Par L. BABONNEIX.

L'étiologie des encéphalopathies infantiles est, comme on le sait, passablement complexe. Tantôt, en effet, on peut invoquer à leur origine certaines intoxications aiguës ou chroniques des ascendants : alcoolisme, saturnisme; tantôt elles relèvent de causes pathogènes dont l'action s'est produite pendant la grossesse : toxi-infections, traumatismes, émotions; tantôt, enfin, elles sont dues aux incidents qui accompagnent ou qui suivent la naissance. Ce dernier agent étiologique a été très fréquemment signalé par les auteurs; nous-même, à la consultation du professeur Hutinel, nous avons pu le retrouver de la façon la plus nette, un certain nombre de fois. Voici, à ce sujet, quelques observations sommaires.

* * *

I. Traumatismes obstétricaux et épilepsie. — *Observation I.* — Aimée M..., neuf ans, est amenée aux Enfants-Malades le 6 mars 1909 parce qu'elle est sujette à des *absences.*

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Les parents sont bien portants et ne présentent aucun stigmate de syphilis ou de tuberculose. La fillette est née à terme, à la suite d'une grossesse normale, mais *l'accouchement a été très difficile et on a dû employer le forceps.*

Depuis quelques années, la fillette éprouve de temps à autre des accidents singuliers. Elle est en train de jouer lorsque brusquement, sans cause, elle perd pour ainsi dire connaissance; ses yeux prennent une fixité étrange; elle laisse tomber ce qu'elle tenait à la main, et, pendant une à deux minutes, elle paraît « ne plus y être », puis elle revient à elle et alors elle ne se rappelle pas du tout ce qui vient de se passer. A ces moments elle ne tombe pas, elle ne pâlit pas, ne se mord pas la langue, ne perd pas ses matières. Elle n'a jamais eu de vertiges ni de grandes crises convulsives.

Etat actuel. — La fillette est bien développée, son état général est satisfaisant. Tous les grands appareils fonctionnent convenablement. Son caractère est doux et affectueux. Rien ne permet de penser à de la simulation. Comme tout stigmate de dégénérescence, on note un certain degré de voûte ogivale. Il s'agit évidemment là d'absences épileptiques et le traitement est dirigé dans ce sens.

II. Traumatismes obstétricaux et idiotie. — *Obs. II.* — Suzanne C..., sept ans, est amenée à l'hôpital pour des troubles intellectuels ressortissant à l'arriération mentale.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant, la mère aussi; elle aurait éprouvé une grande peur pendant qu'elle portait l'enfant (?).

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme, l'accouchement n'a pas été particulièrement difficile; cependant, au moment de la naissance, on s'est aperçu que *la fillette était toute cyanosée et qu'elle ne respirait pas*; il a fallu, pour la faire revenir à la vie, recourir aux méthodes classiques (flagellation, balnéation chaude, sinapisation, etc.).

Dès les premiers mois, on a remarqué que la petite malade n'avait jamais envie de s'alimenter et il a fallu la nourrir de force. Elle a commencé à marcher très tard, elle parle très peu et d'une façon incorrecte. Sa physionomie est peu éveillée. Cependant elle connaît à peu près les personnes de son en-

tourage, n'est pas extrêmement irritable, et témoigne même de quelques sentiments affectifs.

Elle a eu des convulsions fréquentes pendant les cinq premières années de sa vie; sa dentition est très irrégulière; il n'y a aucun trouble moteur net en dehors du strabisme convergent, aucune modification des réflexes, aucun signe d'hérédo-syphilis ou de tuberculose. L'état général est satisfaisant.

Obs. III. — Louis L..., deux ans et demi, amené le 22 décembre 1909, parce qu'il ne se développe pas normalement, ne se tient pas sur ses jambes, ne parle pas.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Les parents sont bien portants et ne présentent aucun stigmate de tuberculose ou de syphilis. L'enfant est né à terme, à la suite d'une grossesse normale, mais *l'accouchement a été très difficile*, on a dû employer le forceps, et le nouveau-né est venu au monde en état d'asphyxie bleue. Il a été nourri au biberon.

Etat actuel. — L'enfant a une physionomie inintelligente, son crâne épais aurait, au dire des parents, augmenté de volume dans ces derniers temps. Il n'existe aucune malformation, sauf de la cryptorchidie, aucun trouble moteur, mais seulement des troubles intellectuels marqués; le jeune L... ne sait pas encore marcher, il ne dit rien: il reconnaît à peine les personnes qui l'entourent.

III. Traumatismes obstétricaux et diplégie cérébrale. — *Obs. IV.* — Clémence Th..., âgée de deux ans, est amenée aux Enfants-Malades le 19 février 1909 parce qu'elle ne marche pas et ne parle pas encore.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Les parents sont très bien portants; la grossesse a été normale, l'accouchement s'est fait à terme; il aurait été normal, cependant *l'enfant est venu au monde en état de mort apparente* (asphyxie bleue) et il a fallu de longs efforts pour la ranimer.

Etat actuel. — La fillette est petite, mal développée, son crâne est petit, sa dentition retardée et irrégulière. Il n'existe aucune malformation congénitale.

Les troubles intellectuels sont indéniables; l'enfant ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent, elle ne parle pas, elle a une physionomie peu éveillée. Ajoutons qu'elle est sujette à de violentes colères et qu'elle est encore sale.

Quant aux troubles moteurs, ils ne sont pas moins nets; les membres inférieurs sont raides, ne se laissant ni fléchir, ni étendre; il en est de même des membres supérieurs, et il n'y a pas jusqu'aux muscles de la nuque et du tronc qui ne présentent un certain degré de contracture. Les réflexes tendineux sont partout augmentés. Il n'y a pas de convulsions, pas de mouvements athétoso-choréiques.

Obs. V. — Nelly H..., trois ans et demi, vue le 5 janvier 1909.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Les parents sont bien portants. Ils ont eu cinq enfants, dont un, âgé actuellement de six ans, et qui ne parlerait pas et ne marcherait pas. La fillette est née à terme, mais *l'accouchement a été très difficile*, sans qu'on ait eu besoin, toutefois, d'employer le forceps. Vers sept mois, on a remarqué que le bébé était raide. Il n'y a jamais eu de convulsions.

Etat actuel. — L'état général est satisfaisant. La petite malade est assez bien développée, elle n'est pas rachitique et ne présente aucun stigmate de syphilis ou de tuberculose. Elle paraît assez intelligente, mais ne parle que depuis trois mois. Son caractère est bon.

Les membres inférieurs sont raides, on ne peut facilement ni les plier, ni les étendre. A leur niveau, les réflexes tendineux sont vifs, mais il n'y a pas de trépidation spinale. Le signe de Babinski est difficile à chercher à cause de l'indocilité de l'enfant, il semble toutefois qu'il existe du côté droit. La marche est impossible. Dans l'attitude verticale, les jambes se comportent comme dans la maladie de Little; les pieds se mettent en varus équin, les genoux frottent l'un contre l'autre, la raideur s'accentue encore. Il n'y a pas de mouvements athétoso-choréiques.

Les membres supérieurs, le tronc, la face sont intacts.

Le crâne est nettement brachycéphale. Les yeux sont un peu obliques, mais il n'existe aucun signe d'idiotie mongolienne ou de myxœdème.

Il s'agit donc ici d'un syndrome de Little consécutif aux traumatismes obstétricaux.

***

Ces observations, dont il nous eût été facile d'augmenter le nombre, nous paraissent présenter quelque intérêt.

Elles montrent d'abord que, conformément à la théorie émise d'abord par König, et que nous avons soutenue avec M. le professeur Hutinel dans les *Maladies des enfants*, ce sont les mêmes causes qui interviennent pour produire ici les troubles moteurs connus : hémi et diplégies cérébrales infantiles, épilepsie, mouvements athétoso-choréiques, etc., et les troubles intellectuels : arriération mentale, imbécillité, idiotie. Ce sont aussi les mêmes lésions. Que se passe-t-il en effet lorsque l'accouchement se passe mal? L'enfant naît en état d'asphyxie bleue, de mort apparente. Cette stase veineuse, qu'il est si facile de constater au niveau des téguments, est généralisée. Au niveau des séreuses pleurale et péricardique, elle aboutit à la production de petites taches hémorragiques qui correspondent plus ou moins à ce que l'on décrit en médecine légale sous le nom de taches de Tardieu. Au niveau de l'encéphale, elle favorise, sans doute aussi, la rupture des veinules situées à la face externe des hémisphères, soit qu'elles occupent la pie-mère et les espaces sous-arachnoïdiens, soit même qu'elles soient contenues dans la substance nerveuse elle-même. Ce qui le prouve, c'est que la ponction lombaire, pratiquée dans ces cas immédiatement après la naissance, a parfois ramené du sang pur (Boquel). Donc : hémorragies pie-mériennes ou corticales, détruisant une partie plus ou moins considérable du tissu nerveux sous-jacent, et substituant aux éléments qu'il contenait, cellules et fibres, une vulgaire cicatrice névroglique.

De cette théorie, que nous avons souvent entendu soutenir par Gilles de la Tourette, découle une conséquence pratique de la plus haute importance. Il y aura lieu, désormais, d'instruire le public sur les dangers que peuvent présenter, pour l'intelligence et la motilité de l'enfant, les traumatismes obstétricaux et de veiller à ce que l'accouchement s'effectue dans des conditions aussi normales que possible.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 9 novembre 1909)

Un traitement chirurgical de la dysménorrhée et de la stérilité. — Sous ce titre, M. Pozzi fait une intéressante communication dans laquelle il précise un type clinique particulier qui est une des causes les plus fréquentes de la dysménorrhée et de la stérilité chez la femme. Il propose pour y

remédier une petite opération qui lui a donné de très bons résultats. Il s'agit d'une légère malformation qui passe méconnue le plus souvent et qui est constituée par un type infantile de l'utérus.

Dans ces cas, le col est très long, conique et présente une antécourbure exagérée. Cet état du col coïncide avec une étroitesse considérable de son orifice qui rend difficile l'écoulement du flux menstruel (dysménorrhée) et l'introduction du sperme (stérilité). On observe cet état infantile de l'utérus chez beaucoup de femmes débiles, mais aussi chez des femmes très bien constituées, vigoureuses, chez lesquelles cet état constitue une tare purement locale. La dysménorrhée et la stérilité sont la règle dans ces cas.

Il y a bien longtemps qu'on a cherché à porter remède à cet état, soit par des dilatations, soit par des opérations plus ou moins dangereuses, telles que la dilatation par la laminaire ou les bougies d'Hégar, l'opération de Simpson, etc. Certaines de ces opérations peuvent être graves et entraîner de la dystocie, de la péri-métro-salpingite, de l'infection, de l'obstruction des trompes.

M. Pozzi propose l'opération suivante : 1° curettage et évidement bilatéral ; 2° le col représentant alors deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure, on fait un évidement de chaque côté et réunit ensuite la muqueuse externe avec la muqueuse interne. On diminue ainsi le champ saignant, on facilite le rapprochement des muqueuses. M. Pozzi se sert de fils d'argent qu'il tord. Il en place un de chaque côté, quatre en avant et quatre en arrière pour réunir les deux surfaces cruentées antérieure et postérieure. Cela fait, en tout, dix fils. On obtient ainsi une réunion parfaite. Après quelques semaines, les lèvres ainsi obtenues se rétractent et on assure ainsi un orifice très grand.

Après cette opération, les règles augmentent généralement en quantité et diminuent en douleurs. Des femmes qui étaient aménorrhéiques voient leurs règles apparaître régulièrement. Le rétablissement de la fonction amène le rétablissement de l'organe.

Les résultats sont donc les suivants : augmentation des règles, rétablissement des règles chez les aménorrhéiques. Au point de vue de la stérilité, sur 54 femmes ainsi opérées par M. Pozzi, 14 sont devenues enceintes, après six, huit et même seize ans de mariage sans enfants. L'une de ces malades a eu trois enfants.

Cette opération n'offre aucun danger, au point de vue de la dystocie, des grossesses possibles dans l'avenir. Il n'y a pas d'accidents post-opératoires. Elle a été pratiquée avec succès par d'autres chirurgiens en France et à l'étranger.

M. Doléris fait observer que la question soulevée par M. Pozzi touche à la pathologie générale. Le développement insuffisant de l'utérus, dont le col représente les deux tiers, tandis que le corps ne représente que le tiers de l'organe, constitue une sorte de dégénérescence. Si l'on étudie les antécédents des femmes qui la présentent, on trouve chez elles des phénomènes douloureux, des stigmates de dégénérescence.

M. Pozzi nous a donné une bonne opération pour remédier à cet état de choses, mais cela ne suffit pas, il faut y joindre la dilatation, le massage ou la gymnastique utérine. Les muscles se développent alors; il se fait un assouplissement de la cavité utérine. Ce ne sont pas là des choses à négliger. On voit la dysménorrhée céder sous l'influence de ce traitement.

M. Doléris regrette qu'on tende à abandonner la dilatation et le massage.

M. Henrot (de Reims) dans un cas de ce genre a eu recours à la fécondation artificielle qui lui a donné un bon résultat, en ce sens que la femme est devenue enceinte. Malheureusement elle n'a pu mener sa grossesse à terme. Il semble qu'avant de recourir à une opération, si bénigne soit-elle, on pourrait songer à ce moyen innocent.

M. Pinard rappelle les bons effets, dans ces cas, de la dilatation lente progressive sur laquelle un élève de M. Pozzi, a fait une communication très documentée au Congrès de Nantes.

M. Pozzi n'a jamais vu réussir la fécondation artificielle. Il reconnaît que les moyens présentés par M. Doléris sont excellents. Mais il y a des cas où ils sont insuffisants et où l'opération qu'il propose est le seul moyen d'arriver à un résultat.

Etat sanitaire comparé des troupes des gouvernements militaires de Paris et de Berlin. — M. Lowenthal a fait cette étude comparative pour les années 1902 à 1906. Les chiffres qu'il nous a fait connaître sont d'une triste éloquence.

Notre armée est inférieure de 70 000 hommes à celle de l'Allemagne. Nous avons eu en cinq ans 4178 décès de plus qu'en Allemagne. Rien que pour les maladies infectieuses et évitables, nos excédents se chiffrent par 3600 décès et 221 000 malades dont un grand nombre sont perdus pour le pays et pour leurs familles.

La mortalité générale de l'armée à Berlin est de 10,5 p. 100 inférieure à celle de Paris.

Pour les maladies vénériennes la morbidité de l'armée à Berlin est de 6 p. 100 inférieure à celle de Paris, pour la scarlatine de 25 p. 100 inférieure à Paris, pour la rougeole de 30 p. 100, pour la fièvre typhoïde de 9,5 p. 100 inférieure à celle de Paris.

La grippe donne 3 fois 1/2 plus de décès à Paris qu'à Berlin ; même chiffre pour la tuberculose.

En résumé, l'état sanitaire des troupes de Paris comparé à celui des troupes de Berlin est déplorable.

Elections. — M. Wurtz est élu membre titulaire dans la section de médecine publique, hygiène et médecine légale par 68 voix sur 76 votants.

PRATIQUE MÉDICALE

LES MODIFICATIONS DU TERRAIN PAR L'ALIMENTATION

Après avoir accordé une importance exagérée au bacille de Koch et aux espérances de sérothérapie antituberculeuse, on comprend de plus en plus que sans négliger l'agent pathogène il faut, avant tout, s'occuper du terrain. C'est dire qu'on revient à ce que faisaient les cliniciens avant la bactériologie. Quand ils se trouvaient, par exemple, en face d'un tuberculeux, ils appliquaient tous leurs efforts à le mettre en état de défense, à accroître ses forces, c'est-à-dire à le sustenter, à le nourrir, et ce, sans porter atteinte à l'intégrité de ses fonctions digestives.

Or, quels sont les divers moyens d'alimentation utilisés pour les cachectiques et les tuberculeux ?

Parmi les éléments habituels, la viande tient, évidemment, la première place; elle est donnée, le plus souvent, sous forme de biftecks plus ou moins cuits. Mais on a reproché avec raison à la viande cuite d'être d'une digestion difficile, les matières albuminoïdes y sont coagulées.

La viande crue serait plus facilement digestible, mais, étant donnés, d'une part, les inconvénients possibles de son absorption (tœnias, etc.), et, d'autre part, la quantité forcément limitée qui peut être ingérée, on a été conduit, depuis les travaux de Debove et de Dujardin-Beaumetz, c'est-à-dire depuis plus de vingt-cinq ans, à lui préférer les poudres de viande dans l'alimentation des tuberculeux et des cachectiques. L'immense majorité des praticiens est restée fidèle à cette pratique, dont le bien fondé à été établi, après Debove et Dujardin-Beaumetz, par Grancher, Soupault, Letulle, Mathieu, etc.

Le grand mérite des poudres de viande est de n'imposer

à l'estomac aucune fatigue. Elles se présentent sous un petit volume, dans un état de divisibilité extrême qui les rend facilement attaquables par les sucs du tube digestif. Elles peuvent être utilisées, *soit pour l'alimentation, soit pour la suralimentation.*

Si l'on a médit de la suralimentation, c'est que trop de médecins ont cru qu'il suffisait de doubler ou de tripler la ration ordinaire pour suralimenter un malade; ils ne faisaient que surmener un organisme déjà débilité. Avec les poudres de viande qui, prises un certain temps avant le repas, sont peptogènes, on fait de la vraie suralimentation, car la faible quantité de poudre nécessaire et ingérée, non seulement ne gêne pas le repas qui doit suivre, mais réveille l'appétit du malade. Et c'est ainsi que, par leur usage, on voit les forces et le poids du corps augmenter.

Leur emploi utile ne se borne pas, du reste, à la cachexie ou à la tuberculose; elles sont encore indiquées dans les convalescences et toutes les fois qu'on a intérêt à voir un malade s'alimenter et engraisser; dans la plupart des affections de l'estomac, dans les suites d'intervention sur le tube digestif, pour remplacer pendant l'été l'huile de foie de morue, etc.

On a objecté, contre les poudres de viande, que les malades ne les acceptent pas facilement. Cette répugnance peut tenir à la qualité du produit, mais aussi à son mode d'emploi. Les poudres de viande sont prises, par nombre de malades, au moment des repas, dans le potage ou dans du bouillon chaud ou tiède. Or, pour utiliser leur vertu peptogène, on doit les administrer quelque temps avant les repas; quant au véhicule employé, il peut être soit l'eau pure ou sucrée, additionnée ou non d'un peu de rhum, d'anisette, de kirsch, etc., soit le lait additionné de sucre vanillé, suivant la formule du professeur Letulle, soit tout autre liquide au goût du malade, pourvu que ce liquide *soit froid* et *ne soit jamais le bouillon.*

La qualité des poudres de viande est, évidemment, le point capital. A ce titre, celle à laquelle Trouette-Perret a, depuis longtemps, attaché son nom, justifie la confiance permanente du corps médical. Elles n'ont, en effet, ni saveur, ni odeur désagréables; elle contient, en plus de la poudre de viande, de la lactose, qui contribue à leur donner un goût agréable et à leur fournir des hydrocarbures, et du malt de lentilles, riche en matières azotées, qui en fait une poudre diastasée très facilement assimilable. Sous un volume extrêmement réduit, elle représente cinq fois son poids de viande fraîche. Elle forme un aliment complet et répond à tous les desiderata qui peuvent être formulés. Bien employée, elle ne peut laisser place à aucun mécompte et donne tous les résultats que les cliniciens sont en droit d'attendre des meilleurs produits de ce genre.

LIVRES NOUVEAUX

Électrothérapie (1), par le docteur Thomas Nogier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

La bibliothèque de thérapeutique Gilbert et Carnot vient de s'enrichir d'un intéressant *Traité d'électrothérapie* dû à l'autorité connue de Th. Nogier (de Lyon). Ce Traité est essentiellement pratique; les exposés des données théoriques nécessaires à la compréhension et à la pratique de l'électricité médicale y sont des plus clairs, chose rare : c'est à notre connaissance peut-être le chapitre le plus net qui ait été écrit sur la question que celui de l'électro-diagnostic basé sur les réactions des nerfs et des muscles, pour n'en citer qu'un seul.

Enfin un grand nombre de figures, une classification très méthodique, une table des matières complète et facile à explorer sont les moindres mérites de cet ouvrage bien conçu, très complet et appelé à un réel succès. G. LEGROS.

(1) In-8 de 528 pages. — Paris, Baillière et fils.

Caractères de dégénérescence et aliénations mentales relevant surtout d'une constitution originelle anormale (1), par Alex. Paris.

Dans ce volume l'auteur a réuni toute une série de leçons de psychiatrie, professées à l'asile de Maréville-Nancy, sur les principaux types psychopathologiques de la dégénérescence mentale.

A une époque où cette dernière, même en France et malgré les immortels travaux de Morel et de Magnan, est trop souvent négligée et méconnue, il n'était pas inutile de montrer une fois de plus la place énorme qui appartient à la dégénérescence en psychiatrie.

Successivement le docteur Pâris étudie les principaux stigmates physiques et psychiques de dégénérescence, puis l'association de ceux-ci aux symptômes d'intoxication constituant ce qu'il appelle les folies des dégénérés mixtes; les délires polymorphes, les délires de persécution, le délire systématisé progressif de Magnan, les états mélancoliques et maniaques, les démences vésanique et sénile.

Il montre particulièrement la tendance si accusée de ces malades à la déchéance intellectuelle rapide et complète et explique ainsi l'apparition de la démence précoce. Avec raison il insiste sur l'influence des principales étapes physiologiques de la vie et des grandes fonctions des organes et glandes à sécrétion interne relativement à l'étiologie, la pathogénie et la symptomatologie des syndromes mentaux.

Pour la première fois dans un traité de médecine mentale on retrouvera décrites et mises en valeur les cénesthopathies si intéressantes de l'âge critique.

A côté d'un enseignement clair et attrayant, encadré sans cesse de très nombreuses et très intéressantes observations cliniques, le praticien trouvera encore dans ce livre des conseils judicieux sur le traitement des aliénés dans les familles, sur la rédaction du certificat médical et sur l'expertise médico-légale psychiatrique. P. CAMUS.

(1) In-8 de 481 pages. — Paris, A. Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Les symptômes de la méningite tuberculeuse varient selon le siège et l'étendue des lésions méningées et des altérations encéphaliques qui les accompagnent toujours; ils varient encore selon que la méningite tuberculeuse survient chez un sujet non tuberculeux en apparence, ou chez un malade déjà plus ou moins phtisique. Pour tenir compte de ces diverses conditions en décrivant des formes cliniques, on peut se baser sur l'âge du malade; en effet, dans la seconde enfance, on observe très souvent la forme schématique de la méningite tuberculeuse, avec lésions prédominant à la base, avec évolution subaiguë en plusieurs périodes; chez les nourrissons, les symptômes sont plus vagues car l'encéphale n'est pas encore bien systématisé; la méningite tuberculeuse des adultes est

atypique, irrégulière, par la localisation des lésions et parce qu'elle survient le plus souvent comme terminaison d'une tuberculose pulmonaire. Après ces formes basées sur l'âge du malade, on décrira deux formes anatomiques un peu distinctes de la méningite tuberculeuse classique : le tubercule méningé se rapprochant plutôt de la tumeur cérébrale pendant une première phase de son évolution, et la granulie des méninges, qui s'associe à la tuberculose miliaire aiguë.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE DE LA SECONDE ENFANCE. — Un enfant, de deux à sept ans, présente pendant une période prodromique des symptômes généraux de tuberculisation; l'appétit est diminué, les digestions moins régulières, entrecoupées parfois de vomissements; de temps en temps, l'enfant a un léger mouvement fébrile et surtout il maigrit, les membres deviennent flasques, les traits se tirent; si on examine alors l'enfant, on remarque souvent quelques stigmates de tuberculose chronique : développement du système pileux, longs cils, micropolyadénopathie; quelquefois, on trouve des signes physiques d'adénopathie trachéo-bronchique, lésion presque constante à l'autopsie des enfants ayant succombé à une méningite tuberculeuse. A ces symptômes, s'ajoutent bientôt d'autres signes indiquant que la tuberculose atteint les méninges et l'encéphale : c'est un changement dans le caractère de l'enfant, qui devient parfois triste et apathique, ne jouant plus, parfois irritable, presque méchant, ou au contraire doux et caressant; le sommeil est agité, entrecoupé de cauchemars et de grincements de dents, on note dans quelques cas des accès de céphalalgie et même, dès cette période, des troubles oculaires (dilatation anormale, inégalité des pupilles) et des irrégularités du pouls. Cette période prodromique dure de quelques jours à quelques semaines; on a même signalé une durée de plusieurs mois avec des arrêts et des reprises de symptômes.

Arrivée à la période d'état, la méningite tuberculeuse évolue en trois phases : période d'excitation; période d'oscillation (Jaccoud) ou basilaire (Marfan); période de dépression et de paralysie. Pendant la *période d'excitation*, trois symptômes sont au premier plan dès le début et constituent le trépied méningitique : *a. Céphalalgie.* Le petit enfant passe la main sur le front, le haut de la tête ou sur les yeux, révélant la céphalée par ces mouvements instinctifs; l'enfant plus grand se plaint d'une douleur lancinante ou gravative, continue, avec exagération produite par le bruit, la lumière, les mouvements; cette céphalalgie est habituellement diffuse, elle peut cependant prédominer en certaines régions. *b. Vomissements.* C'est un symptôme précoce et presque constant; d'abord alimentaires et se produisant après le repas, ils surviennent ensuite indépendamment de l'alimentation, et sont muqueux, même bilieux; le vomissement est facile, sans efforts, sans nausées, il a lieu par fusées, souvent quand l'enfant s'assied ou se lève. Ce symptôme ne dure que quelques jours. *c. Constipation.* Elle est opiniâtre, résistant aux purgatifs les plus énergiques; elle s'accompagne rapidement d'une rétraction des parois abdominales, et le ventre s'affaise, se creuse en bateau.

L'excitation de la *sensibilité* se traduit par l'hyperesthésie cutanée, le moindre contact détermine des cris, par la photophobie et par l'attitude de l'enfant. Redoutant la lumière, gémissant dès qu'on le touche, le petit malade se couche sur le côté, blotti sur lui-même, le dos tourné à la lumière, dans la position dite en chien de fusil.

De l'excitation de la *motilité*, dépendent les convulsions et les contractures. Ces *convulsions* sont rarement généralisées, sauf chez les très jeunes enfants; elles sont plutôt partielles, atteignant les yeux (nystagmus, strabisme intermittent), la face (grimaces, rire sardonique), rarement les membres. Les *contractures* fournissent un des symptômes les plus constants, la *raideur de la nuque*; une contracture très intense des muscles de la nuque et du dos peut aller jusqu'au renversement de la tête en arrière avec opisthotonos; aux membres inférieurs, on constate la contracture en recherchant le *signe de Kernig*. L'excitation intellectuelle est rarement très intense; cependant l'enfant est irritable, hostile, répondant d'une façon brève et avec mauvaise humeur aux questions qu'on lui pose; le délire violent avec agitation et impulsions motrices est exceptionnel à cet âge; on note seulement quelquefois un délire doux et calme, avec loquacité et verbiage sans aucun sens; parfois, la nuit, se produisent des soubresauts, des terreurs soudaines et l'enfant pousse alors un cri très aigu, cri d'effroi, c'est *le cri hydrencéphalique*. Enfin l'enfant a de la *fièvre*, mais pas très élevée, ne dépassant pas 39 degrés le soir, avec rémission le matin; très souvent cette fièvre est irrégulière, avec des variations brusques en quelques heures; le pouls est fréquent, de 90 à 120, quelquefois irrégulier dès cette période.

La *période d'oscillation* est caractérisée par une accalmie apparente; l'agitation diminue, le sommeil est plus régulier, les convulsions plus rares. La température s'abaisse et le pouls se ralentit, mais cette lenteur du pouls devient excessive (60, 50 et 40 pulsations), c'est la dissociation du pouls et de la température; en même temps le pouls est irrégulier. Des troubles respiratoires surviennent, caractérisés par le ralentissement et l'irrégularité de la respiration; on remarque des pauses, puis des inspirations rares et profondes; parfois des crises de polypnée viennent entrecouper cette évolution. Les troubles vaso-moteurs sont très marqués, par exemple alternatives de rougeur et de pâleur de la face; on les met en évidence en provoquant la *raie méningitique*. Enfin les symptômes oculaires s'accusent : strabisme par contracture ou paralysie des muscles de l'œil, ptosis, pupilles inégales, réagissant mal à la lumière; à l'examen ophtalmoscopique (cérébroscopie de Bouchut), on voit très rarement des tubercules de la choroïde, plus souvent une congestion des vaisseaux rétiniens, avec œdème papillaire et péripapillaire. Vers la fin de cette période, l'enfant est déjà dans la torpeur, présente quelquefois des paralysies passagères. Et il arrive ainsi progressivement à la *période de dépression* ou de paralysie; alors les membres deviennent flasques, on constate des paralysies passagères ou permanentes, à formes variables; la sensibilité est très diminuée; le regard devient atone, la conscience s'éteint, c'est le *coma* dont aucune excitation extérieure ne peut tirer l'enfant; la déglutition devient impossible, la respiration très inégale, prenant souvent le rythme de Cheyne-Stokes; la fièvre remonte jusqu'à la mort, atteignant 40 et 41 degrés; le pouls s'accélère pendant les derniers jours, jusqu'à 150 pulsations. Enfin, la respiration devient stertoreuse, les sphincters se relâchent; les téguments sont livides et cyanosés, la cornée flétrie; la mort survient au milieu des symptômes d'asphyxie, parfois après une dernière crise convulsive. Chaque période ayant une durée d'environ huit jours, la méningite tuberculeuse a évolué d'une façon subaiguë.

Assez souvent, la marche est beaucoup plus rapide; dans quelques cas même, un enfant est à peine malade quand tout à coup surviennent des accidents convulsifs qui aboutissent rapidement au coma, et l'enfant meurt en quelques jours, voire en quelques heures (*forme apoplectique*).

Par la prédominance d'un symptôme, on pourrait décrire une *forme délirante* et une *forme hémiplégique*; elles sont exceptionnelles chez l'enfant. Par contre, la *forme typhoïde* est assez fréquente; elle devra être étudiée avec la granulie des méninges; de même le tubercule méningé.

Le diagnostic de la méningite tuberculeuse dans la seconde enfance repose sur l'évolution de la maladie, la présence d'une période prodromique de tuberculisation; car, pour ce qui est des symptômes, en particulier à la période d'excitation, ils sont communs à la méningite tuberculeuse et à toutes les autres *méningites suppurées* ou séreuses, à toutes les *réactions méningées* observées dans diverses infections : pneumonie, fièvre typhoïde, infections gastro intestinales, grippe... La *méningite cérébro-spinale épidémique* a un début brusque, une fièvre d'emblée violente, une intensité des contractures avec signe de Kernig constant; les périodes d'excitation et de dépression sont beaucoup moins nettes. L'*hystérie* peut simuler la méningite tuberculeuse, mais alors les symptômes ont souvent fait leur apparition à la suite d'une émotion; ils se sont développés avec rapidité et offrent toujours quelque caractère anormal ou atypique. Dans tous les cas douteux, le diagnostic clinique de méningite tuberculeuse peut être confirmé ou infirmé par la *ponction lombaire* et l'examen du liquide céphalo-rachidien. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 129. — SAMEDI 13 NOVEMBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 13 NOVEMBRE 1909. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 10 novembre. — Question donnée : « Artère poplitée et ses branches. »

MM. Laugier, 10; Latour (Louis), 7; Luizy, 10; Lascombe, 15; Mandras, 14; Lehmann (Raymond), 17; Malet, 12; Major, Larrousse et Lapique, 14; Lacaze, 16; Lesage, 15; Lidy, 14; Lascaux, 16; Lautier et Loiseau, 14; Pinard, 13; Monnot (Paul), 12; Rivet, 15; Farhat, 10.

Séance du 11 novembre — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports du duodénum. »

MM. Hatry, 17; Hartglass, 13; Mlle Besson (Hélène), 17; MM. Echavarria et Masson, 10; Mlle Boudeille et M. Malmezat, 11; MM. Maréchal, 13; Pigney, 18; Mlle Jacquey, 13; MM. Netter, 15; Savidan, 12; Mlle Besson (Marianne), 16; MM. Vauzanges, 8; Monprofit, 14; Pépin, 7; Houlbert, 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — REIMS. — M. Carnot, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris est nommé après concours médecin des hôpitaux de Reims.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — M. Vouters, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé maître de conférences et assistant du service de clinique médicale à la Faculté libre de Lille.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin-major de deuxième classe Gerbaux est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

PROGRAMME D'UN HOPITAL MARITIME. — Le sous-secrétaire d'Etat à la marine vient d'adresser aux préfets maritimes une circulaire relative aux principes à observer à l'avenir dans la construction ou la restauration des hôpitaux maritimes. Notons que dans ce programme les salles ne contiennent pas plus de six lits, et que le médecin chef réside à l'hôpital.

L'ASSISTANCE MÉDICALE EN EXTRÊME-ORIENT. — Le *Journal officiel* du 10 novembre publie un décret de réorganisation du service de l'Assistance médicale en Indo-Chine.

IMPRIMERIE NATIONALE. — Un décret en date du 9 novembre dispose que les cadres du personnel de l'Imprimerie nationale comprennent l'emploi de médecin et l'emploi de médecin adjoint. Le traitement du médecin est fixé à 2000 fr., le traitement du médecin adjoint est fixé à 1000 francs.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS (74, rue Denfert-Rochereau). — Le docteur Variot reprendra ses conférences hebdomadaires d'hygiène et de clinique infantiles le lundi 15 novembre, à dix heures et demie, et les continuera chaque lundi à la même heure.

Tous les matins à dix heures et demie, inspection des nourrissons et visite dans les pavillons.

HOPITAL TENON. — COURS DE CLINIQUE ANNEXE. — M. P. Thiéry, agrégé, chef de service, commencera ses leçons pratiques de clinique chirurgicale le lundi 15 novembre à l'amphithéâtre des cours.

Ordre du cours. — Lundi, à dix heures un quart : Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Mardi, à neuf heures et demie : Examen des malades entrants. Opérations. — Mercredi, à neuf heures et demie : Service des salles. Opérations. — Jeudi, à neuf heures et demie : Colloques de polytechnique médico-chirurgicale à l'amphithéâtre. — Vendredi, à neuf heures et demie : Petite chirurgie. Appareils. Opérations. — Samedi, à neuf heures et demie : Examen des malades entrants. Exercices pratiques. Diagnostics. Opérations.

MM. les élèves seront exercés à tour de rôle à l'application des appareils, aux interventions de petite chirurgie, à la rédaction des certificats et aux divers actes de la pratique courante de la chirurgie.

Moyen de communication le plus direct : Métro du Châtelet à Gambetta.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Semestre d'hiver de l'année scolaire 1909-1910 (amphithéâtre Cruveilhier de l'école pratique), cours libre sur la « Bioscopie médicale de l'estomac et de l'intestin par les rayons X, la coprologie et la recto-sigmoscopie ».

M. le docteur Kolbé, médecin consultant à Châtel-Guyon, ex-professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, commencera son cours libre le mardi 16 novembre à cinq heures du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le cours comprendra quinze leçons; il sera accompagné de projections et de présentation de radiographies, moulages, calques, dessins, préparations macro et microscopiques et appareils divers.

Les élèves dont le nombre sera limité seront exercés individuellement aux travaux pratiques de la recto-sigmoscopie et de l'examen fonctionnel de l'intestin après régime d'épreuve, et aux examens au microscope et sur le mannequin.

Le nombre des auditeurs n'est pas limité.

Ces cours seront gratuits.

Pour les travaux pratiques, s'inscrire chez M. le docteur Kolbé, villa Montmorency, Paris (XVIe), ou chez MM. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA MALADIE DE PARKINSON

(PATHOGÉNIE — THÉRAPEUTIQUE)

Par M. L. ALQUIER.

Dans une première série de recherches (2), parue en 1903, j'exposais l'état de la question, et j'apportais ma contribution personnelle à son étude. J'avais été frappé des variations que présentait le tremblement sur 32 malades qu'il m'avait été donné d'observer : elles portaient, non seulement sur le sens des oscillations, mais aussi sur leur rapidité et leur amplitude, enfin sur leur localisation (agitant individuellement les doigts, ou l'ensemble d'un segment de membre). Les mouvements, qui le calment chez certains, l'exagèrent chez d'autres ou ne le modifient pas; leur influence peut varier suivant leur nature et leur amplitude. Enfin le tremblement peut, au cours de l'affection, disparaître pendant plusieurs mois ou changer de caractère.

Au contraire, la rigidité musculaire m'apparaissait comme le caractère essentiel de la maladie dont elle détermine un certain nombre de symptômes : gêne et lenteur des mouvements, pulsion, affaiblissement fréquent des membres atteints. Enfin, Sicard et moi (3) avions pu lui rapporter, outre l'attitude, les déviations rachidiennes. Ajoutons aujourd'hui que la variété, peut-être la plus importante, des douleurs ressenties par les malades siège aux insertions musculo-tendineuses; elles sont surtout intenses aux moments où progresse la rigidité. Pendant les phases de progression de la rigidité, les réflexes tendineux correspondant aux muscles atteints sont exagérés; jamais je n'ai trouvé le signe de Babinski. Enfin, l'examen électrique, pratiqué sur plusieurs de mes malades par M. Huet (4), n'a montré autre chose qu'une légère diminution de la contractilité galvanique et faradique des nerfs et muscles, avec légère augmentation de la résistance électrique.

J'insistais en outre sur la fréquence et la précocité des troubles vaso-moteurs et sur les altérations de la nutrition générale observées sur 19 des 32 malades: elles apparaissent souvent dès le début et s'accompagnent d'une poussée en avant de la maladie qui redevient stationnaire lorsque l'état général s'améliore.

L'étude minutieuse du névraxe dans cinq autopsies, et, dans quatre cas, celle des nerfs périphériques, des muscles, des viscères et des principales glandes internes, ne m'avait donné que des résultats négatifs. Ces cas étaient d'ailleurs peu favorables, trois des sujets étaient absolument cachectiques, et, en outre, atteints d'infections chroniques (tuberculose, cholécystite) avec lésions viscérales multiples susceptibles de fausser les résultats.

Les cinq autopsies que je rapporte aujourd'hui sont beaucoup plus intéressantes, elles ont trait à des parkinsoniennes non encore cachectiques et indemnes d'infections chroniques de quelque importance; elles vont me permettre de discuter les théories nerveuses et myopathiques. A ces deux anciennes hypothèses, est venue s'en ajouter récemment une troisième, la théorie parathyroïdienne, particulièrement attrayante, puisqu'elle comporte une sanction thérapeutique, dont mes essais d'opothérapie parathyroïdienne me permettront d'apprécier la valeur.

I

Lésions du névraxe. Théories nerveuses. — Il est inutile de s'arrêter aux nerfs périphériques, dont presque tous les auteurs s'accordent à constater l'intégrité; je n'ai jamais pu y rencontrer de lésions, soit au niveau des gros troncs, soit à l'intérieur des muscles. Au contraire, les auteurs continuent à signaler des altérations diverses dans les différentes parties du névraxe. Celles du mésencéphale doivent retenir particulièrement l'attention, puisque, s'il existe réellement une localisation nerveuse, il semble bien qu'elle doive être cherchée spécialement entre le bulbe et les noyaux gris centraux du cerveau.

Voici, le plus brièvement possible, les altérations du névraxe constatées depuis ma Revue générale de 1903 :

Burzio, en 1902, avait émis l'idée que la rigidité pourrait bien s'expliquer par les lésions des circonvolutions psycho-motrices et par l'atrophie des faisceaux pyramidaux; la cause du processus morbide devrait être recherchée dans une auto-intoxication. Cet auteur a depuis publié deux autopsies (1) dont voici les résultats : au Nissl, lésions très légères dans les cellules nerveuses du cervelet, moins légères dans les ganglions intervertébraux, de médiocre importance sur les circonvolutions motrices, plus intenses dans les divers groupes de l'axe gris spinal; au Golgi, dans les lobes frontaux et les circonvolutions motrices, atrophie et vacuolisation du corps cellulaire, avec altérations des dendrites, dans les ganglions intervertébraux, lésions de neuronophagie; au Weigert, dégénération des fibres de la région motrice, atteignant les horizontales plus que les radiées. La moelle présente des lésions des cordons postérieurs (surtout le Goll) et, dans un cas, l'atrophie de nombreuses fibres des pyramidaux croisés, légère hypertrophie névroglique là où les fibres sont atrophiées. Enfin, les parois des vaisseaux sanguins montrent des altérations légères dans la moelle, plus intenses dans l'isthme de l'encéphale.

Par leur banalité et leur faible intensité, ces lésions n'ont guère de valeur au point de vue de la théorie de Burzio. Maillard, dans sa thèse (Paris, 1907) figure bien des lésions diffuses de tout un côté de la moelle, substance blanche et axe gris, mais combien de fois le faisceau pyramidal est-il trouvé intact, en particulier dans mes dix autopsies! D'ailleurs le signe de Babinski, qui paraît cependant se trouver même dans

(1) Reproduction interdite.
(2) Alquier. *Gaz. des hôpit.*, nos 68 et 71, et Th. de Paris, 1903.
(3) Sicard et Alquier. *Iconog. de la Salpêtrière*, 1902, no 5.
(4) Huet et Alquier. *Revue neurol.*, 1902, p. 646.

(1) Burzio. *Ann. d. Fren.*. 1903, t. XIII, et 1904, t. XIV

les simples irritations fonctionnelles du faisceau pyramidal, n'est signalé que très exceptionnellement dans la maladie de Parkinson [Carrayrou, deux cas sur onze malades, cas de Marino (1) où l'orteil était en hyperextension permanente]. Encore pourrait-on discuter la valeur de ces faits : une de nos observations montre que la maladie de Parkinson peut coexister avec des lacunes de désintégration cérébrale qui peuvent fort bien expliquer la possibilité de ce signe dans quelques cas. D'autre part, certaines hémiplégies pourraient être confondues avec la forme hémiplégique de la maladie de Parkinson, au dire de Patrick (2) qui, à propos d'un cas d'hémiplégie progressive, discute ceux de Spiller et de Mills; celui-ci, en particulier, ne serait qu'un Parkinson sans tremblement. Une hémiplégie peut d'ailleurs exister avec la maladie de Parkinson : le malade de Manuelides (3) était à peu près guéri de son hémiplégie quand apparut la maladie de Parkinson, ce qui montre bien la dualité des deux processus morbides. Il ne faut pas oublier de tels exemples quand on se trouve en présence, au cours de cette affection, d'ictus ou de signes semblant indiquer la participation du faisceau pyramidal; ces faits, peu fréquents, puisque je n'en ai pas vu un seul sur environ soixante parkinsoniens, peuvent très bien n'indiquer qu'une association morbide à laquelle il faudra toujours penser, avant de les rattacher à la maladie de Parkinson (4).

A côté de la théorie pyramidale se dresse la théorie mésencéphalique, à laquelle se rattachent volontiers ceux qui voudraient trouver dans le névraxe le substratum de la maladie de Parkinson. D'après Manchot, les altérations des noyaux gris centraux seraient constantes, ce qui viendrait à l'appui de l'hypothèse de Hungklings-Jackson, attribuant la maladie de Parkinson à l' « uncontrolled cerebellar influx ». D'après Manchot, cette perturbation dans le fonctionnement du névraxe serait due à la gliose périvasculaire et aux altérations vasculaires, avec destructions des fibres et cellules nerveuses du thalamus, spécialement de son noyau latéral, et du noyau lentiforme du putamen. Dans son cas, existent une atrophie partielle des fibres sous-thalamiques, de la formation réticulée, des pédoncules cérébraux, du pont (y compris les fibres transversales) et du bulbe, les pyramides et les corps restiformes étant intacts.

A ma connaissance, depuis les « varices » décrites par Carrayrou, nul autre auteur n'a apporté de document anatomique à la théorie mésencéphalique et,

(1) MARINO. *Ass. méd.-chir. de Parme*, 1903.

(2) PATRICK. *The Journ. of nerv. a. ment. dis.*, 1903, t. XXX, p. 469.

(3) MANUELIDES. *Club méd. de Constantinople*, 1er déc. 1904.

(4) D'une manière générale, les troubles encéphaliques me paraissent très rares au cours de la maladie de Parkinson, qu'il s'agisse des ictus, des crises épileptiformes, des vertiges qui ont été signalés par divers auteurs, ou encore, des troubles oculaires. A propos de ces derniers, M. Klippel, relatant un cas d'atrophie papillaire (*Revue neurol.*, 1908, p. 556), considère ce symptôme comme une complication très rare, et ajoute que la décoloration de la papille a été, par contre, observée un certain nombre de fois.

cependant, M. Brissaud cherche le siège de la maladie dans le locus niger, M. Vires dans les neurones automatiques bulbo-cérébello-protubérantiels, et, tout récemment, Maillard (1907) dans le pédoncule, tout près du noyau rouge.

Outre des interprétations physiologiques dans lesquelles nous n'avons pas à entrer, les partisans d'une localisation mésencéphalique se basent sur deux ordres de considérations : d'abord les lésions mésencéphaliques peuvent, plus ou moins, simuler le « syndrome parkinsonien ». Il y a longtemps que M. Brissaud insiste sur les ressemblances existant entre l'aspect d'un parkinsonien et celui d'un pseudo-bulbaire. M. Moutier (1) a observé un tremblement « parkinsonien » dans un cas d'hémichorée avec ophtalmoplégie; l'hypothèse d'une lésion sous-thalamique, peut-être du locus niger, a été posée par MM. Ballet et Rose (2), à propos d'une jeune femme qui, à l'âge de quinze ans, se mit à traîner la jambe gauche, puis, un an après, la droite. A vingt-deux ans, elle présentait le syndrome de Parkinson avec tremblement intentionnel, nul au repos, exagération des réflexes des poignets et patellaires, surtout le gauche, clonus douteux, orteil indifférent des deux côtés, pouls à 108, sans hypertrophie thyroïdienne. On pourrait trouver d'autres faits analogues dans la littérature. M. Valery, élève de M. Brissaud (3), estime que la maladie de Parkinson n'est qu'un syndrome, dont chaque symptôme est fonction d'une lésion localisée en un point spécial du mesencéphale, des couches optiques à la protubérance; quand la lésion est complète, le syndrome l'est aussi. Cependant, l'accord n'est pas complet au sujet des ressemblances cliniques entre les affections mésencéphaliques et le syndrome parkinsonien. Catola (4), à propos de la théorie qui nous occupe, estime que les tumeurs des noyaux de la base et du pédoncule cérébral, décrites par certains auteurs, ne se rapportent pas à des parkinsoniens typiques; la triade, pulsion, rigidité, tremblement, n'est pas reproduite d'une façon caractéristique, il s'agit de spasmodicité unilatérale avec tremblement. La localisation au locus niger de Brissaud, basée sur le cas de Blocq et Marinesco est exceptionnelle, l'auteur n'y a rien trouvé, malgré l'emploi de techniques variées.

Le second argument en faveur de la théorie mésencéphalique est l'existence des troubles bulbaires dans la maladie de Parkinson. Il s'agit de troubles labio-glosso-laryngés et de la sialorrhée qu'Oppenheim et Bruns regardent comme une véritable hypersécrétion d'origine bulbaire. Gramegna (5), plus prudent, admet bien, dans la maladie une véritable diathèse hypersécrétoire, dont l'hyperhydrose est le signe le plus commun, mais qui peut être accompagné de sialorrhée, épiphora, polyurie, hypersécrétion gastro-intestinale et nasale, et on peut y entrevoir, dit-il, un accroissement de sécrétion des glandes à

(1) MOUTIER. *Revue neurol.*, 1905, p. 646.

(2) BALLET et ROSE. *Revue neurol.*, 1904, p. 769.

(3) VALERY. Th. de Paris, 1904, nº 362.

(4) CATOLA. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1906, pp. 145-170.

(5) GRAMEGNA. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1908, p. 160-164.

sécrétion interne. Il s'agit, dit-il, d'une hyperactivité glandulaire, par excitation des centres nerveux respectifs, mais il n'ose dire si cette excitation relève d'une lésion anatomique des centres bulbaires ou d'une simple perturbation fonctionnelle. M. Souques donne, en partie, la bibliographie de la question, à propos d'un malade qu'il présentait à la Société de neurologie de Paris (1). C'est un parkinsonien, avec parésie labio-glosso-laryngée, troubles très accusés de la mastication, de la déglutition, de la phonation. « Il n'y avait aucune espèce de symptômes de ramollissement cérébral, aucun signe de paralysie pseudo-bulbaire. Il s'agissait uniquement de troubles labio-glosso-laryngés, intimement liés à la maladie de Parkinson dont ils dépendent. » M. Déjerine, à propos de ce malade, émet un avis contraire et pense que de semblables troubles, qu'il n'a jamais vus chez les parkinsoniens, peuvent fort bien dépendre d'une paralysie pseudo-bulbaire surajoutée. M. Catola (*Ibid.*, p. 138) vient soutenir que la sialorrhée n'est qu'un écoulement de la salive, dû au tremblement et à la rigidité des lèvres, du menton, de la langue, du pharynx, avec perte plus ou moins complète des mouvements automatiques de déglutition, enfin, à l'attitude en flexion de la tête.

Aux exemples cités par M. Souques, nous pouvons ajouter les suivants : Makintosh (2), un parkinsonien de soixante-sept ans, avec sialorrhée et troubles vocaux; Cisler (3) qui, sur douze parkinsoniens, en trouve huit dont les deux cordes vocales sont en position intermédiaire entre la position médiane et l'abduction extrême. Il ne s'agit pas de paralysie, mais de rigidité analogue à celle des autres muscles du corps, dit l'auteur, car l'abduction était possible, et l'excitabilité galvanique du récurrent était conservée : huit des malades éprouvaient de la fatigue rapide pendant l'émission de la voix; chez deux, elle était, en outre, retardée, par rapport à l'incitation nerveuse. MM. Brissaud et Meige ont observé (4) des troubles de la déglutition chez un parkinsonien, dont l'affection avait commencé par des troubles hémiparétiques douloureux, avec phénomènes convulsifs qu'ils mettent sur le compte de la maladie, ainsi qu'un certain degré d'affaiblissement de la mémoire. Enfin, M. Raymond, présentait à la Société de neurologie (*Ibid.*, p. 743), comme parkinsoniens discutables, deux malades qui, au dire de M. Brissaud, plaidaient en faveur de l'origine pédonculo-protubérantielle de la maladie. Chez le premier, alors âgé de soixante-trois ans, elle avait débuté par du tremblement de la langue. Actuellement, il a le tremblement des lèvres, l'aspect figé de la face, du ptyalisme, un léger défaut de souplesse des membres, les réflexes sont normaux. Le deuxième est un psychasténique, avec signes de maladie de Parkinson, clonus, signe de Babinski bilatéral, besoin impérieux d'uriner. C'est cependant bien un parkinsonien : le pseudo-bulbaire, dit M. Raymond, n'a ni la pulsion, ni la sensation de chaleur ou de froid, il y a de la paralysie, l'état reste stationnaire, ou même, peut s'améliorer. Fait intéressant, j'ai pu suivre, depuis plus d'un an, le premier malade de M. Raymond : il est devenu un parkinsonien typique, avec rigidité des plus marquées, pulsion, sensation de chaleur, le ptyalisme est incessant, la voix inintelligible, les mouvements des lèvres, de la mâchoire, de la langue, sont lents et pénibles. Ce qui montre que tous ces signes dépendent bien de la rigidité, c'est que ce malade, soumis à l'opothérapie parathyroïdienne, a été très amélioré, or, à mesure que la rigidité diminuait et que les mouvements du corps redevenaient plus souples, tous les symptômes bulbaires s'amendaient parallèlement, y compris la sialorrhée, puis, la rigidité s'étant aggravée de nouveau, ils augmentèrent de même, simultanément. Ajoutons que le pouls et la respiration n'ont jamais présenté d'irrégularité, comme dans certaines affections bulbaires.

Ainsi donc, et jusqu'à plus ample informé, on peut conclure que les « symptômes bulbaires » de la maladie de Parkinson relèvent tout simplement de la rigidité musculaire — et je pourrais étayer cette opinion de plusieurs observations analogues au fait précédent — ils n'indiquent pas que la lésion doive être recherchée dans le mésencéphale, mais ils montrent bien que la moelle n'est pas seule en jeu, et leur existence suffirait, s'il n'y avait d'autres arguments, à ruiner la théorie médullaire de la maladie.

D'ailleurs, la plupart des auteurs ne trouvent que des lésions diffuses du névraxe, ne permettant guère de parler de localisation au nom de l'anatomie pathologique. Voici les principales constatations faites depuis 1903 : Pennato (1) parle de deux membres d'une même famille, chez l'un desquels l'affection débuta à douze ans, à la suite d'une fièvre typhoïde, l'un étant mort à trente-six ans, l'auteur constata des lésions diffuses, cérébro-spinales et périphériques, pouvant être interprétées comme dues à la longue usure des organes du mouvement. L'absence de lésions vasculaires permet d'éliminer une sénilité précoce du névraxe.

Lambrior et Horowitz (2), dans un cas, ne trouvent d'autre lésion qu'un peu de chromatolyse des cellules des cornes antérieures et postérieures de la moelle, et, dans un deuxième, un gliome cérébral, des corps amyloïdes dans les pédoncules cérébraux, enfin, une sclérose diffuse de la partie postéro-latérale de la moelle, sur toute sa hauteur.

Sur quatre cas, Morivasu (3) trouve, dans les cellules petites et moyennes des lobes frontaux et occipitaux, les fibrilles intracellulaires réduites à des masses granuleuses, le lobe pariétal étant indemne, atrophie des grandes cellules pyramidales, raréfaction des fibres à myéline, disposition en chapelet, diminution de la névroglie dans la couche tangentielle. Dans le cervelet, grosses lésions des cellules de Purkinje et des fibres à myéline, prolifération névroglique peu marquée. Bulbe, rien d'autre que l'épais-

(1) Souques. *Revue neurol.*, 1905, p. 134.
(2) Makintosh. *Scottish med. a. surg. journ.*, oct. 1903.
(3) Cisler. *Sbornik klinicky*, 1905.
(4) Brissaud et Meige. *Revue neurol.*, 1905, p. 746.

(1) Pennato. *Rif. med.*, 11 février 1905.
(2) Lambrior et Horowitz. *Bull. des méd. et nat. de Jassy*, 1906.
(3) Morivasu. *Arch. f. Psych.*, t. XLIV, p. 780.

sissement des parois vasculaires. Moelle, aspect sénile, lésions cellulaires allant jusqu'à l'atrophie, surtout dans les cornes antérieures des régions cervicale et dorsale. Diminution des fibres avec lésions particulièrement intenses du cordon de Goll, surtout dans sa partie moyenne et supérieure, lésion qui, elle, ne se rencontre pas dans la sénilité, à ce degré.

Nous n'insisterons pas sur le fait de Naka (1), qui trouve une infiltration à plasmazellen autour des vaisseaux corticaux, chez un malade tuberculeux. Catola (loc. cit.) estime qu'on a décrit, dans la maladie de Parkinson, des lésions analogues à celles de la démence sénile, de l'artério-sclérose cérébrale, telles que la dégénérescence cérébrale athéromateuse de Biswanger, la gliose périvasculaire (Alzheimer), l'encéphalite chronique sous-corticale (Biswanger et Alzheimer), les lacunes de désintégration cérébrale, lésions qui peuvent bien rendre compte des troubles psychiques constatés chez certains malades, mais ne sauraient constituer le substratum anatomique de la maladie.

A la théorie de Manchot que nous avons citée plus haut, il objecte l'existence possible de lésions des noyaux gris centraux sans signes de maladie de Parkinson, et l'absence de rire et de pleurer spasmodique dans cette maladie. Dans ses deux cas, le cordon de Goll présentait une légère raréfaction de ses fibres, banale chez les vieux artério-scléreux.

Maillard, lui non plus, ne trouve que des lésions d'artério-sclérose.

Enfin, Camp (2), sur quatorze cas, trouve, comme lésion la plus fréquente, la sclérose des vaisseaux les plus fins de la moelle; dans six, prolifération névroglique diffuse des cordons postérieurs, parfois en îlots périvasculaires. Les cellules des cornes antérieures sont pigmentées, parfois en chromatolyse. Ces lésions, dit l'auteur, n'ont qu'une minime valeur, on peut les rencontrer chez des vieillards non parkinsoniens, elles peuvent manquer chez des sujets parkinsoniens depuis longtemps.

Telles sont les lésions trouvées dans le névraxe. Dans nos cinq cas personnels, deux faits nous ont surtout frappé : l'élargissement des espaces périvasculaires (fig. 1), surtout dans le bulbe, et la prolifération diffuse de la névroglie. Dans le bulbe et la partie centrale de la moelle, cette prolifération est particulièrement évidente avec la méthode si remarquable de Lhermitte et Guccione (3), que nous avons pu employer dans un cas. Voici le résumé de nos constatations :

Observation I. — Femme, cinquante-deux ans, lupus de la face à cinquante-deux ans; à soixante-douze ans, apparition du tremblement, de la raideur, flexion du tronc. A soixante-quatorze, les quatre extrémités sont agitées d'un tremblement menu à oscillations assez rapides, augmentant par les mouvements intentionnels, la malade peut l'arrêter complètement, il cesse pendant le sommeil. Attitude en demi-flexion, cyphose accentuée, scoliose légère. Mouvements lents, gêne de la marche, antépulsion, la raideur n'est pas très prononcée, la malade peut étendre presque complètement les membres. Réflexes vifs. Aucun trouble de la sensibilité objective. Mort

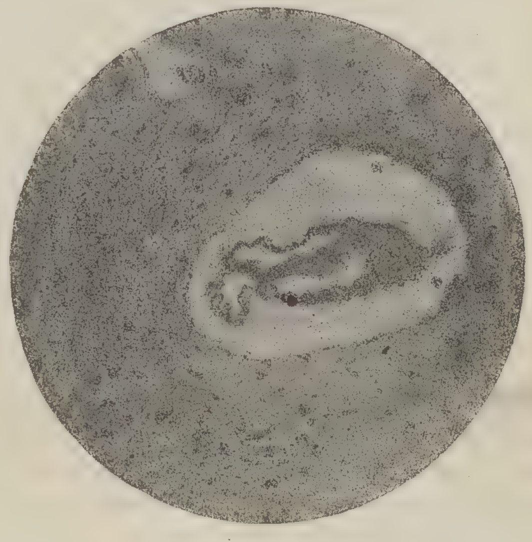


Fig. 1. — *Petite lacune de désintégration dans la calotte du bulbe* (obs. 2).

à soixante-quinze ans, de congestion pulmonaire. Autopsie : poumons, simple congestion terminale, foie et rate sans lésions. Néphrite chronique. Névraxe, pas d'autres lésions que celles indiquées plus haut; en particulier, intégrité des cellules des noyaux bulbaires voisins des lacunes périvasculaires. Celles-ci se retrouvent, multiples et peu considérables dans les noyaux gris centraux (fig. 2). Notons tout particulièrement l'intégrité absolue des cellules nerveuses, dans tout le névraxe, en particulier sur différents niveaux de la moelle, étudiés par le Cajal.

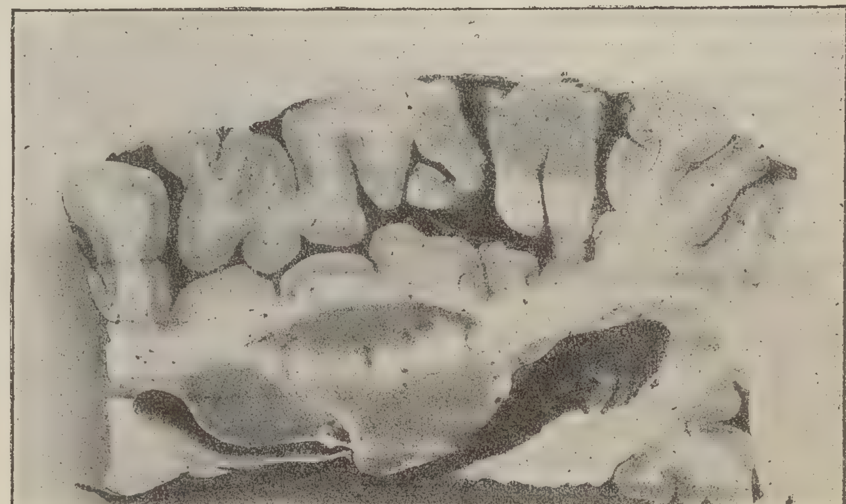


Fig. 2. — *Lacunes de désintégration dans les noyaux gris centraux* (obs. 1).

Obs. II. — Femme, début à cinquante-six ans, à la suite de chagrins; sept ans après, la maladie de Parkinson était typique, du type de flexion, avec tremblement et raideur empêchant complètement la marche, tronc plié en deux avec cypho-scoliose impossible à redresser. Membres en demi flexion, avec rétractions empêchant l'extension complète. Amaigrissement assez prononcé. Mort à soixante-trois ans, huit ans après le début.

(1) Naka. *Arch. f. Psych. u. Nerv.*, t. XLI, 1906.
(2) Camp. *J. of the med. assoc.*, 1907, 13 avril.
(3) Lhermitte et Guccione. *Semaine méd.*, 1909, p. 205; et *Revue neurol.*, 1909.

Autopsie : emphysème pulmonaire, avec sclérose. Cœur, sclérose des vaisseaux myocardiques, avec quelques hémorragies récentes, et d'autres paraissant plus anciennes. Foie, simplement congestionné. Rate sénile, pauvre en tissu lymphoïde. Moelle cervicale, prolifération légère de la névroglie dans le cordon de Goll et les cordons latéraux, sans lésions dégénératives, canal épendymaire dilaté dans la région lombaire, rien au Pal et au Marchi. Bulbe, quelques petites lacunes autour des petits vaisseaux de la calotte (fig. 1), sans lésions dégénératives. Pas de lésions dans les centres nerveux supérieurs.

Obs. III. — Quatre-vingt-deux ans. Début, trois à quatre ans avant, au lendemain d'une émotion, elle dit que le tremblement et la raideur sont apparus brusquement, avec des crampes dans les jambes ; trois à quatre ans plus tard, tremblement généralisé, raideur légère. Le tremblement augmente par les mouvements intentionnels. Progression très lente de la maladie. Mort de congestion pulmonaire.

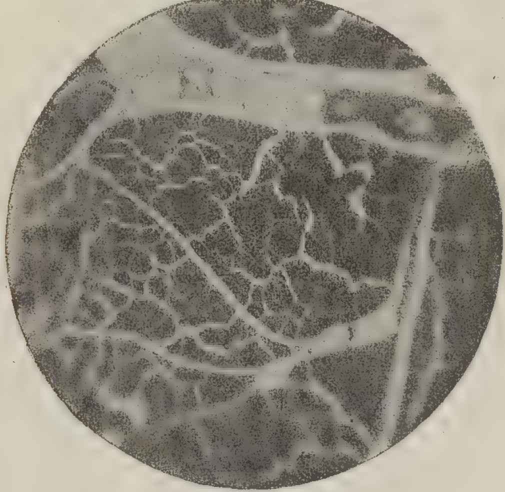


Fig. 3. — *Muscle biceps brachial, coupe transversale* (obs. 3).

Autopsie : Foie 1.150 grammes, début de cirrhose périportale, paraissant liée à une angiocholite légère. Reins 330 grammes Pas d'autres lésions que quelques petits kystes colloïdes. Rate normale 140 grammes. Pas d'autres lésions dans le névraxe que les petites lacunes bulbaires, comme dans les cas précédents.

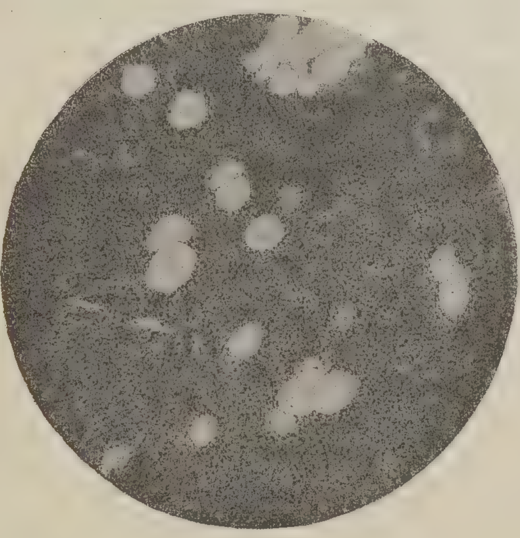


Fig. 4. — *Glandule parathyroïde* (obs. 4).

Obs. IV. — Il s'agit d'une parkinsonienne typique, également du type de flexion qui servait aux leçons de la clinique comme type de démonstration. Morte à soixante-quinze ans. Foie, rate, reins, pas de lésions appréciables. Pas de lésions dans les fragments des circonvolutions périrolandiques et de la moelle. Bulbe, lacunes moindres que dans les cas précédents. C'est dans ce cas que la méthode de Lhermitte-Guccione a pu être appliquée.

Obs. V. — *Ce cas représente probablement un mélange de paralysie pseudo-bulbaire et de maladie de Parkinson.* — Femme, début à cinquante-sept ans, après des chagrins : son aspect était celui d'une pseudo-bulbaire, avec la démarche à petits pas, l'attitude en demi-flexion. Réflexes tendineux vifs, mais on trouvait un certain degré de raideur aux quatre membres, avec rétractions musculo-tendineuses, pas de pulsion, mais un tremblement des quatre membres absolument caractéristique, avec l'attitude spéciale des mains, tremblement des lèvres, pas de paralysies vraies, pas de rire et de pleurer spasmodique, intelligence suffisante, aggravation lente comme dans la maladie de Parkinson. Mort à soixante-treize ans.

Autopsie : tuberculose pulmonaire ancienne, bilatérale. Cœur, sclérose généralisée et assez intense du myocarde, poids 520 grammes. Foie 1.120 grammes, sclérose biveineuse modérée. Reins 350 grammes, sclérose parcellaire, atteignant par îlots les tubes et glomérules, qui sont sains aux autres points. Rate 355 grammes, sans autres lésions que des hémorragies. Il existe des lacunes de désintégration dont les plus grandes mesurent 1 centimètre de diamètre maximum, disséminées en assez grand nombre, autour de la capsule interne, dans les noyaux gris centraux, sans dégénération des pyramides. Dans le bulbe, les lacunes sont plutôt moins volumineuses que dans les autres cas. Moelle, légère pâleur de la myéline dans la partie centrale du Goll, et dans une petite partie des cordons latéraux, en avant des racines postérieures, sous la pie-mère, n'occupant qu'une toute petite partie de l'aire des pyramidaux croisés, qu'elle déborde en dehors.

En résumé, dans nos cas (1) comme dans ceux de la plupart des auteurs, on ne trouve que des lésions diffuses, peu intenses, qu'on est habitué de rencontrer souvent, en dehors de la maladie de Parkinson, souvent même, chez des sujets âgés qui n'avaient présenté aucun signe de maladie nerveuse. C'est pourquoi, nombre d'auteurs les comparent à celles de la sénilité. Mais il convient de remarquer que ces lésions, dites à tort séniles, peuvent faire défaut chez des centenaires, comme celle autopsiée autrefois à la Salpêtrière par Philippe, et dont j'ai pu étudier à loisir le névraxe. D'autre part, on les trouve bien plus marquées chez des sujets même jeunes, atteints d'infections chroniques, ou de lésions chroniques du foie ou des reins ; ce sont là leurs vraies causes. L'étiologie étant presque toujours négative dans la maladie de Parkinson, on a été amené à chercher leur cause dans une auto-intoxication, qui rendrait compte des troubles de la santé générale, et de la marche progressive de la maladie. L'urologie et l'examen histologique des principaux viscères montrant souvent leur intégrité, les investigations se sont portées du côté des glandes à sécrétion interne, et nous allons dire ce qu'elles ont donné. Mais, d'où que vienne le primum movens, l'intervention du névraxe n'est-elle pas nécessaire pour déterminer les symp-

(1) Sauf bien entendu les grosses lacunes sus-bulbaires de l'obs. V, qui évidemment n'appartiennent pas à la maladie de Parkinson.

tômes, et donner à la maladie son cachet si spécial? C'est ce que pensent ceux qui cherchent un centre dont l'altération soit capable de déterminer le syndrome de Parkinson. Maillard, par exemple, estime qu'une petite lésion d'artério-sclérose peut suffire, pourvu qu'elle soit « bien placée » dans le pédoncule cérébral...; mais il l'y a cherchée en vain, après bien d'autres, et, pour mon compte, j'avais soigneusement exploré, dans ma première série d'autopsies, la région du locus niger et du noyau rouge, sans y rien découvrir d'anormal.

Depuis, j'ai observé, dans le cas d'asthénie motrice bulbo-spinale, que j'ai publié avec M. Raymond (1), des lacunes de désintégration bien plus considérables que chez mes parkinsoniennes d'aujourd'hui, détruisant en grande partie le locus niger sur presque toute sa hauteur, alors que l'asthénie remplaçait chez le malade la rigidité qu'il s'agit d'expliquer.

II

Lésions musculaires. Théorie myopathique. — En 1903, Schiefferdecker (2) constatait dans les muscles examinés (biceps, deltoïde, long supinateur) des lésions limitées à des faisceaux qui sont homogènes, en voie de division ou corrodés avec fragmentation de la striation transversale : les noyaux sont augmentés, quelques-uns centraux, le tissu conjonctif est épaissi, spécialement aux points occupés par les fibres atrophiées, ou les capillaires sont augmentés. Enfin, l'auteur note de la dégénérescence graisseuse.

Mais, ce qui fait le principal intérêt de son travail, c'est qu'ayant étudié trois fuseaux neuro-musculaires, il y trouva des lacunes en certains points des fibres musculaires, ailleurs normales, ainsi que les nerfs et le tissu conjonctif. L'auteur, considérant que ces lésions sont indépendantes de l'état des parties voisines, les regarde comme primitives et rappelle l'hypothèse de Langhans, qui voit dans les trois fuseaux neuro-musculaires l'appareil régulateur du tonus (3).

Depuis la description de cette lésion jusqu'alors inconnue dans la maladie de Parkinson, divers résultats contradictoires ont été publiés. Burzio (loc. cit.) ne voit dans les muscles cubitaux et thénariens que des signes de myosite interstitielle au début. Morivasu trouve l'atrophie vacuolaire et l'augmentation du tissu interstitiel, mais pas plus que dans la sénilité. Trois biopsies pratiquées par Lambrior et Horowitz n'ont montré aucune modification importante des fibres musculaires. Salaris (4), ayant enlevé trois fragments du biceps brachial à un parkinsonien de quarante-sept ans, constate l'épaississement des parois vasculaires avec aspect hyalin de la tunique moyenne, pas d'augmentation des noyaux musculaires, lésions de vacuolisation et disparition de la striation. Idelssohn (1), ayant examiné une dizaine de muscles d'un parkinsonien, mort de méningite aiguë suppurée, consécutive à une escarre sacrée, trouve des lésions d'atrophie : multiplication des noyaux, division longitudinale, avec disparition de la striation transversale en certains points. Les tuniques moyenne et externe des vaisseaux sont épaissies. Il retrouve les lésions de Schiefferdecker : vacuolisation de certaines fibres, avec dégénérescence hyaline, et destruction complète de quelques-unes. Dans les fuseaux neuro-musculaires, qui sont nombreux, mêmes lésions qu'il considère comme en relation avec celles des fibres voisines.

Chez ses deux malades, Catola estime que les lésions musculaires sont les plus importantes. Elles consistent en une sorte de myosite nodulaire, les noyaux ont proliféré par places, ou ils s'accumulent en amas, au niveau desquels les fibres musculaires sont fragmentées, et semblent leur céder la place. Peu de fibres présentent la dégénérescence vacuolaire de Schiefferdecker, un seul fuseau neuro-musculaire est légèrement altéré. Enfin, les vaisseaux intramusculaires sont atteints de méso-endartérite : épaississement des septa, dans les ramuscules nerveux intra-musculaires. Les deux malades, non cachectiques, sont morts en quelques jours. Il ne s'agit pas là de cachexie sénile, et l'auteur se demande si ces lésions n'indiquent pas un processus d'intoxication endogène chronique, bien possible dans la maladie de Parkinson. Il rappelle que, pour de semblables amas nucléaires, la même interprétation a été proposée, par Rindfleisch, à propos de la chorée molle, par Askanazy, dans la maladie de Rasedow, par Kuttmann, dans quelques cachexies infectieuses.

Camp va plus loin encore. Les lésions musculaires, dit-il, peuvent passer inaperçues, parce qu'elles sont irrégulièrement distribuées, atteignant certains muscles, et, dans ceux-ci, certaines parties seulement. Elles sont parallèles comme intensité à celle de la rigidité et du tremblement, et apparaissent dans un ordre déterminé par la richesse des muscles en fuseaux; ceux qui en sont très riches sont les premiers atteints, ceux qui en sont dépourvus, tels que le diaphragme et les oculo-moteurs, sont, dit-il, respectés par la rigidité. (Cette dernière proposition ne doit être acceptée que sous réserves ; le phénomène de la latéropulsion oculaire, que j'ai constaté plusieurs fois, très nettement, témoigne d'une lenteur et d'une difficulté des mouvements du globe oculaire, qui semble bien indiquer la rigidité de ses muscles moteurs.)

Quoi qu'il en soit, Camp a trouvé, chez ses malades, les fibres des fuseaux neuro-musculaires gonflées, parfois même dissociées ; certains muscles, qui en sont d'habitude richement pourvus, n'en présentent plus, ce qui indiquerait leur disparition possible. Deux hypothèses peuvent, d'après l'auteur, expliquer ces lésions : ou bien, en vertu d'une prédisposition spéciale, la fibre musculaire subirait, à un moment de son évolution, la dégénérescence, ou bien, celle-

(1) Raymond et Alquier. *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1905, n° 5.

(2) Schiefferdecker et Schultze. *Deut. Zeit. f Nerv.*, 1903.

(3) Voir au sujet de l'anatomie et de la physiologie des fuseaux neuro-musculaires, Regaud et Fabre. *Rev. gén. d'histol.* (de Renant), 1904, fasc. I, p. 17-89.

(4) Salaris. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1906, pp. 383-388.

(1) Idelssohn. *Revue neurol.*, 1904, p. 394.

ci serait due à des toxines circulant dans le sang, peut-être d'origine parathyroïdienne.

J'ai étudié divers muscles (biceps, jambier antérieur) dans mes observations III et V, et, dans les quatre dernières, des muscles de la région sous-thyroïdienne, adjacents au thyroïde. Ces derniers présentaient une légère sclérose, et des lésions peu marquées d'atrophie, avec, dans les cas III et V, présence de quelques gros faisceaux, isolés çà et là, à contours arrondis, et dont le diamètre était au moins le triple de celui des faisceaux voisins. Quant aux premiers, leurs altérations sont tout à fait minimes : c'est à peine si les noyaux sont plus nombreux que de coutume, les fibres sont saines, sauf par places, où on trouve (fig. 3) des petits îlots présentant un léger épaississement du tissu interstitiel, avec forme cylindrique des faisceaux (au lieu de l'aspect normal polygonal). Enfin, quelques fibres, soit en ces points, soient d'autres, isolées au milieu des parties saines, présentent l'exagération de la division longitudinale, avec, sur les sections transversales, l'aspect arrondi des fibres et fibrilles. Quant aux fuseaux neuromusculaires, quelques-uns présentaient l'ébauche de l'état lacunaire décrit par Schiefferdecker (biceps brachial de l'observation III).

Dans ma première série de 1903, où il s'agissait de malades bien plus avancés, cachectiques, avec des infections chroniques surajoutées, les lésions d'atrophie étaient bien plus considérables; il me semble donc logique de conclure qu'elles paraissent se développer parallèlement, à la rigidité, et n'arrivent peut-être, à acquérir une certaine intensité que dans les cas où celle-ci est ancienne et très prononcée et à la période cachectique. Peut-être sont-elles l'effet et non la cause de la rigidité? Enfin il faut tenir grand compte avant d'apprécier la valeur des lésions musculaires, de l'âge. (On trouvera dans la thèse de Lhermitte — Paris, 1907 — dans certaines paraplégies séniles, la description de lésions tout à fait comparables à celles que j'ai rencontrées dans les muscles juxta-thyroïdiens, de la cachexie, enfin, des infections chroniques et des complications nerveuses qui peuvent retentir sur l'état anatomique des muscles.)

(*A suivre.*)

ERRATUM

Dans le nº 126, 1909, il s'est glissé un certain nombre de fautes typographiques. Bien que la plupart n'existent que sur une petite partie du tirage, nous tenons à les signaler.

Tant à l'index que dans le cours de la Revue, lire Garré au lieu de Garié, Bunty au lieu de Bunting, Schleich au lieu de Schlent, Thiriar au lieu de Thirion, Andrews au lieu d'Andrevis, Morillon au lieu de Moullon Huntington au lieu d'Hunkington, Jordan au lieu de Jordon, Disser au lieu de Desser, et Bochelt au lieu de Rochelt.

Page 1571, 2e col., 26e ligne, lire : large voie d'accès et non large voie d'abord; 2e col., 47e ligne : pleurésies putrides et non plèvre putride.

Page 1572, 2e col., 12e ligne : débris sphacéliques et non aphacéliques; note *, dernière ligne : pour ouvrir et non pour avoir; note ***, 3e ligne : surface pulmonaire cruentée et non cimentée.

Page 1574. 1re col., 16e ligne : disparate au lieu de disjoint; 1re col. 36e ligne : causes au lieu de cours.

Bibliographie, nº 1 : 1 à 62 au lieu de 1062; nº 3 : 1906 au lieu de 1908; nº 27 : ajouter 1906.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSISTANCE A LA FAMILLE MÉDICALE

Nous avons à différentes reprises signalé « l'Assistance à la famille médicale » qui fonctionne depuis quelque temps à l'Association générale. Sous la présidence de M. Bucquoy, assisté de MM. Bouloumié, Darras, Granjux et Sentex, un comité de femmes de médecins s'occupe de l'assistance et du placement des veuves et orphelins de médecins.

Cette assistance ne fait pas double emploi avec les œuvres de prévoyance si répandues parmi nos confrères. Dans notre profession il y a encore malheureusement beaucoup d'imprévoyants, il y a aussi beaucoup de confrères que les malheurs les plus immérités accablent. C'est pour venir en aide à ceux-là, aux femmes, aux orphelins, que « l'Assistance à la famille médicale » doit être développée.

Beaucoup l'ont compris.

Voici que nos excellents confrères du Nord dont on ne compte plus les heureuses initiatives viennent de l'organiser à leur tour.

Le 7 novembre dernier, se sont réunis à Lille un certain nombre de confrères de la région, en vue de constituer une Œuvre régionale de solidarité professionnelle destinée à la *Famille médicale en détresse*.

Le bureau est ainsi constitué :

Président : M. Caudrelier (de Tourcoing), ancien président de la Fédération des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais;

Vice-présidents : MM. Bombart (de Solesmes), président du Syndicat médical de Cambrai; Cochet (de Lille), président actuel de la Fédération des syndicats du Nord et du Pas-de-Calais;

Secrétaire général : M. Ausset (de Lille); secrétaire adjoint : M. Georges Gérard (de Lille);

Trésorier : M. Breton (de Lille); trésorier adjoint : M. Quint (de Lille).

Tous les médecins individuellement et tous les syndicats collectivement peuvent adhérer à cette œuvre de haute solidarité professionnelle et se faire inscrire soit comme membres titulaires (cotisation minimum de 10 francs), soit comme membres adhérents [cotisation libre inférieure à 10 fr. (1)].

Il est bien entendu que seuls les membres de la Famille médicale (médecins, femmes et enfants) peuvent être membres actifs et participants.

En revanche il a été créé une catégorie de membres honoraires pouvant cotiser à leur gré, pour les personnes qui, n'appartenant pas aux familles médicales comme il a été dit plus haut, désireront manifester par leur adhésion les sentiments d'estime et de reconnaissance qu'ils professent à l'égard du Corps médical. Nos confrères du Nord espèrent que la liste de ces membres honoraires sera rapidement très longue.

Voici un bon exemple, mais l'assistance ainsi pratiquée par des groupements isolés ne sera-t-elle pas souvent insuffisante? C'est l'avis d'un grand nombre de nos confrères. Aussi voyons-nous depuis quelque temps, à l'*Association de la Presse médicale* notamment, sur l'initiative de notre ami Granjux, un mouvement se dessiner pour la coordination de tous les efforts.

Ce mouvement aboutira, nous en sommes certains, et avant longtemps nous verrons tous les groupements médicaux français suivre l'exemple donné par l'Association générale et par

(1) Les cotisations doivent être adressées à l'un des trésoriers, M. le docteur Breton, rue Nicolas-Leblanc, 49, à Lille; M. le docteur Quint, 3, rue Solférino, à Lille. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à M. le docteur Ausset, secrétaire général, 153, boulevard de la Liberté, ou à l'un quelconque des membres du bureau dont la liste a été donnée plus haut.

nos confrères de Lille et réaliser à côté des œuvres de prévoyance si fortement organisées une vaste fédération pour le fonctionnement méthodique de « l'Assistance à la famille médicale ».

PRATIQUE MÉDICALE

VOIES RESPIRATOIRES : LES BRONCHITIQUES. HYGIÈNE ET TRAITEMENT

Il existe un grand nombre de sujets chez lesquels, à la suite de circonstances diverses, remontant le plus souvent aux premières années de l'existence, la muqueuse des voies respiratoires présente une vulnérabilité spéciale, qui fait qu'au moindre refroidissement ils sont pris de bronchite plus ou moins grave, ordinairement fort tenace.

C'est surtout en cette saison que ces malades sont exposés à contracter un rhume qui, la période aiguë terminée, se guérit incomplètement et dure, avec des alternatives de mieux et de pire, jusqu'au retour de la belle saison.

Il est facile de conjurer les dangers qui menacent de pareils organismes, victimes désignées de la grippe, de la tuberculose, sans parler de la bronchite chronique, de l'emphysème, de la dilatation des bronches.

En présence d'un malade de ce genre, le médecin doit se proposer : 1° de guérir les accidents aigus; 2° de modifier le terrain de façon à en prévenir le retour.

Pour ce qui est des accidents aigus, on conseillera le repos à la chambre, la révulsion locale, la quinine, si l'on se trouve en présence d'une manifestation grippale fébrile, les opiacés pour calmer la toux, et les balsamiques.

On fait une excellente antisepsie des bronches en donnant aux catarrheux du goudron et de la créosote, ainsi que l'écrivait récemment un de nos maîtres les plus estimés d'une Faculté du Nord. « Ces substances agissent sur la sécrétion bronchique parce qu'elles exercent une action spécifique sur les microorganismes qu'elle contient et qui la vicient. Ces médicaments, s'éliminant en notable partie par les poumons, sont mis en contact immédiat avec la surface des bronches et intimement mêlés à leur sécrétion. » La créosote possède, de plus, la propriété d'exciter les fonctions digestives de l'estomac et de l'intestin et stimule la nutrition générale.

Le seul inconvénient reproché à ces substances est de ne pas toujours être tolérées par l'estomac. Ce reproche s'évanouit si on utilise les Gouttes Livoniennes, où l'addition du baume de tolu, dans lequel est émulsionnée la créosote, enlève à celle-ci toute action irritante. Il est exceptionnel de ne pas voir, dès que l'on fait prendre deux de ces capsules à chaque repas, l'expectoration perdre son caractère purulent, la toux diminuer, les catarrhes les plus invétérés s'atténuer et disparaître.

Elles ont encore l'avantage de répondre à la deuxième indication que nous fixions, car elles ont une merveilleuse action prophylactique, dont les malades eux-mêmes se plaisent à reconnaître la valeur.

LIVRES NOUVEAUX

Les Insectes piqueurs et suceurs de sang (1), par le Dr Edmond Sergent.

Ce livre a pour but de faciliter aux médecins qui n'ont jamais fait d'entomologie la détermination des insectes piqueurs et suceurs de sang; la description et les caractères des genres et des espèces sont accompagnés de très nombreuses figures. L'intérêt particulier de cet ouvrage se comprend facilement, puisqu'aujourd'hui on donne un grand rôle aux insectes dans l'étiologie et la transmission d'affections diverses.

M. BRELET.

(1) In-18 jésus (Encyclopédie scientifique). — Paris, O. Doin et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 27 NOVEMBRE 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 novembre, à une heure. — 2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Roger, Lejars et Desgrez ; — (2e série) : MM. Teissier, Gosset et Richaud; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re partie) : MM. Reclus, Proust et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Brissaud, Legry et Sicard ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 23 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Lecène et Lenormant; — (2e partie) : MM. Raymond, Jeanselme et Claude ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 24 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Hartmann et Gosset.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Legry et André Jousset.

3e (oral, 2e partie) : MM. Roger, Marcel Labbé et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Pierre Marie et Meutz.

2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Reclus, Sicard et Zimmern ; — (2e série) : MM. Teissier, Desgrez et Proust; — (3e série) : MM. Mauclaire, Richaud et Macaigne; — M. Branca, suppléant.

Jeudi 25 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Quénu, Morestin et Lecène.

2e : MM. Ch. Richet, Launois et André Broca.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Fernand Bezançon ; — (2e série) ; MM. Raymond, Carnot et Balthazard.

4e : MM. Gilbert, Thoinot et Wurtz; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 26 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Lepage et Potocki ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 27 novembre, à une heure. — 2e, chirurgien-dentiste (1re série) : MM. Alb. Robin, Jeanselme et Lenormant; — (2e série) : MM. G. Ballet, Richaud et Lecène; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Renon et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt.

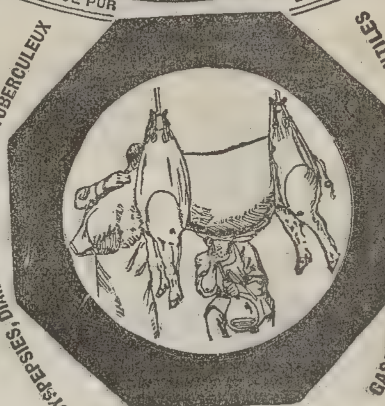
5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin ; — — M. Launois, suppléant.

THESES

Jeudi 18 novembre, à une heure. — M. Rousselot. Essai sur les relations de la thyroïde et de l'hypophyse. (MM. Chauffard, président; Gilbert Ballet, Jeanselme et Castaigne.) — M. Mauger. Etude clinique et diagnostique des accidents cardio-pulmonaires de la lithiase biliaire, en particulier chez le vieillard (MM. Chauffard, président; Gilbert Ballet, Jeanselme et Castaigne.) — M. Ricard. Contribution à l'étude du pemphigus hystérique. (MM. Chauffard, président; Gilbert Ballet, Jeanselme et Castaigne.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.




Sirop Roche
Sirop Roche au Thiocol
COMPRIMÉS de THIOCOL ROCHE
Prix 2f

N° 130. — MARDI 16 NOVEMBRE 1909. 82e ANNÉE. MARDI 16 NOVEMBRE. 1909. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 12 novembre. — Question donnée : « Vertèbres cervicales. »

MM. Petitjean, 9; Peyre, 8; Vautrain et Tournadour-d'Albay, 9; Robin, 13; Imbert et Mitton, 9; Auclair, 15; Gauthier, 16; Stavropoulo, 4; Ollier, 17; Drapier, 2.

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — *Médecine.* — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1909-1910) aura lieu le lundi 7 mars 1910, à quatre heures, dans la salle de concours de l'hôpital de la Charité.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 3 au 8 janvier 1910 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 8 janvier 1910, à trois heures, dernier délai.

Chirurgie et accouchement. — Le concours aura lieu le jeudi 10 mars 1910, à quatre heures, dans la salle de concours de l'hôpital de la Charité.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 3 au 8 janvier 1910 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 8 janvier 1910, à trois heures, dernier délai.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le conseil de la Faculté vient de proposer pour la chaire de pathologie générale, en première ligne, M. Cassaët; en deuxième ligne, M. Auché.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Un concours s'ouvrira le 18 avril 1910 devant la Faculté de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de Limoges.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

LA SOCIÉTÉ MÉDICO-ARTISTIQUE « L'ESCULAPE » rappelle à tous les confrères artistes, peintres, sculpteurs, graveurs, dessinateurs, décorateurs, que son premier salon s'ouvrira le 25 novembre prochain jusqu'au 9 décembre inclus, 117, boulevard Saint-Germain, au cercle de la librairie, de dix à onze heures le matin et de une à quatre heures de l'après-midi.

Tous les confrères qui n'ont pas encore envoyé leur adhésion sont priés de le faire au plus tôt et de s'adresser pour tous les renseignements à M. le docteur Rabier, secrétaire général, 24, rue de la Tour, Paris (16e). Cette manifestation artistique essentiellement intime est la première d'une série qui doit comporter par la suite notamment une représentation dramatique et lyrique dont les bénéfices seront affectés à une caisse de secours immédiat des infortunes médicales.

Tous nos confrères auront droit d'entrer à ce salon sur simple présentation de leur carte de visite.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-quatrième semaine, 773 décès, au lieu de 777 pendant la semaine précédente et au lieu de 877, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies épidémiques présentent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 107 décès, au lieu de 93 pendant la semaine précédente (moyenne 138).

La phtisie pulmonaire a causé 157 décès (moyenne 186); on compte 2 décès par méningite cérébro-spinale épidémique. Le nombre des nouveaux cas signalés est de 2.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Coriveaud (de Blaye).

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Mauclaire, agrégé, chargé du cours de clinique annexe, fera sa première leçon le mardi 23 novembre, à neuf heures trois quarts, amphithéâtre Boyer et les suivantes les mardis à la même heure.

Examens cliniques des malades tous les matins à neuf heures. Consultations pour les maladies des os et des articulations les lundis et vendredis à neuf heures, amphithéâtre Boyer. Examens gynécologiques les mercredis et samedis, salle J.-L. Petit.

Opérations tous les jours, à dix heures et demie. Opérations abdominales le jeudi.

TRAVAIL DU SERVICE DE M. LE PROFESSEUR DEBOVE
(Clinique médicale de l'hôpital Beaujon.)

DIAGNOSTIC DE L'INSUFFISANCE MITRALE A L'AUTOPSIE

Par M. Camille LIAN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le diagnostic clinique de l'insuffisance mitrale n'est pas sans présenter assez souvent de sérieuses difficultés. Il est des cas certes où la constatation du souffle systolique, sa localisation franchement apexienne, sa propagation axillaire, les caractères du pouls, les troubles fonctionnels concomitants empêchent toute hésitation. Mais par contre il est bien des circonstances où la symptomatologie est loin d'être aussi nette : on se demande si le souffle n'est pas mésosystolique, le maximum est plutôt au voisinage de la pointe, la propagation axillaire est sensiblement nulle. On reste hésitant : s'agit-il d'une insuffisance mitrale organique ou d'un souffle cardio-pulmonaire? Ou encore si le souffle d'abord perçu a disparu ensuite, n'a-t-on pas été en face d'une insuffisance mitrale fonctionnelle? Il n'est pas rare qu'on ait fait appel en vain aux méthodes de laboratoire (1). C'est pour tous ces cas douteux qu'il est important de considérer comment à l'autopsie on pourra vérifier le bien fondé du diagnostic clinique.

Dans bien des autopsies on trouvera des lésions de l'appareil valvulaire mitral nettement incompatibles avec une bonne occlusion systolique de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Il en sera ainsi lorsqu'on trouvera les altérations suivantes : volumineuses végétations, perforations des valves mitrales; nodosités, irrégularités bien marquées du bord libre de ces valves; rétraction, rupture des cordages tendineux ou des piliers. Dans tous ces cas on sera en droit de conclure à l'existence d'une insuffisance mitrale organique. Ou encore les valves mitrales sont saines, mais le ventricule gauche apparaît nettement dilaté, l'orifice mitral admet largement trois et même quatre doigts : on a la conviction, la quasi-certitude qu'il y avait une insuffisance mitrale fonctionnelle. Cependant, si les piliers paraissent très étirés, les valves très allongées, on peut être amené à se demander si ces modifications papillaires et valvulaires ne compensaient pas la dilatation de l'anneau orificiel et du ventricule.

Il n'est pas rare non plus que les modifications de l'appareil valvulaire soient assez discrètes pour laisser le diagnostic en suspens : simple turgescence, légères irrégularités du bord libre des valves mitrales; toutes petites végétations sur la face auriculaire de ces valves; ou bien valvule mitrale saine, cavité ventriculaire gauche peu dilatée, orifice mitral admettant juste trois doigts.

Dans bien des autopsies par conséquent, il sera donc indiqué de recourir aux méthodes destinées à mettre à l'épreuve le fonctionnement de la valvule mitrale. Que pouvons-nous faire pour cela? Suchard (1) dit : « L'aorte étant pincée entre l'index et le médius de la main gauche dont la paume soutient la masse ventriculaire, la face supérieure de la mitrale est placée sous un filet d'eau qui remplit le ventricule. La main droite comprimant alors le ventricule gauche et remplaçant grossièrement sa contraction, l'eau est chassée violemment à travers la valvule. Du sang s'en échappe, puis des caillots, puis de l'eau teintée de rose. Lorsque la plupart des caillots ont été entraînés par le courant d'eau, on voit les valves de la mitrale se rejoindre par leur bord libre, l'orifice étant exactement fermé. On peut augmenter beaucoup la pression, rien ne passe si les valves ne sont pas altérées. Dans le cas d'insuffisance, l'eau s'échappe par un ou plusieurs pertuis. »

Pour nous, cette manœuvre est un leurre, elle ne fournit aucune indication précise, aucune donnée sérieuse. Les résultats en sont aussi variables que possible selon la position qu'on donne au cœur : couché dans la paume de la main ou tenu verticalement; selon la façon dont on comprime le ventricule : soit dans le sens antéro-postérieur, soit dans le sens transversal; selon qu'on le serre plus ou moins près de la base ou de la pointe; selon la force, la rapidité avec lesquelles on agit sur le ventricule; selon la quantité de liquide introduite dans la cavité ventriculaire, etc.

Mille facteurs interviennent qui rendent cette épreuve aussi imprécise que possible. Si l'on y recourt, il faut n'y attacher qu'une importance des plus minimes.

Pour être dans les meilleures conditions, il serait bon de tenir le cœur couché dans la paume de la main, car lorsqu'on le tient verticalement suspendu par les bords des oreillettes sectionnées, les parois ventriculaires exercent par leur propre poids une traction sur les piliers et peuvent s'opposer à l'accolement des valves. D'autre part pour imiter la systole ventriculaire, il serait important de comprimer le ventricule gauche assez près de la base et dans le sens transversal. En effet, une pression dans le sens antéro-postérieur favorise la production d'un reflux mitral, tandis que le rétrécissement transversal de l'orifice mitral est un facteur indispensable pour la bonne occlusion de la valvule mitrale (2).

Il est une autre méthode un peu moins mauvaise,

(1) Voir C. Lian. Les méthodes de laboratoire dans le diagnostic de l'insuffisance mitrale (la pulsation cardio-œsophagienne), *Arch. des mal. du cœur et des vaiss.*, n° 7, juillet 1909, pp. 385-406. (Dans cet acticle sont à interchanger les légendes des fig. 4 et 7, celles aussi des fig. 5 et 6.) — et *Le diagnostic des souffles systoliques apexiens et l'insuffisance mitrale fonctionnelle*, Th. de Paris, 1909, 256 pages, Chacornac.

(1) E. Suchard. Technique des autopsies cliniques, in *Leçons et Mémoires, Clinique médicale de la Charité*, 1894, pp. 1011-1056.

(2) Voir C. Lian. Contribution à l'étude de la physiologie de l'appareil valvulaire mitral, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, n° 4, juillet 1909, pp. 597-612, et Th. de Paris, 1909.

c'est la suivante. Suchard dit : « Lorsqu'il s'agit d'expériences plus précises, on emploie naturellement un appareil d'injection muni d'un manomètre. Le ventricule est alors rempli par l'aorte liée sur un tube pénétrant dans le ventricule entre les sigmoïdes. Il faut savoir que dans certains cas, ainsi que le fait observer M. le professeur Potain, une pression brusque et forte de 14 centimètres de Hg environ est nécessaire pour que les valves de la mitrale épaissies et rigides se rejoignent et ferment complètement l'ouverture. »

Pour nous, voici le procédé simple que nous avons suivi. Tout d'abord on prépare le cœur en sectionnant les parois de l'oreillette gauche au ras de l'orifice mitral. Puis on se sert de l'instrumentation employée dans les services hospitaliers pour les lavages de gorge : on introduit par l'aorte la canule dans le ventricule gauche, et on la lie très solidement sur l'aorte; on met enfin 1 ou 2 litres d'eau dans le bock. On tiendra le cœur couché dans la paume de la main, en s'inspirant de sa position normale.

Selon qu'on fait élever plus ou moins le bock, on voit le ventricule se distendre plus ou moins, et, l'orifice auriculo-ventriculaire sous les yeux, on se rend facilement compte s'il se produit un reflux mitral. On peut, si l'on veut, comprimer le ventricule gauche, mais il faut le faire toujours dans le sens transversal, sinon on favorise la production d'un reflux mitral.

Dans ces conditions on est gêné pour se rendre compte de l'état de perfection de l'occlusion mitrale, car du liquide suinte et coule sur la face auriculaire des valves par les artérioles de la paroi auriculaire sectionnée. Et pour peu que la pression intra-ventriculaire soit notable, il s'échappe par ces petites artères un jet de liquide qui risque d'atteindre le visage de l'expérimentateur. On peut pincer ces artérioles, mais les pinces à forcipressure sont embarrassantes et tirent sur l'insertion des valves, favorisant ainsi l'insuffisance. Aussi faisons-nous au début de toutes les expériences de ce genre la ligature des deux artères coronaires à leur origine : on les trouve facilement et l'on est ainsi débarrassé d'un ennuyeux contre-temps.

L'épreuve ainsi conduite ne peut avoir la prétention de reproduire les conditions du cœur lors de la systole. Nous dirons même que les conditions sont toutes différentes : dans la systole en effet la cavité ventriculaire diminue, les parois chassant le sang devant elles, tandis qu'ici le ventricule se dilate et cède devant la pression du liquide intra-ventriculaire.

Dès lors les piliers exercent une traction divergente sur les valves, et l'orifice mitral est arrondi au lieu d'être très allongé, conditions favorisantes au premier chef pour la production d'un reflux mitral.

Cependant on doit reconnaître que si, dans ces conditions défavorables, la valvule mitrale était tout de même capable d'assurer l'occlusion de l'orifice mitral, on serait vraiment autorisé à en inférer qu'elle n'était pas insuffisante pendant la vie. Or d'après les classiques cette expérience serait concluante. Dans ces conditions, on constaterait une bonne occlusion mitrale sur un cœur sain, et un reflux mitral plus ou moins important sur un cœur atteint d'insuffisance mitrale.

Pour nous l'opinion classique est inexacte à force d'être schématique. Les résultats que fournit cette épreuve sont bien loin d'être aussi simples à interpréter. En effet nos recherches nous ont montré que presque tous, pour ne pas dire tous les cœurs sains donnent dans cette épreuve un reflux mitral. Ce n'est donc pas la présence ou l'absence d'une régurgitation qui permettra d'apprécier l'intégrité fonctionnelle de l'appareil valvulaire mitral. C'est l'importance du reflux qui nous guidera dans notre appréciation, ce n'est donc qu'une question de degré; dès lors l'interprétation devient complexe, la porte est ouverte à l'incertitude et à l'erreur.

En effet, dans un assez grand nombre de cœurs sains, la valvule mitrale laisse toujours passer un reflux, quel que soit le degré de pression intra-ventriculaire. Pour les autres cœurs sains, lorsque le bock n'est élevé qu'à 10, 20, 50 centimètres, la valvule mitrale est à peu près suffisante en ce sens qu'elle laisse seulement suinter du liquide, sans qu'il y ait un véritable jet. Mais si l'on continue à élever le bock à 75 centimètres, 1 mètre, 1m50, on voit apparaître d'abord un, puis plusieurs jets qui grossissent de plus en plus. Et cette insuffisance mitrale s'observe même si l'on fait tous ses efforts pour éviter la traction anormale exercée par les piliers (en serrant par exemple les deux tiers inférieurs du cœur pour empêcher la dilatation de toute cette portion du ventricule). L'absence de rétrécissement systolique de l'orifice mitral semble suffisante à entraîner la production d'un reflux.

Est-ce à dire que le reflux ainsi produit ne sera pas beaucoup plus important chez les sujets qui ont présenté pendant la vie une insuffisance mitrale organique ou fonctionnelle? Nous sommes porté à croire que, dans ces conditions, la régurgitation mitrale sera plus considérable. Telle a été notre impression après l'examen de quelques cœurs avec lésions mitrales. Mais en tout cas, il n'y aura pas de démarcation précise entre le reflux mitral qu'on observera dans les cœurs indemnes de tout trouble valvulaire pendant la vie, et dans ceux qui avaient présenté une insuffisance mitrale.

En somme, voici dans quelle mesure l'autopsie peut nous éclairer sur l'existence ou l'absence d'une insuffisance mitrale pendant la vie. Dans certaines circonstances, il est facile de se rendre compte que les altérations valvulaires sont assez importantes pour avoir entraîné la production d'une régurgitation mitrale. C'est le cas s'il y a de volumineuses végétations, une perforation des valves mitrales; si le bord libre de ces valves présente des nodosités, des irrégularités bien marquées; s'il y a rétraction manifeste ou rupture des cordages tendineux ou des piliers. De même il y aura les plus grandes présomptions en faveur d'une insuffisance mitrale fonctionnelle quand, les valves étant saines, le ventricule gauche sera dilaté et que l'orifice mitral admettra largement trois doigts.

Mais dans tous les cas où les lésions anatomiques ne donnent pas la clef du diagnostic, nous man-

quons de méthodes précises pour résoudre la difficulté : on verse de l'eau dans le ventricule gauche par l'orifice mitral après section de l'oreillette gauche et ligature de l'aorte, puis on comprime le cœur gauche dans sa main pour imiter la systole; ou mieux on introduit par l'aorte du liquide sous pression dans le ventricule gauche. On ne tablera sur le résultat de ces expériences que si l'on constate une régurgitation mitrale importante, encore ce fait ne prouvera-t-il pas qu'il existait une insuffisance mitrale pendant la vie, il montrera seulement qu'assez probablement il en était ainsi.

Par conséquent, si devant l'absence de lésions anatomiques imposant le diagnostic, nous recourons aux manœuvres classiques pour éprouver le fonctionnement de la valvule mitrale, efforçons-nous de nous placer toujours exactement dans les mêmes conditions. Ne demandons pas à ces épreuves fonctionnelles une réponse assez précise, mais seulement une indication, une impression.

MÉDECINE PRATIQUE

LES OPÉRATIONS CÉSARIENNES SUPRA-SYMPHYSAIRES (1)

On sait de quels désastres, jusqu'aux progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, était suivie l'opération césarienne, complétée ou non de l'opération de Porro. Sous l'impulsion de Sänger (1882) une véritable réhabilitation s'opéra, et depuis, la *césarienne conservatrice* est devenue, en Allemagne surtout, une opération très répandue. Elle a réussi peu à peu à pénétrer chez nous, tendant à remplacer, pour les mêmes indications, les opérations obstétricales jusqu'ici préférées par les accoucheurs. Elle s'adresse presque exclusivement aux cas de dystocie pelvienne ou utérine, et aux cas où une évacuation rapide de la cavité utérine s'impose.

En 1898, Dührssen, puis Fritsch, Schauta, d'Alessandro préconisèrent une nouvelle méthode de *césarienne vaginale*, dont les indications peuvent se ramener à ces trois points :

1° Rigidité du col (cicatrices, cancer).

2° Nécessité de vider rapidement l'utérus, la vie de la mère étant menacée et le col non dilaté (éclampsie, placenta prævia).

3° Nécessité de vider rapidement l'utérus quand la vie du fœtus est en danger et le col non dilaté.

Cette section du col et du segment inférieur par voie vaginale tend à remplacer toutes les dilatations manuelles ou instrumentales forcées.

Cependant ces deux méthodes : voie abdominale transpéritonéale et voie vaginale, ne satisfaisaient pas encore à tous les cas : souvent une femme atteinte de dystocie est amenée à l'hôpital ou à la clinique avec un travail de plusieurs heures, une poche des eaux rompue, elle a subi des explorations vaginales nombreuses et suspectes, parfois des tentatives infructueuses d'application de forceps : elle est infectée ou suspecte d'infection. Si l'enfant est vivant, on a tendance à préférer la césarienne à une embryotomie. Or, l'infection du péritoine est presque inévitable : on a beau garnir le champ opératoire de compresses, extérioriser l'utérus, la malade en position déclive, il est bien difficile au moment où l'utérus vidé se rétracte, d'empêcher du liquide de filer dans la cavité péritonéale, et même avec l'ablation de l'utérus, le drainage, les résultats sont déplorables. Aussi a-t-on cherché à vider l'utérus par une voie extra-péritonéale. On voit dans un article de Nürnberger (*Centralbl. f. Gynæk.*, 1909, n° 25) et la Revue de Jeannin que l'idée n'est pas récente, et que depuis Jorg en 1806, bien des auteurs ont décrit ou tenté, mais sans succès, des méthodes diverses. La rénovation de la césarienne de Sänger avait fait oublier ces essais.

En 1906, Frank (de Cologne) publia 7 opérations de *césarienne supra-symphysaire* dans lesquelles il cherchait à rester en dehors du péritoine en décollant un lambeau péritonéal sur le segment inférieur de l'utérus, le fixant à la paroi. L'incision de l'utérus porte sur le col et le segment inférieur. C'est en réalité une *trans-péritonéale avec fermeture provisoire de la cavité péritonéale*.

Peu après, en 1908, Sellheim vint proposer une technique différente : toute l'opération se pratique sans ouvrir la séreuse; on la décolle de la face postérieure des droits, puis du fond de la vessie, du cul-de-sac vésico-utérin, et enfin du col et du segment inférieur de l'utérus qu'on ouvre. C'est une *vraie césarienne sous-péritonéale.*

Ces deux auteurs eurent de nombreux imitateurs qui modifièrent plus ou moins dans leurs détails les techniques primitives. Cette question a provoqué en Allemagne depuis trois ans des travaux multiples, et C. Jeannin a réuni 148 observations de supra-symphysaires qui, jointes à 42 cas de Latzko, donnent actuellement 190 observations publiées surtout en Allemagne et en Belgique.

En France nous n'avons trouvé que 2 observations de Brindeau. (Soc. obstét. de France, 7 oct. 1909.)

Si l'on étudie les résultats de ces observations, il en ressort une double constatation :

1° La méthode supra-symphysaire intra-péritonéale typique ne met guère plus à l'abri de l'infection péritonéale que la césarienne classique. On est toujours à la merci d'une suture qui cède ou d'une pince qui lâche, si on a fixé les lambeaux péritonéaux avec des pinces. Elle ne convient donc pas plus que son aînée aux cas infectés.

2° La méthode suprasymphysaire extrapéritonéale de Sellheim ne convient pas non plus aux cas infectés car l'infection du tissu cellulaire périvésical peut être le point de départ de complications mortelles. De plus, le décollement du péritoine vésical, sur la ligne médiane, est parfois très difficile, amenant des déchirures du lambeau, des hémorragies et même des déchirures vésicales. Le créateur de la méthode, Sellheim, puis Fraipont sont revenus à la méthode intrapéritonéale.

Pour obvier à cette difficulté du décollement péritonéal, on a cherché une voie d'accès plus facile. C'est à ce but que répondent les procédés de Latzko et de Döderlein qui pratiquent le décollement du péritoine sur le côté de la vessie et du segment inférieur, décollement ici fort aisé.

Citons pour mémoire la singulière laparokolpohystérotomie imaginée par Dührssen, pratiquée par Solms, où l'utérus est découvert sous-péritonéalement par le ventre, incisé par le vagin, le fœtus extrait par l'abdomen, la délivrance faite par voie vaginale.

Mais tous ces procédés ne conviennent pas aux cas infectés; à l'infection du péritoine ils substituent l'infection du tissu cellulaire sous-péritonéal qui peut être fort grave, et si on peut les employer dans les cas douteux, de préférence à la césarienne classique, ils ne conviennent guère mieux qu'elle aux cas où l'infection est certaine.

Faut-il en conclure que la méthode a fait fausse route?

(1) V. Fraipont. *L'Obstétrique*, juillet 1909, et surtout la Revue très complète de C. Jeannin, *L'Obstétrique*, août 1909, à laquelle nous renvoyons pour plus de détails. Depuis ont paru : Küstner. L'opération césarienne extra-péritonéale, technique et indications, *Münch. med. Wochen.*, 24 août 1909, n° 34. — Kneise. La question de la césarienne extra-péritonéale, *Münch. med. Wochen.*, 7 sept. 1909, n° 36. — Döderlein. L'opération césarienne extra-péritonéale, *XXIIe Cong. de chir.*, Paris, 4 oct. 1909. — C. Jeannin. *XIIIe Session de la Soc. obstét. de France*, Paris, 7 oct. 1909. — Discussion : Döderlein, Brindeau, Audebert.

Non point. Les auteurs qui ont pratiqué la supra-symphysaire intra ou extra-péritonéale ont été frappés de sa supériorité sur la césarienne de Sänger. Si bien que « celui qui emploie cette méthode ne voudra plus employer la classique ». (Bumm. *Soc. gyn. et obst. de Berlin*, 1909.) Voici comment Fraipont résume ces avantages de la méthode extra-péritonéale :

Dans la césarienne classique, si on veut opérer l'utérus hors du ventre, il faut une incision allant de la symphyse bien au delà de l'ombilic. Si on laisse l'utérus dans le ventre, l'incision sera élevée, à un endroit où les droits sont très écartés, la ligne blanche très large, on aura une cicatrice très faible.

La section de l'utérus portera sur une région épaisse et vascularisée, il y aura toujours une hémorragie sérieuse (Lepage. La césarienne est une opération hémorragique, *Soc. obst. de France*, 7 oct. 1909) et l'incision peut tomber sur l'insertion du placenta. Enfin la protection du péritoine est difficile même en garnissant bien le champ opératoire, et, même dans les cas aseptiques, le contenu utérin constitue un excellent terrain de culture et il faut être très sûr de son asepsie si on veut éviter une infection grave.

Dans la supra-symphysaire, une incision de 12 à 14 centimètres, qui n'en n'aura plus que 10 après le retrait de la paroi suffit. On incise très bas, à l'endroit où la ligne blanche est étroite, et même comme Frank, Sellheim, Pfannenstiel, on peut se servir de l'incision de Pfannenstiel (incision transversale de la peau et l'aponévrose, dissection de bas en haut d'un lambeau aponévrotique, incision longitudinale de la ligne blanche, réfection de la paroi en rabattant le lambeau aponévrotique) qui donne une paroi solide.

La suture du péritoine pariétal au péritoine utérin protège la cavité péritonéale contre l'écoulement du contenu utérin.

L'incision de l'utérus porte sur le segment inférieur qui est mince et saigne peu. La tête du fœtus se présente d'elle-même et l'extraction en est facile. La délivrance peut se faire seule, physiologiquement. La suture de l'utérus se trouve dans l'endroit de l'utérus où il y a le moins de contractions : celles des arrière-douleurs se passent surtout dans le corps utérin.

Döderlein est non moins enthousiaste de la supra-symphysaire extra-péritonéale. L'accouchement est vraiment extra-péritonéal, ce qui met le péritoine à l'abri des souillures, la simplicité d'exécution est extraordinaire (toute l'opération peut être terminée en moins d'une demi-heure), facilité de la suture de l'utérus, absence d'hémorragie, absence de tout danger de lésion de la vessie, facilité de l'extraction fœtale et placentaire, risques beaucoup moindres d'éclatement de la cicatrice en cas de grossesse ultérieure.

Donc, la césarienne supra-symphysaire intra-péritonéale serait supérieure à la césarienne classique pour les cas aseptiques : rétrécissement du bassin, placenta prœvia, éclampsie, où elle entrerait en comparaison avec la césarienne vaginale de Dührssen et l'accouchement forcé, et pour les cas où l'infection serait douteuse, l'extra-péritonéale serait préférable à l'intrapéritonéale.

Quant aux cas nettement septiques où l'œuf est ouvert depuis longtemps, les lochies fétides, la température élevée, à ceux-là s'adressent une nouvelle méthode décrite par Sellheim : la *fistule utéro-pariétale ou marsupialisation de l'utérus* qui combine à la suture du péritoine pariétal et viscéral la suture de l'utérus et de son ouverture aux téguments.

Voici donc *trois méthodes bien distinctes de césarienne supra-symphysaire : intra-péritonéale, extra-péritonéale* et *fistule utéro-pariétale*. Les deux premières par leurs avantages particuliers tendant à se substituer à la césarienne classique pour les cas aseptiques, la troisième pour les cas infectés.

Nous donnons en terminant le résumé de la technique des trois méthodes, telle que la donnent respectivement Fraipont, Döderlein, Sellheim.

I. Supra-symphysaire intra-péritonéale (Fraipont). — Incision de la paroi sur la ligne médiane, depuis la symphyse à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Après ouverture du péritoine, surjet à la soie entre le péritoine du segment inférieur de l'utérus et le péritoine pariétal à 3 centimètres en dehors de l'incision. On délimite ainsi sur l'utérus une surface losangique de 12 centimètres de hauteur sur 6 centimètres de largeur. Dans ce losange, incision longitudinale du péritoine utérin qu'on décolle sur les côtés. Les bords de l'incision sont réunis par des pinces avec les bords de l'incision du péritoine pariétal. Incision longitudinale de l'utérus sur 10 centimètres de hauteur. Dès l'incision la tête s'interpose dans les lèvres de la plaie et avec quelques pressions latérales, elle sort après rotation de l'occiput en avant. La délivrance peut s'exécuter seule; si elle tarde à se produire, on l'exécute manuellement. Tamponnement de l'utérus par une languette de gaze iodoformée dont le chef est conduit dans le vagin. Suture de l'utérus à points passés à la soie. Enlèvement des pinces et des sutures du péritoine, fermeture du péritoine, suture de la paroi en deux plans : catgut et soie, en laissant une mèche de gaze.

II. Supra-symphysaire extra-péritonéale (Döderlein). — Incision allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la symphyse pubienne, parallèle à l'arcade crurale, comprenant tous les plans jusqu'au péritoine. Décollement du péritoine en haut et en dedans. On découvre ainsi rapidement le segment inférieur de l'utérus, qu'on incise verticalement. Extraction du fœtus et du placenta, suture de l'utérus par un surjet au catgut, fixation du péritoine en place, fermeture de la paroi.

III. Fistule utéro-pariétale (Sellheim). — Incision de la paroi sur la ligne médiane, incision verticale du péritoine pariétal, suture des lèvres du péritoine pariétal aux lèvres de l'incision abdominale par un surjet, incision médiane et sagittale du péritoine utérin, décollement latéral de deux lambeaux et suture séro-séreuse au péritoine pariétal. On attire la vessie en avant et on la décolle du col utérin. Incision verticale et médiane du segment inférieur de haut en bas, couche par couche, en les saisissant au fur et à mesure par des pinces à traction et les fixant au pourtour de la plaie abdominale avec des pinces. Accouchement, délivrance, tamponnement utérin. On remplace par des points de suture les pinces qui fixaient les lèvres de l'incision utérine à l'ouverture de l'abdomen, l'utérus reste marsupialisé.

Si la fistule ne guérit pas spontanément, on procède sans attendre trop longtemps à sa fermeture et à la réfection de la paroi abdominale.

Voilà les trois variétés de césarienne supra-symphysaire et les principales indications auxquelles elles répondent actuellement.

L'avenir nous dira si leur emploi justifie l'enthousiasme des chirurgiens allemands à leur égard et si la défiance que manifestent pour elles jusqu'ici les accoucheurs français, est bien justifiée.

M. Lance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 8 novembre 1909)

Mode de stérilisation intégrale des liquides par les radiations de très courte longueur d'onde. — M. Billon-Daguerre a déjà présenté le 1[er] mars à l'Académie un mode de stérilisation des liquides par rayons ultra-violets.

Poursuivant ses expériences, il est arrivé à remplacer les lampes à vapeur de mercure employées jusqu'ici par des tubes

en quartz renfermant des gaz raréfiés qu'il illumina par un courant induit ou statique.

Il obtient une action microbienne ou abiotique beaucoup plus considérable que celle de la vapeur de mercure pour une dépense bien moindre.

Sur la précipitation des tuberculines par le sérum d'animaux immunisés contre la tuberculose. — MM. A. Calmette et L. Massol.

Action des sérums toxiques et de leurs antitoxiques sur le système nerveux. Contribution à l'étude du mécanisme de l'immunité. — M. E. Gley.

De l'action des sérums toxiques sur le cœur isolé d'animaux immunisés contre ces sérums. — MM. E. Gley et V. Pachon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 12 novembre 1909)

Transmission de la sporotrichose du mulet à l'homme. — M. Carougeau, chef du service vétérinaire à Madagascar, a étudié et déterminé la sporotrichose des équidés à Tananarive en 1906-1907, il a isolé le parasite qui fut identifié avec le Sporotrichum Beurmanni.

La maladie avait été jusque-là confondue avec la lymphangite épizootique et la morve, elle était traitée chirurgicalement, ouverture des abcès, etc. Un vétérinaire se blesse à l'index avec un bistouri, la plaie se cicatrise, puis, au bout de trois semaines, est le siège d'un abcès suivi de lymphangite de la main, de l'avant-bras et du bras, avec nodules gommeux. La maladie dure trois mois et se termine par la guérison.

L'observation est assez précise pour affirmer la transmission de l'animal malade à l'homme sain.

Obstruction veineuse totale du membre supérieur droit. Onyxis. Traitement mercuriel. Guérison. — MM. Emile Sergent et Paul Cottenot. Un homme jeune, bien constitué, présente un œdème du membre supérieur droit qui a débuté cinq jours auparavant par la main, puis a gagné l'avant-bras et le bras. Les téguments sont de coloration normale, avec quelques taches rosées et de petites varicosités. Une circulation veineuse superficielle abondante est visible sur le bras et dans la région pectorale, la région axillaire est œdématiée. Cet œdème n'est certainement pas inflammatoire. Il n'existe d'ailleurs aucune réaction inflammatoire locale ni générale. Il s'agit bien d'une obstruction veineuse. L'absence complète de troubles de compression médiastinale et de troubles de la circulation céphalique leur permit de penser que le siège de la lésion est la veine sous-clavière. Ils suspectent sa nature syphilitique en constatant que le malade présente un onyxis généralisé qui s'est développé depuis un an environ. Les ongles des pieds et des mains sont atteints, surtout le pouce et le gros orteil. Ils sont cassés, friables, présentant des cannelures. Le bourrelet périunguéal est épaissi. Bien que le malade nie avoir eu la syphilis et n'en présente aucun autre stigmate, ils instituent un traitement mercuriel. L'œdème du bras diminue rapidement sous l'influence du traitement et les lésions unguéales sont très améliorées.

Les auteurs insistent sur ce fait que c'est une circonstance fortuite, l'existence de l'onyxis, qui leur a permis de dépister la syphilis, et il en est bien souvent ainsi du diagnostic de la syphilis viscérale. Ce cas leur a paru en outre intéressant par sa rareté. Il ne peut en effet être rapproché des phlébites syphilitiques secondaires d'allures très différentes et évoluant en pleine période d'accidents secondaires. Il peut être rangé à côté des cas d'oblitération de la veine cave supérieure signalés ces dernières années par MM. Comby et Barth.

Sur la localisation de la toxine tétanique dans la région bulbo-protubérantielle. — MM. Jean Troisier et Georges Roux ont cherché à déterminer les points d'élection de la toxine tétanique dans le système nerveux, en employant la méthode indiquée par MM. Guillain et Laroche pour la toxine diphtérique. Ils ont prélevé, à l'autopsie d'un enfant mort de tétanos, divers fragments de substance nerveuse qui ont été dilués dans la solution physiologique, et inoculés à des cobayes, soit sous la dure-mère, soit sous la peau.

Un cobaye qui avait reçu une émulsion faite avec un fragment du plancher du quatrième ventricule comprenant les noyaux masticateurs, eut un tétanos expérimental typique. Les inoculations faites avec des fragments des faisceaux blancs du bulbe, de la moelle épinière, et des différents nerfs restèrent sans effet.

Leurs expériences paraissent démontrer que la toxine tétanique se fixe avec une sorte d'élection sur les noyaux masticateurs, ce qui explique la prédominance de la contracture tétanique dans la sphère motrice du trijumeau.

Influence comparée de la tachyphagie et de la bradyphagie sur l'évolution digestive. — MM. Lucien Jacquet et Debat ont, dans un travail antérieur, montré que l'état de division des aliments a, sur la digestion, une influence considérable et que, lorsqu'il est mal réalisé par la mastication, l'estomac y supplée grâce à un surtravail, dont les éléments principaux sont : l'hyperesthésie et l'hyperthermie, l'hyperkinésie de la couche musculaire, l'hypercrinie glanduleuse.

Dans une nouvelle série d'expériences sur le chien à fistule gastrique, le chien à estomac isolé et sur l'homme, les auteurs ont relevé une erreur grave dans leurs premières affirmations, confirmé les autres faits, précisé leur mécanisme et trouvé des faits nouveaux.

Ils ont reconnu que la division imparfaite, la tachyphagie, ne provoque pas, contrairement à leur opinion primitive, de sursécrétion gastrique. Au contraire la bradyphagie provoque une sécrétion plus rapide et plus abondante dans les premières heures de la digestion.

En même temps, l'acidité totale est plus élevée, la concentration est plus grande et l'apparition d'HCl libre plus prompte.

Chez l'homme, grâce à la méthode de MM. Hayem et Winter, et en faisant analyser le liquide prélevé après les repas tachy et bradyphagique par M. Winter lui-même, ils ont obtenu des résultats parfaitement concordants avec ceux de l'expérimentation animale.

Ni l'influence psychique, ni l'insalivation plus parfaite n'expliquent ces faits.

C'est l'extrême division des aliments qui, augmentant les surfaces de contact avec la muqueuse est directement excito-sécrétoire.

En somme la mastication n'agit pas seulement, comme l'admettent la plupart des auteurs, en amenant l'imbibition du bol alimentaire par les sucs digestifs, mais bien en provoquant l'afflux plus rapide et plus abondant d'un suc gastrique plus acide et où HCl libre apparaît plus vite.

Ce dernier élément présente un intérêt majeur par son action sur le pylore et sur l'évolution de la digestion intestinale : sécrétion du suc pancréatique, etc. Il concourt en outre à assurer l'antisepsie intestinale.

On peut ainsi, sans parler encore des faits pathologiques, mesurer l'importance de la bradyphagie.

Fréquence insolite des poliomyélites en France pendant l'été dernier. Leur identité avec les cas observés à l'étranger sous forme épidémique. Relations entre la poliomyélite et la méningite cérébro-spinale épidémique. — M. Arnold Netter appelle l'attention du corps médical français sur la fréquence insolite des cas de poliomyélite qu'il a observés cet été et cet automne et qui lui paraissent devoir être rappro-

chés des épidémies de la même maladie observées depuis une trentaine d'années dans divers pays étrangers et notamment dans les pays scandinaves et en Amérique. Des épidémies analogues ont été dans les trois dernières années signalées dans des contrées plus voisines, en Allemagne (1909), en Hollande (1906 et 1909), et en Autriche (1898-1908-1909).

Ses cas personnels sont au nombre de six dont un terminé par décès. Deux d'entre eux ont évolué sous la forme de paralysie ascendante aiguë, deux sous celle de paralysie infantile classique accompagnée chez un des enfants de paralysie faciale. Dans le cinquième cas, la paralysie a guéri et paraît plutôt avoir eu pour cause une radiculite. Dans le sixième, il y a eu hémiplégie avec aphasie transitoire suivie de démarche ataxique. Trois de ses malades ont contracté leur affection à Paris, les trois autres au nord, à l'ouest, au sud-est de la France. La sœur de ce dernier avait eu, la veille, une fièvre de courte durée avec phénomènes généraux, qui peuvent être imputables à une forme abortive de la maladie.

Ce polymorphisme de la maladie chez ses malades les rapproche tout à fait de ceux qui ont été observés au cours de certaines épidémies étrangères et notamment en Suède où, dès 1890, Médin a décrit magistralement cette particularité.

Au cours de la période fébrile initiale, l'auteur a relevé le plus habituellement un certain nombre de symptômes indiquant une irritation et même une inflammation méningée (douleur de tête et de nuque, raideur de la nuque et du tronc, signe de Kernig, etc.). Cette inflammation méningée était évidente chez un de ses malades où la ponction a permis de retirer un liquide trouble avec polynucléaires et sur les coupes de la moelle du cas terminé par la mort.

L'infiltration de la pie-mère accompagne la poliomyélite interstitielle en foyers, prédominant au niveau des cornes antérieures.

S'il n'a pas été possible à M. A. Netter d'établir une filiation entre ses cas et de déterminer le mode de contamination, Yvar Wichman a pu en revanche établir ce dernier de la façon la plus évidente et montrer la part que prennent, en même temps que les malades, les sujets sains ayant entouré les malades qui se comportent comme des porteurs de germes.

On a pu croire au début que la poliomyélite était une maladie due à un coccus analogue, sinon identique au diplocoque de la méningite. Il est permis d'affirmer aujourd'hui qu'il doit s'agir d'un tout autre agent pathogène et très probablement de l'ordre des virus filtrants.

Landsteiner et Popper, Knoepfelmacher, Mémicke et Krause ont montré que l'on pouvait transmettre la maladie par inoculation au singe et au lapin et que la moelle de ces animaux présente les lésions caractéristiques de la poliomyélite épidémique humaine.

Il y a lieu d'indiquer que les épidémies de poliomyélite s'observent surtout dans des pays ou des localités qui ont été le siège des épidémies de méningite cérébro-spinale. Il y a plutôt succession que coïncidence, et la prédominance de la poliomyélite en été est à peu près aussi constante que celle de la méningite cérébro-spinale en hiver et au printemps.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1909)

De la spermatocystectomie dans la tuberculose vésiculaire. — M. F. Legueu revient sur cette question soulevée par le rapport de M. Marion et communique le résultat de 8 opérations de ce genre qu'il a pratiquées, 5 fois par la voie périnéale et 3 fois par la voie inguinale.

Toutes ces opérations furent suivies de guérison; les incidents consécutifs furent insignifiants. Dans un cas cependant une hémorragie secondaire grave se produisit, et dans deux autres une fistule secondaire urinaire se montra par la voie inguinale mais ne dura que quelques jours.

Ces opérations sont donc actuellement bien réglées; elles peuvent se faire avec sécurité et sont préférables à la vésiculectomie transvésicale ou rétrovésicale. La voie inguinale convient aux lésions unilatérales; la voie périnéale est plus simple et plus expéditive lorsque les lésions sont bilatérales.

Au point de vue des *indications*, M. Legueu pense que ces opérations sont rarement indiquées parce que la tuberculose vésiculaire est en général bénigne. Cependant ses extensions aux testicules, ses propagations à la vessie, son évolution propre en caverne sous-vésicale atténuent un peu cette bénignité et forcent dans certains cas à intervenir.

L'opération lui paraît indiquée pour les lésions fistuleuses et pour les grosses vésiculites qui font une saillie considérable sous la vessie. Lorsque les testicules sont déjà envahis, il pratique l'ablation complète des voies génitales autant que possible, sans enlever la prostate dont l'ablation laisse des fistules interminables. Lorsque les testicules ne sont pas encore pris, l'ablation des vésicules est encore indiquée, et la ligature nécessaire du canal déférent protège alors les testicules contre l'envahissement ultérieur.

Tumeurs solides de l'ovaire. — M. Souligoux fait un rapport sur une observation de M. Michon relative à une malade qu'il a opérée, avec succès, d'une tumeur fibreuse de l'ovaire avec pédicule tordu et qui s'était rompue dans le ventre. M. Souligoux rapproche de ce fait l'observation suivante qui lui est personnelle. Une jeune femme de vingt ans est prise d'une douleur brusque dans le ventre avec des vomissements. On appliqua des compresses chaudes, l'état s'améliora. Puis, nouvelle crise qui l'oblige à entrer à l'hôpital. M. Souligoux diagnostiqua une tumeur solide de l'ovaire avec torsion du pédicule. L'opération confirma ce diagnostic. Quelle est la cause de cette torsion du pédicule? On a donné bien des explications, mais en réalité on n'en sait rien.

Fistule urétro-rectale. — C'est encore au sujet d'une observation de M. Michon que M. Routier fait ce rapport. Il s'agit d'un homme de soixante ans qui aurait été opéré d'un calcul par la voie périnéale et auquel on aurait fait, en même temps, une prostatectomie. Il est resté un orifice fistuleux. Par le toucher rectal, on aboutit à un large orifice du côté de l'intestin. Au-dessus de la fistule on trouve la prostate à sa place. Cet homme perdait son urine à la fois par l'urètre, par le périnée et par le rectum. Les matières fécales passaient aussi par la vessie et l'urètre. Il y avait donc une fistule urétro-rectale. M. Michon fit, le 20 juin 1907, l'opération suivante : incision semi-circulaire au devant de l'anus, décollement du rectum très haut; sur la face antérieure de l'intestin existe un orifice circulaire grand comme une pièce de cinquante centimes. M. Michon fait une suture au catgut de la muqueuse rectale. Il enfouit cette première suture dans un second plan de suture et met une sonde à demeure dans l'urètre. Le résultat fut médiocre. Il y eut un échec complet de la suture. Toutefois les urines ne pénétraient plus dans le rectum. La plaie du rectum va toujours diminuant. L'urètre reste toujours largement ouvert. Quatre mois après, M. Michon intervient de nouveau. Il ferme la plaie de l'urètre à l'aide d'un lambeau autoplastique emprunté au scrotum. Un peu plus tard, ce lambeau est détaché et remonté plus haut. Dans une troisième intervention, il avive son lambeau et le fixe. Ce malade a très bien guéri. Le résultat obtenu est très remarquable. Le rapporteur félicite M. Michon de la conduite qu'il a tenue dans ce cas.

M. Legueu joint ses félicitations à celles de M. Routier. C'est là, dit-il, une chirurgie terriblement difficile. Il n'a jamais pu obtenir, dans ces cas, de réunion par première intention. Cependant il a modifié sa technique et par un pro-

cédé dont il donne la description, M. Legueu a pu, par la suite, obtenir de bons résultats.

Hématémèse traumatique. — M. Legueu présente un garçon de trente ans qu'il a opéré dans les conditions suivantes. Ce garçon reçoit d'un apache un coup de tête dans la région de l'estomac. Il vomit un peu de sang, cependant il continue son chemin et va à son travail, puis il rentre, se couche et a des hémorragies successives. Il entre dans le service de M. Legueu où l'interne de garde juge que l'état du malade est grave et fait appeler le chirurgien de garde qui estime pouvoir attendre. M. Legueu voit ce malade le lendemain matin, cinquante-trois heures après l'accident, et l'opère immédiatement. Il y a du sang dans l'estomac. Il trouve une rupture interne de la muqueuse stomacale et voit là un vaisseau qui saigne. Il le lie, ferme la plaie. Le malade a très bien guéri.

M. Mauclaire dans un cas analogue a été moins heureux que M. Legueu. Par trois fois il a cherché, par la laparotomie, le point de départ d'une hémorragie stomacale sans pouvoir le trouver. Le malade a succombé.

Il y a des hématémèses traumatiques qui sont dues à de petites lésions vasculaires invisibles à l'œil nu.

M. Tuffier pense que chez ces blessés il faut tenir compte de l'état antérieur de la circulation.

M. Legueu estime que quand il s'agit d'hématémèse traumatique il faut y aller voir et ne pas hésiter à pratiquer la laparotomie.

Prothèse faciale. — M. Sébileau présente un malade qui porte depuis plusieurs années un squelette en or pour remplacer les fosses nasales. Le bon résultat se maintient.

Epithélioma kystique. — M. Routier présente un énorme rein kystique (épithélioma kystique).

PRATIQUE MÉDICALE

UNE EXCEPTION THÉRAPEUTIQUE UTILE A CONNAITRE

Par M. Ravat.

On a souvent soutenu l'opinion qu'un agent véritablement kératoplastique, c'est-à-dire excitant la reproduction cellulaire et la cicatrisation des tissus, ne pouvait pas être un sérieux antiseptique.

Toute action germicide et désodorisante, dit-on, exige pour se développer des propriétés destructives qui, s'exerçant localement sur les agents microbiens pour les anéantir, doit, en même temps, amener autour d'eux des troubles histologiques appréciables au microscope. En d'autres termes, un bon germicide est forcément caustique et ne peut pas, en conséquence, devenir un stimulant de la cicatrisation.

Cette proposition est exacte quand il s'agit du sublimé, de l'acide phénique, de l'eau oxygénée, du permanganate, en un mot des antiseptiques minéraux ou organiques habituels. Il est certain que l'eau bouillie placée tout simplement sur une plaie, laisse la nature amener et poursuivre la cicatrisation de cette plaie, d'une façon normale et plus rapide que si on la soumet à des compresses même faiblement dosées de bichlorure d'Hg et d'acide phénique. Toujours, à la longue, ces topiques ont des effets empêchants plus ou moins nets sur le développement des néocellules ; l'eau oxygénée elle-même est très caustique, c'est là un fait qu'on ne discute plus, et bien des auteurs ont signalé aussi des cas d'atrésies cicatricielles consécutives à l'action caustique sur les tissus, du permanganate en solution de moyen titrage.

On trouve cependant une exception bien nette à cette sorte de loi physiologique, et la fermentation vanadique, l'anios, qui, par l'oxygène naissant qu'elle émet progressivement sur les tissus, est peut-être à l'heure actuelle le plus puissant kératoplastique, est aussi un excellent germicide.

Griffiths, le bactériologiste anglais, a montré, en effet, par des expériences plusieurs fois contrôlées, que l'anios pur détruit le microbe du choléra en trente secondes, le microbe de la peste en vingt secondes, le bacille de Lœffler en seize secondes et celui de Pfeiffer en vingt-cinq secondes.

De même, la solution faible d'anios, que l'on emploie en pratique, la solution à 1 p. 100 détruit en cinq minutes le microbe du choléra, en trois minutes celui de la peste, de la diphtérie et de la grippe; le bacille de Koch est détruit en quatre-vingt-dix secondes et le bacille typhique en quatre-vingt-six secondes.

Donc, voilà une substance dont les effets germicides sont démontrés nettement et qui cependant, tous les auteurs le reconnaissent, présente des propriétés supérieurement kératoplastiques. Cela tient à ce fait que l'anios n'est pas caustique, il n'agit que par l'oxygène naissant qu'il émet d'une façon illimitée, et l'on sait que l'oxygène obtenu ainsi à l'état de pureté n'a aucune causticité, aucune toxicité et qu'il est au contraire le plus puissant excito-cellulaire connu. De plus, son émission progressive par l'anios empêche tout traumatisme des tissus et son dégagement ininterrompu lui assure une puissance germicide et cicatrisante des plus énergiques.

Il y a donc dans ces faits une de ces exceptions qui confirment les règles, mais une de ces exceptions utiles à connaître pour le praticien.

CONGRÈS

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE (Paris, 29 mars-2 avril 1910). — Le IIIe Congrès international de physiothérapie, organisé sous le haut patronage de M. Fallières, président de la République française, de l'Institut, de l'Académie de médecine, des Sociétés de thérapeutique, d'électricité, de kinésithérapie, d'hydrologie, de climatologie, etc., s'ouvrira à Paris le 29 mars 1910, sous la présidence de M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine.

Le bureau du Congrès est centralisé de la manière suivante : Président du Congrès : M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris. Secrétaire général : M. Vaquez; secrétaire général adjoint : M. Zimmern, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris.

Les travaux du Congrès seront répartis en sept sections :

I. *Section de kinésithérapie.* — Président : M. le professeur Gariel (Paris). Secrétaire : M. Maurice Faure (La Malou).

II. *Section d'hydrothérapie et thermothérapie.* — Président : M. Carrière (Lille). Secrétaire : M. Pariset (Vichy).

III. *Section de climatothérapie.* — Président : M. Huchard (Paris). Secrétaire : M. Lalesque (Arcachon).

IV. *Section d'électrothérapie.* — Président : M. le professeur Bergonié (Bordeaux). Secrétaire : M. Bordet (Paris).

V. *Section de radiothérapie, radiumthérapie, photothérapie.* — Président : M. Béclère (Paris). Secrétaires : M. Haret (Paris), M. Ledoux-Lehard (Paris).

VI. *Section de crenothérapie.* — Président : M. le professeur Robin (Paris). Secrétaire : M. Heitz (Royat).

VII. *Section de diététique.* — Président : M. le professeur Gilbert (Paris). Secrétaire : M. Marcel Labbé (Paris).

Il sera annexé une exposition de tout l'appareillage de la physiothérapie (matériel hydrothérapique, aérothérapique, thermothérapique, cryothérapique, électrothérapique, radiologique, photothérapique, mécanothérapique, gymnastique, etc.), de toutes les stations thermales et climatiques, des principaux produits diététiques, complétée par la réunion de livres et journaux de thérapeutique physique, de tracés, de photographies, de vues panoramiques et de radiographies.

Les inscriptions sont reçues chez le directeur de l'exposition, M. le docteur E. Albert-Weil, 21, rue d'Edimbourg.

Trésorier : M. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Adresser la correspondance à M. Vaquez, secrétaire général, 27, rue du Général-Foy, Paris.

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL D'ÉLECTROBIOLOGIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALES. — Le Ve Congrès international d'électrobiologie et de radiologie médicales se tiendra à Barcelone en 1910 du 15 au 18 septembre.

Questions mises à l'ordre du jour : 1° état actuel de l'électro-diagnostic; 2° les mesures en radiologie; 3° l'électricité comme agent antiphlegmasique; 4° de la valeur thérapeutique de l'introduction électrolytique des ions médicamenteux; 5° de l'emploi des rayons X dans l'examen du segment abdominal.

Les personnes qui désireraient assister à ce Congrès, prendre part aux discussions ou faire des communications sont invitées à s'inscrire chez : Sr Dr C. Comas Ll, Cortes 613, pral. Barcelona (Espagne).

Le prix de la cotisation est de 25 francs.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE 1910. — Le Comité d'organisation nous demande d'annoncer que la date de cette réunion a été reportée à la première semaine du mois d'août, pour pouvoir donner à l'Exposition d'hygiène scolaire, qui aura lieu en même temps, une importance plus grande. Le Congrès aura donc lieu du 2 au 7 août.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 24 AU 25 NOVEMBRE 1909

THÈSES

Mercredi 24 novembre, à une heure. — M. Brunie. Essai de pathogénie du tremblement mercuriel. (MM. Brissaud, président; Déjerine, Gaucher et Mulon.) — M. Chédeville. Hémispasme congénital de la lèvre inférieure (malformation congénitale). (MM. Déjerine, président; Brissaud, Gaucher et Mulon.) — M. Rivaillon. Coexistence d'accidents syphilitiques. (MM. Gaucher, président; Brissaud, Déjerine et Mulon.) — M. Riou. Considérations sur le traitement chirurgical des varices. (MM. Segond, président; Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. Gillot. Contribution à l'étude de la hernio-appendicectomie. Cure radicale simultanée de l'appendicite et de la hernie inguinale droite. (MM. Segond, président; Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. Euvrard. De la valeur thérapeutique des injections de vaseline bismuthée dans le traitement des fistules. (MM. Segond, président; Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. Pansier. De l'arrachement complet du cuir chevelu (scalp) et du traitement par les greffes de Thiersch. (MM. Delbet, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 25 novembre, à une heure. — M. Duhamel. L'acide thyminique dans la thérapeutique des maladies goutteuses. (MM. Debove, président; Pouchet, Jeanselme et Castaigne.) — M. Madre. Production du lait. (MM. Pouchet, président; Debove, Jeanselme et Castaigne.) — M. Chalvignac. Sur quelques particularités des tumeurs cérébrales chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Thiroloix, Gouget et Nobécourt.) — M. Perrier. Contribution à l'étude des réactions de l'hypophyse à la suite d'ablations glandulaires. (MM. Hutinel, président; Thiroloix, Gouget et Nobécourt.) — M. Beugnon. Des hyperesthésies douloureuses de la convalescence de la fièvre typhoïde chez l'adulte et l'enfant. (MM. Hutinel, président; Thiroloix, Gouget et Nobécourt.) — M. Dupré. Des anomalies de la rotation de la tête, dans les variétés postérieures de la présentation du sommet. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau.) — M. Michaut. Des maladies de l'appareil respiratoire et en particulier du pneumothorax comme cause de mort subite ou rapide dans l'état puerpéral. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau.) — M. Renaud-Badet. Les crèches à Paris. Ce qu'elles sont, ce qu'elles doivent être. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Bar, Demelin et Brindeau.) — M. Le Roy des Barres. Les arriérés scolaires (contribution clinique). (MM. Gilbert Ballet, président; Chauffard, Claude et Jeannin.) — M. Bourguelot. Des généralisations extra-thoraco-abdominales du cancer de l'estomac. (MM. Chauffard, président; Gilbert Ballet, Claude et Jeannin.) — M. Meunier. Le réflexe palpébral ou mieux le réflexe cornéo-conjonctival dans l'hémiplégie. (MM. Chauffard, président; Gilbert Ballet, Claude et Jeannin.) — M. Bénard. Un cours provincial d'accouchements dans la généralité d'Alençon à la fin du XVIIIe siècle. (MM. Chauffard, président; Gilbert Ballet, Claude et Jeannin.)

ARTICLES ORIGINAUX DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine des enfants. — (N° 10, oct. 1909.) Comby : Vomissements cycliques chez les enfants. — Brudzinski : Un signe nouveau sur les membres inférieurs dans les méningites chez les enfants. — Deutsch : Fourniture en masse aux nourrissons d'une nourriture convenable de Biehler. Pyélites et pyélonéphrites comme complication de la rougeole.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 10, oct. 1909.) Folly : L'hystéro-traumatisme dans l'armée au point de vue médico-légal.

Archives de médecine navale. — (N° 9, sept. 1909.) Oudard : Le croiseur l'*Alger* en Extrême-Orient. — Gorron : De l'alimentation à bord. — Mourron : Gangrène pulmonaire primitive, abcès du poumon droit, pneumotomie, guérison. — Candiotti : Une épidémie de choléra à Arkanguelsk (oct.-nov. 1908.). — Carrère : La dengue à bord du *Bruix*. — (N° 10, oct.) Goéré et Saint-Sernin : L'hygiène et la vie du personnel de la marine en Cochinchine. — Valence : Filtre et eau distillée. — Autric : Sarcome pulsatile d'un condyle fémoral.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 sept. 1909.) Gaultier : L'auto-sérothérapie de la pleurésie séro-fibrineuse, méthode de Gilbert (de Genève). — (15 sept.) Cabanès : Les purgatifs à travers l'histoire. — Robin : Revue de malades. — (23 sept.) Salignat : Action de la cure de Vichy pour les fonctions gastriques dans diverses variétés de dyspepsies hypersthéniques, et dans l'ulcère chronique de l'estomac. — Amat : Le froid appliqué à la conservation des denrées.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 36, 9 sept. 1909.) Aimé-Paul Heineck : Les plaies perforantes de l'utérus survenant au cours de manœuvres intra-utérines.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 sept. 1909.) Raymond : Paralysie agitante avec hémi-tremblement. Quelques cas de tabes fruste. — Lœper : Entérites partielles; pseudo-cancer de nature inflammatoire.

Journal des praticiens. — (N° 36, 4 sept. 1909.) Vires : Traitement des grands symptômes gastriques. Les vomissements. — Kirmisson : Les récidives de la coxalgie. — Guislet : Déchirure du sciatique poplité externe dans un traumatisme du genou sans lésions osseuses. Intervention.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 37, 11 sept. 1909). J. Graveline : Considérations sur le traitement des déviations vertébrales et en particulier des cyphoses. Description d'un appareil construit pour leur redressement.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 131. — JEUDI 18 NOVEMBRE 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 18 NOVEMBRE. 1909. — N° 131.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Notre collaborateur et ami le docteur Brelet, professeur suppléant à l'Ecole de médecine, vient après un brillant concours d'être nommé médecin suppléant des hôpitaux de Nantes. Nous sommes heureux de lui adresser nos bien affectueuses félicitations.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Une circulaire du ministre rappelle qu'aux termes du décret du 22 août 1854, les équivalence et les dispenses de toute nature ne sont acquises aux étudiants auxquels elles sont concédées qu'à charge pour eux d'acquitter au profit du Trésor public tous les droits correspondants.

— En ce qui concerne les étudiants, licenciés ès sciences, dont la situation est réglée par le décret du 2 novembre (v. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 128) il s'agit en l'espèce d'une simple autorisation de « faire valoir ».

MM. les secrétaires des facultés des écoles de médecine n'auront donc à exiger, pour les aspirants au doctorat en médecine, avant de délivrer la première inscription, que la quittance constatant le versement des droits des dispenses du baccalauréat accordées pour la licence ès sciences et la production du certificat d'études préparatoires aux sciences physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.).

Les aspirants au grade de pharmacien devront présenter la quittance en question avant d'être admis à s'inscrire en vue du stage officinal réglementaire.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES. — Mesures transitoires. — La date d'application du nouveau régime des études médicales établi par le décret du 11 janvier 1909 n'étant pas encore déterminée, le ministre a décidé que les étudiants inscrits en vue du certificat P. C. N. pour 1909-1910 et qui prendraient leur première inscription de médecine en novembre 1910 seraient également autorisés à poursuivre les études médicales d'après le régime du décret du 24 juillet 1899.

CONCOURS DE MÉDECIN ADJOINT DU SERVICE DES ALIÉNÉS. — Le jury est composé de MM. Séglas, J. Voisin, Lwoff, Gouget, Comby, Denis et Ménétrier.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Godet est nommé médecin chef de l'hôpit. milit. de Lille.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Silvestre, passe au 70e d'inf.; Conte, à la direction du service de santé du 12e corps d'armée; Blondel de Joigny, affecté aux salles milit. de l'hospice mixte de Limoges; Roques, passe au 12e escad. du train des équipages; Saint-Martin, au 15e esc. du train des équip.; George, au 81e d'inf.; Capdeville, au 4e génie 7e bat.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Miorcec, passe au 118e d'inf.; Raynaud, aux hôpit. de la division d'Oran; Deniau, au 114e d'inf.; Rouzaud, au 1er huss.

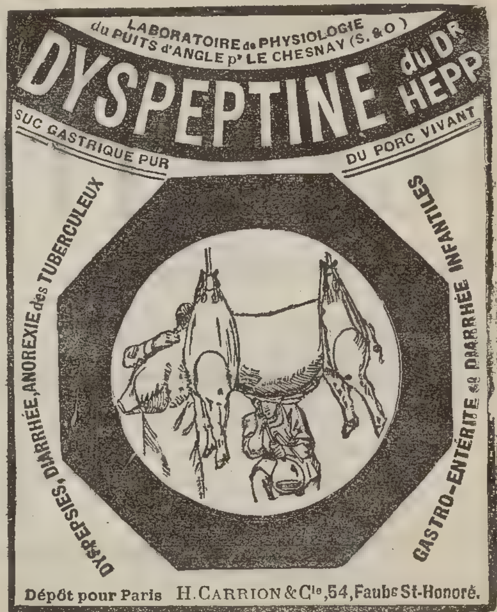
Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Minguet, passe au 160e d'inf.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE (professeur : F. de Lapersonne). — Programme des conférences sur les maladies des yeux faites à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren) par M. le docteur A. Monthus les lundi, mercredi et vendredi, à quatre heures. — I. Lundi 22 novembre : Affections de la conjonctive. — II. Mercredi 24 novembre : Affections des paupières. — III. Vendredi 26 novembre : Affections des voies lacrymales. — IV. Lundi 29 novembre : Diagnostic et traitement des kératites. — V. Mercredi 1er décembre : Des iritis. — VI. Vendredi 3 décembre : Des glaucomes. — VII. Lundi 6 décembre : Des cataractes. — VIII. Mercredi 8 décembre : Affections de la rétine et du nerf optique. — IX. Vendredi 10 décembre : Troubles pupillaires. — X. Lundi 13 décembre : Strabisme et paralysies oculaires. — XI. Mercredi 15 décembre : Affections de l'orbite. — XII. Vendredi 17 décembre : Traumatismes de l'œil.

HOPITAL SAINT-ANTOINE (service de M. le docteur E. Mosny). — Cours pratique d'auscultation. — Sous la direction de M. le docteur E. Mosny, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Portocalis, interne du service, commencera le 20 novembre 1909, un cours élémentaire pratique d'auscultation et de diagnostic des maladies des organes respiratoires (bronches, poumons, plèvres).

Ce cours aura lieu à trois heures, trois fois par semaine : mardi, jeudi, samedi. Il sera complet en 13 leçons.


RIGOUREUSEMENT EXEMPT DE TOUS GERMES NOCIFS
SUC PUR INALTÉRABLE
DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN
MUSCULOSINE
BYLA
LE FLACON
500 Gmes
6 FRANCS
LE ½ FLACON
250 Gmes
4 Frs 50
PLASMA MUSCULAIRE
AU MAXIMUM DE PURETÉ
& D'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE
CONTROLÉES
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE
GENTILLY (SEINE)
AUTORISÉS PAR LE GOUVERNEMENT POUR LA PRÉPARATION DES PRODUITS ORGANIQUES


LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE
du PUITS d'ANGLE pr LE CHESNAY (S. & O.)
DYSPEPTINE du DR HEPP
SUC GASTRIQUE PUR
DU PORC VIVANT
DYSPEPSIES, DIARRHÉE, ANOREXIE des TUBERCULEUX
GASTRO-ENTÉRITE ET DIARRHÉE INFANTILES
Dépôt pour Paris H. CARRION & Cie, 54, Faubg St-Honoré.

Les élèves seront individuellement exercés à la pratique de l'auscultation. Le prix du cours est fixé à 50 francs. — S'inscrire le matin auprès de M. Portocalis, interne de service.

CLINIQUE PSYCHOTHÉRAPIQUE. — MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez reprendront le jeudi 25 novembre, à onze heures du matin, leurs leçons de clinique psychothérapique, avec présentation de malades, à l'Ecole de psychologie, 42, rue Saint-André-des-Arts; ils les continueront le jeudi de chaque semaine, à la même heure.

COURS LIBRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE. — M. le docteur Dupuy de Frenelle fera son cours à l'amphithéâtre Cruveilhier, à six heures; le jeudi 18 novembre, sur la technique de la réduction des fractures; le jeudi 25 novembre, sur l'application pratique des appareils amovibles dans le traitement des fractures.

Ce cours essentiellement pratique a lieu tous les jeudis à six heures.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXI, n° 10, 2 sept. 1909.) Henry Stevens : Indications données par l'inspection des yeux dans le diagnostic des maladies générales. — E. A. Codman : Sur l'importance de distinguer : l'ulcère simple du duodénum, l'ulcère du pylore, l'ulcère qui siège plus haut que le pylore (avec 3 fig.). — Boris Sidis : Valeur de la méthode psychothérapique dans l'état hypnotique (avec 1 tabl.). — Francis J. Canedy : Etude médico-légale sur 202 cas de mort subite observés dans l'espace de vingt années. — Charles W. Bartlett : Plaie par coup de feu dans la tête. Etude du projectile. — (N° 11, 9 sept.) John B. Deaver : Chirurgie de l'estomac. — E. A. Codman : Sur l'importance de distinguer : l'ulcère simple du duodénum, l'ulcère du pylore, l'ulcère qui siège plus haut que le pylore (avec 10 figures). — M. A. Dailey ; Sur la présence de bacilles tuberculeux dans le sang au cours de la tuberculose. — Franck W. Patels : Vœu en faveur d'une extension plus grande à donner à une école d'infirmières d'instruction supérieure. — Harold W. Baker : Sur les résultats de la modification apportée par les Mayo à l'opération de Gilliam pour raccourcir les ligaments ronds (1 fig.). — Boris Sidis : Valeur de la méthode psychothérapique dans l'état hypnotique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 38, 19 sept. 1909.) E. Régis : Les troubles psychiques dans le cancer. — Loumeau : Prostatectomie transvésicale pour hypertrophie de la prostate. — (N° 39, 26 sept.) W. Dubreuilh : Rhinoplastie partielle par la méthode de Rönig. — Ch. Mongour et Got : Epidémie de pneumonie sénile; action du collargol. — Loumeau : La prostatectomie transvésicale totale appliquée au traitement de certaines suppurations chroniques de la prostate. — (N° 40, 3 oct.) Charrier et Charbonnel : Un nouveau cas de cystocèle étranglée (crurale). — Constant : Un cas d'insuffisance mitrale passagère due à l'uricémie. — Loumeau : Tuberculose rénale à forme douloureuse paroxystique.

Lyon chirurgical. — (N° 4, 1er sept. 1909.) Imbert : De l'extirpation des adénites inguinales inflammatoires. — Delore et Alamartine : Chirurgie du cancer gastrique (*suite et fin*). — Violet : Les hernies pré et rétro-utérines dans la constitution des prolapsus (10 fig.). — Muller : Etude anatomique d'un cas d'ectopie testiculaire (2 fig.).

Policlinico. — *Section médicale.* (Oct. 1909, fasc. 10. Nicola Sforza : Les syndromes de l'épicône médullaire, du cône terminal, de la queue de cheval. — Paolo Alessandrini : Contribution à l'étude des formes atypiques de la sclérose multiple. — Mendicini Bono : Un cas intermédiaire entre la maladie d'Erb-Charcot et la sclérose latérale amyotrophique. — *Section chirurgicale.* — Francesco Nassetti : A propos d'un cas de carcinome du corps thyroïde récidivant sous forme de sarcome. — Giuseppe Palazzo : Les corps organisés dans les sacs herniaires et la cavité péritonéale. — Francesco Pulvirenti : A propos d'un cas de tumeur placentaire. — Giacinto Quarta : Recherches sur la tolérance vis-à-vis de diverses espèces de sucres, chez des animaux sains puis splénectomisés.

Riforma medica. — (N° 37, 13 sept. 1909.) Gaetano Rummo : Les fièvres et fébricules septicémiques polymorphes. — Carlo Francioni : Perte de l'immunité passive antidiphtérique consécutivement aux accidents sériques. — Giuseppe Finzi : La réaction hématologique de Césaris-Demel pour le diagnostic des suppurations cachées. — (N° 38, 20 sept.) Gaetano Rummo : Les fièvres et fébricules septicémiques polymorphes. — A. Fedeli et G. Romanelli : Méthode nouvelle pour déterminer l'état fonctionnel du pancréas. — Achille Boari : La méatoscopie à vision directe. Sa valeur diagnostique dans les lésions urétéro-rénales. — (N° 39, 27 sept.) Gaetano Rummo : Les fièvres et fébricules septicémiques polymorphes. — Domenico de Sandro : Le sérum sanguin dans les néphrites aiguës expérimentales. — Salvatore Gangi : A propos d'une méthode nouvelle pour distinguer les exsudats des transsudats. — (N° 40, 4 oct.) Gaetano Rummo : Les fièvres et fébricules septicémiques polymorphes. — Domenico de Sandro : Le sérum sanguin dans les néphrites aiguës expérimentales. — (N° 41, 11 oct.) Gaetano Rummo : Les fièvres et fébricules septicémiques polymorphes. — Ludovico Tarsia, in Curia : Résultats éloignés de l'enveloppement au moyen de l'épiploon, de segments étendus de l'intestin isolé du mésentère. — Emmanuele Grande : Névropathies centrales. Anarthrie, convulsions épileptiformes, syndrome cérébelleux.

Therapie der Gegenwart. — (Fasc. 5, mai 1909.) Max Rothmann : De la thérapeutique des paralysies cérébrales. — Adolf. Baginsky : De la nervosité chez les enfants nerveux. — W. Busse : De nouvelles méthodes d'anesthésie. — (Fasc. 6, juin 1909.) Oscar Wandel : De la question du traitement par la gélatine. — H. E. Knopf : Thérapeutique respiratoire de l'asthme. — Léo Jacobsohn : Complications tardives des abcès cérébraux à la suite d'opérations. — (Fasc. 7, juillet). H. Strauss : Sur la périsigmoïdite exsudative aiguë. — Fritz Scholz : Etude sur les bains oxygénés. — Besser : L'action du café et de la xanthine de méthyle sur l'acidité des urines chez l'homme normal et le goutteux. — H. Naegeli et P. Vernier : Contribution à l'étude de la thérapeutique des maladies du cœur et du brightisme. — Johannes Brodzki : De l'obstruction du filtre rénal. — Félix Mendel : De la fibrolysine et de l'emplâtre à la fibrolysine. — (Fasc. 8, août.) H. Finkenstein : Les troubles de nutrition des enfants malades de la poitrine. — Anton Wassmuth : La question de l'expectoration séreuse après ponction pleurale. — Bruno Goldschmidt : De quelques liens du nez avec d'autres organes du corps. — E. Schilling : Pharyngoscopie moyenne et inférieure. — (Fasc. 9, sept.) W. Zinn : Symptomatologie et ponction de l'exsudat du péricarde cardiaque. — E. Fricker : De l'action de la salive buccale sur la sécrétion digestive de l'estomac. — Léo Jacobsohn : Etat des connaissances sur les tumeurs du rein. — Wilhelm Sternberg : La cuisine dans les établissements sanitaires modernes.

CLINIQUE MÉDICALE

SYPHILIS RÉNALE

Par M. A GOUGET (1).

Messieurs,

Nous allons étudier aujourd'hui un cas d'un gros intérêt pratique; celui du malade couché au n° 8 de notre salle Béhier.

C'est un homme de vingt-six ans, employé dans une tuilerie. Il s'est observé très exactement, et relaté avec beaucoup de précision les diverses phases de son histoire.

Son affection actuelle remonte, au moins cliniquement, au mois de janvier de l'année dernière. Il avait depuis quelque temps les jambes lourdes, lorsqu'il s'aperçut, un matin, d'un œdème périmalléolaire, qui, en l'espace d'une semaine, s'étendit à tout le corps. A part cela, aucun trouble fonctionnel spécial, sauf l'impotence résultant de cette anasarque; aucune altération de l'état général.

Un médecin, consulté, constata une albuminurie notable (3 grammes par litre) avec une diurèse plutôt exagérée (environ 2 litres par jour) : notez ce dernier point. Il institua le traitement classique des néphrites : repos au lit, régime lacté absolu, puis théobromine, puis tannin, et, en l'espace d'un mois environ, l'anasarque disparut. Que devint l'albuminurie? Nous ne le savons pas. Toujours est-il que le malade, se considérant comme guéri, ne suivit plus aucun régime et reprit sa vie habituelle.

Au mois de mai, à la suite d'une longue marche, il fut pris d'oppression, de troubles visuels (brouillards, mouches volantes), de quelques vertiges, sans autre œdème qu'une très légère infiltration périmalléolaire. Son médecin lui fit alors une saignée de 500 grammes, qui amena un soulagement très marqué.

Quelques jours après, il se rendit à la consultation de la Pitié, où l'on reconnut une forte albuminurie. On lui prescrivit le repos au lit et le régime lacté, traitement qu'il suivit ponctuellement pendant trois mois, et dont il se trouva très bien : toute trace d'œdème s'effaça; les troubles visuels, les vertiges disparurent.

Mais, en septembre, un écart de régime ramena un peu d'œdème. En novembre, il s'y joignit une douleur lombaire persistante, surtout nette à gauche, qui détermina le malade à entrer à la Pitié, dans le service de mon collègue M. Lion. Là, on lui aurait trouvé une ébauche de bruit de galop, et l'on constata une albuminurie considérable : 18 grammes par litre (avec une diurèse d'environ 2 litres) : notez toujours ce point.

Le malade fut soumis quarante-huit heures à la diète hydrique, puis huit jours à un régime de lait et de bouillon de légumes, puis quinze jours au régime lacté absolu. (Il aurait pris alors jusqu'à 5 et 6 litres de lait, et uriné 5 litres.) Enfin on le mit au régime hypochloruré, sans viande. Aucun de ces régimes n'eut de prise sur l'albuminurie, qui se maintint toujours autour du chiffre de 18 grammes par litre.

Messieurs, une albuminurie aussi massive et persistante, sans diminution ou même avec exagération de la diurèse, indique à peu près à coup sûr soit une néphrite syphilitique, soit un rein amyloïde.

Aussi M. Lion soumit-il le malade au traitement spécifique, sous une de ses formes les plus actives : il lui fit faire des injections intra-veineuses de mercure colloïdal, à la dose de 6 centigrammes par jour. L'effet de la première injection fut merveilleux : l'albuminurie tomba à 3 grammes par litre.

Malheureusement cette amélioration ne s'accentua et même ne se maintint pas. Onze autres injections furent faites, et, quand on les cessa, l'albuminurie était remontée à 15 grammes par litre.

Le malade aurait pris alors une liqueur dont il ne se rappelle plus bien le nom. Contenait-elle de l'iodure? Toujours est-il que l'albuminurie serait tombée à 2 grammes par litre. Puis on lui donna du chlorure de calcium, mais rien ne put faire baisser l'albuminurie au-dessous de ce chiffre de 2 grammes.

C'est dans cet état qu'il quitta la Pitié en février dernier, n'éprouvant d'ailleurs aucun malaise.

De retour chez lui, il n'observa plus aucun régime et bientôt reparut un léger œdème des malléoles. Au début du mois dernier, cet œdème augmenta un peu, en même temps que se manifestait de nouveau une tendance à l'oppression. C'est ce qui l'a déterminé à entrer dans notre service.

Le lendemain de son arrivée, il a deux litres et demi d'urine, avec 6 grammes d'albumine par litre. Par le seul fait du repos au lit, l'œdème et l'oppression ont disparu; il n'y a ni douleur rénale, ni tuméfaction rénale appréciable. Pas d'hypertension artérielle (15 au sphygmomanomètre Potain), d'hypertrophie du cœur, de bruit de galop. Rien aux poumons.

Bien que le malade ait maigri de 3 kilos depuis le début de son affection, l'état général est, en somme, très satisfaisant. Le teint est normal. Il n'y a ni gros foie, ni grosse rate, ni diarrhée. Le rein amyloïde est donc tout à fait improbable, et l'on se trouve ramené à l'idée d'une syphilis rénale.

Un interrogatoire serré ne décèle dans les antécédents que deux maladies : une blennorragie en 1902, et, deux ans plus tard, un chancre, qui aurait duré peu de temps, se serait accompagné de suppuration locale et d'une adénite douloureuse de l'aine droite, et aurait été diagnostiqué chancre mou. Il n'aurait été suivi d'aucun accident secondaire.

D'autre part, un examen minutieux ne montre aucune manifestation syphilitique actuelle, ni aucune trace d'accidents spécifiques anciens.

Le malade est soumis d'abord au régime hypochloruré, sans autre médication. Au bout d'une semaine de ce régime — semaine pendant laquelle la diurèse oscille entre un litre et demi et trois litres et demi — l'albuminurie a plutôt augmenté. Elle atteint 7g65 par litre (pour 2 litres d'urine).

On fait alors une nouvelle tentative de traitement mercuriel. Le malade reçoit des injections de 3 centigrammes de mercure colloïdal, d'abord intra-musculaires, puis intra-veineuses. Cinq de ces injections sont faites en l'espace de onze jours. Elles ne donnent aucun résultat. L'albumine reste à 8 grammes par litre (pour un litre et demi d'urine). Cette albumine — soit dit en passant — est constituée exclusivement par de la sérine. J'ajoute que l'élimination

(1) Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale à l'hôpital Saint-Antoine.

de l'urée est satisfaisante (20 grammes en vingt-quatre heures), et que l'étude du fonctionnement rénal par la méthode cryoscopique nous a donné des résultats sensiblement normaux.

Voilà donc un malade qui a une albuminurie considérable, sans aucun autre symptôme, à part un léger amaigrissement qu'explique sans doute suffisamment la persistance d'une importante déperdition albumineuse. C'est un bel exemple de cette « dissociation des actes morbides du rein » sur laquelle a insisté M. Dieulafoy, qui a opposé ces cas « d'albuminurie sans brightisme », aux cas de « brightisme sans albuminurie ». Il n'y a d'ailleurs pas lieu de s'en étonner. Ce qui détermine les accidents de petite ou grande urémie, c'est avant tout la rétention de certaines substances. L'albuminurie est-elle un signe de rétention? Au contraire, puisqu'elle résulte de l'élimination d'une substance (la sérine) qui devrait être retenue. Rien d'étonnant, dans ces conditions, à ce qu'une albuminurie, même massive, puisse exister sans signes de « brightisme ».

Retenez donc que l'albuminurie, si elle a une grosse valeur diagnostique, n'a, même abondante, qu'une bien faible valeur pronostique. Ce n'est pas elle, c'est l'ensemble des éliminations rénales qui permet de mesurer la valeur fonctionnelle du rein.

Mais quelle est décidément, ici, la nature de la lésion rénale? Je crois, malgré tout, qu'il s'agit de syphilis rénale, et je vais essayer l'action de l'iodure. Je crois à la syphilis rénale pour deux raisons: d'abord, et surtout, parce qu'en dehors du rein amyloïde, qui ne paraît pas pouvoir être en cause, je ne connais guère que la néphrite syphilitique pour donner ce type clinique si spécial; puis en raison de l'action si frappante, quoique fugace, de la première injection mercurielle, qui a fait tomber l'albumine de 18 à 3 grammes. Je crois que ce malade a une néphrite tertiaire, à lésions profondes, mais très nettement localisées à une partie des reins, et n'en compromettant pas sérieusement le fonctionnement. Ces lésions sont sans doute indélébiles, mais le malade peut vivre longtemps avec elles, s'il ménage suffisamment son rein.

Ce diagnostic se justifiera mieux encore quand je vous aurai esquissé à grands traits l'histoire de la syphilis rénale.

Cette histoire est de date récente. Elle ne remonte guère au delà d'une quarantaine d'années. Jusque-là, à part quelques cas de gommes rénales, ou de néphrite amyloïde que l'on rattachait à la cachexie, la syphilis rénale était à peu près inconnue. Rayer faisait de grandes réserves sur la nature spécifique des lésions rénales trouvées à l'autopsie des syphilitiques. Virchow, lui aussi, hésitait à se prononcer, et ce n'est qu'en 1869 qu'il affirmait la nature syphilitique de certaines néphrites scléreuses. Quant à la néphrite secondaire, il en était si peu question, que Béhier, discutant un cas d'albuminurie chez une syphilitique, se fondait précisément, pour en rejeter l'origine spécifique, sur ce que la malade n'offrait que des accidents secondaires.

C'est M. Jaccoud qui, le premier, ayant observé, en 1864, deux cas de grosse albuminurie à la période secondaire, les rattacha nettement à la néphrite syphilitique, sujet auquel il devait consacrer plus tard toute une série de cliniques. Trois ans après, Perroud rapportait deux cas analogues, guéris par le traitement mercuriel. Puis venaient les observations de Gailleton, de Mauriac, et bientôt les cas s'accumulaient à tel point que la syphilis rénale secondaire n'était plus discutable.

Je me trompe: il y eut quelques dissidents. Quelques auteurs allemands, comme Güntz, reprenant l'ancienne idée de certains médecins anglais, prétendirent que toutes ces albuminuries secondaires dites syphilitiques n'étaient, en réalité, que des albuminuries mercurielles. Pour faire justice de cette erreur, il suffit de faire observer, d'une part, que la néphrite s'observe chez des syphilitiques secondaires qui n'ont pas été traités, et, d'autre part, que certaines de ces néphrites ne cèdent qu'au mercure.

Il existe enfin, à côté de la syphilis acquise, une syphilis rénale héréditaire, précoce ou tardive. Je ne l'étudierai pas ici. Sachez seulement qu'en présence d'une néphrite dont vous soupçonnez l'origine syphilitique, vous devez songer à la possibilité d'une syphilis héréditaire tardive, et diriger vos investigations en ce sens.

La syphilis rénale est-elle fréquente? Je vous fais grâce des chiffres: non certes que les statistiques manquent, mais elles aboutissent à des résultats contradictoires. On peut affirmer, en tous cas, qu'elle est très loin d'être rare, surtout lorsqu'on sait la chercher; il semble aussi que la néphrite secondaire soit plus fréquente que la néphrite tertiaire, surtout dans ses formes atténuées.

Sachez, d'autre part, que des néphrites graves peuvent venir compliquer des syphilis légères, et que le traitement le plus régulièrement suivi ne réussit pas toujours à en préserver.

Quant à l'échéance, elle est souvent très précoce, ou très tardive. Pour la néphrite secondaire, presque tous les cas s'observent dans les six premiers mois et même la plupart se voient dans les trois ou quatre premiers: 10 cas sur 15, dans les trois premiers mois (Dieulafoy); 11 sur 26, dès le second mois (Fournier). Dans les cas de Mauriac, de M. Talamon, de M. Balzer, de Wagner et Mühlig, la néphrite a même précédé la roséole.

Quant à la néphrite tertiaire, elle peut, elle aussi, être très précoce, mais elle s'observe assez souvent à une date très reculée de l'infection: huit, dix ans, et même quelquefois vingt et trente ans après le chancre. Il ne faut donc pas, lorsqu'une néphrite survient à une échéance aussi tardive, rejeter pour cela son origine spécifique.

Au point de vue anatomo-pathologique, vous savez que, d'une manière générale, les lésions de la syphilis secondaire se distinguent par leur caractère superficiel et leur tendance à la diffusion, tandis que le propre des lésions tertiaires est, au contraire, d'être profondes et de tendre à se localiser à un territoire bien limité. La syphilis rénale n'échappe pas à cette règle. Ce qui caractérise avant tout la néphrite syphilitique secondaire, c'est la diffusion du processus. Non seulement les deux reins sont atteints, mais ils sont atteints uniformément, dans toute leur masse. L'atteinte peut rester très légère; elle peut aussi être forte. L'aspect habituel est celui du gros rein blanc, avec prédominance des lésions épithéliales. Ces lésions n'ont, d'ailleurs, aucun cachet spécial. Elles ne diffèrent en rien de celles de certaines néphrites scarlatineuses, par exemple.

A la période tertiaire, surtout à ses débuts, on peut retrouver ce même type de néphrite. On peut y observer également le rein amyloïde banal. Mais,

le plus souvent, surtout dans les cas tardifs, on a affaire à l'une ou l'autre des deux lésions caractéristiques de la syphilis tertiaire: les gommes ou la sclérose; non pas une sclérose banale, mais une sclérose profonde, la plus rétractile de toutes, à grands tractus labourant et atrophiant complètement les parties qu'elle atteint, mais en même temps sclérose en foyers localisés, dans l'intervalle desquels le rein est sain ou peu touché. Parfois les deux reins sont atteints ; mais il n'est pas rare de voir l'affection bornée à un seul, l'autre pouvant être en état d'hypertrophie compensatrice. Bien plus : les lésions peuvent n'atteindre qu'une extrémité d'un seul rein. A ce degré, c'est plutôt une infirmité rénale qu'une véritable néphrite.

Ces diverses lésions (amylose, dégénérescences cellulaires, gommes, sclérose) s'associent d'ailleurs fréquemment entre elles.

En somme, sous le rapport des lésions rénales, on peut comparer — c'est une analogie de plus entre tant d'autres — la syphilis à la tuberculose. L'analogue de la néphrite syphilitique secondaire, c'est ce qu'on appelle la néphrite des tuberculeux, d'apparence banale, elle aussi ; l'analogue de la syphilis tertiaire du rein, c'est la tuberculose rénale, nettement spécifique. Nous verrons tout à l'heure que l'analogie va encore plus loin, et que, de même qu'il existe une forme chirurgicale de la tuberculose rénale, on peut décrire une forme chirurgicale de la syphilis rénale.

Cliniquement, la syphilis rénale secondaire peut se traduire sous deux formes principales, bien distinctes.

Dans l'une, tout se borne à une légère albuminurie : 10, 20, 30 centigrammes d'albumine par litre. Rien de plus. Diurèse normale, pas d'œdèmes, aucun trouble fonctionnel. Cette légère albuminurie résume en elle seule toute la scène clinique, du moins au point de vue rénal. C'est dire que, sans un examen systématique des urines, elle passerait inaperçue. Il n'est cependant pas indifférent de la reconnaître, car, si elle est généralement passagère, on l'a vue quelquefois aboutir à la néphrite confirmée.

Parfois s'y joignent quelques cylindres, un peu d'œdème palpébral ou malléolaire : ce sont des cas qui établissent la transition avec la seconde forme.

Celle-ci, dans les cas types, est vraiment bien frappante. Presque toujours, le symptôme révélateur est l'œdème, œdème quelquefois léger, localisé aux paupières ou aux malléoles, plus souvent rapidement croissant, pouvant se généraliser en vingt-quatre heures, comme dans le cas de MM. Barth et Michaux, avec hydropisie des séreuses, parfois même œdème pulmonaire et atteignant parfois des proportions colossales. Anasarque rapide et considérable, voilà donc un premier caractère, fréquent et important, de la néphrite syphilitique secondaire.

Un second caractère, c'est l'albuminurie massive. Si les chiffres de 4 à 5 grammes par litre sont courants, souvent ils sont dépassés, et de beaucoup. En voici des exemples : 19 grammes par litre (Lecorché et Talamon), 20 grammes (Wickham), 30 grammes (Dieulafoy), 32 grammes (Talamon), 36 grammes (Labadie-Lagrave), 52 grammes (Chantemesse), 55 grammes (Chauffard et Gouraud), 72 grammes (Mosny), et même 110 grammes, dans un cas de Brouardel et Fournier, rapporté par Descouts. Entre parenthèses, ce cas guérit, ce qui confirme ce que je vous disais tout à l'heure du peu de valeur pronostique de l'albuminurie. Retenez donc ceci : la néphrite syphilitique secondaire est, de toutes les néphrites, celle qui donne lieu aux plus fortes albuminuries.

Ces deux caractères : gros œdèmes, grosse albuminurie, ont été bien mis en relief par les auteurs récents. Il en est un troisième, moins habituel certainement, mais assez fréquent cependant, qui a moins attiré l'attention, et qui me paraît pourtant tout à fait digne de remarque : c'est la coexistence, avec cette albuminurie massive, d'une diurèse normale ou même exagérée.

En règle générale, toutes les néphrites aiguës ou subaiguës à albuminurie abondante s'accompagnent d'oligurie. La néphrite syphilitique fait volontiers exception à cette règle, témoin les cas suivants : 23 grammes d'albumine par jour avec une diurèse normale (Dieulafoy), 16 grammes par jour avec deux litres d'urine (Dieulafoy), 13 5 par jour avec un litre et demi d'urine (Waldvogel), 12 grammes par jour avec deux litres et demi d'urine (Balzer et Alquier). Il y a là quelque chose de très spécial, et qui ne se retrouve guère, à ma connaissance, que dans certains cas d'amylose rénale.

En résumé : œdèmes brusques et considérables, albuminurie massive, conservation possible d'une diurèse normale ou même exagérée, voilà trois caractères qui, surtout associés, doivent faire penser immédiatement à la syphilis rénale secondaire.

Les autres caractères de l'urine sont plus variables et moins importants. Parfois elles contiennent passagèrement du sang. Dans le sédiment, on trouve des globules rouges et blancs, des cylindres granuleux et épithéliaux. Quant à l'étude des éliminations urinaires, elle les montre tantôt normales, tantôt plus ou moins insuffisantes.

Ce qui est certain, c'est que, souvent, la néphrite secondaire aboutit rapidement à l'urémie, sous forme de céphalée persistante, de somnolence croissante, aboutissant au coma, de dyspnée progressive ou paroxystique, de vomissements répétés, avec diarrhée profuse. L'urémie peut même survenir d'emblée, ouvrant la scène morbide.

La néphrite secondaire est donc une néphrite grave, trop souvent mortelle : une fois sur trois, d'après la statistique de M. Fournier. Elle peut tuer en quelques semaines : trois semaines dans le cas de MM. Chauffard et Gouraud ; cinq semaines dans celui de MM. Rigal et Juhel-Rénoy. Le plus souvent, cependant, elle a une évolution subaiguë, durant plusieurs mois, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. La mort est le résultat tantôt de l'urémie (à forme comateuse ou gastro-intestinale), tantôt d'un œdème de la glotte ou du poumon, tantôt enfin d'une infection intercurrente, érysipèle ou broncho-pneumonie.

Quand l'issue est favorable, la guérison est rarement rapide, bien que M. Dieulafoy ait vu une néphrite grave guérir en quinze jours. Le plus souvent, la guérison demande des mois, quand ce n'est pas des années. Encore est-elle souvent bien fragile et les récidives ne sont-elles pas rares — sans parler des cas où l'albuminurie, après avoir plus ou moins diminué, persiste indéfiniment à un taux immuable.

La néphrite est donc un des accidents les plus redoutables de la syphilis secondaire.

Plus variée est l'expression clinique de la néphrite tertiaire, comme le sont ses lésions elles-mêmes. Elle peut reproduire à peu près tous les types de néphrite. Tantôt c'est le tableau de néphrite à prédominance épithéliale, avec gros œdèmes et albuminurie massive (28 grammes par litre, dans un cas de M. Dieulafoy). Tantôt c'est le tableau du rein amyloïde avec grosse albuminurie, polyurie, gros foie et grosse rate. Tantôt encore tout se borne à une forte albuminurie (10 grammes, dans un cas de M. Dieulafoy). Ailleurs ce sont les symptômes de la sclérose rénale, avec urines claires, de faible densité, polyurie modérée, albuminurie légère, hypertrophie du cœur et bruit de galop, signes de petite urémie. Ailleurs encore (par exemple, dans certains cas de gommes, d'atrophie partielle), tout se réduit à une albuminurie légère et intermittente. Ces divers types n'ont rien de très spécial (à part l'albuminurie massive de certains cas), et peuvent d'ailleurs se combiner entre eux. Mais il est une dernière forme, sur laquelle je tiens à insister un peu, bien qu'elle soit exceptionnelle, parce que les traités classiques n'en font pas mention, et qu'elle expose à des erreurs de diagnostic entraînant à leur tour de grosses erreurs de thérapeutique. C'est la forme que l'on peut appeler chirurgicale, ou mieux « pseudo-chirurgicale », forme compliquée de périnéphrite œdémateuse, et dans laquelle le rein, augmenté de volume et douloureux, fait croire à une tumeur. Quelques exemples suffiront à vous en donner une idée.

Un malade d'Israël est atteint de douleurs lombaires, avec traces d'albumine dans l'urine. L'examen montre à droite une tumeur rénale qui, en quatre semaines, arrive à tripler le volume du rein. La surface de la tumeur garde un peu l'empreinte du doigt. On opère, et l'on ne trouve qu'une périnéphrite œdémateuse, et un rein qui, dans sa moitié inférieure, est augmenté de volume et parsemé de sillons et de bosselures. L'examen histologique ne montre qu'une néphrite interstitielle avec dégénérescence graisseuse. On ne voit pas d'autre diagnostic possible que celui de syphilis.

Un autre malade du même auteur présente une tumeur rénale gauche, qui s'ouvre spontanément vers la ligne axillaire postérieure, au niveau de la dixième côte. Il s'en écoule non pas du vrai pus, mais des parcelles blanc jaunâtre, et il reste une fistule. A l'exploration, la région lombaire est un peu douloureuse, et l'on trouve à la place du rein une rénitence diffuse. L'urine est riche en leucocytes et en albumine. L'opération montre le tissu cellulaire péri-rénal induré sous forme de coque épaisse, et une petite partie du rein transformée en masse puriforme, tandis que le reste, rétracté, est parsemé de bosselures jaunâtres évidemment gommeuses.

Dans le cas de Margouliès, il s'agit d'une femme de vingt-six ans, chez qui les antécédents rendent la syphilis très probable. On trouve dans la moitié gauche de l'abdomen, au niveau de la région rénale, une tumeur bosselée, peu mobile, très sensible à la pression. Il y a un peu de fièvre. L'urine contient des cylindres et 1 gramme d'albumine par litre. Le cathétérisme des uretères montre que le rein gauche est spécialement atteint, mais fonctionne normalement. Vu les antécédents, la présence de nombreuses cicatrices radiées et d'adénopathies multiples, on essaie le traitement spécifique. Après quelques frictions, jointes à l'emploi de l'iodure, une légère amélioration se produit, bientôt suivie d'une aggravation. La température dépasse 40 degrés. On pense à un sarcome ou un abcès, et l'on opère.

L'incision de la capsule laisse écouler une cuillerée de liquide épais, et montre un rein parsemé de bosselures. On renonce alors provisoirement à continuer l'opération, et l'on se contente d'exciser un fragment de bosselure pour le diagnostic. L'examen n'y montre qu'une périnéphrite chronique fibreuse.

On conclut alors à une para et périnéphrite avec néphrite syphilitique. Après quarante nouvelles frictions mercurielles, la tumeur rétrocède, et l'albumine disparaît à peu près complètement de l'urine.

Dernièrement, enfin, Hirsch rapporte le cas d'une femme de trente-cinq ans qui souffrait depuis un an et demi de douleurs dans la région rénale droite avec œdème des pieds, envies fréquentes d'uriner, oligurie et albuminurie, amaigrissement. Tous ces troubles s'accentuent au cours d'une grossesse qui se complique d'hydramnios. L'enfant vient au monde mort, avec hydrocéphalie et ascite, grosse rate et gros foie. La mère elle-même a sur les lèvres des cicatrices radiées et une exostose du tibia.

Après l'accouchement, il persiste un peu d'œdème malléolaire; l'urine, peu abondante, contient d'une façon persistante 3 à 4 grammes d'albumine par litre et de grands amas d'épithélium rénal à noyau vésiculeux. Le rein droit se montre augmenté de volume; sa surface est un peu inégale; il est très douloureux au palper. On songe à une affection néoplasique ou tuberculeuse; cependant on essaie de l'iodure à la dose de 1g50. Bientôt la malade retrouve le sommeil et l'appétit; l'urine monte à 1 300 centimètres cubes, puis 2 litres. La douleur rénale, l'œdème, l'albuminurie, le sédiment urinaire diminuent parallèlement; le poids augmente; vingt-cinq jours après le début du traitement, l'albuminurie a disparu; un mois plus tard, il n'y a plus ni douleur ni tumeur. La malade a pris en tout 48 grammes d'iodure en un mois et demi. Les mois suivants, la guérison se maintient parfaitement.

De ces quelques observations, vous devez tirer cette conclusion qu'en présence d'un gros rein douloureux il faut penser à l'origine syphilitique possible.

La syphilis rénale tertiaire est généralement moins accessible au traitement que la néphrite secondaire, parce que les lésions sont trop souvent indélébiles; mais elle est aussi moins immédiatement dangereuse et souvent compatible avec une longue survie, en raison du caractère limité de ses lésions.

Telles sont les principales formes cliniques de la syphilis rénale acquise. Quant à l'hémoglobinurie des syphilitiques, sa pathogénie est encore trop controversée pour qu'on puisse la rattacher catégoriquement à une affection rénale.

J'arrive au point vif de notre sujet: la question du diagnostic et du traitement.

Il y a deux façons de méconnaître la syphilis rénale.

Tantôt on voit la syphilis, mais on ne voit pas la néphrite. C'est surtout le cas de certaines albuminuries secondaires. De là cette règle, d'examiner systématiquement l'urine de tout syphilitique : fréquemment, à la période secondaire; de temps en temps, à la période tertiaire.

Tantôt, au contraire, on voit la néphrite, mais on ne voit pas la syphilis. Le cas est, sinon plus fréquent, du moins plus important. De là cette seconde règle, de songer à la syphilis en présence d'une néphrite chaque fois que cette néphrite ne se rattache pas évidemment à une cause bien déterminée (telle qu'une scarlatine, par exemple). On doit y songer surtout en face d'une albuminurie massive, avec ou sans oligurie et œdèmes. Mais on doit y songer même en présence d'une néphrite sans caractère

spécial, et j'ajoute : même si l'on trouve à cette néphrite une cause banale, telle que le froid, par exemple. M. Jaccoud et M. Rénon ont montré que la néphrite de la syphilis secondaire pouvait succéder à un refroidissement (huit fois sur trente-cinq, d'après la statistique de M. Rénon), et cette « fragilité » du rein dans la syphilis, comme l'appelle M. Rénon, a été confirmée par les recherches de M. Patoir sur les éliminations rénales dans certains cas de syphilis secondaire.

Aussi M. Dieulafoy et M. Rénon ont-ils proposé, à titre préventif de la néphrite, de mettre au régime lacté, pendant les premiers mois, tous les syphilitiques secondaires, ou du moins tous ceux qui ont quelque passé rénal.

Pour dépister la syphilis, vous avez l'interrogatoire, et la recherche soigneuse des manifestations actuelles ou des stigmates de syphilis ancienne. Mais vous savez que cette double enquête reste assez souvent négative même chez des malades atteints d'affections certainement syphilitiques, comme le tabes N'y a-t-il donc pas, même alors, un moyen de dépister la syphilis?

Ce moyen existe : c'est la réaction de Wassermann, fondée, vous le savez, sur certaines propriétés du sérum des syphilitiques. On peut la considérer comme nettement spécifique, au moins dans les conditions qui nous occupent. Mais, d'abord, elle est assez souvent négative, surtout dans les cas tardifs ; puis, c'est une réaction de technique compliquée, et qui ne peut être faite que dans certains laboratoires ; enfin — comme les réactions à la tuberculine pour la tuberculose — elle indique bien que le malade est syphilitique, mais non que sa néphrite le soit. Il faut néanmoins reconnaître que c'est déjà quelque chose d'être certain de la syphilis de son malade.

Nous avons recherché, chez notre malade, la réaction de Wassermann : elle est restée négative.

Mais on peut quelquefois aller plus loin, et être en mesure, avant tout traitement, d'affirmer la nature syphilitique de la néphrite. Comme l'ont montré Seiler et Welander, Greene, etc., certaines gommes rénales ramollies peuvent s'éliminer par l'urine, sous forme de détritus granuleux, dont l'examen histologique permet d'identifier la nature. Mais il y a mieux, et, dans quelques cas de néphrite secondaire, on a pu déceler dans l'urine le tréponème pâle. Le cas de Dreyer et Tœpel est d'autant plus indiscutable que les préparations furent contrôlées par Schaudinn lui-même. Hirschberg, Mac Lennan, MM. Barth et Michaux, ont rapporté des cas analogues. Ces cas sont encore peu nombreux, mais la connaissance du tréponème est encore de date récente, et sa recherche dans le sédiment urinaire n'a été que rarement faite. Si les cas de ce genre venaient à se multiplier, il y aurait là un moyen de diagnostic précieux. Il faut seulement, en cas de plaques muqueuses génitales coexistantes, avoir la précaution de retirer l'urine par la sonde.

Mais, me direz-vous, est-il donc si indispensable d'être sûr que la néphrite est syphilitique? Du moment que l'on a de fortes présomptions, n'est-il pas indiqué d'instituer le traitement d'épreuve, comme cela se fait journellement pour toute une série d'autres affections?

Sans doute, et souvent l'on est obligé d'agir ainsi. C'est ce que nous avons fait nous-même chez notre malade. Il n'en est pas moins vrai qu'à cet égard le rein a une situation tout à fait spéciale.

Il est le grand éliminateur du mercure. C'est dans le rein surtout que le mercure s'accumule.

S'il s'agissait là d'un médicament inoffensif, cela n'aurait pas d'autre importance. Ce pourrait même être, à certains égards, un avantage, et c'est quelquefois, en effet, un avantage. De cela font foi des observations comme celle de Waldvogel. Un malade a une néphrite secondaire avec anasarque et grosse albuminurie (de 7 grammes et demi à 13 grammes et demi d'albumine) ; il a en même temps des plaques muqueuses de la gorge et des condylomes anaux. Sous l'influence des frictions mercurielles, en deux semaines les œdèmes disparaissent (le malade perd 17 livres) et l'albumine tombe à 1g6. En revanche, les autres accidents sont beaucoup plus longs à s'effacer. A cela rien d'étonnant : il est tout naturel que le mercure agisse surtout sur l'organe qui en reçoit le plus.

Mais la médaille a son revers, et le danger est de deux ordres. Si le rein est insuffisant, le malade est exposé à la rétention du mercure et à l'intoxication mercurielle. D'autre part, le mercure peut être par lui-même directement offensif pour le rein, même pour le rein sain : que sera-ce pour le rein malade?

Je sais bien que l'on a contesté cette néphrite mercurielle, sous prétexte que les ouvriers qui manient le mercure ne présentent pas de néphrites. C'est possible. Il n'en est pas moins vrai que les lésions rénales figurent au premier rang des lésions de l'hydrargyrisme, et non pas seulement de l'empoisonnement mercuriel à doses massives (par exemple par le sublimé avalé par mégarde ou dans un but de suicide), mais même de l'intoxication consécutive à l'emploi thérapeutique du mercure. De nombreuses observations en font foi.

C'est ce qui a amené certains auteurs à bannir le mercure du traitement des néphrites syphilitiques, et à le remplacer par l'iodure. Assurément l'iodure a donné des succès ; on l'a même vu réussir dans des cas où avait échoué le mercure. Mais, d'abord, il expose lui aussi à des accidents d'intoxication, notamment à l'œdème glottique, et Ehlers, MM. Balzer et Faure-Beaulieu, ont vu survenir de graves accidents d'iodisme. Et puis, aux observations favorables on pourrait en opposer d'autres, certainement plus nombreuses, où le mercure a réussi là où l'iodure n'avait rien donné. Il est très vrai que le mercure échoue souvent, qu'il peut même aggraver la situation. Mais, à côté de cela, quels résultats brillants, quelles transformations à vue dans certains cas graves où tous les autres traitements s'étaient montrés impuissants! Voyez le cas de Waldvogel; voyez celui de M. Dieulafoy, où, sous l'influence du traitement mixte, un malade atteint d'anasarque colossale, avec 23 grammes d'albumine par litre d'urine, voit disparaître ses œdèmes en quinze jours et l'albuminurie en dix-sept jours! Voyez celui de M. Mosny, où une albuminurie de 72 grammes par litre tombe en douze jours, par le mercure seul et sans régime spécial, à 0,50 centigrammes! Et ces cas ne sont pas exceptionnels. N'y en eût-il même d'ailleurs que quelques-uns, ils suffiraient à justifier, sinon à commander, l'emploi du mercure. Mais comme celui-ci est une arme à deux tranchants, vous comprenez quel intérêt il y aurait à ne l'employer qu'à bon escient, dans des néphrites certainement syphilitiques.

En pratique, comment ferez-vous?

Prenons le cas le plus habituel. Vous êtes en présence d'une néphrite très probablement ou même certainement syphilitique, mais sans phénomènes urémiques. Ici, rien ne presse, et votre ligne de conduite est toute tracée. Instituez d'abord le traitement classique : repos au lit, régime lacté, puis au besoin régime hypochloruré. S'il échoue ou n'amène qu'une amélioration insuffisante, donnez le traitement mixte : mercure et iodure. Vous pouvez donner le mercure par la bouche, mais mieux vaut l'employer en injections, soit intra-veineuses, soit intra-musculaires. Dans ce dernier cas, ayez seulement soin de ne pas faire l'injection dans une région œdématiée de crainte d'accidents locaux et de résorption insuffisante, et de n'employer que des sels solubles. Il serait souverainement imprudent, alors que l'émonction rénale est insuffisante ou peut le devenir brusquement, d'introduire dans l'organisme une provision de mercure.

Il serait désirable de surveiller l'élimination du mercure par l'urine. On peut, en effet, l'y caractériser (notamment avec la pile Smithson) et même l'y doser, mais ce dosage nécessite des procédés d'un emploi peu applicable à la clinique.

S'il survient des accidents d'intolérance, ou si, après une dizaine d'injections, vous n'avez rien obtenu, cessez le traitement, quitte à le reprendre un peu plus tard : une seconde tentative peut être plus heureuse.

Envisageons maintenant une autre éventualité : le malade est en pleine urémie. Il n'a pas subi de traitement mercuriel. Vous avez recours, bien entendu, aux moyens classiques : saignée, lait, etc. Mais faut-il vous en tenir là pour le moment? Ne risquez-vous pas ainsi de laisser passer l'instant favorable pour intervenir avec le mercure? Et, d'autre part, ne vous exposez-vous pas, en le prescrivant, à donner le coup de grâce au malade?

On peut se demander si, en pareil cas, le mercure a le temps d'agir, et si, en le donnant, on n'expose pas le malade à un danger certain pour une chance problématique. A cette question répondent des observations comme celle-ci, que j'emprunte encore à M. Dieulafoy.

Un malade est apporté dans le coma absolu, avec de gros œdèmes. Il avait eu jusqu'à 28 grammes d'albumine par litre. Par une saignée, on obtient une rémission. Elle permet d'apprendre que le coma a été précédé de céphalalgie persistante à exacerbations nocturnes, et que le malade a eu un chancre syphilitique suivi d'éruption, douze ans auparavant.

On institue alors le traitement mixte. Quatre jours après, il y a déjà une amélioration notable : diminution de la torpeur, de la céphalée, diurèse double, seulement 8 grammes d'albumine. Les jours suivants, l'assoupissement, la céphalée, les œdèmes disparaissent complètement, le malade urine 4 litres d'urine avec 1g25 d'albumine. Dix-huit jours après le début du traitement mixte, il est en état de se lever. Il ne conserve qu'une légère albuminurie.

Je crois donc que, si l'on ne trouve aucune autre cause à la néphrite qu'une syphilis certaine, et surtout si le malade a des manifestations syphilitiques actuelles, il y a lieu d'instituer immédiatement le traitement spécifique. Mais je reconnais que la situation est des plus délicates, et que ces cas, où l'on n'a pas le droit d'hésiter, sont de ceux où l'hésitation serait le plus justifiée.

Vous voyez que cette question de la syphilis rénale est bien, comme je vous l'annonçais, une question d'un très gros intérêt pratique. C'est ce qui m'a décidé à la choisir pour sujet de cette première leçon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1909)

Faux cancers et tumeurs inflammatoires du ventre. — M. Le Dentu rapporte l'observation d'un homme de trente-neuf ans, au teint un peu jaune, chez lequel plusieurs médecins avaient diagnostiqué un cancer de l'intestin. Il existait une tumeur intra-abdominale fixe siégeant à la région ombilicale, assez ferme et animée de battements violents résultant de ses rapports intimes avec l'aorte. Elle n'était pas douloureuse; mais le malade se plaignait surtout d'une sorte de lumbago très intense. Quelque temps après, il avait présenté des signes d'entéro-colite muco-membraneuse accompagnée de constipation et quelquefois de selles sanguinolentes. Quant à la tumeur, il est vraisemblable qu'elle n'avait commencé à se développer que plus tard, au moment où les pulsations aortiques exagérées avaient fait penser qu'il s'agissait d'une aortite. Plus récemment même, on les avait attribués à un anévrisme. Amaigrissement et affaiblissement considérables survenus en un an.

Etant donné l'entéro-colite constatée nettement et la corrélation connue de certains lumbagos avec les affections du gros intestin, M. Le Dentu écarte le diagnostic cancer et diagnostique une tumeur inflammatoire, une péricolite accompagnée probablement d'adénite prévertébrale.

En dépit de crises fréquentes de vomissements, d'hémorragies graves provenant de bourrelets hémorroïdaux saillants à l'extérieur et de l'altération profonde de l'état général, la tumeur disparut complètement en moins de trois mois par l'effet du repos asbolu au lit, d'applications émollientes sur le ventre et d'un régime approprié.

Malheureusement une sclérose rénale se développa insidieusement. Elle donna lieu à des hématuries, puis à des phénomènes urémiques qui causèrent la mort trois ans et demi après le début du lumbago.

Depuis quelques années plusieurs auteurs ont signalé la ressemblance de certaines tumeurs inflammatoires du ventre avec des cancers, périgastrite, péricholécystite, appendicite chronique pseudo-néoplasique, sigmoïdite et périsigmoïdite, colite et péricolite, surtout dans la portion ascendante et au niveau des angles.

Tels sont les sièges d'élection de ces sortes de tumeurs; par contre, ces faux cancers, de nature inflammatoire, se développent très rarement sur le côlon transverse.

Le repos absolu au lit a fait ses preuves pour le diagnostic, et comme moyen de traitement efficace et définitif, dans des cas déjà assez nombreux. En cas d'hésitation prolongée, la laparotomie exploratrice serait légitime.

Prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. Delorme, médecin inspecteur général de l'armée discute les doctrines qui servent de guide aux hygiénistes : la théorie des porteurs chroniques ou sains de bacilles, la théorie hydrique.

La première, surtout adoptée en Allemagne, reprise en France dans ces derniers temps, ne s'appuie que sur des faits exceptionnels. Les indications prophylactiques qui en découlent sont des plus restreintes et les meilleures sont d'application usuelle.

Elle a de graves inconvénients : les difficultés pour reconnaître le bacille d'Eberth dans les selles, la suspicion dans laquelle elle place tout un groupe de travailleurs; elle tend à éliminer de l'armée des hommes propres au service, elle place entre les mains de médecins de laboratoire une prophylaxie qui doit rester sous la dépendance des médecins des corps de troupes, seuls capables d'apprécier les causes déterminantes, dites causes secondes, qui influencent le terrain humain, elle donne aux villes récalcitrantes un échappatoire

pour éviter d'entreprendre les travaux que leur hygiène défectueuse nécessite.

Malgré le bruit fait autour d'elle, cette doctrine perd chaque jour du terrain et bientôt l'influence des porteurs chroniques sera réduite au rôle de l'infection du lait, des légumes, de l'absorption d'huîtres infectantes, etc.

Les documents les plus nombreux et les plus sûrs forcent à reconnaître que la cause des épidémies les plus meurtrières, les plus massives, les plus soudaines réside dans la pollution de l'eau de boisson par le bacille typhique.

L'amélioration progressive de l'état sanitaire des villes et des casernes au fur et à mesure que le régime des eaux subissait les transformations nécessaires est la plus sûre garantie de la valeur de cette doctrine.

La statistique médicale de l'armée dont les bases sont les plus solides puisqu'elle n'a pas de lacunes comme la statistique générale et que l'état sanitaire des troupes reflète fidèlement celui des villes, cette statistique indique sur quelles villes doit porter l'effort des améliorations, lesquelles ne doivent pas consister seulement dans la création de laboratoires ou autres mesures utiles mais d'ordre secondaire, mais dans l'adduction d'une eau pure.

Il prie l'Académie de demander aux pouvoirs publics d'exiger des villes du Midi, de la 15e et 16e régions militaires, de celles de Lunéville dans l'Est, de Brest et Lorient dans l'Ouest, qu'elles commencent ou poussent à bref délai l'exécution des travaux destinés à leur assurer une eau pure, de conduire simultanément les travaux de voirie complémentaires relatifs aux égouts, de poursuivre vis-à-vis des fosses d'aisance et des puits les améliorations réclamées par la loi sur la santé publique.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer toute l'importance du travail de M. Delorme et annonce que la discussion sur ce travail sera ouverte à la prochaine séance. Il ne doute pas que cette discussion ne prenne une certaine ampleur, étant donné qu'il s'agit d'une question d'intérêt national.

L'état sanitaire comparé des gouvernements militaires de Paris et de Berlin en 1902-1906. — L'acoustique de l'Académie continue à nous jouer des mauvais tours. Nous rectifions donc les chiffres de l'intéressante communication de M. LOWENTHAL publiée dans notre dernier compte rendu :

1° La mortalité générale de l'armée de Berlin est de 105 p. 100 inférieure à celle de l'armée de Paris (et non pas de 10,5 p. 100);

2° La morbidité des maladies vénériennes de l'armée de Berlin est de 60 p. 100 inférieure à celle de l'armée de Paris (et non pas de 6 p. 100);

3° La morbidité-scarlatine de l'armée de Berlin est de 250 p. 100 inférieure à celle de l'armée de Paris (et non pas de 25 p. 100);

4° La morbidité-rougeole de l'armée de Berlin est de 2300 p. 100 (deux mille trois cents p. 100) inférieure à celle de l'armée de Paris (et non pas de 30 p. 100);

5° La morbidité-typhoïde de l'armée de Berlin est de 950 p. 100 inférieure à celle de l'armée de Paris (et non pas de 9,50 p. 100);

6° La grippe donne en cinq ans 3 fois 1/2 plus de décès dans l'armée de Paris que dans *la totalité de l'armée allemande* (et non pas dans les troupes de Berlin).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1909)

Remarques sur le pouvoir antagoniste du sérum normal et des diverses substances qui entrent en jeu au cours de la réaction de fixation. — MM. F. BEZANÇON et H. DE SERBONES. Le pouvoir antagoniste du sérum normal peut rendre, dans certains cas, l'interprétation des résultats de la réaction de fixation assez délicate. A ce propos, il faut remarquer que ce pouvoir antagoniste paraît souvent soumis à l'influence des repas, un sérum recueilli avant le repas n'étant pas empêchant, tandis que, pris après le repas, il empêchera nettement l'hémolyse. Comme l'influence du repas peut se faire sentir d'une manière plus ou moins prolongée, il vaut mieux, au cours de la réaction de fixation, se servir du sérum recueilli le matin à jeun, afin d'éviter ce pouvoir antagoniste. Il est intéressant de voir qu'en prolongeant le temps de contact et en augmentant la teneur du mélange en eau physiologique, le pouvoir antagoniste se trouve extrêmement affaibli et même fréquemment supprimé, ce qui tend à montrer, comme le pensent Bordet et Parker Gay, que ce sont les propriétés physico-chimiques du sérum qui entraînent la production de ce pouvoir antagoniste.

Il est également intéressant de noter qu'un sérum faiblement antagoniste, mais employé à de trop faibles doses pour être antihémolytique, empêchera l'hémolyse si on lui ajoute un antigène faiblement antagoniste également, et pris de même à de trop faibles doses pour empêcher l'hémolyse de se produire.

Enfin, comme l'ont vu Bordet et Parker Gay, il faut éviter au cours de la réaction de fixation d'employer des dilutions de globules rouges à 1/20 et il vaut mieux se servir de globules rouges non dilués, afin de maintenir le même état d'équilibre physico-chimique pendant toute la durée de la réaction de fixation.

La vascularisation artérielle du lobule hépatique. — MM. A. GILBERT et M. VILLARET. Les capillaires periphériques du lobule reçoivent une partie de leur sang de l'artère hépatique, soit directement, soit par l'intermédiaire du réseau de capillarisation de cette artère au niveau des voies biliaires. L'artère hépatique fournit, de plus, des vasa-vasorum à la paroi des veines centro-lobulaires; ceux-ci peuvent gagner le système sus-hépatique en longeant à l'état isolé la périphérie du lobule, ou bien en s'accompagnant de gaines glissono-sus-hépatiques. Le domaine de l'artère hépatique ne serait donc pas limité exclusivement à l'arbre biliaire.

Anaphylaxie hydatique expérimentale. — MM. CHAUFFARD, BOIDIN et LAROCHE rapportent un cas positif d'anaphylaxie hydatique expérimentale. Le liquide était toxique par lui-même. A dose non toxique, il a sensibilisé le cobaye. Les animaux explorés par voie intra-cranienne treize jours plus tard ont présenté les signes anaphylactiques nets. Ce résultat positif est le seul obtenu jusqu'alors. Mais il faut remarquer que tous les liquides hydatiques étudiés jusque-là n'étaient pas toxiques.

Ce fait intéressant prouve bien, comme les auteurs l'avaient prévu, que les accidents aigus observés parfois à la suite des ponctions de kyste sont d'origine anaphylactique.

Histogénèse et pathogénie des pancréatites au cours de l'hypertension porte expérimentale. — MM. A. GILBERT et E. CHABROL précisent l'histogénèse des lésions parenchymateuses et interstitielles qu'ils ont obtenues en réalisant l'hypertension porte expérimentale. Sous l'influence des troubles circulatoires que déterminent la ligature de la veine porte ou l'injection intra-hépatique de divers agents toxiques et microbiens, une série d'anomalies nutritives et fonctionnelles apparaissent dans le territoire pancréatique des capillaires distendus.

L'hyperémie soudaine semble modifier l'excrétion normale des ferments glandulaires, trypsine et stéapsine et provoque, par leur intermédiaire, l'infarctus associé à la stéatonécrose. La congestion passive, d'évolution chronique, favorise au contraire le développement de la sclérose. Dans une première phase, les lésions parenchymateuses atteignent leur apogée, mais bientôt la trame conjonctivo-vasculaire réagit et le tissu cicatriciel comble les vides que l'hémorragie a creusés dans le parenchyme. La régénération des acini marche de pair avec l'hyperplasie conjonctive.

La stase veineuse, agent de dystrophie cellulaire et souvent point d'appel pour les infections surajoutées, exerce au premier chef un rôle pathogénique et une part prépondérante revient à l'hypertension porte dans l'histogénèse de ces altérations.

Leuco-diagnostic. — MM. ACHARD et H. BÉNARD exposent le principe d'un procédé de diagnostic fondé sur les propriétés spécifiques des cellules, tandis que la plupart des réactions biologiques utilisées par les cliniciens reposent sur les

propriétés spécifiques des humeurs. Les globules blancs peuvent acquérir et conserver en dehors de l'organisme l'aptitude à réagir spécifiquement à certains principes pathogènes. Ce qui fait le caractère spécifique de la réaction, c'est qu'elle est, soit moins forte, soit plus forte que celle des leucocytes normaux.

Les auteurs ont tiré de ce principe une application clinique à deux états morbides très différents : une intoxication, le morphinisme, et une infection, la tuberculose.

On sait que l'accoutumance à la morphine se produit aisément. Or, chez les sujets morphinisés, les globules blancs deviennent plus tolérants à l'égard de l'action paralysante de la morphine *in vitro*. D'après le taux de la dilution d'alcaloïde qui permet le minimum d'activité leucocytaire, on peut mesurer la sensibilité des globules blancs au poison. De cette manière on arrive à reconnaître le morphinisme et à surveiller la démorphinisation. De plus, la réaction est suffisamment spécifique pour qu'il soit possible de distinguer, malgré la parenté chimique des deux alcaloïdes, l'héroïnisme du morphinisme.

Dans la tuberculose, les globules blancs acquièrent une sensibilité plus vive à l'action excitante de la tuberculine. La réaction *in vitro* paraît avoir plus d'exactitude et souffrir moins d'exceptions que la cuti-réaction. Elle a révélé des lésions tuberculeuses d'abord méconnues par la clinique, mais vérifiées par des examens ultérieurs ou par l'autopsie.

Examen de la moelle d'un chat mort de tétanie aiguë expérimentale. — A l'autopsie d'un chat mort sept jours après parathyroïdectomie, MM. Babonneix et Harvier ont trouvé les lésions médullaires suivantes : sclérose diffuse des cordons antéro-latéraux, dégénérescence des faisceaux pyramidaux croisés, altérations artérielles allant de l'épaississement des parois à l'oblitération totale. Il est évident que ces diverses lésions n'ont pu se produire en une semaine. Elles préexistaient donc à l'opération. Cette constatation méritait d'être faite, puisque nombre d'auteurs ont signalé, à la suite de la parathyroïdectomie, des lésions médullaires très analogues à celles rencontrées par MM. Babonneix et Harvier.

La recherche du bacille de Koch par la méthode de l'antiformine-ligroïne. — M. Jacobson. Les crachats, légèrement dilués dans de l'eau distillée, sont traités par une solution de 40 p. 100 d'antiformine hypochlorite de potassium et potasse). Au bout d'une à trois heures, tous les éléments organiques contenus dans les crachats sont dissous, sauf les bacilles. On ajoute alors une petite quantité de ligroïne, substance qui appartient à la famille des éthers de pétrole. On agite, et les gouttelettes de ligroïne en remontant à la surface entraînent avec elles les bacilles, qui forment une couche spéciale solide au niveau des surfaces de séparation de l'antiformine et de la ligroïne. A l'aide d'une spatule de platine, on peut prélever de petites parcelles de cette pellicule grisâtre, les étaler sur une lame chauffée et les colorer par les procédés usuels.

Par cette méthode, on peut constater la présence des bacilles même dans des crachats qui en contiennent un nombre si restreint qu'il serait impossible de les déceler par les procédés habituels.

Sur les conditions d'obtention de la réaction de l'alexine avec les antigènes et les anticorps tuberculeux. — MM. Calmette et Massol. La méthode de Bordet-Gengou permet de déceler très exactement la présence d'anticorps (sensibilisatrices) tuberculeux dans les sérums, pourvu : 1° que l'on ait soin d'employer une dose faible d'antigène en présence d'une quantité déterminée de sérum à étudier ; 2° que l'on utilise des doses faibles et croissantes d'alexine, de telle sorte que la réaction de fixation, si minime soit-elle, ne passe pas inaperçue.

Technique de l'analyse qualitative des graisses fécales. — M. R. Gaultier. A l'heure actuelle, on ne discute plus les résultats de l'analyse des graisses fécales pour le diagnostic de l'exploration fonctionnelle de l'intestin, mais seulement les techniques chimiques de cette méthode. M. Rousselet s'est, sans s'en douter, par une documentation incomplète, servi de la même technique dont l'auteur s'est servi lui-même, laquelle, du reste, n'est qu'une application de celle de MM. Dastre, Arthus et Salkowski. Il y a lieu de comprendre la nécessité d'une technique de l'analyse qualitative des graisses fécales des plus précises, destinée à faire profiter une méthode de laboratoire dont les résultats cliniques sont, à l'heure actuelle, unanimement reconnus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 12 novembre 1909)

Action des sels de calcium sur la coagulation du sang chez l'homme (*suite*). — M. Marcel Labbé a été frappé des insuccès thérapeutiques du chlorure de calcium dans les hémorragies. Il a étudié systématiquement chez trois sujets l'action du chlorure de calcium et a vu que, en aucun cas, la coagulation n'était accélérée ; par exemple, un sujet dont le sang coagulait en vingt-cinq à quarante minutes, a eu après l'ingestion de chlorure de calcium une coagulation en trente à trente-deux minutes. D'ailleurs Wright n'a pas été aussi absolu qu'on l'a été après lui sur le rôle du chlorure de calcium. Cette question du rôle des coagulants du sang est donc tout entière à reprendre.

M. Dubar a eu recours depuis douze ans à l'emploi systématique du chlorure de calcium soit à titre préventif chez les hémophiliques avant l'intervention, soit chez les opérés d'adénoïdes chez lesquels on pouvait redouter une hémorragie post-opératoire tardive. Dans deux cas (enfant de quatre ans et jeune homme de dix-sept ans) le chlorure de calcium a été employé à la dose de 10 grammes en quarante-huit heures. Chez ce dernier, il a contribué pour une part importante à l'arrêt de l'hémorragie. Son emploi est à continuer jusqu'à mieux informé.

M. Léopold-Lévi attire l'attention sur l'intérêt qu'il y aurait : 1° à étudier l'influence du corps thyroïde sur la coagulation du sang in vivo ; 2° à étudier l'état de la coagulation dans les syndromes thyroïdiens.

M. Mauté, ainsi que l'a recommandé Wright, a eu soin de donner le chlorure de calcium seulement pendant quatre jours consécutifs. Il a employé comme technique la méthode des tubes capillaires, mais en les maintenant pendant toute la durée de l'observation à une température constante de 20 degrés, ayant remarqué comme Addis, qu'entre 10 et 20 degrés, le temps de coagulation pouvait varier du simple au double. M. Mauté répond à M. Dubar qu'il est possible que les sels de calcium agissent sur les hémorragies sans pour cela avoir d'action sur la coagulation. Quant aux remarques de M. Léopold-Lévi, elles ont trait à la coagulation sanguine en général et non à l'action des sels de calcium sur la coagulation. Dans deux cas cependant, M. Mauté a joint à l'administration du calcium une fois du corps thyroïde, une fois de l'hypophyse, sans remarquer aucune modification dans le temps de coagulation.

Sur l'emploi de la méthode Dalcroze. — M. Levassort présente quelques observations et formule quelques doutes sur l'efficacité des mouvements rythmés pour modifier les écarts de caractère ou l'indiscipline chez les écoliers.

Très artistique et fort gracieuse, la méthode de Dalcroze mérite de prendre une place importante parmi les arts d'agrément utiles à la jeunesse, mais on doit la considérer plus comme une méthode de sélection que comme une méthode curative.

Tabes avec troubles oculaires améliorés par le traitement mercuriel (travail de candidature). — M. Alquier a suivi ce malade depuis le chancre contracté à vingt-quatre ans jusqu'à l'âge actuel (quarante-cinq ans). Les premières douleurs lancinantes ont débuté à vingt-sept ans ; à trente-huit, le malade était un tabétique typique. Depuis l'âge de trente-sept ans jusqu'à celui de quarante-trois ans, l'auteur eut à combattre six fois des troubles oculaires à marche rapide : vue trouble, ptose, paralysie du moteur oculaire externe, puis nystagmus. Chaque fois, le traitement mercuriel eut rapidement raison de ces symptômes, tandis qu'il restait sans effet sur les signes du tabes qui, au contraire, se sont plusieurs fois développés pendant ou après une période de traitement mercuriel.

Il est difficile de s'expliquer cette action élective du mercure sur certains symptômes : s'agit-il d'un pseudo-tabes syphilitique simulant le tabes vrai, ou bien celui-ci s'accompagne-t-il d'un processus syphilitique en suractivité? Depuis quelque temps, apparaissent de la céphalée et un peu d'amnésie.

Hépatite suppurée (travail de candidature). — M. Nivollet estime que, dans les abcès du foie, il faut opérer vite dès le diagnostic posé. Il est partisan de la voie thoracique avec anesthésie générale; toutes les fois qu'il y aura des pansements importants à pratiquer, toujours faire une ponction exploratrice au préalable et le succès est à peu près certain.

Corps thyroïde et système pileux. — MM. Léopold-Lévi et H. de Rothschild fondent, sur un choix de 35 observations personnelles ayant bénéficié du traitement par le corps thyroïde, l'histoire des troubles pilaires dans leur signification thyroïdienne.

1° Quatorze cas d'alopécie de la chevelure (calvitie complète, partielle, alopécie congénitale partielle, infantilisme pilaire, alopécie spontanée moyenne) améliorés ou guéris par le traitement, permettent d'envisager une alopécie *hypothyroïdienne*, mais il existe une alopécie *hyperthyroïdienne*, telle qu'on la trouve dans la maladie de Basedow, par surfonction pilaire.

2° L'*hypertrichose* est liée à l'hyperthyroïdie dépendant parfois elle-même d'insuffisance ovarienne (hypertrichose féminine). On se trouve ainsi conduit à étudier le rôle de la thyroïde dans le pseudo-hermaphroditisme chez les femmes à barbe. L'hypertrichose congénitale (lanugineuse) est due à un arrêt de développement thyroïdien.

3° Dans cinq cas de *canitie précoce* des cheveux ou de la barbe, le corps thyroïde a déterminé la repousse de poils noirs, l'arrêt ou la rétrocession du grisonnement. La canitie émotive explosive et la canitie précoce se rattachent à l'hyperthyroïdie.

4° Le système pileux est en déséquilibre par instabilité thyroïdienne ou par suite de l'intervention de causes secondes. L'instabilité pilaire se fait dans le temps ou par ectopie.

L'électrothérapie, agent de rééducation. — M. Laquerrière montre que l'*électrothérapie* est un agent de *rééducation* permettant de remédier aux troubles *sine materia* de la sensibilité.

Les anesthésies hystériques sont justiciables des différents procédés de révulsion électrique qui permettent de produire des excitations sensitives formidables sans danger pour les téguments et arrivent à procurer au sujet des sensations, alors que tous les autres modes d'excitation ne lui en donnaient pas, puis à démontrer au malade qu'il est capable de percevoir les sensations. D'autre part, il semble bien qu'il y ait dans la plupart des cas un véritable réveil du nerf périphérique, car souvent on est obligé au bout de quelques instants de diminuer l'intensité. Les algies sans lésions matérielles sont également justiciables de ces mêmes applications électriques qui ont les effets de toutes les révulsions, mais qui de plus redonnent au sujet la notion exacte de ce qu'est la douleur. (*A suivre.*)

PRATIQUE MÉDICALE

UN MOYEN ÉNERGIQUE D'ASSÉCHER LES LÉSIONS TUBERCULEUSES

Par M. Attias.

Parmi les symptômes de la tuberculose pulmonaire, l'expectoration a une importance pronostique capitale, aussi faut-il la combattre activement et même s'efforcer de la tarir complètement, si c'est possible.

A notre avis, un tuberculeux qui ne crache pas, ou qui ne crache plus est un malade en bonne voie de guérison ou qui présente, tout au moins, une affection torpide à marche extrêmement lente. Dans ce cas, tarir l'expectoration, c'est modifier d'emblée le pronostic.

Ce n'est pas avec la suralimentation que l'on obtient ce résultat, c'est en agissant directement sur les lésions elles-mêmes, en modifiant à leur niveau, la septicité et la sécrétion bronchique.

Or, il nous a paru qu'à ce point de vue les comprimés de thiocol donnés à dose assez élevée sont bien supérieurs aux térébenthinés et à l'eucalyptol.

Lorsque, en effet, un tuberculeux qui expectore abondamment, absorbe par jour six comprimés, on constate que la sécrétion purulente se fluidifie; la couleur verdâtre de ces crachats s'atténue peu à peu, devient jaunâtre, puis blanchâtre. L'expectoration prend un caractère muco-purulent, puis franchement muqueux et n'adhère plus au vase.

Plus tard, quand on continue la médication mais en élevant la dose, on détermine une amélioration progressive et il est même fréquent de voir disparaître presque complètement l'expectoration des malades qui prennent huit comprimés de thiocol par jour.

L'auscultation pulmonaire, à ce moment, prouve que l'assèchement des lésions se réalise bien, puisque les râles moyens s'atténuent progressivement.

Parfois cependant, il faut continuer longtemps la médication et ce n'est qu'après plusieurs semaines que l'assèchement est obtenu, mais les modifications de couleur et de consistance des crachats s'opère bien plus tôt, et le malade expectore plus facilement, avec une toux beaucoup moins fatigante.

Ce même traitement, ordonné à la première période, avant l'époque du ramollissement, à raison de six comprimés de thiocol par jour, nous a semblé souvent retarder pour longtemps l'apparition des crachats et des râles humides.

Et nous ne parlons pas de l'action du thiocol sur la toux, l'appétit et l'état général, nous nous bornons à constater les transformations qu'il détermine sur la septicité des lésions et sur l'état sécrétoire local.

Nous avons observé maintes fois, en effet, que ce résultat une fois obtenu, une amélioration très nette se produit chez ces malades. Ils augmentent de poids, ils reprennent des forces, leur appétit est bon, et dès ce moment, nous modifions, au moins pour une longue période, notre pronostic. Pouvoir amener chez ces malades un pareil changement local, sans nuire à l'estomac, constitue assurément un grand pas vers la guérison.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE (1)

Méningite tuberculeuse du nourrisson. — La symptomatologie est très vague, ce qui s'explique parce que l'encéphale du nourrisson est imparfait; les symptômes de la méningite tuberculeuse relevant de la réaction de l'encéphale, on n'observe, chez le nourrisson, que des réactions très obscures.

Le début est brusque, marqué habituellement par des *convulsions*; celles-ci sont aussi fréquentes chez le nourrisson que rares plus tard. Mais comme elles sont un phénomène presque banal à cet âge, ou, tout au moins, dépendant de causes très nombreuses, elles ne peuvent faire penser à une méningite tuberculeuse que si l'on observe ensuite quelque autre symptôme de méningite, par exemple torpeur, somnolence, paralysie. L'enfant est dans un état demi-comateux; la nuque est raide, la fontanelle tendue et saillante; on constate parfois des troubles oculaires (strabisme, inégalité des pupilles), de la contracture ou de la paralysie plus ou moins accentuée de la face ou des membres; la fièvre est modérée. Le nourrisson continue à avoir des convulsions et tombe rapidement dans

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 128, p. 1604.

le coma; la mort survient après deux ou trois jours. C'est la *forme éclamptique*.

Quelquefois, le premier symptôme est la paralysie; chez un nourrisson atteint d'une fièvre légère, survient une paralysie plus ou moins complète d'un côté du corps (*forme hémiplégique*); puis apparaissent des convulsions; la nuque devient raide, la fontanelle se tend, l'enfant tombe dans le coma et meurt après quatre ou cinq jours. Escherich a signalé un cas de méningite tuberculeuse du nourrisson, dans lequel le symptôme le plus net avait été la *tétanie*.

Lesage et Abrami ont décrit une *forme somnolente* de la méningite tuberculeuse du nourrisson, qui leur a paru fréquente et dont le diagnostic ne peut être fait que par la ponction lombaire. Cette forme est constituée par l'association de quatre signes : somnolence, fixité du regard, instabilité du pouls et amaigrissement. L'enfant reste assoupi des heures entières, les yeux fixes, atones, les paupières mi-closes; le pouls est instable, variant de fréquence d'une heure à l'autre; le poids du nourrisson baisse progressivement. Les autres signes de la méningite tuberculeuse manquent ou sont peu marqués; seuls, les troubles digestifs sont souvent accusés : vomissements, mais avec diarrhée, symptômes qui font donc plutôt penser à une gastro-entérite. Au bout de six à huit jours, la mort survient dans le coma.

Dans toutes ces formes, les modifications du crâne ont une importance particulière; la fontanelle antérieure est toujours saillante, tendue, elle peut même présenter des battements isochrones au pouls; les veines craniennes sont plus ou moins développées. Parfois, l'hypertension cranienne est si marquée que l'on peut décrire une *forme hydrocéphalique*.

Le diagnostic de ces méningites tuberculeuses des nourrissons est particulièrement difficile; vers intestinaux, dentition laborieuse, gastro-entérites surtout peuvent déterminer des convulsions. Mais l'helminthiase ne s'accompagne pas de fièvre; les accidents de la dentition se reconnaissent à l'examen de la bouche; dans la gastro-entérite, la fontanelle est déprimée. Ici, comme toujours, lorsqu'il s'agit de réactions méningées, on fera une ponction lombaire.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE DES ADULTES. — La méningite tuberculeuse survient alors presque toujours au cours d'une tuberculose confirmée, le plus souvent au cours de la tuberculose pulmonaire. On remarque alors une atténuation des symptômes pulmonaires : toux, expectoration, dyspnée; la toux notamment cesse presque complètement. Si le tuberculeux était atteint de diarrhée, celle-ci disparaît et elle est remplacée par une constipation opiniâtre; cette modification doit donner l'éveil. De même l'apparition de la céphalalgie, chez un phtisique dont les symptômes pulmonaires s'atténuent, est d'un fâcheux pronostic. Céphalée, vomissements, constipation s'accompagnent bientôt de quelques contractions, de signes oculo-pupillaires, de délire doux, parfois entrecoupé d'agitation; on note aussi des modifications du pouls. Et c'est à peu près tout; mais très rapidement le malade meurt dans le coma. La méningite tuberculeuse de l'adulte est beaucoup plus rapide que celle de l'enfant, elle ne dure en moyenne que de trois à huit jours. Si la méningite tuberculeuse survient chez un phtisique déjà cavitaire et cachectique, ses symptômes sont encore plus effacés; la réaction encéphalo-méningée est très minime, quelques vomissements, la somnolence et le coma peuvent indiquer seuls un envahissement terminal des méninges par le bacille de Koch. Dans quelques cas exceptionnels, les contractures dominent et, parmi elles, le trismus; c'est la *forme tétanique*.

Les lésions de la méningite tuberculeuse des adultes prédominent souvent à la convexité; parfois même elles sont localisées pendant une certaine période à une zone de la corticalité. Ces formes anatomo-pathologiques se traduisent cliniquement par la méningite de la convexité et par les méningites partielles. La méningite de la *convexité* a pour symptômes la céphalée, l'agitation et le délire, puis les contractures et convulsions partielles, et enfin les paralysies; pendant les premiers jours, l'agitation et le délire sont au premier plan; alors le malade peut être considéré comme atteint de manie aiguë et conduit dans un asile d'aliénés (*forme délirante*, Chantemesse).

Quand les lésions tuberculeuses atteignent les méninges spinales, les symptômes médullaires peuvent être peu bruyants ou au contraire apparaître les premiers et rester ensuite très intenses; c'est la *forme cérébro-spinale* de la méningite tuberculeuse. Douleurs rachidiennes, contracture des muscles du dos et du tronc, s'accompagnent de raideur des membres inférieurs avec exagération des réflexes, puis de parésie; on note aussi souvent de la rétention d'urine et des érections douloureuses (Chantemesse).

Les méningites tuberculeuses de l'adulte doivent être, comme celles de l'enfant, distinguées des autres méningites et réactions méningées; la forme délirante peut être confondue avec le delirium tremens; les formes aboutissant rapidement au coma doivent être différenciées du coma urémique ou diabétique, des comas toxiques, de l'hémorragie cérébrale, de l'hémorragie méningée. Chez le vieillard surtout, la méningite tuberculeuse est rarement diagnostiquée, car elle ne provoque qu'une réaction très atténuée : céphalalgie, délire tranquille, somnolence ou stupeur.

TUBERCULE MÉNINGÉ. — Il s'agit dans ces cas d'une agglomération de tubercules en un point des méninges, ce qui constitue une sorte de tumeur cérébrale. Pendant une première période, le malade a donc des symptômes de tumeur cérébrale : céphalée, vomissements, vertiges, troubles intellectuels, névrite optique. Souvent la plaque de méningite se trouve au niveau des circonvolutions cérébrales, les envahit ou les comprime; on constate alors des symptômes de localisation, soit d'excitation corticale avec épilepsie jacksonienne, soit de paralysie avec mono ou hémiplégie; on peut voir l'association hémiplégie droite et aphasie. Après un temps variable, de ce tubercule méningé les lésions diffusent et on assiste alors secondairement à une évolution de méningite tuberculeuse; celle-ci est généralement de courte durée.

GRANULIE DES MÉNINGES. — Au cours d'une granulie se traduisant par un état typhoïde, la présence de granulations dans les méninges peut passer cliniquement inaperçue; dans d'autres cas, la constatation d'un peu de raideur de la nuque ou du signe de Kernig, l'existence de quelque phénomène paralytique montrent la participation du système nerveux et des méninges; d'autre part, le malade a, de par la granulie, l'aspect d'un typhique avec les quelques caractères distinctifs habituels de la granulie; c'est la *forme typhoïde* de la méningite tuberculeuse. Le diagnostic ne peut être fait que par les résultats du séro-diagnostic de Widal et de la ponction lombaire.

Dans toutes ces formes cliniques de la méningite tuberculeuse, la ponction lombaire est donc souvent indispensable; en cas de méningite tuberculeuse, le liquide céphalo-rachidien, dont la pression est habituellement augmentée, contient une quantité anormale d'albumine; par l'examen cytologique on trouve une formule lymphocytaire ou à prédominance lymphocytaire; il ne faut pas compter trouver toujours le bacille de Koch dans le culot de centrifugation; par contre, les inoculations au cobaye donnent des résultats positifs presque constants, mais tardifs. Parfois, les divers procédés de diagnostic de la tuberculose pourront être utilement employés, par exemple l'intra-dermo-réaction dès la période prodromique de la méningite tuberculeuse. Toutes ces formes cliniques ont le même pronostic fatal; on a cependant signalé des rémissions, d'une durée assez longue pour qu'on puisse dire guérison, mais seulement dans les cas de tubercules méningés.

BIBLIOGRAPHIE. *Traité de méd.*; *Traité de méd. et de thérap.* — GRANCHER et COMBY. *Traité des mal. des enf.* — HUTINEL. *Les maladies des enfants.* — CHANTEMESSE. Th. de Paris, 1883-1884.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 132. — SAMEDI 20 NOVEMBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 20 NOVEMBRE. 1909. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Après concours, M. Delfour a été nommé chef de clinique chirurgicale et M. Hanns, chef de clinique médicale.

— MM. Michel, G. Gros, Sencert, Hoche, Richon, L. Spillmann, Zilgien et Fruhinsholz, agrégés, sont nommés aux emplois d'assistants de consultations créés à la Faculté.

ASILE D'ALIÉNÉS DE MARÉVILLE. — Le concours ouvert devant la Faculté de Nancy pour trois places d'interne à l'asile de Maréville s'est terminé par la nomination de MM. Gruyer, Contal et Henry.

DIPLOME DE CHIRURGIEN DENTISTE. — Un décret en date du 4 novembre (*Journal officiel*, 18 nov.) fixe les droits à percevoir pour les études, examens, certificats d'aptitude et diplôme en vue du grade de chirurgien dentiste.

PROPHYLAXIE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE. — Le sous-secrétaire d'Etat à la marine vient d'adresser aux préfets maritimes (*Journal officiel*, 17 nov. 1909) une instruction relative à la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale. Cette instruction comprend cinq chapitres :

1° Notions générales, mode de transmission.

2° Prescriptions essentielles à suivre autour du malade à son contact.

3° Recommandations spéciales applicables autour du malade à son contact.

4° Prophylaxie à distance du malade, mesures à appliquer en milieu contaminé ou menacé : *a.* hygiène individuelle; *b.* recherche et surveillance des porteurs sains de germes.

5° Pratique de la désinfection, procédés à employer.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — Le docteur Hudelo commencera, le lundi 22 novembre, et continuera pendant le semestre d'hiver, tous les lundis, à neuf heures du soir, une série de conférences cliniques sur la syphiligraphie et la vénéréologie, à l'hôpital Cochin-annexe (salles de la consultation et du musée).

COURS D'ORTHOPHONIE (252 *bis*, rue Saint-Jacques). — L'ouverture du cours d'orthophonie pour la correction des troubles de la voix et de la parole a eu lieu le 1er novembre.

Ce cours est fait par les professeurs de l'Institut national des sourds-muets de Paris.

Pour les inscriptions et les renseignements, s'adresser au secrétaire du cours, 252 *bis*, rue Saint-Jacques, le jeudi matin, de dix heures à onze heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bouffier (de Marseille).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie met en marche, depuis le 3 novembre, le train de nuit extra-rapide desservant la Côte d'Azur.

Ce train a lieu :

A aller : du 3 novembre au 7 décembre, les mercredis et samedis; du 8 décembre au 30 avril, tous les jours sauf le jeudi; du 1er mai au 14 mai, les lundis, mercredis et samedis.

Au retour : du 5 novembre au 9 décembre, les lundis et vendredis; du 10 décembre au 30 avril, tous les jours sauf le jeudi; du 1er mai au 16 mai, les lundis, vendredis et dimanches.

Trajet de Paris à Nice en quinze heures.

Ce train est composé de grandes voitures de 1re classe à bogies, de lits-salon, d'un salon à deux lits complets, d'un sleeping-car et d'un vagon-restaurant au départ de Paris.

Nombre de places limité.

On peut retenir ses places d'avance moyennant un supplément de 2 francs par place.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Maladies mentales dans l'armée française, par A. Antheaume et Roger Mignot, médecins de Charenton. (Bibliothèque moderne des sciences médicales.) In-12 de 253-xv pages avec 13 tableaux. — Prix : relié toile, 4 francs. — Paris, H. Delarue.

Diagnostic et traitement des maladies du nez, par le docteur Garel, médecin des hôpitaux de Lyon. Troisième édition, in-8 avec 145 figures et 4 planches. — Prix : cartonné, 7 francs. — Paris, Vigot frères.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA MALADIE DE PARKINSON

(PATHOGÉNIE — THÉRAPEUTIQUE) [2]

Par M. L. ALQUIER.

III

LÉSIONS DES GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE. THÉORIE PARATHYROÏDIENNE. — Voici déjà longtemps que divers auteurs, avec Mœbius, Lundborg, etc., ont songé à rapporter la maladie de Parkinson à une origine thyroïdienne. En effet, disent-ils, certains symptômes de la maladie de Parkinson se rencontrent également dans les affections thyroïdiennes : tremblement, troubles vaso-moteurs, œdèmes, etc. On a même signalé l'association de la maladie de Parkinson au myxœdème (V. *Gaz. des hôpit.*, 1903, p. 719) ou à la sclérodermie pour laquelle, on le sait, l'origine thyroïdienne est discutée. A cet égard, le cas de Luzzato (3) est très remarquable : la rigidité et le tremblement des membres supérieurs apparurent, en même temps que l'épaississement de la peau, les deux ordres de symptômes s'atténuèrent ensemble, sous l'influence du traitement arsenical, pour redevenir ensuite simultanément progressifs.

Dans le même ordre d'idées, Vincent a rapproché la maladie de Parkinson du rhumatisme chronique dont les relations avec le thyroïde sont aujourd'hui à l'ordre du jour. Cette association morbide s'affirme parfois, par exemple chez le malade de Spiller (4), qui attribue la crépitation des genoux, les déviations et la rigidité du rachis, les déformations des pieds et des mains, l'atrophie musculaire, non à une arthrite déformante, mais estime qu'ils indiquent la relation morbide entre les deux affections.

Au contraire des auteurs précédents, Catola, tout en remarquant que les lésions musculaires décrites par certains, dans la maladie de Parkinson, se rapprochent de celles constatées dans la maladie de Basedow, objecte la rareté des signes d'hyper ou d'hypothyroïdie chez les parkinsoniens.

Quant à l'état anatomique du corps thyroïde, Castelvi (5), dans deux observations de parkinsoniens, l'a trouvé une fois kystique, l'autre fois sclérosé et ne pesant que 9 grammes.

Si j'en crois mes constatations personnelles, l'état du thyroïde est des plus variables. Dans ma thèse, je consignais les poids de 16, 20 et 45 grammes avec structure à peu près normale. Dans les cinq autopsies actuelles, une seule fois (obs. III) le thyroïde est à peu près normal, macro et microscopiquement. Son poids est de 21 grammes dans le cas 1, de 80 dans le cas 5, les 2 et 4 n'ont pas été pesés, ils étaient plutôt volumineux.

(1) Reproduction interdite.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, nº 129, p. 1611.

(3) LUZZATO. *Il Morgagni*, 1904, pp. 752-774.

(4) SPILLER. *Univ. of Penn. med. Bull.*, 1904, pp. 98-103.

(5) CASTELVI. *Riv. d. med. y cir. prat.*, Madrid 1903.

Dans ces quatre cas existait une sclérose des plus nettes, avec nombreuses vésicules étouffées par elle; même aux points où manque la sclérose on trouve de nombreuses vésicules petites, à épithéthélium cependant peu élevé. La colloïde est peu abondante, souvent pâle, se colorant mal; çà et là existent de très grandes vésicules supérieures à la normale, pleines de colloïde dense et bien colorée. En rapprochant ces particularités d'autres cas et en les comparant avec les résultats fournis par l'expérimentation, je serais tenté de penser plutôt à l'hypofonction. Tout récemment, MM. Parhon, Dumitresco et Nissipesco (1) ont dosé l'iode et le phosphore du thyroïde dans 2 cas de maladie de Parkinson. Ces auteurs ont conclu que les variations de l'iode et du phosphore se maintiennent dans des limites normales; le fonctionnement du thyroïde ne paraît pas responsable de la maladie de Parkinson.

L'opothérapie thyroïdienne a été tentée par Castelvi, d'après lequel elle atténue le tremblement et les sueurs. Je l'ai essayée plusieurs fois sans autre résultat que l'aggravation de ces symptômes.

Plus importante semble aujourd'hui la théorie parathyroïdienne que l'on doit surtout à Berkeley (2). Cet auteur, assimilant la rigidité et le tremblement aux troubles causés par la parathyroïdectomie, a essayé l'opothérapie parathyroïdienne. Rapidement convaincu de l'inefficacité des préparations commerciales, il a préparé lui-même un extrait de la façon suivante : les parathyroïdes de bœuf recueillies aseptiquement et isolées dans de la glace sont pressées entre deux enveloppes de gaze, hachées à l'aide d'une machine flambée, triturées dans un mortier aseptique avec un excès de lactose, après addition de 1 p. 100 d'acide borique et de quelques gouttes d'essence de menthe; elles sont réparties en capsules dont chacune contient la quantité correspondante à 3 centigrammes de glande fraîche. Il en fait ingérer de 3 à 5 par jour, on injecte une demi-capsule par jour (l'injection très douloureuse peut provoquer des thromboses). Les capsules peuvent se conserver six semaines dans la glace, l'amélioration peut se faire attendre jusqu'à six semaines; une fois qu'elle est obtenue, il faut continuer longtemps à petites doses.

Voici maintenant les résultats : sur 30 malades, 2 refusèrent de continuer le traitement, 2 ne donnèrent pas d'indication sur leur état, 5 n'eurent aucune amélioration, 3 n'eurent qu'une amélioration temporaire. Au contraire, les 18 autres obtinrent une amélioration progressive pendant toute la durée du traitement: elle porta sur les douleurs, la rigidité, la salivation; le tremblement devint moins intense ou disparut ainsi que l'agitation et l'insomnie, les malades peu avancés réagissant plus rapidement que les autres. Un homme de cinquante-cinq ans atteint d'une forme rapide, agité, sans sommeil ni repos, a obtenu en trois semaines une amélioration qui se poursuit depuis vingt et un ans, il a pu reprendre son travail.

(1) PARHON, DUMITRESCO et NISSIPESCO. *Journ. de neurol.*, 5 juin 1909.

(2) BERKELEY. *New-York med. Journ.*, 2 déc. 1905 et 23 nov. 1907.

J'ai essayé l'opothérapie parathyroïdienne de différentes façons : d'abord en recueillant aussi aseptiquement que possible les parathyroïdes internes des corps thyroïdes de mouton qui étaient livrés par la boucherie à la Salpêtrière. Rapidement, il m'a fallu renoncer à cause du mauvais état des thyroïdes. Les parathyroïdes étaient broyées dans une petite quantité de sérum physiologique additionné de 1 p. 100 d'acide phénique, l'injection faite sous la peau, le jour même. Un malade a reçu, en six semaines, une dizaine d'injections correspondant chacune à six parathyroïdes, puis, progressivement, jusqu'à douze. Elles étaient suivies d'une détente dans son état durant les deux jours qui suivaient chaque injection. Je me suis ensuite adressé à la « parathyroïdine Vassale » préparée par l'Institut opothérapique de Milan, enfin, à la poudre de parathyroïdes de cheval préparée par Hallion et Carrion, répartie en cachets contenant chacun un milligramme de tissu glandulaire. C'est cette préparation que j'emploie maintenant exclusivement et que je recommande. L'ingestion me paraît bien préférable à l'injection, en raison des effets, parfois violents, qu'on obtient chez certains malades au début du traitement.

Dès le premier cachet, plusieurs de mes malades ont éprouvé des malaises parfois inquiétants, bouffées de chaleur, rougeur de la face, malaises angoissants.

Aussi, est-il, à mon avis, nécessaire de tâter la susceptibilité de chaque sujet et de commencer par un seul cachet par jour, pendant quatre jours, avec ensuite trois jours de repos; l'accoutumance se produit vite et on arrive aisément à la dose thérapeutique, qui, je crois, est de trois par jour, avec un ou deux jours d'interruption par semaine. Il faut surveiller les réactions vaso-motrices et suspendre momentanément le traitement lorsqu'elles s'exagèrent.

Lorsque l'amélioration semble avoir atteint son maximum, il est bon de ne continuer l'opothérapie qu'à petites doses (1-2 cachets seulement par jour), car les malades finissent parfois par accuser une sensation d'affaiblissement musculaire. Il ne faut pas oublier que la myasthénie a été attribué à l'hyperfonctionnement des parathyroïdes (1).

J'ai appliqué de la sorte l'opothérapie parathyroïdienne à un certain nombre de parkinsoniens, dont six ont été suivis pendant assez longtemps pour permettre d'apprécier les effets du traitement.

Voici le résumé de ces observations :

1. Femme de soixante-neuf ans, atteinte d'un tremblement typique depuis deux ans, avec attitude classique et rigidité, surtout à gauche où elle éprouve des douleurs aux insertions musculo-tendineuses. Réflexes tendineux vifs aux quatre membres, surtout à droite.

Elle a dû prier une amie de venir l'habiller, se fait aider pour monter son escalier, à cause de la rigidité, et craint toujours de tomber (ébauche de pulsion). Tension artérielle : 18 au Potain. En cinq semaines, la rigidité était à peu près complètement disparue, les muscles avaient repris leur souplesse au palper et les réflexes tendineux étaient redevenus normaux. En même temps, les mouvements redevenaient plus agiles, la crainte de chute disparaissait, la malade recommençait à se peigner et s'habiller seule, et dit ne plus souffrir.

La dose ayant été ramenée de trois à un cachet par jour, au bout d'un mois les réflexes étaient redevenus vifs et la rigidité reparaissait, du côté gauche, au palper.

Une nouvelle augmentation de la dose ramena une nouvelle phase d'amélioration, la malade en est actuellement au quatrième mois du traitement. La pression artérielle n'a pas varié, non plus que le tremblement, qui est la seule chose qui l'incommode actuellement.

2. Il s'agit du malade présenté en 1905 à la Société de neurologie, à cause des troubles bulbaires qui avaient marqué le début de la maladie. Il fut ensuite traité par le professeur Erb qui avait porté un sombre pronostic en raison des troubles bulbaires. En octobre 1907, ceux-ci consistaient en gêne considérable de la phonation qui se réduit à un marmottement faible, monotone, inarticulé. Les mouvements des lèvres, de la mâchoire, de la langue qui est volumineuse, sont très difficiles, lents. La bouche est entr'ouverte, la tête fléchie en avant, l'écoulement de salive est continuel. Les mouvements des yeux sont lents, avec un peu de latéropulsion oculaire, le tremblement agite les lèvres, les joues, la langue. Il ne semble pas y avoir de paralysie ni d'atrophie des muscles bulbaires, mais simplement une rigidité qui s'accompagne de dysphagie, surtout pour les liquides. Le réflexe massétérien est normal. On trouve, en outre, du côté droit, un tremblement caractéristique agitant les membres, surtout le supérieur, avec un peu de raideur et l'abolition des réflexes tendineux qui sont vifs du côté opposé, encore indemne. Attitude du tronc et de la tête en demi-flexion. Il se plaint uniquement des troubles bulbaires et n'éprouve que quelques douleurs erratiques aux insertions musculo-tendineuses. Pression artérielle : 17 au Potain. Artério-sclérose légère, avec léger galop au cœur gauche ; l'analyse d'urines montre un léger degré de rétention chlorurée. Divers traitements ont été institués, seule, l'hyoscine en injections agit, à cause de la sécheresse de la gorge qu'elle détermine, mais chaque injection est suivie de petits signes d'intoxication.

Depuis, la maladie a suivi la progression habituelle; maintenant, c'est un grand parkinsonien avec rigidité très accusée et tremblement plus atténué.

La rigidité a progressé par poussées et, à chaque phase d'accroissement, j'ai constaté l'exagération des réflexes tendineux correspondant aux muscles où la rigidité augmentait. Chaque pas en avant de la maladie a été annoncé par un amaigrissement qui, pour l'été de 1908, atteignait 5 kilogrammes. La poussée qui a suivi fut particulièrement intense.

(1) Lundborg. Rôle des parathyroïdes en pathologie humaine. *Deutsche zeit. f. nerv.*, t. XXVII, 1904.

Depuis deux ans, ce malade a été soumis à l'opothérapie parathyroïdienne, d'abord par la parathyroïdine Vassale, puis par les cachets de Carrion. Chaque fois, l'amélioration a été manifeste, la rigidité diminuait au palper, les mouvements devenaient plus souples, plus rapides, ce qui permet au malade de reprendre en partie ses occupations habituelles. Malheureusement, de temps à autre, se produit une poussée de rigidité que le traitement est impuissant à empêcher. Puis, survient une nouvelle amélioration (ce qui n'est guère dans les allures habituelles de la maladie). De plus, l'exagération des réactions vaso-motrices et même des crises de fatigue cardio-vasculaire qui ne sont peut-être imputables ni à la maladie de Parkinson, ni à l'opothérapie, obligent, de temps à autre, à interrompre le traitement.

Fait digne de remarque, tous les symptômes bulbaires se sont toujours améliorés parallèlement à la rigidité, la voix redevenait plus nettement articulée, la déglutition meilleure et le ptyalisme moins intense.

Dans trois autres cas, il s'agit de malades plus avancés, chez lesquels l'effet de l'opothérapie a été le même : atténuation de la rigidité, tremblement peu ou pas modifié. Dans deux de ces cas, l'amélioration n'a été que transitoire et le traitement dut être abandonné. Enfin, la septième malade a été soumise pendant six mois à l'opothérapie parathyroïdienne, sans résultat appréciable.

Quel est l'état anatomique des parathyroïdes? Nous n'avons, jusqu'à présent, que les examens de Thompson et de Camp. Le premier (1), dans neuf autopsies, a comparé les parathyroïdes avec celles de sujets morts d'autres affections.

Il en trouve de trois à cinq par sujet, le volume semble un peu diminué; deux fois, le tissu interstitiel était un peu hypertrophié; une autre fois, la graisse était particulièrement abondante; les six autres cas ont été négatifs. Mais, dit-il, il peut n'y avoir qu'une simple perturbation fonctionnelle.

Camp, dans deux cas, trouve de l'infiltration graisseuse et de la colloïde dont la présence, d'après Welsch, indiquerait une lésion dégénérative.

Lors de ma communication à la Société de neurologie, en juillet 1909, M. Roussy annonça qu'il avait trouvé de gros amas colloïdes dans deux cas qu'il doit publier ultérieurement.

J'ai pu étudier les parathyroïdes dans mon observation IV. J'en ai trouvé cinq, dont une, qui me paraît cependant bien authentique, intra-thyroïdienne. La masse du tissu glandulaire paraît suffisante malgré l'abondance, certainement plus grande que normalement, des vésicules graisseuses interstitielles. Je n'ai vu qu'une seule espèce de cellules, petites, à noyau sombre, dense, à protoplasma peu abondant, très faiblement basophile, sans produit de sécrétion décelable par l'hématéine-éosine. Cet aspect est l'inverse de ce que j'observais après ablation d'une ou de plusieurs parathyroïdes chez le chien, dans les glandules laissées en place [v. fig. 4] (2).

(1) THOMPSON. *The Journ. of the med. res.*, 1906, p. 399-423.

(2) ALQUIER. *Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, 1907, p. 210.

Signalons brièvement les essais d'opothérapie hypophysaire de Parhon et Brochin, et d'Arthur Delille (1). Chez les deux malades qu'a traités ce dernier, la sudation, la soif, la sensation de chaleur furent rapidement améliorées ainsi que l'agitation et un peu le tremblement, le pouls diminuait de 20-25 pulsations, la tension montait de 14 et 16 à 21 au Potain. A l'autopsie d'une parkinsonienne de soixante-dix ans, Parhon et Goldstein ont trouvé les éosinophiles et les cyanophiles en nombre presque égal, avec très peu de chromophobes, les capillaires étaient dilatés, j'ai constaté un aspect analogue dans mon observation II, les cyanophiles étaient augmentés et les éosinophiles peu volumineux dans les cas I, IV et V ; structure à peu près normale dans l'observation III avec poids de 0g90.

Ajoutons enfin que les surrénales, plutôt en hyperplasie dans nos deux premiers cas, plutôt en hypoplasie dans les deux suivants, sont sclérosées et en hypoplasie dans le cinquième; l'ovaire est simplement sénile dans tous, l'aspect du pancréas variable sans lésions nettes.

Tel est, à l'heure actuelle, l'état de nos connaissances touchant la pathogénie de la maladie de Parkinson. Aux partisans d'une localisation dans le névraxe, l'anatomie pathologique ne montre pas la lésion constante, suffisante pour expliquer les symptômes qu'ils recherchent principalement dans le mésencéphale. Par contre, elle montre, dans la grande majorité des cas, des altérations diffuses de tout le névraxe, analogues à celles qu'on rencontre chez les sujets qui ont subi des infections ou intoxications chroniques, chez les brightiques, les hépatiques anciens. Or, on ne trouve en général pas de lésions viscérales bien intenses, et la clinique et l'étiologie montrent l'absence fréquente d'intoxications exogènes et d'affections viscérales chez les parkinsoniens. C'est ce qui justifie la théorie parathyroïdienne, qu'on ne peut guère discuter à l'heure actuelle, au point de vue anatomique, vu l'insuffisance de nos connaissances relativement à ces glandes. Notons en passant que cette théorie est compatible avec l'existence de lésions nerveuses et musculaires, les accidents et les lésions consécutifs à la parathyroïdectomie en font foi. D'autre part, il faut bien reconnaître que l'ablation accidentelle des parathyroïdes chez l'homme au cours des opérations sur la thyroïde n'a pas encore déterminé la maladie de Parkinson. Quoi qu'il en soit, nous devons être reconnaissants à la théorie parathyroïdienne d'avoir conduit à une thérapeutique plus efficace, chez certains malades, que tous les moyens employés jusqu'à elle.

Les lésions musculaires me paraissent tardives et peut-être secondaires. Il serait important de mieux connaître l'état des fuseaux neuro-musculaires dans la maladie de Parkinson.

Nous sommes moins désarmés, au point de vue thérapeutique, grâce à l'opothérapie parathyroïdienne à laquelle on peut tenter, peut-être dans certains cas, d'associer l'opothérapie hypophysaire,

(1) Arthur DELILLE. Th. de Paris, 1909.

ce que j'ai essayé de faire, sans grand résultat, jusqu'à présent. Le meilleur sédatif du tremblement est à mon avis la belladone (1 centigramme de poudre pour une pilule avec 5 centigrammes de poudre de jusquiame et 1/10 de milligramme de bromhydrate d'hyoscine ou de scopolamine, au cas où la sédation est difficile à obtenir. Prescrire quatre à six de ces pilules par jour). Il ne faut jamais oublier que beaucoup de parkinsoniens sont très sensibles à l'action des médicaments qui s'accumulent volontiers et donnent aisément des signes d'intolérance; c'est pourquoi il est bon de laisser un jour ou deux, quand cela est possible, de repos par semaine. C'est également pour cette raison que les injections sont peu à recommander. Les bains chauds, la mécanothérapie restent de très utiles adjuvants, sédatifs de l'agitation, des douleurs et des troubles vaso-moteurs.

Enfin, j'ai à plusieurs reprises insisté sur ce fait que, bien souvent, les poussées de la maladie sont accompagnées ou même précédées de véritables crises d'amaigrissement, sans cause apparente et s'atténuent fréquemment dès que la santé s'améliore. A ces moments, les arsenicaux m'ont toujours donné d'excellents résultats, en particulier l'arséniate de quinine qui agit en outre favorablement sur les troubles vaso-moteurs.

Notons, en terminant que, chez une parkinsonienne avancée, actuellement hospitalisée à la Salpêtrière, le docteur Claude (1) a pu obtenir par quelques bains de boue radifère, un effet calmant remarquable, sur la rigidité et le tremblement, avec amélioration de la motilité.

(1) Octave CLAUDE. *Arch. gén. de méd.*, 1909, p. 521.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1909)

Tumeurs solides de l'ovaire. — M. ROUTIER, à propos de la présentation faite dans la dernière séance par M. Souligoux, rapporte l'observation d'une malade qui était atteinte d'une tumeur solide de l'abdomen. On pensa à un fibrome utérin. A deux reprises cette malade fut prise de crises extrêmement douloureuses. M. Routier, après l'avoir examinée et porté le diagnostic de fibrome sous-péritonéal, conseilla l'opération. Celle-ci fut pratiquée quelques jours après : à l'ouverture du ventre, M. Routier donna issue à un liquide ascitique séro-sanguinolent. Il craignait alors de découvrir une tumeur maligne. Il n'en était rien. Il s'agissait bien réellement d'un fibrome. En cherchant à saisir le fibrome pour l'extérioriser et l'enlever, on vit qu'il ne tenait par aucun pédicule. Il était libre dans la cavité abdominale. Il n'y eut pas d'hémorragie; il examina aussitôt l'utérus qui n'avait rien. Les annexes gauches étaient saines; les annexes droites étaient très hypertrophiées et allongées, il y avait un kyste près de l'ovaire et celui-ci était aplati; on y voyait très bien le point d'implantation du fibrome qui s'en était détaché spontanément, car l'arrachement semblait déjà ancien. Il s'agissait d'un fibrome de l'ovaire, qui probablement après deux tours de torsion sur lui-même s'était séparé de son pédicule et avait donné lieu à l'ascite sanguinolente constatée à l'ouverture de l'abdomen.

Vésiculectomie. — M. MARION fait observer qu'un seul membre a pris la parole après sa communication; c'est M. Legueu, avec lequel il se trouve d'accord à peu près sur tous les points. Toutefois, M. Marion aurait quelque tendance à se montrer moins restreint que M. Legueu pour les indications de cette opération.

Angiome des os. — M. AUVRAY rappelle l'intéressante communication de M. Morestin sur ce sujet. Il rapporte l'observation d'un homme de cinquante six ans qui, en 1904, fut atteint dans le service de M. Widal, à Cochin, de douleurs très vives dans les membres supérieurs. On crut à un rhumatisme. Ce malade fut envoyé en convalescence à Vincennes où il se fit une fracture de l'extrémité inférieure du fémur. Il revint à Cochin où sa fracture fut traitée, sans opération, par M. Duval. Il garda un appareil plâtré soixante-dix-neuf jours. M. Marion vit plus tard ce malade, à la Charité, sa fracture n'était pas consolidée. Il présentait à la partie inférieure du fémur une tumeur pulsatile, animée de battements. Le malade refusa l'amputation; une tumeur semblable apparut sur le fémur opposé. Le malade se cachectisa. Il fut envoyé à Villejuif, dans le service de M. Marie, où il succomba et M. Marie put faire son autopsie.

M. Cornil, après avoir examiné ces tumeurs conclut, après quelques réserves, à un angiome caverneux pur. M. Marie ne partageait pas cet avis. A l'autopsie, M. Marie trouva un épithélioma du rein qui s'était généralisé et avait donné lieu à ces deux tumeurs fémorales. Il s'agissait donc, non d'angiomes, comme l'avait cru Cornil, mais d'épithélioma généralisé.

Empalement. Plaie d'intestin. Entéroraphie. Péritonite. Entérostomie. Septicémie. Bains froids. Guérison. — M. PAUCHET (d'Amiens) rapporte l'observation suivante :

Fillette de huit ans, empalée sur le montant d'une barrière. L'agent vulnérant déchire la cloison recto-vaginale, pénètre dans le rectum, puis dans l'abdomen. Après l'accident, choc très marqué, défense abdominale. Injections sous-cutanées d'eau salée et de sérum antitétanique. Le lendemain, dix-sept heures après l'accident, ventre légèrement ballonné, facies abdominal, vomissements verts, pouls 140, température 38 degrés. Laparotomie médiane, plan incliné. La portion sus-ombilicale de la cavité abdominale est saine. Sa portion sous-ombilicale et le bassin sont souillés de couennes péritonitiques, de sérosité louche et de matières. Deux lésions sont constatées : perforation du rectum au niveau du Douglas, là où a pénétré le corps étranger; déchirure du côlon pelvien comprimé par l'agent vulnérant contre le promontoire. Le côlon est suturé. La plaie du rectum dans le Douglas est trop contuse pour être suturée. Un gros drain est introduit dans le Douglas, puis dans le rectum après avoir traversé la perforation. L'extrémité inférieure sort par l'anus ou plutôt par la plaie ano-vaginale. L'extrémité supérieure est suturée à la face postérieure de l'utérus. Le bassin est cloisonné en suturant le côlon pelvien à la vessie, comme après une hystérectomie abdominale. Anus iliaque gauche pour dériver les matières. Pas d'émission de gaz pendant quarante-huit heures. Entérostomie à droite, débâcle. Infection générale, température 40 degrés. Bains froids, succès immédiat. Température reste à 37 degrés. Le drain rectal est supprimé au bout de dix jours. La malade est réopérée un mois après l'accident; fermeture de l'anus contre nature; restauration de l'anus et du périnée; le soir de l'opération, température 41°2, vérifiée trois fois; teint plombé, pouls incomptable, état général grave. Bains froids à deux reprises, température 37°4, sommeil, convalescence rapide. La septicémie a eu probablement comme point de départ le vagin qui avait été inoculé le jour

de l'accident et n'avait pu être désinfecté par suite de l'étroitesse de la vulve.

Cette communication est intéressante pour les trois raisons suivantes : 1° elle indique les lésions abdominales consécutives à l'empalement; 2° elle montre le rôle efficace de l'entérostomie dans les formes paralytiques de la péritonite; 3° le rôle favorable des bains froids dans les infections chirurgicales graves.

M. Quénu se demande si l'intervention à laquelle a eu recours, dans ce cas, M. Pauchet, n'a pas été un peu trop compliquée. Il eût peut-être suffi de réunir les deux bords de la plaie rectale sans détourner préalablement le cours des matières par un anus artificiel.

Quant aux bains froids, qui ont donné un si remarquable résultat à M. Pauchet, M Quénu fait des réserves et rappelle qu'ils n'ont pas toujours donné d'aussi bons résultats.

M. Reynier partage l'avis de M. Quénu.

Kystes hydatiques du foie. — M. Quénu fait un rapport sur deux observations de M. Dujarier relatives à deux cas de kystes hydatiques du foie traités par l'ablation suivie d'une injection de solution formolée et d'une réunion sans drainage. Les deux malades ont très bien guéri.

Traitement chirurgical de la sacro-coxalgie. — M. Robert Picqué fait une très intéressante communication sur ce sujet. Nous y reviendrons.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 12 novembre 1909 [*fin*])

Le salicylate de soude contre le coryza et l'amygdalite aiguë — M. A. Courtade. Le salicylate de soude, pris à l'intérieur, arrête net le rhume de cerveau quand il est administré dans les vingt-quatre ou trente-six heures après le début de l'affection; si on laisse passer la première période, il soulage le malade et abrège la durée de la maladie, mais ne l'enraye pas.

Dans les affections inflammatoires de la gorge, le salicylate de soude calme rapidement la dysphagie et peut même arrêter la marche de la maladie s'il est pris au début.

L'état sanitaire des prostituées dans les maisons de tolérance. — M. Butte constate que, depuis une dizaine d'années, des cas de syphilis chez les filles de maison ont diminué dans des proportions considérables.

La morbidité syphilitique chez ces filles approche en effet de zéro.

Il conclut que, tout en affirmant que la maison de tolérance, si haïssable qu'elle soit, est néanmoins quand elle est bien surveillée, une des formes de la prostitution qui présente le minimum de nocuité, il tient à déclarer que pas plus que la pommade au calomel, la maison close ne met à l'abri de la syphilis et qu'on ne saurait trop mettre les jeunes gens en garde contre les dangers qu'ils peuvent y courir.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la dermatite par bois de satin, une anaphylaxie de la peau. (Wechselmann. *Deuts. med. Woch.*, 12 août 1909, n° 32, p. 1389.) — Un menuisier de cinquante ans ayant commencé un travail en bois de satin fut pris au bout de huit jours de quelques démangeaisons aux avant-bras; quinze jours après le début de son travail survint brusquement au niveau des avant-bras et du visage une dermatite d'une violence extrême caractérisée par de la tuméfaction, une rougeur érysipélateuse, avec formation de vésicules puis de croûtes peu épaisses. Après trois semaines de repos et de soins, il recommença à travailler à la même place, mais avec d'autres bois. L'éruption reprit et le malade dut entrer au Rudolf Virchow Krankenhaus à Berlin.

Wechselmann pensa à une dermatite due au bois de satin, d'autant plus que cette affection a été signalée par Jones, Gardiner et Oppenheim, et qu'elle ne serait pas rare chez les ouvriers qui manient cette espèce de bois.

Pour se convaincre de l'action de ce bois chez son malade, après l'atténuation des accidents, il râpa du bois de satin et appliqua une parcelle de la poudre de bois sur la joue du sujet Presque immédiatement survint du prurit qui aboutit à une violente poussée de dermatite avec phlyctènes et croûtes. Des poudres d'autres bois restèrent sans action.

Le bois de satin provient d'une rubacée de la Jamaïque, *fagara flava* de Krug Urban. De son bois, Maurou Auld et Lœb ont pu extraire une huile, et une très petite quantité d'un alcaloïde.

Wechselmann ayant éprouvé l'action de l'huile et de l'alcaloïde chez son malade a vu que l'alcaloïde semblait être la substance active, et cela à doses infinitésimales. Il rapproche cette dermatite de la dermatite causée par les primevères.

Wechselmann insiste sur ce fait que dans tous les cas de dermatite par bois de satin les accidents ne sont survenus qu'après une période d'incubation assez longue, bien que souvent dès les premiers jours les ouvriers aient le visage et les bras couverts de poussière de ce bois; de plus, quelques ouvriers seulement parmi ceux qui le manient présentent des accidents.

C'est pourquoi il tend à considérer cette dermatite comme un phénomène d'anaphylaxie; bien des arguments plaident en faveur de cette hypothèse : temps d'incubation, action de doses infinitésimales de bois, réapparition des accidents cutanés aux mêmes endroits, comme si l'intoxication frappait de préférence des points hypersensibilisés.

Le point curieux est que ce soit un alcaloïde qui puisse créer l'anaphylaxie; c'est là une éventualité nouvelle. Il se pourrait aussi que la substance active soit différente et soit seulement en combinaison avec l'alcaloïde. A. Lemierre.

Histogénèse des processus de cirrhose hépatique. (Noël Fiessinger. Th. de Paris, 1908; A. Maloine, édit.) — La pathogénie ou l'histogénèse des cirrhoses sont encore mal connues et par conséquent discutées; d'après certains auteurs, l'altération des cellules hépatiques est primitive; pour d'autres, elle est secondaire à la cirrhose. M. Fiessinger a entrepris, pour chercher à résoudre cette question, des recherches très bien conduites d'histologie expérimentale et pathologique; voici les principales conclusions de ce remarquable travail.

Chacune des deux théories (interstitielle et parenchymateuse) correspond à des faits d'observation réelle; cependant la précession de l'atteinte cellulaire sur la réaction fibreuse paraît une règle d'une constance presque absolue. La précocité des lésions parenchymateuses est une conséquence de la fragilité cellulaire; en effet, la cellule hépatique est d'une fragilité remarquable à l'égard de toute modification de la tension osmotique des milieux qui le baignent et à l'égard de toute action toxique ou infectieuse.

Cette fragilité se traduit par des altérations extrêmement précoces, affectant le type de la dégénérescence granuleuse acidophile; si l'intoxication se répète, les cellules atteintes se résorbent et, au niveau des foyers touchés, se développe une réaction fibreuse, début de la cirrhose.

La formation du tissu fibreux a lieu suivant quatre processus : biliaire, vasculaire, cicatriciel et péricellulaire; seul le processus vasculaire est parfois indépendant de toute atteinte parenchymateuse; dans tous les autres cas, on constate la précocité de l'atteinte cellulaire et l'évolution du tissu fibreux au niveau des foyers cellulaires atteints.

De plus, les altérations cellulaires semblent aider, dans une certaine mesure, l'apparition d'une réaction conjonctive, car toute cellule altérée, en voie de résorption, devient une source d'intoxication ; elle fait passer, dans la circulation, des anticorps hépato-toxiques qui provoquent une réaction interstitielle. L'étude histologique et expérimentale des cirrhoses montre donc une continuelle répercussion des altérations cellulaires ou interstitielles les unes sur les autres.

LÉON BABONNEIX.

CHIRURGIE

Thyroïde aberrante. (Bertram Charles CUSHWAY, *Ann. surg.*, vol. XLIX, nº 1, janv. 1909, p. 56-59.) — Il n'y a que seize cas de thyroïdes aberrantes publiés depuis 1857. Cela ne veut pas dire que ces glandes soient si exceptionnellement rares, cela veut probablement dire qu'on les méconnaît, et cela pour plusieurs raisons : d'abord, souvent elles n'ont pas d'histoire clinique, ensuite leur aspect macroscopique ne rappelle guère celui du tissu thyroïdien; quelquefois même, on ne trouve histologiquement de véritable tissu thyroïdien qu'en une partie de la petite tumeur. Pour tous ces motifs, il est probable que mainte thyroïde aberrante, et examinée superficiellement à l'œil nu, a été étiquetée ganglion lymphatique.

Dans le cas personnel ici relaté, il s'agissait d'une tumeur de la région cervicale gauche de la grosseur d'un œuf d'oie. A l'opération, on trouva la tumeur solide au niveau de la corne de l'hyoïde reposant sur les vaisseaux munie de prolongements s'étendant jusqu'à la capsule de la thyroïde. Elle était d'une couleur grise rappelant celle des sarcomes. L'examen histologique fut concluant.

Il y a lieu de faire entrer ces tumeurs en ligne de compte dans le diagnostic des tumeurs du cou. Le diagnostic peut être impossible sans l'aide du microscope, mais les faits suivants doivent orienter l'esprit vers la possibilité d'une tumeur de ce genre :

Tumeur située dans les triangles antérieurs ou latéraux du cou ;

Tumeur augmentant de volume pendant les périodes menstruelles;

Tumeur premièrement notée ou commençant à se développer au moment de la puberté;

Tumeur plus commune chez les femmes;

Accroissement généralement lent et sans symptômes, à moins de dégénérescence kystique.

Il est intéressant d'étudier le rôle de suppléance de ces glandes dans les maladies du corps thyroïde, ce qui n'a été fait que très incomplètement jusqu'ici.

F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Le Diabète sucré (1), par R. LÉPINE, professeur de clinique médicale à l'Université de Lyon, correspondant de l'Institut, associé de l'Académie de médecine.

Ce livre est le résultat de vingt années d'observations et de pratique médicale, d'expériences de laboratoire et de cliniques médicales faites à l'Université de Lyon. L'auteur a tenté à nouveau une synthèse du diabète et, à l'exemple de Claude Bernard et suivant sa méthode, il a soigneusement étudié la glycémie. Il a également introduit quelques précisions sur la glycogénie et sur la glycolyse que ses derniers travaux sur le sucre virtuel ont absolument transformée. Il a étudié aussi les glycuries; chacune d'elles ayant, en quelque sorte, sa pathogénie propre, son examen jette des clartés sur certaines variétés de diabète.

Au point de vue pratique, M. Lépine s'est attaché à montrer qu'en général, et quand il n'est pas compliqué d'acétonémie grave, le diabète est guérissable à la condition, toutefois, qu'on le traite hygiéniquement, médicalement, quelquefois même empiriquement; le traitement du diabète sucré et de ses complications, avec le cortège habituel des indications sur la marche, la durée, la terminaison, le diagnostic et le pronostic de la maladie, clôt cet important ouvrage que consulteront avec profit tous ceux qui s'intéressent à la question du diabète.

L. GAYARD.

(1) In-8 de IX-704 pages. — Prix : 16 francs. — Paris, F. Alcan.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 NOVEMBRE AU 4 DÉCEMBRE 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 29 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Legry et Marcel Labbé ; — (2e série) : MM. Gaucher, Sicard et André Jousset; — M. Lœper, suppléant.

Mardi 30 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Lenormant et Lecène; — (2e partie) : MM. Raymond, Jeanselme et Claude ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 1er décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

4e : MM. Pouchet, Brissaud et Macaigne; — M. Langlois, suppléant.

Jeudi 2 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Morestin.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 3 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Hartmann, Proust et Ombrédanne ; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 4 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Alb. Robin, Rénon et Castaigne; — (2e série) : MM. G. Ballet, Gouget et Nobécourt.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin ; — M. Launois, suppléant.

THESES

Mercredi 1er décembre, à une heure. — M. PANOU. De la leucorrhée du moignon cervical après l'hystérectomie supravaginale. (MM. Segond, président ; Delbet, Gosset et Pierre Duval.) — M. VALLON. Contribution à l'étude des ostéosarcomes du péroné. (MM. Segond, président; Delbet, Gosset et Pierre Duval.) — M. TRANÇON. De l'extirpation transanale du rectum cancéreux. (MM. Delbet, président; Segond, Gosset et Pierre Duval.)

Jeudi 2 décembre, à une heure. — M. ESCALIER. Contribution à l'étude des injections intra-pleurales, en particulier des injections d'argent colloïdal. (MM. Hutinel, président; Thoinot, Bar et Nobécourt.) — Mme LEVIN. Contribution à l'étude étiologique des encéphalopathies infantiles. (MM. Hutinel, président; Thoinot, Bar et Nobécourt.) — M. BOYÉ. Contribution à l'étude de la pathogénie, de l'hémophilie et de quelques états hémorragipares. (Hémophilie expérimentale et comparée). (MM. Thoinot, président; Hutinel, Bar et Nobécourt). — M. DURU. Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. (MM. Bar, président; Hutinel, Thoinot et Nobécourt.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 67, 25 août 1909.) CHAVANNAZ : Leçon inaugurale. — (N° 69, 1er sept.) ALAMARTINE : Goitre exophtalmique d'origine tuberculeuse. — (N° 70, 4 sept.) LAFFORGUE : Les taches rosées dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — (N° 71, 8 sept.) BROCA et GÉNÉVRIER : Formes frustes de la maladie de Barlow. — VIGIER : Complications oculaires de la grippe. — (N° 72, 11 sept.) VALUDE : A propos de l'application de la loi sur les accidents du travail. — FORTINEAU : La déclaration des maladies contagieuses et l'opinion médicale. — (N° 73, 15 sept.) LESAGE : Méningite cérébro-spinale chez le nourrisson. — (N° 74, 18 sept.) QUÉNU : De l'iléus biliaire. — (N° 75, 22 sept.) RIVET et BRICOUT : Sur un cas de kératose blennorragique. — (N° 76, 25 sept.) LANEL : Acné. — NEGRESCO : Un cas curieux de suicide. — NOËL : La fièvre typhoïde au Maroc. — (N° 77, 29 sept.) SAINT-PAUL : Sur l'aphasie : l'organe de Broca, le symptôme de Broca. — GRANJUX : Le secret médical à l'égard des aliénés. — (N° 78, 2 oct.) RENAULT : Persistance de l'artère hyaloïdienne et du canal de Cloquet. — PAILLARD et THIERS : Rhumatisme articulaire aigu et signe de Vincent. Insuffisance thyroïdienne.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 35, 28 août 1909.) J. PELNAR : Pérityphlite et inflammation pulmonaire. Péritonisme.

Clinique. — (N° 38, 17 sept. 1909.) CHAILLOU et MAC-AULIFFE : Le type digestif. — RUDAUX : Grossesse gémellaire. Diagnostic et conduite à tenir. — JABOULAY : Ostéosarcome de l'extrémité supérieure du tibia. — PELLETIER : La pyélite et la pyélo-néphrite chez l'enfant. — P. RICHEZ : Quand faut-il opérer une mastoïdite? — CASTAIGNE : Albuminurie et néphrite au cours du rein mobile. — (N° 39, 24 sept.) AUDIBERT : Bromure et épilepsie. — TRIBOULET : La réaction du sang à l'aide de la phénolphtaléine dans l'examen des matières fécales. — PAUCHET : Castration abdominale totale pour suppuration des annexes. — SÉGARD : Ostéite hérédo-syphilitique. — MAUCLAIRE : Abcès sous-phréniques. — JOFFROY et MIGNOT : L'évolution de la paralysie générale. — METZIANU : Un nouvel instrument pour ouvrir sans danger les abcès de la cavité bucco-pharyngée. — (N° 40, 1er oct.) DE LAMBERT : La fonction de sensibilité au point de vue clinique. — BOULAI : Ecriture droite, papier droit, corps droit. — KENDIRDJY : Choix d'une méthode opératoire dans la lithiase vésiculaire. — PLICQUE : L'organothérapie. — RICHEZ : L'uvulotomie (résection de la luette). — MAUCLAIRE : Plaies du cœur, du péricarde et des gros vaisseaux. — LESNÉ : La cure d'eaux chez les enfants. — RUDAUX : Accouchement prématuré spontané.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 33, 19 août 1909.) ASCHOFF : Sur la conception de la maladie et les conceptions voisines. — RÖMER : Sur le traitement spécifique de la cataracte sénile au début. — HERZOG : Présentation de corpuscules du trachéome dans des coupes. — GRAWITZ : Actions nocives des bains de soleil. — BERNHARDT : Sur l'emploi de l'antiformine et de la sigroïne pour la recherche des bacilles tuberculeux dans les crachats. — LOELE : Porteurs de bacilles typhiques et cholécystectomie. — DEGE : Sur le traitement chirurgical de la péritonite et sur la nature de l'iléus après appendicite. — ROTHSCHILD : Dans quelle couche de tissus l'extirpation de la prostate a-t-elle lieu, dans le procédé suprapubien? — BASSENGE : Sur l'action désinfectante de quelques eaux pour les dents et la bouche, sur les bactéries pathogènes. — BUNTE : Recherches anatomiques dans les maxillaires supérieur et inférieur pour l'anesthésie locale dans les opérations dentaires. — (N° 34, 26 août.) NEUMANN : Sur la pathologie et le traitement des troubles circulatoires dans les vaisseaux mésentériques. — VON KOSSA : Un procédé pour la recherche du sang. — TORDAY et KLIER : Sur les nouvelles réactions des pigments biliaires dans l'urine. — V. RITOOK : Contribution au diagnostic fonctionnel du cœur. — VAS : Sur la question de l'albuminurie lardotique. — SANDOR : Le traitement des blessures du poumon par coup de feu. — NÄCKE : Véritable homosexualité congénitale et pseudo-homosexualité. — MIDDELDORPF et MOSES : Un cas de maladie de Mikulicz. — BLOS : Le traitement opératoire de la fièvre des foins. — BARON : La disposition des fenêtres dans les appareils plâtrés. — POPOWSKI : Sur la technique de la réaction de Wassermann. — FERMI : Immunisation des spiridés contre la rage au moyen de substance nerveuse normale et action du phénol sur le virus rabique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 38, 19 sept. 1909.) L. PAGÈS et E. GUINOT : Paralysie générale progressive avec amaurose de forme tabétique. — (N° 39, 26 sept.) L. RAULIN : Quelques notes de médecine préhistorique. — E. GINESTOUS : A propos de l'assistance aux aveugles. — (N° 40, 3 oct.) E. BÉNECH et J. SABRAZÈS : Ictère hémolytique chronique avec splénomégalie. — L. ROCHER et M. BASSET : Sur un cas d'alcaptonurie chez un enfant de trois ans.

Journal des praticiens. — (N° 39, 25 sept. 1909.) VIRES : Traitement des hématémèses. — BROCQ : Le lichen plan. — HUTINEL : La broncho-pneumonie subaiguë, pseudo-tuberculeuse. — RAYMOND : Psychasténie et obsession. — BORDIER : Nouvelle technique de l'épilation radiothérapique. — (N° 40, 2 oct.) RÉNON : Le pneumothorax et l'emphysème sous-cutané. — COYON, FIESSINGER et LAURENCE : Comment guérit un abcès froid. — JEANSELME : Tricophytie d'origine équine.

Lyon médical. — (N° 37, 12 sept. 1909.) F. CHAVANNE : Correction chirurgicale des anomalies d'orientation et de contour du pavillon. — (N° 38, 19 sept.) BIOT : Guérison sans cicatrice des adénites suppurées par les injections interstitielles. — (N° 39, 26 sept.) E. WEILL : Emploi des linges stérilisés chez le nourrisson. — (N° 40, 3 oct.) BOUCHUT et GIGNOUX : Cancer secondaire du rachis ayant eu comme manifestation initiale une paraplégie brusque et totale.

Marseille médical. — (N° 18, 15 sept. 1909.) BOSSAN : Traitement de l'endométrite chronique. — SAUVAN : Des perforations du voile du palais (*suite*). — (N° 19, 1er oct). RAYNAL : Deux cas d'hypertrophie gingivale généralisée. — SAUVAN : Des perforations du voile du palais (*suite*).

Medizinische Blætter. — (N° 35, 28 août 1909.) WINKLER : Sur les inhalations et leurs applications les plus usuelles.

Montpellier médical. — (N° 35, 29 août 1909.) H. TRUC et BONNET : Consultations oculistiques inédites de Jean Seneaux, professeur d'ophtalmoïatrie au collège de chirurgie de Montpellier (*suite et fin*). — (N° 36, 5 sept.) A. RODET : Institut Bouisson-Bertrand. Rapport sur la dixième année d'exercice (1907-1908). — (N° 37, 12 sept.) L. BAUMEL : De l'isolement des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants. — (N° 38, 19 sept.) E. GAUJOUX et W. MESTREZAT : Méningites vraies ou complètes; méningites incomplètes. — A.-D. KAROUBI : Contribution à l'étude de l'injection hypodermique d'air dans la thérapeutique des

névrites et névralgies. — (N° 39, 26 sept.) J. Vires : Le traitement des dyspepsies; considérations générales.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 34, 28 août 1909.) Küstner : Sur l'opération césarienne extra-péritonéale, sa technique et ses indications. — Anton : Le traitement de la névrite optique dans la microcéphalie. — Levy et Haum : Sur l'immunisation combinée active et passive dans la fièvre puerpérale. — Birnbaum : Sur le pronostic et le traitement de la fièvre puerpérale. — Schnöller : Sur l'emploi intrafocal du sérum antituberculeux de Marmorek. — Plehn : Le diagnostic de la malaria latente. — Spiro : Le traitement de la blennorragie oculaire des nouveau-nés. — Kühl : Une nouvelle poignée pour la narcose. — Raab : L'assistance aux nourrissons à Schwabach en 1908. — Tegeler : Blessure par coup de feu de l'aorte avec balle incluse dans la valvule cardiaque. — Ziegenspeck : Les suites d'une hystéropexie avec castration. — (N° 35, 31 août.) Bang et Forssmann : La théorie des chaînes latérales d'Ehrlich s'accorde-t-elle avec les faits? — Oppel : Bases expérimentales de l'anesthésie artérielle. — Bittorf : Sur les « cellules cardiaques » dans l'urine. — Fabry : Sur une forme de tuberculose verruqueuse de la peau observée chez les mineurs des mines de charbon. — Stubenrauch : Sur la formation de kystes dans les restes oblitérés de l'appendice. — Iversen : Sur le traitement du typhus récurrent russe par l'arsacitine. — Hagen : Sur la péritonite gynécologique. — Ohly : Sur l'action du bacille lactique contenu dans le yoghourt et l'emploi du yoghourt dans les affections gastro-intestinales. — Philippi : L'encérine, un excellent excipient pour pommade. — Plate : Quatre cas de cécité verbale congénitale dans une famille. — Jurasz : Applications froides sur la nuque dans les épistaxis.

Nord médical. — (N° 358, 1er sept. 1909.) F. Vandeputte : L'alimentation carnée chez les tuberculeux. — A. Henneton : L'adonis vernalis dans l'asystolie et dans les néphrites (*suite*). — (N° 359, 15 sept.) G. Lemoine : Hygiène des cardiaques. — J. Vanverts : Deux cas d'opération césarienne pour placenta prœvia. — Delille : L'hypophyse et la médication hypophysaire.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 35, 29 août 1909.) Compte rendu du Congrès de Buda-Pesth.

Presse médicale. — (N° 71, 4 sept. 1909.) Scherb : Troubles laryngés et respiratoires, et cardiophrénoptose. — Marcou : L'autosérothérapie pour activer la résorption des épanchements pleuraux. — (N° 72, 8 sept.) Guibé : Varices rénales. — Stéfan Mutermilch : Le rôle des lipoïdes en biologie. — (N° 73, 11 sept.) Broca et Masson : Kystes congénitaux du cou à paroi dermo-lymphoïde (kystes amygdaliens). — Ferrer : Kyste hydatique du corps thyroïde. — (N° 74, 15 sept.) Lafforgue : Sciatique radiculaire d'origine tuberculeuse. — (N° 75, 18 sept.) Bonnaire et Rosenzwitt : Des névrites périphériques transitoires dans l'état puerpéral. — Martinet : Comment il faut administrer le colchique. — (N° 76, 22 sept.) Malméjac : L'uro-réaction, diagnostic précoce de la tuberculose. — Rosenthal et Berthelot : Appareil pour l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. — (N° 77, 25 sept.) Fonteyne : Intoxications par le fromage. — (N° 78, 29 sept.) Gourdon : Le diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant. — (N° 79, 2 oct.) Tuffier : Des moyens préventifs de l'infection opératoire. — Romme : L'éclampsie, les étais tétanoïdes et les glandes parathyroïdes.

Revue de chirurgie. — (N° 9, 10 sept. 1909.) Villard et Desgouttes : Traitement des hémorroïdes par l'excision circulaire totale (avec 2 fig.). — Binet et Trénel : Considérations sur le tétanos céphalique. Observation de la clinique du professeur Gross (avec 1 fig.). — Piquand : Les abcès sous-phréniques (*suite et fin*). — Duval : Les résultats opératoires dans le traitement du mégacôlon. Etude critique.

Revue de médecine. — (N° 9, 10 sept. 1909.) Wladimir Alexieff : L'atrophie scléreuse régionale du rein par thrombose artérielle (avec fig.). — Turrettini : De la pathogénie de l'albuminurie dite orthostatique (avec 6 fig.). — Goldschmidt : Relevés statistiques et considérations sur les résultats de trente-cinq années de pratique de la vaccine. — Macaroff : De l'influence du traitement par les cantharides sur la perméabilité des reins dans les cas de néphrite épithéliale.

Revue neurologique. — (N° 17, 15 sept. 1909.) Derrien, Mestrezat et Roger : Syndrome de coagulation massive, de xantochromie et d'hémato-leucocytose du liquide céphalo-rachidien. Méningite rachidienne, hémorragique et cloisonnée. — Cantonnet et Touchard : L'inégalité pupillaire latente dans les affections organiques du système nerveux. — Halberstadt : La céphalalgie dans la démence précoce.

Riforma medica. — (N° 42, 18 oct. 1909.) Gaetano Rummo : Les fièvres et fébricules septicémiques polymorphes. — Tommaso Casoni : Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude des cirrhoses mixtes. — Ludovico Tarsia in Curia : Résultats éloignés de l'enveloppement au moyen de l'épiploon, de segments étendus de l'intestin isolé du mésentère. — (N° 43, 25 oct.) Gaetano Rummo : Les fièvres et fébricules septicémiques polymorphes. — Guido Zoni : Contribution à l'étude des tumeurs de la mammelle mâle. — G. Gentiti : Un cas de pneumonie latente. — Francesco Fornaro : A propos de deux cas de sclérose en plaques.

Semaine gynécologique. — (N° 36, 7 sept. 1909.) Segond : L'appendicite et les maladies des annexes. — (N° 37, 14 sept.) Pichevin : Des lavages abdominaux dans l'infection péritonéale. — (N° 38, 21 sept.) Pichevin : Résultats des différents procédés du traitement chirurgical du cancer utérin. — (N° 39, 28 sept.) Pichevin : De la fausse crête médiane rétro-utérine. — (N° 40, 5 oct.) R. Pichevin : Les applications du radium en gynécologie. — (N° 41, 12 oct.) R. Pichevin : Sarcome à grappe du col utérin. — (N° 42, 19 oct.) R. Pichevin : A propos du radium. — (N° 43, 26 oct.) R. Pichevin : Traitement des salpingites aiguës et subaiguës.

Semaine médicale. — (N° 36, 8 sept. 1909.) Weil et Boyé : Recherches physiologiques sur les applications de sangsues en clinique humaine.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 33, 19 août 1909.) Pfeiffer et Persch : Recherches sur l'action des ferments digestifs sur la tuberculine. — Schwarz : Sur la nature de l'antitrypsine dans le sérum et sur le mécanisme de son action. — Hintz : Sur la connaissance de la maladie de Recklinghausen. — Eitner : Sur l'adénome sébacé de Pringle. — (N° 34, 26 août.) V. Reuss : Sur la teneur en antitrypsine du sérum chez le nourrisson. — Eitner : Sur l'emploi de la thermopénétration dans le traitement de la gonorrhée. — Ullmann : Rapports du lupus érythémateux avec la tuberculose. — Sellei : Hypersensibilité dans le psoriasis vulgaire. — Schick : Pachyméningite spinale externe purulente comme métastase d'une bronchite à pneumocoques. — Rodella : Sur l'importance clinique de la réaction à l'iode de la flore intestinale dans différentes affections digestives.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 133. — MARDI 23 NOVEMBRE 1909. 82e ANNÉE. MARDI 23 NOVEMBRE. 1909. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. Mlle Romme, MM. Ecot, Belloir, Bourgeois, Parturier, Bonnerot, Verdenal, Fumet, Peltier, Carpanetti,

11. Bordet, Detourbe, Walther, Rabreau, Adeline, Weiss, Braine, Destremont, Lecerf, Auvigne,

21. Mlle Le Conte, MM. Poisvert, Rabeau, Jousseaume, Weill, Hutinel, Aubin, Hamonic, Mlle Jouvin, M. Mora,

31. Mlle Pommay, MM. Arbeit, Bertin-Mourot, Clap, Cornet, Schulmann, Pichon, Solal, Couvreux, Tribout,

41. Picard (René), Mlle Wohl, MM. Lesage, Marais, Pérol, Guibert, Meyerson, Mollet, Anglès-Dauriac, Pigney,

51. Mlle Popelin, M. Renardier, Mlle Besson (Hélène), MM. Boulin, Gaujard, Humbert, Loubrieu, Toulouse, Mme Bachelet (née Ducourneau), MM. Berthelot,

61. Bourdier, Gille dit Dehelly, Latour (Robert), Mordret, Dantrelle, Mage, Oulié, Récamier, Schlemmer, Wilmoth,

71. Gallois, Oberlin, Evrard, Alibert, Lascombe, Poissonnier, Sénéque, Simard, Tiphine, Vigot,

81. Hatny, Lehmann (Raymond), Serraud, Dupuy (Henri), Gineste, Laseaux, Lebossé, Lefèvre (Gaston), Janet, Mauranges,

91. Petit, Haddad, Bigot, Morin (Paul), Ollier, Mlle Besson (Marianne), MM. Brétigner, Dupuy (Lucien), Gauthier, Alib,

101. Auclair, Boullaud, Chenain, Falliès (Henri), Hartmann, Lebrun (Maxime), Robinson, Saint-Yves-Ménard, Alajouanine, Chavasse-Fietaz dit Chavasse,

111. Mlle Denis, MM. Dumet, Lapique, Longevialle, Penot, Wurtz (Jacques), Yoyotte, Chatenaud, Chéron (André), Barbary,

121. Capdevilla, Larrousse, Major, Papadato, Mlle Hasserie, MM. Toupance, Cavaillés, Mlle Halberstadt, MM. Lacaze, Marié,

131. Zuretti, Bertrand, Brunon, Netter, Nora, Allendy, Beaudouin (Henri), Pauvert, Pinard, Robin,

141. Gouriou, Levent, Monnot (Paul), Morin (Pierre), Neyraud, Duvelleroy, Martin de Laulerie, Mlle Rosenblum, MM. Aubert (Jean), Polony,

151. Resmond, Salles, Mlle Braïlovsky, MM. Brunot, Cumenge, Fontaine (Lucien), Lidy, Monprofit, Roustan, Charbonnier,

161. Collette, Ledoux, Toupet, Auger (Robert), Blanchon, Boncompain, Clouzeau, Savidan, Boulanger, Perrier,

171. Boussi, Cabart-Danneville, Doumenge, Mlle Goldenfann, MM. Grèze, Guillemet, Lefèvre (Pierre), Tassigny, Vigouroux (A.-V.-H.), Dax,

181. Allot, Costantini, Rivet, Viala, Chaperon, Dugué, Gourvitch, Lautier, Léger, Leuvrais,

191. Dehau, Mugel, Schutzemberger, Basset, Mlle Boudeille, MM. Broussin (André), Fritz, Malmezat, Wladenoff, Pena,

201. Brossier, Du Souich, Proust, Andrieu (Raymond), Boirac, Duclos, Grigant, Mickaniewski, Chenet, Evrard,

211. Giroux, Loiseau, Vincent, Mlle Bitchounsky, MM. Colombier, Gibert, Mouriès, Ohier, Persillard, Raphaël,

221. Andrieux (Albert), Bortnowski, Bouchet, Broca, Chaffaut, Constantin, Duneau, Greder, Margerin, Silvestre,

231. Tourneix, Arbossier, Balizeaux, Leroy (Paul), Salomon, Wurtz (Pierre), Dellac, Scheikevitch, Brachat, Charlet-Ruygal,

241. Dardanne, Gambier, Malet, Mathelin, Plumey, Réglade, Riberolles, Mlle Schmerling, MM. Vincant, Plaisant,

251. Bénard, Bergé, Hahn, Laloux, Mandras, Sibot, Gros, Maréchal, Morel (Paul), Richoux,

261. Sasportès, Tarrius, Triollet, Wallon, Balteau, Le Gouellec, de Lostanges-Beduce, Martin, Provost,

271. Roussillon, Farhat, Masson, Slez, Hiblot, Neau, Tournadour-d'Albay, Vautrain, Sadoun, Barbier, Mlle Chauvet,

281. Mlle German, MM. Casarès, Crétin, Augier, Cléret, Hartgloss, Mlle Jacquey, MM. Valiadès (Jean), Gauchon, Lefort (Alix),

291. Rousse, Vallet (François), Bazin, Goudot, Gremeaux, Le Hello, Malleterre, Bordenave, Guillard, Guyot,

301. Houlbert, Lacroix, Laugier, Logeais, Picard (Pierre), Mlle Samet, MM. Simon, Mitton, Sébalt, Lepage (Constant),

311. Pépin.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1669*.)

DE

LA DÉSINFECTION PRÉOPÉRATOIRE DU VAGIN

PAR LA TEINTURE D'IODE

Par M. L. CHEVRIER,

Chirurgien des hôpitaux de Paris.

La désinfection du vagin a toujours été le point noir de la chirurgie vaginale.

Le vagin, comme toutes les cavités naturelles, possède une abondante flore saprophyte et pathogène, dont je ne m'arrêterai pas à dénombrer les espèces : elles sont d'ailleurs assez variables suivant les cas.

Ces conditions d'infection constante font de la désinfection du vagin le temps préliminaire de toutes les opérations vaginales. L'indication n'est pas pressante, quand on doit intervenir sur des lésions infectées (colpotomie pour salpingites collectées), bien qu'il ne soit pas indifférent d'ajouter des espèces nouvelles à celles qui ont causé la suppuration; mais elle est *absolument formelle*, quand il s'agit d'opérations aseptiques, et l'infection opératoire ou post-opératoire, par le vagin, *vrai péril vaginal*, est une des grandes raisons qui font préférer dans bien des cas — et à tort selon moi — l'hystérectomie abdominale subtotale à l'hystérectomie totale.

La désinfection vaginale, telle qu'on la pratique ordinairement dans la plupart des services de chirurgie, ne m'a jamais paru parfaite. Les injections données la veille ont un rôle bien anodin, illusoire. Le lavage vaginal immédiatement préopératoire, sous anesthésie, ne peut jamais être fait absolument à fond : malgré l'invention de brosses spéciales, plus ou moins barbares, le savonnage avec nettoyage mécanique est toujours insuffisant à cause de la fragilité de la muqueuse qu'il importe de ne pas excorier, à cause de la forme de la région et des culs-de-sac qui échappent toujours en partie, à l'action des agents mécaniques.

Partant de ce principe que *les lavages extemporanés*, si soigneux soient-ils, *ne donnent jamais une désinfection suffisante*, voici comment je faisais préparer la région vaginale.

La veille de l'opération, en même temps que la paroi abdominale s'il s'agissait d'une opération combinée, je faisais *laver* doucement le vagin *au savon* par un doigt engainé d'une compresse aseptique; après une injection destinée à enlever le savon, on pratiquait un *tamponnement du vagin* avec des compresses imbibées d'eau bouillie additionnée de *moitié d'eau oxygénée.* Au moment de l'opération, on enlevait ce tamponnement antiseptique et un doigt, coiffé d'une compresse, lavait de nouveau le vagin *au savon*, puis *à l'alcool.*

Grâce à cette toilette vaginale, j'ai pu avoir dans nombre de cas, des suites opératoires satisfaisantes, après opérations abdomino-vaginales. Cependant certaines opérées montaient parfois à 38 degrés, passagèrement il est vrai, mais c'était là la preuve que *la désinfection n'était pas encore parfaite.*

Dès qu'on eut commencé à vanter la *teinture d'iode sans lavage préalable* pour la désinfection des téguments, j'ai pensé à l'employer pour la *toilette vaginale préopératoire.* Il est probable que je n'ai pas été le premier à en user dans ce but précis; je ne me connais du moins aucun devancier, et je n'ai puisé cette modeste idée nulle part : M. Walther (1) dans ses diverses communications ne s'est jamais occupé que de la stérilisation de la peau ; Guibé dans son très bon article de la *Presse médicale* (2), déconseille l'iode au niveau des muqueuses, et particulièrement au voisinage de la vulve.

Je ne vois pas pourquoi *la plupart des muqueuses* ne supporteraient pas la teinture d'iode. Ne sait-on pas quel large emploi en font, sur les gencives, les dentistes ? Et en gynécologie, ne pratique-t-on pas très souvent des attouchements du col utérin à la teinture d'iode ? En dehors d'une cuisson très passagère, les malades en tirent de grands bénéfices, sans aucun inconvénient. J'en conclus donc, dès l'abord, que je pouvais, *sans dommages pour les malades*, essayer de la désinfection du vagin par l'iode.

Mais cette désinfection serait-elle *effective ?*

On pouvait se le demander, étant donné ce que Grossich et Walther nous avaient récemment appris.

Grossich avait remarqué que cliniquement la désinfection est moins satisfaisante quand on a lavé les téguments au savon, avant de mettre l'iode, que lorsqu'on étend l'iode sans lavage préalable. Walther a démontré le fait par la bactériologie, l'examen histologique et l'expérimentation.

Si donc on admet *la nécessité de la sécheresse* des téguments sur lesquels doit être appliquée la teinture d'iode, il va falloir conclure que l'iode ne pénétrera pas *profondément* au niveau des muqueuses, qui sont toujours humides, de la muqueuse vaginale en particulier.

Je crois que la déduction est un peu rapide. Le lavage préalable de la peau au savon a une action double : une *imprégnation hygrométrique* des couches superficielles de l'épiderme, et une *pénétration des sels de soude*, qui peut-être se *combinent* avec la kératine ou le protoplasma des cellules. Est-ce l'humidité proprement dite, ou ces combinaisons des sels de soude qui empêchent la pénétration secondaire de la teinture d'iode, *l'obstacle est-il physique et mécanique, ou chimique ?* Nous ne saurions le dire, des recherches n'ayant pas été dirigées dans ce sens; on peut avec autant de vraisemblance, soutenir la seconde hypothèse que la première.

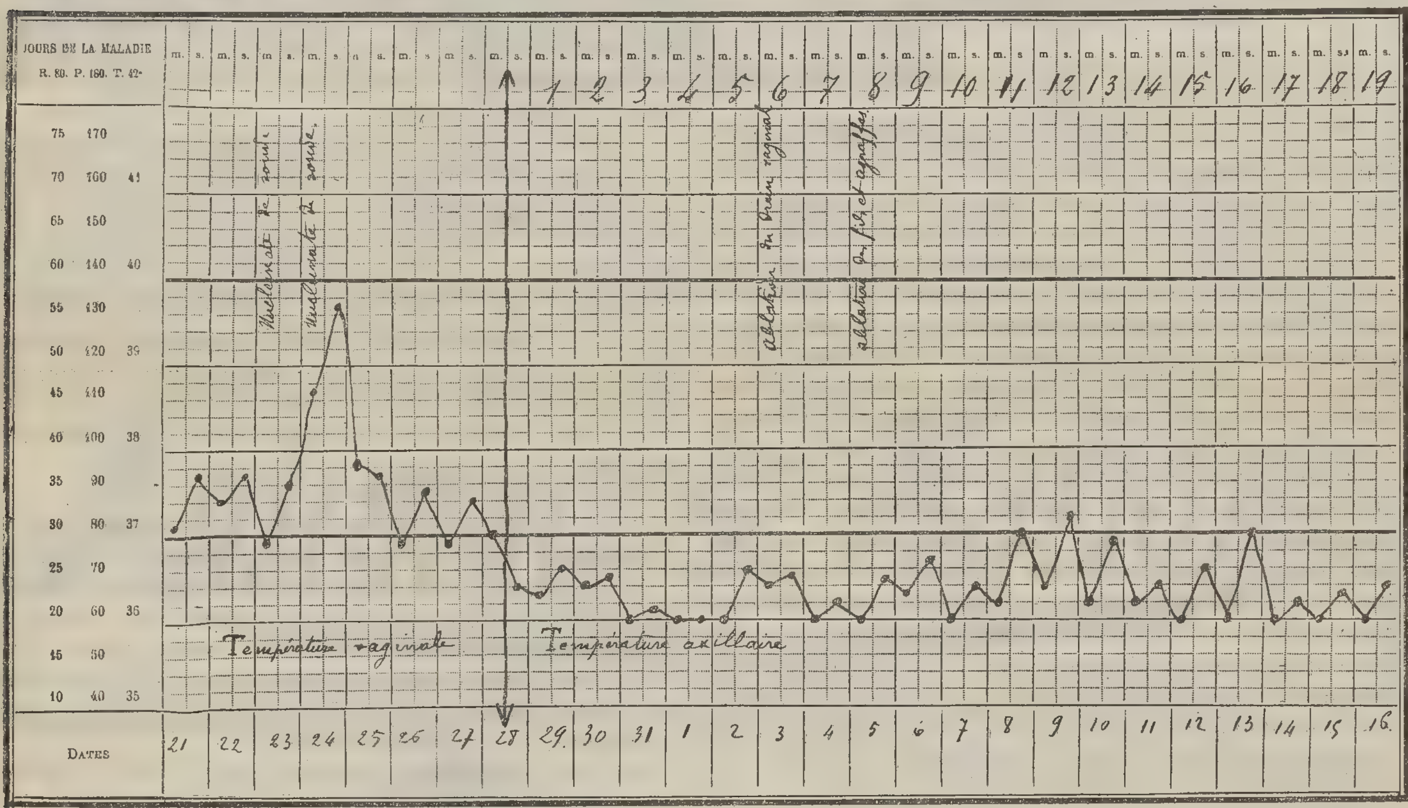
L'humidité des muqueuses, de constitution histologique d'ailleurs un peu différente de la peau, n'était donc pas une raison suffisante a priori, pour escompter l'échec partiel de la teinture d'iode, comme après nettoyage de la peau au savon.

Je me suis donc cru autorisé à essayer la teinture d'iode dans la désinfection vaginale préopératoire, et ce sont mes résultats qne je voudrais signaler à ceux qui pratiquent la chirurgie.

(1) WALTHER. *Bull. de la soc. de chir*, les 10, 17, 24 mai 1909, pp. 345, 381, 394.

(2) GUIBÉ. *Presse méd.*, n° 42, 26 mai 1909, p. 379.

Voici comment je procède. Deux valves aseptiques sont mises dans le vagin de façon à le déplisser et à exposer le col utérin ; une pince est montée d'une compresse imbibée d'une petite quantité d'éther, qu'on promène sur le col et dans les culs-de-sac ; en déplaçant les valves, on peut passer de l'éther sur les portions de paroi vaginale qu'elles recouvraient. De la teinture d'iode est versée sur une autre compresse, et on en badigeonne toute l'étendue du vagin en ayant soin de ne pas y abandonner de la teinture d'iode liquide. Cette toilette vaginale ne demande que quelques secondes, d'où une économie de *temps*



pour l'opérateur, et de *chloroforme* pour l'opérée, ce qui n'est pas à dédaigner.

Les résultats de cette désinfection vaginale par l'iode m'ont paru très satisfaisants (1).

Je ne puis apporter, à mon grand regret, de *résultats scientifiques complets*. Préoccupé avant tout de mon intervention, je n'ai jamais songé, au moment de l'ouverture vaginale, à prélever un fragment du vagin pour un examen histologique ou bactériologique ; je n'ai jamais pu avoir un aide supplémentaire, aseptique et de toute confiance, pour faire immédiatement ces prélèvements sur le col d'un utérus extirpé. Je comblerai cette lacune quand je le pourrai, ou d'autres le feront pour moi.

En tout cas, *mes résultats pratiques sont indiscutables*. J'ai fait des hystérectomies totales pour fibrome, pour salpingite, pour cancer, avec désinfection vaginale par l'iode. Les malades ont guéri, sans que soit survenu aucun incident en rapport avec l'ouverture vaginale. La température n'est pas montée ; elles n'ont fait aucune réaction pelvienne, et je considère que la section vaginale n'a jamais été une aggravation opératoire.

A titre d'exemple, je publie ci-contre la courbe de température d'une vieille salpingite, qui fit une poussée thermique avant l'opération, à la suite d'injections de nucléinate de soude ; l'extirpation en fut laborieuse. Jusqu'au jour de l'opération, la température a été prise dans le vagin, et après l'opération, elle le fut dans l'aisselle ; d'où la différence du niveau moyen. Je pense que cette courbe doit être tenue pour satisfaisante.

Je crois donc démontré que *le simple badigeonnage préopératoire du vagin à la teinture d'iode constitue le meilleur procédé de désinfection vaginale* : il donne une asepsie *pratiquement parfaite* de la région, et est appelé à faire disparaître *la hantise du péril vaginal*.

(1) Je l'emploie aussi au niveau du périnée et avec succès pour la périnéoraphie.

L'AMMONIAQUE

DANS LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

UN PEU DE STATISTIQUE

Par le docteur E. DARIN (de Chaville).

Depuis quarante ans bientôt, j'exerce la médecine dans un milieu qui est éminemment favorable à l'éclosion de la tuberculose : M. le professeur Landouzy a montré, dans une récente enquête, à quel point la profession de blanchisseur se trouve, à cet égard, tristement privilégiée.

Quelle qu'en soit la cause, il est incontestable que les habitants de Chaville ont payé jusqu'ici un lourd

tribut à la « grande mangeuse d'hommes ». En 1908, par exemple, sur un total de quatre-vingts décès, vingt et un — plus du quart! — étaient dus à la tuberculose pulmonaire.

Il semble aujourd'hui que la situation, à en juger par ma statistique personnelle, tende à s'améliorer : pendant les douze mois de 1908, j'avais perdu onze de mes malades ; je n'en ai perdu que deux dans les neuf premiers mois de 1909.

Comment et pourquoi cette amélioration?

Je n'hésite pas à l'attribuer, pour ma part, au changement que j'ai introduit, cette année, dans ma médication. C'est en effet, au mois d'octobre 1908, que la brochure du docteur Arthuis (1) m'est tombée sous les yeux et que, suivant sa méthode, j'ai commencé à prescrire l'ammoniaque dans la tuberculose.

Si, aux résultats numériques indiscutables que la statistique a enregistrés venaient à correspondre des résultats cliniques non moins indiscutables, n'aurions-nous pas quelque raison de présumer qu'il existe entre ces deux faits, médication nouvelle et diminution de la mortalité, autre chose qu'une pure coïncidence?

Résultats cliniques. — Cette nouvelle médication, il y a juste un an que je l'ai instituée. Dans le cours de cette année, j'ai prescrit l'ammoniaque à 29 « poitrinaires », sans compter quelques autres que j'ai perdus de vue ou dont l'observation est trop récente encore. Ces 29 malades peuvent se partager en deux classes : tuberculose à forme aiguë ou à forme diffuse (3 cas) et tuberculose chronique se subdivisant en quatre groupes : période de germination (8), premier degré (10), deuxième degré (5), troisième degré (3).

TUBERCULOSE AIGUË OU TUBERCULOSE DIFFUSE. — L'ammoniaque n'est pas un spécifique. Je l'ai donnée sans aucun succès dans un cas de néphrite et deux cas de méningite tuberculeuse. Elle semble n'avoir d'action que sur la bacillose pulmonaire et uniquement sans doute sur certains éléments de cette bacillose. C'est ainsi que les trois cas de tuberculose à foyers diffus et à marche rapide, observés par moi cette année, ont échappé, au moins en partie, à son influence.

Un fait remarquable, qui se retrouve dans toutes mes observations et qu'il faut porter, j'en suis convaincu, à l'actif de l'ammoniaque, c'est l'absence de température, même dans les cas aigus.

TUBERCULOSE CHRONIQUE. — *Période de germination ou prétuberculose.* — De ces deux expressions, j'aime mieux la première, qui dit bien ce qu'elle veut dire. La seconde semblerait indiquer une sorte de prédisposition, un état vague, mal déterminé, qui n'est plus la santé, qui n'est pas encore la maladie. Or les patients dont il s'agit ici sont déjà des malades, déjà des tuberculeux.

Huit de mes malades, âgés de douze à vingt-cinq ans, appartenaient à cette catégorie. Soumis à la médication ammoniacale et arsenicale, ils n'ont pas tardé à reprendre de l'appétit, à augmenter de poids, à retrouver leurs forces et leur activité. Les symptômes locaux se sont atténués plus lentement et ont fini par disparaître. Parmi les adultes, les uns n'ont jamais suspendu leurs occupations, les autres se sont remis au travail au bout de quelques semaines.

Il faut convenir, d'ailleurs, qu'à cette période de tout premier début, la tuberculose pulmonaire guérit généralement avec n'importe quelle médication reconstituante, et souvent même sans aucun traitement, par la simple observation du régime et de l'hygiène. J'estime que l'ammoniaque hâte la guérison dans ces cas.

Guérison définitive? — Personne n'oserait l'affirmer. La vérité est que ces *guéris* sont et demeurent des vulnérables, qui devront s'entourer de précautions, vivre d'hygiène, surtout d'air pur, et, à la moindre alerte, avoir de nouveau recours à l'ammoniaque.

Premier et deuxième degré. — Ici, nous sommes en pleine tuberculose, et c'est évidemment par les effets qu'il produira dans ces deux phases de la maladie que l'on jugera surtout de l'efficacité d'un médicament. Eh bien! je le déclare, ni la créosote et ses dérivés, ni le phosphore, ni la chaux, ni la paratoxine, ni même l'arsenic, ne m'ont jamais donné de résultats approchant de ceux que je dois à l'ammoniaque.

Presque toujours, comme il est de règle en cas d'amélioration, l'état général s'amende le premier. L'appétit renaît, plus impérieux et plus vif qu'avant la maladie; le poids se relève, et dans des proportions quelquefois extraordinaires; les forces reparaissent et, avec elles, l'entrain et la bonne humeur. La fièvre, et c'est peut-être la principale caractéristique de la médication, diminue progressivement et la température tombe jusqu'au-dessous de la normale. La disparition des sueurs nocturnes est rapide. La toux s'atténue dès les premières semaines; mais souvent elle ne cesse tout à fait qu'au bout de plusieurs mois, après avoir longtemps persisté le matin, au réveil.

Peu à peu, lentement et par étapes successives, l'état local s'améliore à son tour : les râles s'entendent moins humides, moins nombreux, la voix moins retentissante; les vibrations thoraciques deviennent de moins en moins accentuées, la matité de moins en moins marquée; la respiration, graduellement, redevient plus moelleuse et plus ample : on assiste au retour progressif de la souplesse et de la perméabilité dans le tissu pulmonaire.

J'ai observé quinze malades arrivés à l'une de ces deux périodes, dix à la première, cinq à la seconde. Tous paraissent guéris ou en voie de guérison. Plu-

(1) ARTHUIS. *Un traitement curatif de la tuberculose pulmonaire*, Maloine, 1905.

Je n'ai pas l'honneur de connaître M. le docteur Arthuis. J'ai eu bien souvent la tentation d'aller le voir ou de lui écrire. Je m'en suis abstenu systématiquement, j'ai voulu conduire mon expérimentation moi-même, en pleine indépendance, à l'abri de toute suggestion, de toute influence étrangère, et j'ai tenu, d'autre part, à ne pas donner la moindre prise au plus léger soupçon de complaisance ou de camaraderie. Ces lignes, s'il a occasion de les lire, apprendront à mon confrère qu'il a en moi un disciple et lui transmettront, avec mes félicitations, les remerciements des malades qui se sont trouvés si bien de son traitement.

sieurs ont eu des rechutes, soit pour avoir cessé trop tôt leur traitement, soit pour avoir repris trop vite un travail trop rude, soit enfin — et c'est ici, hélas! et partout et toujours le gros point noir! — pour être retombés dans les habitudes d'intempérance qui déjà les avaient conduits, comme par la main, aux portes du tombeau. Quoi qu'il en soit, ces rechutes, jusqu'ici, n'ont guère empêché le travail que quelques jours, quelques semaines au plus, et ont toujours cédé à une reprise du médicament.

Troisième degré. — A cette catégorie, qui ne comprend que trois malades, arrivés à la période ultime de la tuberculose pulmonaire, appartenait l'un des deux cas mortels que j'ai constatés cette année. J'ai vu ce malheureux pour la première fois le 22 mai, venant de Paris, où il traînait depuis plus de quatre ans. C'était un moribond. Il succombait deux mois après, le 17 juillet.

De mes deux autres cavitaires, l'un vient de mourir (octobre 1909), l'autre probablement ne verra pas la fin de l'année. Mais où est la médication qui posséderait le merveilleux pouvoir de reconstituer le tissu pulmonaire qu'il a perdu ?

En résumé, voici le bilan du traitement ammoniacal dans ma clientèle, pendant les neuf premiers mois de 1909 : sur vingt-neuf malades, cinq ou six insuccès, dont deux ou trois cas de tuberculose aiguë ou diffuse et trois cas de tuberculose chronique au troisième degré.

Mode d'administration et doses. — J'ai commencé par prescrire l'ammoniaque sous la forme de tubes Essler. Mais les bureaux de bienfaisance et les mutualités n'admettent guère les spécialités. C'est pourquoi j'ai demandé aux pharmaciens du pays de préparer eux-mêmes des ampoules, que j'ai formulées en me conformant de mon mieux aux indications du docteur Arthuis. Chacune de ces ampoules contient :

Ammoniaque pure à 22°....	0,50 centigr.
Eau chloroformée..........	2g50
Liqueur d'Hoffmann........	V gouttes
Eau distillée...............	4g50

A prendre une chaque matin, pendant douze jours, une heure avant le premier déjeuner, dans un demi-verre d'eau bouillie fraîche. Suspendre le traitement pendant cinq jours, puis le reprendre de la même manière, indéfiniment, suivant avis du médecin.

Malgré la forte odeur et la saveur brûlante de l'ammoniaque, atténuées d'ailleurs par l'eau chloroformée et la liqueur d'Hoffmann, les enfants mêmes se résignent assez facilement à absorber ce mélange. Pour eux, du reste, je réduis la quantité d'ammoniaque à 0,20, 0,25 ou 0,30 centigrammes, suivant l'âge. Et puis, il suffit d'un morceau de sucre pour faire disparaître toute sensation désagréable.

Concurremment avec l'ammoniaque, je prescris toujours l'arrhénal, le meilleur stimulant de l'appétit que je connaisse.

J'ajoute que, jusqu'à cette heure, je n'ai trouvé à la médication ammoniacale aucune contre-indication.

Quant au régime, je n'ai pas, je l'avoue, la superstition de la triade sacramentelle : repos, suralimentation, aération. De ces trois termes, le dernier seul me paraît essentiel : aération continue, ininterrompue, de jour et de nuit. Pour les deux autres, j'aimerais mieux dire : pas d'excès de fatigue, alimentation aussi substantielle que possible, mais bien assimilable et surtout bien assimilée.

Un traitement pour les pauvres. — Il va sans dire que la médication ammoniacale convient à tous les tuberculeux, quelle que soit leur situation de fortune; mais elle réunit trois conditions qui la rendent particulièrement précieuse aux malades de la classe ouvrière.

1° Elle est prompte et efficace. C'est ce que j'ai essayé de montrer dans la première partie de cette étude.

2° Elle est peu dispendieuse (3 francs la boîte de douze ampoules).

D'autre part, les frais médicaux se trouvent réduits au minimum (1).

3° La médication n'interrompt point le travail ou, du moins, ne l'interrompt que pour un temps très court.

Il existe une autre méthode, la médication *recalcifiante* de M. Ferrier, qui n'impose aux tuberculeux ni la suralimentation, ni le repos absolu. Dans un article de la *Presse médicale* (2 mai 1909), M. le docteur Maurice Letulle qualifiait de révolutionnaire ce M. Ferrier « qui engageait ses malades à gagner leur vie par le travail, selon leurs forces, et à ne pas *manger* tout leur salaire ». Puisse M. Letulle, après avoir expérimenté la méthode du docteur Arthuis, nous dire aussi bientôt, avec sa grande autorité, s'il n'a pas trouvé dans cette médication une arme nouvelle et puissante pour lutter contre l'horrible mal qui épuise et dévore notre race !

Conclusions. — 1° Dans les formes communes de la tuberculose pulmonaire, avec lésions circonscrites aux sommets, la médication ammoniacale (méthode du docteur Arthuis) est vraiment curative;

2° Elle est impuissante à la phase ultime de la tuberculose chronique, insuffisante dans la tuberculose aiguë et dans les formes à foyers étendus et diffus ;

3° Par sa prompte efficacité, par le peu de frais qu'elle occasionne, par la possibilité qu'elle donne à l'ouvrier de n'interrompre que peu ou point son travail, elle paraît s'adapter mieux qu'aucune autre aux besoins des malades dans la classe pauvre.

(1) Ici encore éclate en pleine lumière la flagrante opposition qui existe entre le rôle social du médecin et ses intérêts matériels : au point de vue professionnel et pour gagner sa vie, il faut qu'il ait des malades, le plus de malades possible ; au point de vue social et humanitaire, il doit faire et il fait tous ses efforts, il s'ingénie à employer toutes les ressources de la science, de l'hygiène, de la thérapeutique, pour diminuer ou supprimer les maladies, c'est-à-dire, en définitive, pour tarir la source de ses revenus. Quel argument en faveur du relèvement des honoraires médicaux !

MÉDECINE PRATIQUE

L'APPENDICITE CHEZ LE VIEILLARD ET CHEZ L'ENFANT

L'appendicite, d'après certains auteurs, et notamment Sprengel, serait rare mais toujours très grave chez les individus ayant dépassé l'âge moyen de la vie. Elle affecte d'ailleurs chez eux des symptômes particuliers, ou du moins particulièrement accentués, en plus de ceux qui caractérisent l'affection chez les adultes jeunes, fièvre, douleur, tension et défense de la paroi abdominale, vomissements, etc.

Pour bien étudier l'appendicite du vieillard on ne saurait mieux faire que de la comparer, comme l'a fait Haim (*Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1908, fasc. 4-6), à l'appendicite de l'enfant dont elle est l'antithèse.

Alors, en effet, qu'on voit prédominer chez l'enfant les phénomènes généraux, chez le vieillard ce sont les phénomènes abdominaux qui l'emportent; c'est ainsi que chez le premier on assiste à une forme diffuse, qui évolue rapidement vers la péritonite généralisée. Chez le second, au contraire, on constate plutôt une tendance à l'enkystement et à la localisation du processus.

Si nous poussons plus loin l'analyse, nous voyons que l'appendicite infantile se caractérise surtout par de la fièvre (39-40 degrés), avec accélération du pouls, langue sale, vomissements fréquents, et, comme symptôme local, une légère sensibilité à la pression au niveau de la région iléo-cæcale. Chez le vieillard on peut au contraire observer un état général bon en apparence avec des symptômes alarmants du côté des organes abdominaux, paralysie et occlusion intestinales par exemple.

Serrant de plus près l'étude de la fièvre, nous voyons que chez l'enfant le début d'une crise légère peut s'accompagner d'une forte élévation de température atteignant 39 à 40 degrés, tandis que chez le vieillard ces grandes ascensions sont extrêmement rares, et la température ne dépasse généralement pas 38 degrés. Chez lui également le pouls reste à peu près normal, et quand il est très accéléré le pronostic doit être considéré comme sombre.

D'une façon générale, les vieillards atteints d'appendicite n'accusent pas de douleurs violentes les forçant à gémir, ils se plaignent seulement d'une sensation pénible de pesanteur accompagnée de vomissements, d'arrêt des matières fécales et de l'émission des gaz, avec, comme conséquence, production de météorisme abdominal. Or ces signes, qui chez l'adulte d'âge moyen révèlent l'apparition d'une péritonite généralisée avec paralysie intestinale, sont les symptômes principaux de l'appendicite sénile, avec conservation à peu près constante de l'état général.

Dans des cas plus rares on voit des vieillards présenter une certaine élévation de la température et un peu de douleur dans la région iléo-cæcale où l'on perçoit l'existence d'une tumeur nettement limitée, fluctuante, d'un abcès en un mot. Ce dernier peut évoluer lentement soit vers la péritonite, soit vers la pyohémie, soit même, s'il n'est pas trop considérable, vers la résolution. Il peut encore rester stationnaire, voire pendant des années, sans provoquer de troubles particuliers.

L'étude du diagnostic différentiel contribue encore à mettre en lumière les particularités de l'appendicite des personnes âgées. Alors que chez l'enfant on pensera surtout à l'entérite, à la fièvre typhoïde, à une pneumonie ou à une pleurésie, chez le vieillard on songera tout d'abord à l'occlusion intestinale due à un néoplasme. Au début le diagnostic différentiel est presque impossible, car les signes d'occlusion ne sont pas encore très nets; seule la température peut mettre sur la voie, et si elle dépasse 37°5 il faut penser plutôt à des phénomènes inflammatoires qu'à un néoplasme. A la fin, et dans les formes d'appendicite avec abcès enkysté, on est en droit de songer à des abcès consécutifs à un néoplasme ulcéré, à la cholélithiase.

Le pronostic de l'appendicite sénile est des plus sérieux. Chez le vieillard, en effet, une péritonite diffuse se termine toujours par la mort, et même dès le début l'affection est pour lui extrêmement sévère. Le pronostic ne peut être considéré comme favorable que dans les cas d'abcès enkysté avec phénomènes peu graves. En tout cas, l'appendicite est beaucoup plus redoutable chez le vieillard que chez l'enfant.

Le traitement ne présente, en l'espèce, rien de particulier. Une fois le diagnostic nettement posé, il faut intervenir en enlevant l'appendice. S'il existe un abcès enkysté, on peut se contenter de l'ouvrir et d'évacuer le pus sans faire la résection de l'appendice. A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1909)

Œdème aigu pneumococcique du larynx avec pneumonie et septicémie pneumococcique consécutives. — MM. Chauffard et Guy Laroche. L'observation rapportée par les auteurs est un exemple très net de localisation pneumococcique suraiguë et cliniquement primitive au niveau de l'étage sus-glottique du larynx. Ultérieurement chez ce malade et après que la trachéotomie eut paré aux accidents immédiats d'asphyxie, les auteurs ont vu évoluer une pneumonie de la base, par des accidents multiples d'origine septicémique. Il convient donc de réserver parmi les localisations très rares de la septicémie pneumococcique, une place à l'œdème laryngé suraigu, cause de danger de mort presque immédiate, indice d'une virulence extrême de l'agent pathogène. Par cela seul, ces faits exceptionnels d'infiltration séro-fibrineuse laryngée d'origine pneumococcique diffèrent profondément des œdèmes pulmonaires, relevant de la même infection, qui, dès 1887, ont été signalés par Ménétrier et plus récemment étudiés par Caussade, Milhit, Israël de Jong. Ces cas dans lesquels l'expectoration est albumineuse et non fibrineuse, correspondent à l'ancienne pneumonie séreuse des auteurs et la réaction provoquée par le pneumocoque est atténuée; ce sont, en somme, des exsudations albumineuses d'origine inflammatoire plutôt que des œdèmes. Au niveau du larynx, au contraire, la réaction organique est fibrino-purulente constituant, pour ainsi dire, une véritable pneumonie laryngée.

Hémiplégie pneumonique et pneumococcie méningée sans réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien. — MM. Ch. Lesieur, Froment et Garin. Le groupe des hémiplégies pneumoniques embrasse des faits provisoirement rapprochés, mais il semble que parmi eux on puisse déjà, au point de vue pathogénique, saisir de grandes différences. Il est rationnel d'admettre que ces hémiplégies puissent être parfois de nature réflexe ou en tout cas de nature hystérique, mais la démonstration n'en a été faite de façon incontestable pour aucune observation. Le rôle des troubles vasculaires, même en dehors des cas avérés de thrombose et de ramollissement, est incontestable au moins pour l'hémiplégie pneumonique du vieillard. Il peut s'agir parfois d'une paralysie urémique secondaire à une néphrite (pneumococcique). Les cas de méningites à pneumocoques latentes ne sont pas rares, mais ils peuvent échapper à l'observation, car leurs caractères macroscopiques sont souvent très atténués; leur réalité est démontrée par une autopsie avec examen bactériologique. Il peut exister d'autre part des pneumococcies

méningées sans réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien, qu'aucun symptôme clinique, en dehors de l'hémiplégie, ne permet de soupçonner (observation des auteurs à la clinique du professeur Lépine). Dans ces cas on doit admettre que le pneumocoque conditionne l'hémiplégie sans pouvoir préciser s'il agit par lui-même ou par ses toxines ; il s'agit vraisemblablement de méningite séreuse.

Œdèmes aigus du poumon. Comparaison du taux de l'urée et des chlorures dans le sérum sanguin et dans l'expectoration. — MM. Ch. Lesieur, Froment et Garin. La composition chimique d'une expectoration d'œdème pulmonaire aigu vrai est voisine de celle du sérum sanguin : Bezançon et de Jong l'ont démontré en ce qui concerne le taux de l'albumine, les auteurs le confirment en ce qui concerne le taux des chlorures et de l'urée. Le dosage de l'urée et des chlorures comparativement dans l'expectoration et le sérum montre aussi que toutes les expectorations d'allure albumineuse ne sont pas attribuables à l'œdème aigu vrai du poumon : dans un deuxième cas observé comme le premier à la clinique du professeur Lépine, la similitude des chiffres n'existait plus, et la signification clinique était toute différente. La voie bronchique peut être une voie d'élimination importante, lorsque les reins fonctionnent mal, non seulement pour les chlorures, mais aussi pour l'urée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 20 novembre 1909)

Recherches sur les anticorps tuberculeux. — MM. F. Bezançon et H. de Serbonnes. La réaction de fixation étudiée sur 150 malades ne se montre positive que chez les deux tiers environ des tuberculeux ; chez un même malade, la présence des sensibilisatrices du sérum est irrégulière et d'un jour à l'autre on peut voir disparaître ces sensibilisatrices. De même, il existe des oscillations marquées dans les courbes des précipitines et des agglutinines. Cette courbe oscillante est donc caractéristique de la tuberculose. Ces oscillations se retrouvent moins marquées, mais nettes cependant pour les agglutinines et les précipitines.

Au moment des rechutes de la maladie, il existe une baisse marquée des anticorps tuberculeux. On peut admettre, par analogie, que les disparitions d'anticorps qui ne semblent pas s'expliquer par l'état clinique du malade, révèlent une série de petites rechutes que la clinique seule ne permet pas de soupçonner. Il existe donc dans la tuberculose des phases négatives importantes à connaître au point de vue des applications thérapeutiques (tuberculine).

Au point de vue spécificité, la réaction de fixation se montre assez nettement spécifique cliniquement, mais nullement l'agglutination et la précipitation. En revanche ces deux dernières réactions pourraient peut-être servir au pronostic, étant donné leur plus grande intensité vers la fin des poussées aiguës de la maladie, quand la tuberculose s'améliore.

Les formes frustes de l'ictère chloroformique. — MM. Chevrier, René Benard et Sorrel ont observé qu'après toute chloroformisation il y a une augmentation considérable de la quantité des pigments biliaires dans le sang. Cette cholémie est très intense; elle est précoce (elle apparaît huit heures après la chloroformisation) et prolongée (elle dure de huit à dix jours).

Cliniquement elle peut se manifester par une sensibilité à la percussion de la région hépatique ; le plus souvent elle est inappréciable sans l'examen du sang.

L'hyperthermie post-mortem. — M. Laignel-Lavastine rapporte trois cas d'hyperthermie post-mortem dépassant de beaucoup les faits jusqu'à présent publiés.

Dans une méningite tuberculeuse avec hémorragie sous-arachnoïdienne, il a observé 41°2 au moment de la mort et 42, 45, 50, 40 degrés après cinq, vingt, trente-cinq et cinquante-cinq minutes.

Dans une pachyméningite hémorragique d'origine alcoolique, il a observé 40 degrés au moment de la mort et 55 degrés, 41 degrés après une demi-heure et une heure.

Chez un pneumonique alcoolique, il a observé 41 degrés au moment de la mort et 59, 58, 55, 36 degrés après cinq, vingt, trente-cinq et cinquante minutes.

Toutes ces températures sont rectales.

Dans cette troisième observation, les températures nasales, au bout des mêmes temps, ont été respectivement de 53, 28, 27 et 26 degrés.

LIVRES NOUVEAUX

Pour la race (1), par le docteur Lachaud, député de la Corrèze.

L'auteur s'efforce d'émouvoir l'opinion publique et démontre que la diminution de notre natalité et de nos qualités de race a sa cause principale dans la mauvaise hygiène de nos casernes, d'où il sort par an 23 000 hommes réformés et incurables qui y étaient arrivés bien portants.

Que le pays s'éveille donc de son indifférence, de son inertie, de son aveuglement sur la situation de la France en Europe. Les contingents diminuent, le nombre des réformés s'accroît sans cesse; dans quinze ans nous ne pourrons plus tenir nos régiments au complet, même sur le pied de paix.

Le mal n'est pas sans remède, mais il faut se hâter.

Tout d'abord que l'éducation physique soit rendue obligatoire dans tous les établissements scolaires.

Puis, modifions nos casernes, où trop d'hommes sont agglomérés; augmentons notre corps de médecins militaires, retirons-leur une administration qui les absorbe; organisons l'hygiène de nos troupes.

Il faut reconnaître que nous avons des leçons à prendre à l'étranger. Et le docteur Lachaud de décrire ce qu'il a vu en Suisse, en Belgique, en Hollande, en Angleterre, où il avait été envoyé en mission d'études par le ministre de la guerre. A noter que l'Allemagne a rigoureusement fermé au docteur Lachaud les portes de ses casernes.

Où trouver les crédits nécessaires pour la transformation de nos casernements? Le docteur Lachaud s'en est également préoccupé.

Et ces réformes, dont le besoin est urgent, auront pour premier résultat, conclut l'auteur, de conserver au pays les 23 000 hommes qu'il perd annuellement. L. Gayard.

Les Névralgies et leur traitement (2), par MM. F. Lévy et A. Baudouin.

Le traitement des névralgies a fait des progrès au cours de ces dernières années et des méthodes thérapeutiques nouvelles (électricité, injections d'alcool, intervention chirurgicale) ont été proposées qui permettent aujourd'hui de moins désespérer de la guérison en ce qui concerne certaines névralgies, par exemple la névralgie faciale. MM. Lévy et Baudoin ont contribué à vulgariser en France les méthodes de Schlösser et d'Ostwalt; on leur doit une technique nouvelle des injections d'alcool; ils étaient donc tout désignés par leurs travaux antérieurs pour mettre au point la question et écrire cet intéressant volume des Actualités médicales.

L. Babonneix.

(1) Un vol. in 8. — Prix : 5 francs. — Paris, Lavauzelle.
(2) In-16 (Actualités médicales). — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Concours de l'externat.* — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Guénard, Pierre Lafargue, Dassy, Mme Mercier-Bellevue, MM. Villar, Perrot, Cavallier, Juhel, Bitot, Collerie-Leduc, Lacroix, Simond, Lacour, Papin, Asperberro, Guierre, Marcard, Paul Dumas, Bonzom, Belot, Carrère, Beausoleil, Feneuille, Lartigaut, Anglade, Corrèges, Fournié, Morin, Lamy-Lapeyrière, Fanguey, Chilbrac, Maurice Laffargue, Fabre, Domec, Nard, Salvat, Agard, Favreau, Testas, Dussillol, Harmand, Conquet, Bluel, Bordes, Lautier, Rondet, Laurence.

— Les récompenses suivantes sont accordées aux élèves des hôpitaux de Bordeaux :

Internes. — Prix Delord : M. Mauriac ; — Prix de l'administration : M. Parcelier ; — Prix Levieux : M. Dupérié ; — Médailles d'argent : MM. Loubat, de Raquine, Brau-Tapie, Parouty, Ferron, Chavoix, Montalier, internes titulaires ; — Médailles de bronze : MM. Lacoste, Augistrou, Bardon, internes titulaires ; — Médailles d'argent : MM. Boutin, Darrasse, internes provisoires ; — Médailles de bronze : MM. Pasturaud, Pouget, Daure, internes provisoires.

Externes. — Médailles d'argent : MM. Laparade, Junca, Plantier, Heidenreich ; — Médailles de bronze : MM. Auxion, Laborde, de Gaye, Guiard, Soulard, Perruchot, Jamault, Capdeville, Chevalier, Dantin, Gilard, Fouquet, Jacques Lavielle, Colombier, Loumaigne, Piganeau, Ducasse, Bonnin, Gentille, Hamet, Lataste, Boursier, Chenut, Gourrin, Belvèze, Baudreau, Luscan, Teyssandier.

Internes en pharmacie. — Médailles de bronze : MM. Henry, Deleurme.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — M. Langlet, professeur de physiologie, est nommé pour trois ans directeur de l'Ecole de médecine de Reims.

MM. Bagneris, suppléant de la chaire de physique, Bottu, chargé du cours de chimie biologique, Téchouyères, chargé du cours d'histologie et du cours de parasitologie et bactériologie, Lardennois, chargé du cours de clinique chirurgicale, MM. Henry, Grau et Luton sont prorogés d'une année dans leurs fonctions.

— POITIERS. — Le concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de Poitiers, ouvert devant la Faculté de Bordeaux, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Latronche.

— TOURS. — Après concours devant la Faculté de Paris, le docteur Tillaye a été nommé professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Tours.

ASILES D'ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Le jeudi 6 janvier 1910, il sera ouvert à l'Asile clinique, rue Cabanis, 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, 1er bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 6 au samedi 18 décembre 1909 inclusivement.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-cinquième semaine, 902 décès, au lieu de 773 pendant la semaine précédente et au lieu de 877, moyenne ordinaire de la saison.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 140 décès, au lieu de 107 pendant la semaine précédente (moyenne 138).

La phtisie pulmonaire a causé 213 décès (moyenne 186); on compte 3 décès par méningite cérébro-spinale épidémique. Le nombre des nouveaux cas signalés est de 4.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bailly (de Bourges) et Defouilloy (de Lécluse).

HOPITAL BEAUJON. — M. le docteur Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon, commencera son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Beaujon, jeudi 25 novembre, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. — MM. les docteurs Le Play et Doury, chefs de clinique à l'Hôtel-Dieu, commenceront leurs conférences pratiques de séméiologie clinique à l'Hôtel-Dieu, salon Saint-Christophe, le jeudi 2 décembre, à cinq heures, et les continueront les lundis et jeudis suivants à la même heure.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 25 sept. 1909.) ZUNG : Nouvelles recherches sur les propriétés anti-protéolytiques du sérum sanguin. — O. LIBOTTE : L'électricité dans la cure des fractures. — DEMOOR : A propos du mécanisme de la lymphogénèse. — Ch. WILLEMS : Traitement de l'hémarthrose et de l'hydarthrose aiguë du genou par la ponction suivie immédiatement de la marche.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 273, 10 nov. 1909.) St. LEDUC : Sur le traitement de la douleur par l'introduction de l'ion salicylique. — R. JULIEN : L'électro-diagnostic et l'électrothérapie dans les paralysies névritiques post-typhiques. — A. ESCHISE : Deux cas de prolapsus génital améliorés par la faradisation rythmée. — Th. NOGIER : Appareil radiologique universel pour radioscopie, radiographie et radiothérapie.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Oct. 1909.) L. THOINOT : L'autopsie médico-légale. — Et. GINESTOUS : La « faute inexcusable » en matière d'accident du travail. — Eug. STOCKIS : Le diagnostic de l'asphyxie par submersion. — G. THIELLEMONT : De l'influence du mode d'indemnisation sur l'évolution des affections nerveuses post-traumatiques. — (Nov.) DUCAMP : Organisation du service médico-légal en cas d'accidents et

critérium méthodique à adopter dans les expertises. — Ernest DE CRAENE : L'état du sang dans la mort par asphyxie au point de vue médico-légal. — L. THOINOT : L'autopsie médico-légale.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 9, sept. 1909.) Marcel LERMOYEZ et Ch. AUBERTIN : Les effets toxiques de l'adrénalisation de la muqueuse nasale. — G. MAHU : Cure radicale de la sinusite maxillaire chronique par la voie nasale. — GUISEZ : Rétrécissements cicatriciels infranchissables de l'œsophage et œsophagoscopie. — Jacques FOURNIÉ : Mastoïdites à foyers multiples au cours d'une otite aiguë. — (N° 10, oct.) JACQUES : Pathogénie et traitement de l'angine de Ludwig. — Louis VACHER : Contribution à l'étude de la cure de la sinusite maxillaire par voie nasale. — P. CORNET : Coryzas brightiques. — J. DAVID : Abcès froid rétro-pharyngé d'origine ganglionnaire.

Archives générales de chirurgie. — (N° 9, 25 sept. 1909.) SALOMONI : Contribution à la chirurgie du cœur. — Pierre DESCOMPS : Abouchement urétéral dans le rectum exclu. — THÉVENOT : Les fractures compliquées de la région antérieure du crâne. — MAUCLAIRE : Epiploïte compliquant une salpingite. — (N° 10, 25 oct.) Ph. CACCIA : L'urétérocèle. — FIDELIN : Résultats éloignés de l'ablation du sein pour cancer. — JACOULET : Les inoculations opératoires du cancer.

Clinique. — (N° 43, 22 oct. 1909.) F. TERRIEN : Le rôle du médecin dans le traitement du strabisme. — RUDAUX : La constipation au cours de la puerpéralité. — G. LUYS : Des ruptures traumatiques du rein. — V. AUDIBERT et F. MONGES (de Marseille) : Septicémie éberthienne. — (N° 44, 29 oct.) COYON : Le chimisme intestinal des graisses alimentaires. — RIVET : Allaitement mixte et pouponnières. — BALENCIE : Le goménol dans le traitement des tuberculoses externes. — DELORE et CHALIER : Troubles nerveux du mal de Pott. — (N° 45, 5 nov.) Léon MAC AULIFFE : L'oreille et ses stigmates dits de dégénérescence. — SABOURAUD : Traitement de la pédiculose compliquée d'impetigo pédiculaire. — C. RŒDERER : Les premiers exercices de gymnastique respiratoire. — (N° 46, 12 nov.) LEBON : Les atrophies musculaires et leur traitement par l'électricité. — P.-R. JOLY : Cure d'eaux associées. — P. BARBARIN : Trois cas d'ostéite du maxillaire inférieur chez le jeune enfant. — V. PAUCHET : Traitement des fistules tuberculeuses par les injections de mastic bismuthé. — (N° 47, 19 nov.) R. LE CLERC : Tuberculose testiculaire. — G. LAURENS : Corps étrangers de l'oreille. — ALERAND : Abcès et phlegmons œsophagiens et péri-œsophagiens. — EMERY et SABATIER : Un cas de panaris à gonocoque par infection directe.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 41, 10 oct. 1909.) E. PETIT DE LA VILLÉON : Volumineuse tumeur polypoïde de l'urètre chez une fillette de trois ans. — LAFOND-GRELLETY : Le cœur et l'electricité. — (N° 42, 17 oct.) LAFOND-GRELLETY : Le cœur et l'électricité (*fin*). — (N° 43, 24 oct.) Maurice RIVIÈRE et Etienne LOUBAT : Sur un cas d'opération césarienne conservatrice. Hémostase primitive par l'adrénaline. Remarques sur l'emploi du catgut dans la suture de l'utérus-sacrum à six pièces. — Et. GINESTOU et Mlle CAMPANA : Paralysie hérédo-syphilitique du moteur oculaire commun. — (N° 44, 31 oct.) J. BONNES : Traitement précoce de l'ectopie testiculaire par l'ingestion de corps thyroïde. — (N° 45, 7 nov.) R. DUPÉRIÉ : Hérédo-syphilis tardive; présence du spirochète pâle dans le muco-pus conjonctival et dans le liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire. — J. DUVERGEY : De la thrombo-phlébite consécutive au coup de fouet. — (N° 46, 14 nov.) Ch. ROCAZ : Adénoïdite diphtérique. — Et. GINESTOUS : Irido-cyclite diabétique.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 40, 7 oct. 1909.) A. DE BACKER et G. CANTINEAU : A propos du choléra (*suite*). — (N° 41, 14 oct.) O. WEILL : Sur la biligénie locale. — (N° 42, 21 oct.) VAN DE POEL : De l'amputation de la pulpe. — (N° 43, 28 oct.) E. BUYS et H. COPPEZ : Tracés graphiques du nystagmus.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 41, 10 oct. 1909.) CHAVANNAZ : Leçon inaugurale (chaire de clinique gynécologique). — (N° 42, 17 oct.) CHAVANNAZ : Leçon inaugurale de la chaire de clinique gynécologique. — ANDÉRODIAS : Rupture utérine consécutive à deux cas de présentation de l'épaule négligée. — (N° 43, 24 oct.) P. CARLES : Le sucre et l'effort musculaire. — L. ROCHER : Remarques anatomiques sur le grand trochanter et le muscle grand fessier à propos de la pathogénie de la hanche à ressort.

Journal des praticiens. — (N° 41, 9 oct. 1909.) A. MATHIEU : Les signes de la sténose intestinale. — LE GENDRE : Traitement de la douleur. — RAYMOND : Délire de persécution. — BABINSKI : Paralysie alterne (syndrome Millard-Gubler). — Napoléon MARINI : Nouvelles recherches sur la nature de la lombricose. — (N° 42, 9 oct.) JEANSELME : Syphilis secondaire tardive (syphilis anarchique). — René ONFRAY : Une erreur de pronostic à éviter. Ecchymose des paupières et fracture du canal optique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 134. — JEUDI 25 NOVEMBRE 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 25 NOVEMBRE 1909. — Nº 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de **10f** par **an**. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — *Concours d'internat.* — Ont été nommés : internes, MM. Hébert de la Rousselière, Victor Leroy, Tézé et Pilven; internes provisoires, MM. Meulle, Bousseau, Rousseau et Peignaux.

HOPITAL CIVIL D'ALGER MUSTAPHA. — Le concours de l'internat (première classe) s'est terminé par la nomination de MM. Cazenave, Sadoun, Narboni, Richard et Coudray.

— Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Pélissier, Fournier, Masselot, Ferréol, Flottes, Laquière et Maury.

Internes provisoires : MM. Amaoua, Bit, Deshayes, Alberti, Biscos et Ricoux.

— Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : Mlle Petit, MM. Rançon, Barbier, Witas, Senevet, Bonnet, Lamounette, Ardoin, Morali, Mosca, Timsit, Verne, Gueidon.

Externes provisoires : MM. Aguillon, Carabin, Dayan-Alaux.

ÉCOLE DE MÉDECINE. — Alger. — Le concours d'adjuvat d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. Bit et Rebuffat.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La médaille d'honneur des épidémies est décernée à :

Médaille d'argent. — MM. Bellamy, médecin en chef de l'hôpital de Saint-Brieuc; Tostivint, médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Brieuc ; Héry, médecin adjoint de l'hospice civil de Saint-Brieuc.

MÉDECINS DE COLONISATION. — Un décret en date du 25 octobre modifie ainsi les articles 27, 28 et 30 du décret du 23 mars 1883 sur le service médical de colonisation en Algérie.

Art. 27. — Les médecins de colonisation sont répartis en sept classes qui correspondent aux traitements suivants :

Première hors classe	6.000
Deuxième hors classe	5.500
Médecin de première classe	5.000
Médecin de deuxième classe	4.500
Médecin de troisième classe	4.000
Médecin de quatrième classe	3.500
Médecin de cinquième classe	3.000

Art. 28. — La proportion dans chaque classe est fixée de la façon suivante :

Première hors classe / Deuxième hors classe	1/10
Médecins de première classe	1/10
Médecins de deuxième classe	2/10
Médecins de troisième classe	2/10
Médecins de quatrième classe	2/10
Médecins de cinquième classe	2/10

L'avancement ne peut être obtenu qu'après deux ans au moins passés dans la classe immédiatement inférieure.

Ce délai est porté à trois ans pour les promotions dans les hors classes.

Art. 30. — Les médecins de colonisation qui obtiendront des congés seront remboursés de leurs frais d'intérim pendant la durée de ces congés dans les limites d'une somme de 300 francs tous les deux ans.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs H. Foltz, médecin sanitaire maritime; et Merlou, ministre plénipotentiaire, ancien ministre des finances.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

RENSEIGNEMENTS

LA FAMILLE TUBERCULEUSE

RAPPORTS DE LA PHTISIE AVEC LES AUTRES TUBERCULOSES PARENTÉS MORBIDES (1)

Par le docteur PIERY,

Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

« Chez un sujet aux prises dès l'enfance avec l'infection tuberculeuse, on sait que les diverses localisations inflammatoires spontanées qui se succèdent au cours de son existence et guérissent ou non, dépendent ordinairement de la même cause et qu'il est irrationnel d'aller en invoquer une autre. »

(R. TRIPIER. *Etudes anatomo-cliniques*, 1909.)

I

CARRIÈRE PATHOLOGIQUE DE CERTAINS TUBERCULEUX

« L'histoire d'un tuberculeux n'est pas réductible à la phtisie pulmonaire qui l'emporte », ont dit excellemment Poncet et Leriche. La tuberculose, en effet, qui frappe le poumon, est loin de se limiter à cet organe : nous venons de le voir pour la tuberculose septicémique et les granulies; nous l'avons vu déjà également pour certaines tuberculoses pulmonaires chroniques, en particulier pour les tuberculoses fibreuses et abortives. Ce sont ces rapports de la tuberculose pulmonaire avec les autres localisations du virus bacillaire, soit chez l'*individu*, soit dans l'*espèce*, que nous voudrions présenter d'une façon plus complète ici. La tuberculose pulmonaire, qui a été l'objet exclusif de notre étude, apparaîtra alors avec une signification pathologique mieux précisée, vraiment « située » alors au milieu des déterminations variées de la tuberculose — nous dirions presque de la *diathèse* tuberculeuse — lorsque les anneaux divers de la chaîne à laquelle elle appartient auront été ainsi décrits.

Beaucoup de phtisiques, il faut bien le dire, ont une histoire pathologique limitée à la tuberculose pulmonaire qui les emporte, en un temps plus ou moins long. Ces tuberculeux à formes sévères plus ou moins rapidement mortelles, ce sont les *grands tuberculeux*. Mais les *petits tuberculeux*, suivant l'heureuse expression de Poncet et Leriche, ceux qui présentent des formes bénignes surtout fibreuses — les *formes arthritiques* des auteurs — ce sont ces tuberculeux-là, qui durent souvent indéfiniment et qui présentent parfois tout un passé pathologique lorsque leurs poumons viennent à être touchés; mais, parfois aussi, la détermination pulmonaire a pu être initiale, et c'est ultérieurement que leurs différents tissus ou organes sont frappés à leur tour.

C'est cette *carrière pathologique* du *petit tuberculeux*, du tuberculeux arthritique, que nous voudrions esquisser ici, notre attention ayant été, depuis de nombreuses années déjà, attirée sur cette filiation des déterminations successives de la bacillose, aussi bien chez l'individu que dans sa famille, par les travaux initiateurs de Poncet.

D'après les faits assez nombreux (car les tuberculeux ne font pas défaut et il suffit de les interroger) qu'il nous a été donné d'observer, cette filiation d'accidents pathologiques, qui comprennent à un moment donné une détermination tuberculeuse avérée, se présente en des groupements cliniques variés.

Trois d'entre eux nous paraissent à retenir, sans que pour cela nous voulions affirmer ici que parfois ils ne puissent se confondre et que d'autres groupements cliniques, tout aussi solides, ne puissent être décrits. En fait, répétons-le, nous ne parlons que de ce que nous avons observé.

I. Type tuberculose abortive, chlorose, albuminurie intermittente, rhumatisme tuberculeux, hypertrophie thyroïdienne, rétrécissement mitral, etc. — C'est ainsi qu'un premier type clinique peut être observé chez un sujet qui, au cours de son existence, présentera quelques-unes des manifestations pathologiques suivantes. Quelques années après sa naissance, l'enfant apparaît un peu *infantile*, avec son thorax peu développé; il est pâle, d'aspect lymphatique. Dès la seconde enfance, il présente l'obstruction nasale caractéristique des végétations adénoïdes accompagnées de grosses amygdales. C'est à ce moment que surviennent ces « grippes », ces « embarras gastriques fébriles » sur lesquels a insisté Landouzy, et qui ne sont que des *granulies discrètes*, capables d'ailleurs de déterminer un *syndrome méningitique* curable, et qu'on refuse d'attribuer à la tuberculose, sous le prétexte qu'il guérit. Souvent aussi, au voisinage de la puberté, survient une première attaque de *rhumatisme articulaire aigu ou subaigu*. Consécutivement à ces divers accidents aigus, survient souvent une *chorée* qui guérit vers la fin de la puberté. Mais alors, immédiatement ou à quelques années d'intervalle, surtout s'il s'agit d'une fille, apparaissent les crises convulsives soit d'une *hystérie*, soit d'un *mal comitial*. Quoi qu'il en soit, à l'examen de ces adolescents on note de l'anémie, le plus souvent sous la forme d'une *chlorose vraie*, quelques ganglions cervicaux indurés, souvent de l'*hypertrophie thyroïdienne*, de la thyroïdite, un petit *goitre* et une *albuminurie intermittente*.

Vient-on à consulter attentivement les sommets, l'on y trouve la signature de la tuberculose, sous sa forme d'ailleurs la plus discrète : une respiration soufflante, une expiration prolongée ou saccadée, traduisant la *tuberculose abortive* d'un sommet.

A ce moment déjà, pour peu qu'une ou plusieurs poussées rhumatismales aient eu lieu, mais même sans cela, on note les signes d'un *rétrécissement mitral* souvent pur.

La carrière pathologique de ces malades, passé la trentaine, se restreint plutôt. Toutefois on note encore des localisations multiples, considérées

(1) Cet article formera un chapitre du livre *La Tuberculose pulmonaire*, par M. PIERY, qui doit paraître en décembre. (Bibliothèque de la tuberculose. Directeurs : professeurs Chantemesse, Poncet, Collet; secrétaire général : docteur Piery.) — Paris, O. Doin et fils, édit.

comme d'ordre rhumatismal par les auteurs. Une *pleurésie aiguë séro-fibrineuse*, une *sciatique*, une *névralgie faciale*, une *iritis* à type rhumatismal, une *orchite*, un *érythème nerveux*, un *purpura rhumatoïde*, peuvent apparaître successivement à titre généralement épisodique et avec un caractère fluxionnaire relativement transitoire. Enfin ce sont ces mêmes malades qui font du *goitre exophtalmique* et présentent soit de la *camptodactylie*, soit de la *rétraction de l'aponévrose palmaire*, etc.

Enfin, à l'âge mur, à la vieillesse même — car ils y parviennent généralement — ces malades sont les perpétuels valétudinaires, courbés par une spondylose plus ou moins accentuée, enkylosés aussi par du rhumatisme déformant; sans cesse en lutte contre le froid, leur ennemi, et finissant par mourir de leur tare viscérale prédominante.

II. Type phtisie fibreuse dense, éruptions herpétiques, artério-sclérose, mal de Bright, etc. — Un second type clinique, que nous avons vu réaliser plus ou moins complètement par divers malades, réunit les diverses affections suivantes, qui sont précisément celles que Lancereaux avait déjà considérées comme réalisant le type de « l'herpétisme ». Dès la première enfance déjà, à propos de refroidissement ou d'indigestion, ils sont atteints d'*affections spasmodiques* diverses : accès de faux croup, convulsions passagères. Parfois, nourrissons, ils ont cet *eczéma généralisé* du cuir chevelu, dont la guérison trop brusque est souvent, avec juste raison, la terreur des mères. De fait, des convulsions et des congestions pulmonaires succèdent fréquemment à la disparition de l'exanthème cutané. Ce sont ces mêmes enfants qui ont aussi de l'*incontinence des urines* et des terreurs nocturnes.

A la puberté, comme dans le type précédent, apparaît la *chlorose* avec pâleur, épistaxis fréquentes et parfois *hémoptysies* menstruelles dites de suppléance ou arthritiques. Vers la vingtième année, des *accidents névralgiques* commencent à se faire sentir, sous la forme de migraines, névralgies sciatique ou faciale et viscéralgies diverses, caractérisées par leur intermittence. Des *éruptions* diverses apparaissent : l'urticaire, l'eczéma, le lichen, le psoriasis. Un peu plus tôt ou un peu plus tard, ils présentent aussi de la sécheresse de la gorge, de la *pharyngite granuleuse*, puis des *varices* et des *hémorrhoïdes*.

Au fur et à mesure qu'il avance dans la vie, ainsi que l'a noté Lancereaux, les traits de la physionomie du sujet s'accusent : il est ordinairement sec, nerveux, alerte, remuant, actif, s'il ne tombe pas dans l'*hypocondrie*; une calvitie précoce, apparue dès l'âge de vingt ans, complète l'habitus extérieur.

L'âge adulte voit éclore ou se poursuivre les *migraines*, les *spasmes vésicaux*, les *hémorrhoïdes externes*, la *gravelle*, l'*asthme*, avec sa *bronchite sibilante*.

C'est vers la quarantaine qu'apparaît la *phtisie herpétique* de Lancereaux, la *phtisis arthritica* de Morton, qui se rapproche sans se confondre de la *phtisie fibreuse dense*. Elle débute souvent par une pleurésie (Lancereaux), parfois par une hémoptysie, par de l'asthme. Bientôt d'ailleurs, le malade prend le thorax et l'aspect d'un phtisique. Les hémoptysies sont fréquentes, cessant souvent sous l'influence d'un flux hémorrhoïdaire. La fièvre est fréquente, procédant par crises de courte durée. La dyspnée est notable, réalisant très souvent un *asthme* vrai (*phtisie asthmatique* de G. Sée). Les signes physiques sont ceux de la phtisie fibreuse dense; à l'auscultation dominent les bruits secs : râles sonores, craquements secs, frottements pleuraux. La *phtisie fibreuse post-pleurétique*, avec sa localisation unilatérale, s'observe dans les mêmes conditions.

C'est également de quarante à cinquante ans, qu'isolément ou en alternance avec la phtisie arthritique, apparaissent les *rhumatismes chroniques* avec poussées aiguës intercurrentes. Les artères deviennent flexueuses et rigides, le cœur s'hypertrophie; l'*albuminurie* apparaît avec les symptômes insidieux d'un *mal de Bright* d'abord légers sur lesquels nous avons insisté, puis caractéristique d'une *néphrite interstitielle chronique*. La mort survient alors du fait, soit de la phtisie avec ses complications asystoliques et pulmonaires, soit d'*urémie*, soit encore par *hémorragie* ou *ramollissement cérébral*.

III. Type tuberculose discrète avec emphysème, asthme, obésité, diabète, albuminurie, goutte, etc. — Voisin encore, se confondant sur plusieurs points avec le type clinique précédent, un *troisième type* réalisant un complexus morbide dont les caractéristiques les plus saillantes sont l'asthme, la tuberculose discrète avec emphysème et l'obésité. Le plus fréquemment ici, c'est l'*asthme* qui ouvre la série, non pas, comme dans le type précédent, un asthme un peu tardif et secondaire à lésions plus ou moins discrètes de tuberculose pulmonaire, mais un asthme du type « essentiel », simplement accompagné de son fidèle satellite la bronchite sibilante. Mais, déjà, dans l'enfance, ces asthmatiques, ainsi que le remarque Moncorge, sont souvent de caractère instable, parfois méchant. Les convulsions, les terreurs nocturnes, la chorée de Sydenham, la maladie des tics ne sont point rares non plus.

Adultes, leur aspect surtout les différencie des deux types cliniques précédents; ils sont gros, vultueux, vrais *obèses*, gros mangeurs et gros buveurs, migraineux, avec *gros foie*. Et leur carrière pathologique sera désormais occupée par l'alternance de crises asthmatiques, de *coliques hépatiques*, de *coliques néphrétiques*. Les femmes sont atteintes d'aménorrhée, de dysménorrhée, etc., vraisemblablement symptomatique de lésions tuberculeuses plus ou moins frustes et dont le dernier terme est la *transformation scléro-kystique de l'ovaire*, de prurit vulvaire, d'entéro-névrose.

A partir de la quarantaine, alors que l'emphysème va s'accentuant, sous l'influence des poussées récidivantes de bronchite sibilante ou humide, on voit apparaître simultanément ou successivement le *diabète* sous sa forme légère, dite arthritique, l'*albuminurie*, la *goutte*.

Il arrive enfin un moment où les déterminations pulmonaires, hépatiques et rénales s'ajoutent à la fatigue cardiaque, et ce sont ces malades qui meurent en *asystolie cardio-hépato-rénale.*

Telles sont les manifestations pathologiques multiples qui peuvent atteindre, durant son existence, un tuberculeux, pourvu que la virulence atténuée de sa maladie lui permette toutefois assez longue survie.

Mais, de plus, le lien entre les multiples manifestations pathologiques n'existe pas seulement chez l'individu lui-même, il existe encore — fait plus curieux encore — dans son ascendance et dans sa descendance; il existe dans la *lignée* elle-même.

II

HISTOIRE PATHOLOGIQUE DES ASCENDANTS, DESCENDANTS ET COLLATÉRAUX DES TUBERCULEUX

Les manifestations pathologiques multiples que nous avons énumérées plus haut n'existent pas seulement rassemblées plus ou moins nombreuses chez le même individu, elles se rencontrent, en effet, les mêmes, chez leurs ascendants ou descendants, constituant, répétons-le, de véritables maladies de famille.

L'étude de l'hérédité des tuberculeux, l'hérédité de ce qu'on a appelé les maladies diathésiques, semble être tombée à l'heure actuelle en désuétude complète. Et force est de remonter aux vieux cliniciens, observateurs sagaces et patients, du milieu du siècle passé, pour retrouver les éléments de cette difficile étude, qu'au surplus seul un médecin à fin de carrière pourrait entreprendre avec ses propres forces.

C'est chez Peter que nous retrouvons les documents les plus importants, recueillis avec le sens clinique large et perspicace qui caractérise ce clinicien doublé d'un phtisiologue.

C'est ainsi qu'il montre d'abord, observations en mains, la fréquence de la scrofule, de l'arthritisme, de l'herpétisme chez les parents d'enfants tuberculeux. Ces enfants se tuberculisent plus souvent et plus facilement que leurs parents. « Ainsi, dit-il, vous verrez des scrofuleux placés dans de bonnes conditions d'hygiène vivre avec leur scrofule soixante-dix ans et davantage, ayant engendré des enfants qui meurent tuberculeux à vingt ans. Ainsi des goutteux, ainsi des rhumatisants, ainsi des herpétiques. »

Il importe de distinguer l'hérédité *uniparentale* de l'hérédité *biparentale*, celle-ci étant bien autrement active que celle-là. L'un des géniteurs est scrofuleux, l'autre rhumatisant ; alors l'enfant, déjà plus taré, a des chances morbides plus nombreuses et plus complexes : il aura, par exemple, des arthrites qui deviennent des tumeurs blanches. L'un des époux est scrofuleux, herpétique ou goutteux, ou bien le mari est scrofuleux et la femme hystérique, dyspeptique et valétudinaire; dans tous ces cas, le descendant finit sa vie et sa race en se tuberculisant (Peter).

I. Scrofule des ascendants. — La *scrofule* est la maladie des ascendants qui y conduit le plus volontiers. C'est ainsi que Peter a vu mourir à vingt-deux ans, de phtisie fébrile, un jeune homme fils de deux scrofuleux qui ne l'étaient qu'au minimum. Intéressante aussi est l'observation de ce jeune homme de seize ans, fils de deux consanguins, le père étant un lymphatique nerveux, la mère de même, avec en plus un catarrhe bronchique chaque hiver; ce jeune homme est atteint de tuberculose pulmonaire abortive avec hémoptysies, et de plus il présente un vrai type de l'*infantilisme tuberculeux* de Lorain.

II. Herpétisme des ascendants. — « Comme la scrofule, l'*herpétisme* prédispose à la tuberculisation, et, comme l'enfant du scrofuleux, celui de l'herpétique peut se tuberculiser » (Peter). « Plusieurs descendants d'herpétiques, dit encore Lancereaux, sont naturellement prédisposés à la phtisie, et particulièrement ceux qui sont peu développés, presque imberbes et dont le thorax est manifestement aplati. » Au surplus, les faits rapportés par Hirtz (cité par Peter), qui a suivi longuement durant plusieurs générations tous les membres d'une famille, ne laissent aucun doute à cet égard. Ses observations et ses conclusions sont intéressantes à signaler. C'est ainsi qu'il a vu des personnes issues d'une famille tuberculeuse et préservées de l'hérédité en devenant herpétiques; ou bien atteintes déjà sérieusement d'un commencement de phtisie, laquelle s'arrête par la survenue de l'affection cutanée; ou enfin une personne née d'une famille tuberculeuse et *préservée personnellement* par l'eczéma, mais transmettant à ses descendants, non sa maladie de peau, mais la maladie pulmonaire qu'elle n'a pas.

III. Arthritisme, rhumatisme, goutte, diabète, gravelle, asthme des ascendants. — Se tuberculise aussi très aisément, pour Peter, le fils du rhumatisant, du goutteux, de l'arthritique; témoin ce jeune homme dont il rapporte l'observation, né d'un père rhumatisant et d'une mère goutteuse et qu'il a vu mourir de tuberculose pulmonaire à marche rapide. Bennet, l'illustre phtisiologue, né d'un père goutteux, fut atteint d'une tuberculose pulmonaire qui guérit.

Les goutteux, graveleux, migraineux, eczémateux, engendrent des asthmatiques (Moncorgé), qui sont si souvent des tuberculeux inflammatoires. Des asthmatiques engendrent également des tuberculeux (Moncorgé). Il en est de même pour les diabétiques, dont la descendance, au dire de très bons observateurs, serait fatalement vouée à la tuberculose.

IV. Epilepsie et hystérie des ascendants. — *Epileptiques* et surtout *hystériques* sont aussi fréquemment les parents d'enfants tuberculeux, ainsi que l'a indiqué Grasset avec une autorité qu'on ne saurait contester. Il le fait dans les termes suivants, qui apportent un sérieux appui à la constitution de la *famille tuberculeuse* dont nous tentons d'ébaucher l'histoire. « En envisageant cette maladie, dit-il de la tuberculose, à travers les diverses générations des familles où elle est établie, on voit clairement

l'hystérie, l'hypocondrie, l'aliénation mentale et d'autres névroses manifester la diathèse pendant un certain temps de la vie d'un sujet ou chez les divers membres d'une génération; les lésions phtisiques reparaissent avant et après les névroses de la chaîne héréditaire et rétablissent ainsi la filiation de la parenté de tous ces accidents aux yeux des moins clairvoyants. » Et plus loin ces lignes, encore si nettes, affirmant la parenté héréditaire de l'hystérie et de la tuberculose : « On a prétendu qu'il y avait antagonisme entre l'hystérie et la tuberculose : c'est une erreur d'interprétation, mais qui a un point de départ clinique assez exact. On voit souvent des enfants de race tuberculeuse échapper à la phtisie pulmonaire parce qu'ils sont hystériques; leurs enfants sont phtisiques à leur tour, ou eux-mêmes le deviennent quand l'hystérie cède. Ce n'est pas qu'il y ait antagonisme entre l'hystérie et la phtisie. C'est simplement que l'hystérie est, chez certains, la manifestation de la diathèse, et alors la manifestation pulmonaire ne se produit pas, tant que la manifestation névrosique évolue. »

V. Collatéraux des tuberculeux. — Les *collatéraux* des tuberculeux pulmonaires, frères ou sœurs, oncles ou tantes, etc., ne seraient pas moins intéressants à connaître, mais on possède bien peu de renseignements sur ce point. Ce que nous avons vu personnellement, ainsi que Moncorgé, ce sont, dans une même famille, des frères tuberculeux, des sœurs asthmatiques, ou inversement. Cet auteur signale encore l'association collatérale suivante : tantes, oncles tuberculeux, nièces, neveux asthmatiques ou inversement.

VI. La descendance des tuberculeux. — Quant aux *descendants* des tuberculeux pulmonaires, nous croyons que l'hérédité tuberculeuse se manifeste de façon moins simpliste que ne le disent les auteurs. A propos du pronostic, nous exposons les faits par nous observés. Disons simplement ici qu'à côté de ces familles où le père et la mère, ou bien l'un d'eux seulement, sont entachés de tuberculose, et où l'on voit plusieurs enfants, parfois tous, mourir entre seize et vingt-quatre ans, il en est d'autres à hérédité plus complexe. C'est ainsi que, sur plusieurs enfants, les uns restent indemnes, d'autres meurent de méningite dans l'enfance, d'autres, les filles surtout, présentent une tuberculose pulmonaire abortive, ou bien encore les stigmates de l'infantilisme tuberculeux de Lorain, qui se confondent, d'ailleurs, avec ceux de la tuberculose latente. Elles réalisent principalement le premier des types cliniques que nous avons décrit.

Mais, à côté de ces modifications physiques tangibles, il en est d'autres qui atteignent les viscères. « On a signalé, disent J. Grancher et H. Barbier, l'*emphysème pulmonaire* congénital (Hanrot), l'*atrophie*, la *petitesse du cœur* (Brœmer, Beneke), les *malformations du cœur*, l'*aplasie artérielle*. Avec Trousseau et Hanot, on peut y ranger la *chlorose*,... la sclérose hépatique donnant la figure du *foie lobulé* (Hanot). Enfin Ricochon, Torkamion, Wolff, ont signalé dans les familles des tuberculeux des *dégénérescences diverses*, parmi lesquelles il faut citer : la *polymortalité infantile*, la *fréquence des tumeurs malignes*, des *psychoses*, des *dégénérescences mentales*, des *paralysies*, etc. »

Un phtisique engendre donc souvent un enfant qui sera à son tour tuberculeux, mais non toujours, il s'en faut. D'après Pidoux, en effet, la phtisie descend moins souvent de la phtisie que de beaucoup d'autres maladies constitutionnelles ou héréditaires, telles que celles que nous avons citées. Plus fréquemment donc c'est le scrofuleux, l'herpétique qui engendre des enfants tuberculeux, et à son tour ce tuberculeux engendrera, à côté d'enfants qui mourront de phtisie commune ou de granulie, des enfants atteints d'infantilisme, de chlorose, d'épilepsie, d'hystérie, de manifestations cutanées herpétiques, etc.; à leur tour ces derniers engendreront des tuberculeux, et ainsi se trouvera constituée la chaîne qu'interrompt de temps à autre la mort ou la parfaite santé des membres de cette famille pathologique.

III

LA FAMILLE TUBERCULEUSE

Tels sont les rapports cliniques, chez l'*individu* et dans sa *lignée*, de la tuberculose pulmonaire avec les diverses manifestations pathologiques auxquelles elle semble unie comme par un lien de parenté. En voyant toute la série des modifications morbides précédentes se succéder, non seulement dans le cours de la vie d'un même individu, mais encore et surtout chez les ascendants ou descendants, on est ainsi amené à constater que ce lien de parenté qui les unit les rattache du même coup à une même condition pathologique générale, de façon à former une seule et unique maladie. Mais quelle est-elle, cette maladie?

I. Interprétations variées des auteurs expliquant l'enchaînement pathologique précédent. — Ces faits et leur enchaînement n'avaient pas échappé à l'observation des cliniciens du siècle passé. Ils avaient également cherché à les interpréter. Pour la plupart, il s'agit d'une *diathèse*, état morbide apparent ou latent : c'est l'*arthritisme* pour Bazin, l'*état nerveux* pour Sandras, la *neurataxie* pour Huchard, l'*herpétisme* pour Lancereaux.

II. L'infection tuberculeuse est le lien commun habituel. — Pour nous, nous n'hésitons pas à le dire, ces diverses manifestations pathologiques nous paraissent constituer une grande famille morbide : la *famille tuberculeuse* (1). Et c'est à rassembler les membres épars de cette famille que nous nous sommes efforcés dans l'étude clinique précédente.

III. Argument clinique de la succession des divers états pathologiques en cause chez le même individu et dans sa lignée. — De fait, c'est surtout la succession clinique, chez l'individu et dans sa lignée, des divers accidents précédents, se succédant et alternant avec

(1) Ainsi que Lancereaux pour la « famille herpétique », nous faisons ici usage du terme de « famille » dans une acception analogue à celle des botanistes.

la tuberculose pulmonaire en toute autre localisation évidemment tuberculeuse, qui nous paraît l'argument essentiel de l'idée que nous soutenons, et qui se relie directement à la grande doctrine de la tuberculose inflammatoire de Poncet. La tuberculose, cette diathèse par excellence, dirions-nous si nous ne craignions de ressusciter un mot bien vieilli, ne se manifeste pas en effet seulement par des déterminations à signature folliculaire, mais, prothée qui va se démasquant chaque jour, par des déterminations larvées et sans signature anatomique. L'unité de la phtisie, a dit Grasset, il y a longtemps déjà, est une question de clinique et non d'anatomie pathologique. « Bien plus, ajoute-t-il, cette diathèse est si peu caractérisée par sa lésion qu'elle peut se manifester sans lésion connue appréciable. »

IV. Démonstration récente de la fréquence de la nature tuberculeuse de la plupart des états pathologiques qui frappent le tuberculeux. — De plus, pour ceux qui pourraient juger notre argumentation clinique insuffisante, nous rappellerons que, pour la plupart des manifestations pathologiques que nous avons rattachées à la famille tuberculeuse, la démonstration expérimentale a été déjà en partie fournie. Déjà, au cours de cet ouvrage, nous avons eu à citer maints accidents pathologiques dont l'origine tuberculeuse possible a été récemment démontrée.

C'est ainsi que l'*arthritisme* a été démembré, qu'il a été rattaché, pour nombre de ses manifestations, à la tuberculose (Poncet et Leriche, L. Bernard). Nombre de *rhumatismes aigus* ou *chroniques*, 50 p. 100 des rhumatismes subaigus ou chroniques (J. Teissier et Roque) ont la tuberculose (Poncet et Leriche) à leur origine. L'*obésité* tuberculeuse a été expérimentalement démontrée par P. Carnot.

La nature tuberculeuse de certains *diabètes* a été soutenue par Daremberg, par Poncet et Challier. Mousseaux (de Vittel), Marcou, Dieulafé, Villemin, viennent d'attirer l'attention sur la *lithiase rénale* chez les tuberculeux. Pautrier également a fait le bilan de toutes les *tuberculoses cutanées atypiques*, qu'il fallait à l'heure actuelle distraire de l'arthritisme et de l'herpétisme, pour les rattacher à la tuberculose. La *camptodactylie* (Poncet et Leriche), l'*asthme* (Landouzy, Piéry), l'*emphysème* (Bard), la *sciatique* (Poncet, P. Courmont), l'*ulcère de l'estomac* (Tripier et F. Arloing), la *chlorose* (Landouzy et M. Labbé), les *albuminuries intermittentes de l'adolescence* (J. Teissier), le *rétrécissement mitral pur* (Tripier, P. Teissier), le *mal de Bright* (Josserand, Tripier), la *néphrite scléreuse* (Devic et Rieux), l'*artério-sclérose* (Pic et Bonnamour), etc., comptent désormais la tuberculose au nombre de leurs causes les plus fréquentes.

V. Argument des phénomènes dits de substitution. — Un dernier argument, enfin, et non des moindres, en faveur de la parenté morbide des divers phénomènes pathologiques qui incidentent la carrière d'un tuberculeux pulmonaire, c'est celui des *phénomènes de substitution*. Nous voulons parler de ces accidents morbides qui, survenant chez un phtisique, suspendent ou même arrêtent définitivement l'évolution de l'affection pulmonaire, en se substituant en quelque sorte à elle, dans l'organisme du malade. Ce sont ces faits qui, bien connus des cliniciens de la première moitié du dernier siècle, sont tombés en désuétude dans la médecine contemporaine : imbue d'expérimentation et incapable de trouver dans cette dernière l'interprétation de ces curieux phénomènes, elle les a niés ou a fait purement et simplement sur eux le silence.

« Les phénomènes *de substitution* qui s'opèrent vers la périphérie, dit Peter, sont des éruptions tutélaires, sorte de dérivation spontanée : la fistule à l'anus, la leucorrhée, les hémorrhoïdes médiocrement fluentes, etc., toutes choses que le médecin intelligent respecte, et dont Trousseau me disait « qu'elles sont des maladies qu'il ne faut pas guérir. »

Plus nombreuses encore sont les déterminations morbides capables de jouer le rôle, bienfaisant presque toujours en l'espèce, de phénomènes de substitution. Dans le travail déjà signalé, où Hertz établit la parenté morbide entre l'herpétisme et la tuberculose, à l'aide d'observations ayant trait à des phtisies pulmonaires chez des enfants d'herpétiques, il y a encore la démonstration de l'utilité préservatrice de ces phénomènes. « Ainsi la fistule à l'anus, dit Peter, à qui nous empruntons l'analyse de ces faits, chez l'un de ces enfants et sa guérison, suivie bientôt après de manifestations tuberculeuses; ainsi l'herpétisme tutélaire chez un de ces descendants d'herpétiques, le seul qui échappe à la mort par la phtisie, après avoir présenté d'abord des manifestations tuberculeuses, contre-balancées, puis finalement neutralisées par le développement de la maladie herpétique héréditaire. »

Nous avons, d'autre part, signalé également, dans le cours de cet ouvrage, ces cas de *granulie migratrice*, où des localisations successives se substituent les unes aux autres; il en est de même souvent des manifestations de la *tuberculose septicémique*.

Nous avons également observé la cessation de crises d'*asthme tuberculeux* devant la survenue, soit d'une poussée d'eczéma, soit d'une poussée de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu. Nous avons vu une pleurésie aiguë séro-fibrineuse légère disparaître pour faire place aux accidents d'une méningite aiguë qui guérit, chez un individu ayant eu antérieurement une hydarthrose. Chez un de nos malades une sciatique, chez une jeune femme une albuminurie intermittente firent place à une phtisie évolutive. Signalons enfin ce malade qui, traité autrefois avec succès par Ollier, à l'aide de cautères, pour un mal de Pott transitoire qui avait disparu devant des poussées congestives pulmonaires avec hémoptysies, venait nous demander l'application d'un nouveau cautère pour des symptômes d'une hyperchlorhydrie confinant au syndrome de Berchmann, qui avait apparu « depuis, disait-il, que ses poumons étaient libres » et qui guérit à son tour par l'application d'une pastille de potasse au creux épigastrique.

VI. Intérêt pratique de la connaissance des phénomènes de substitution. — La connaissance de

l'existence de ces phénomènes de substitution, principalement au cours des tuberculoses pulmonaires fibreuses ou abortives, des granulies discrètes ou migratrices, a, on le conçoit, un haut intérêt pratique pour le clinicien qui évitera d'attribuer à l'intervention d'une cause étrangère perturbatrice des phénomènes relevant de la même cause pathogène; et souvent, en ce cas, de commettre l'erreur que son malade ne commet jamais, lui, que nous avons toujours vu faire remonter à la même cause la crise d'asthme, de congestion pulmonaire, comme la poussée articulaire ou la sciatique qui successivement viennent l'atteindre. « C'est ma maladie qui a changé de place », répète-t-il avec assurance.

Une autre conséquence pratique de la connaissance de ces phénomènes de substitution a trait à la conduite thérapeutique. Elle justifie le respect, ou en tout cas l'intervention modérée, à l'égard de ces phénomènes de substitution généralement tutélaire chez un phtisique. Elle conduit, d'autre part, à la reproduction expérimentale, en quelque sorte, des phénomènes de substitution, par l'emploi de la révulsion sous sa forme des cautères et des sétons, chers à nos pères.

Tels sont les arguments qui nous font considérer les divers phénomènes pathologiques précédents, intercurrents dans la vie d'un tuberculeux, chez ses parents ou ses enfants, comme reliés par un *lien commun* : l'*infection tuberculeuse*.

Ce n'est pas à dire que la tuberculose est la seule infection ou intoxication capable de réaliser la plupart des manifestations précédemment décrites. Toute infection ou intoxication larvée pourra engendrer partie de la série pathologique précédente. Mais la tuberculose, croyons-nous, est l'infection qui, le plus souvent, réalisera la condition pathologique générale, cause et lien tout à la fois des diverses manifestations morbides précédentes, unies chez l'individu ou dans sa lignée pour constituer ce que nous avons appelé la *famille tuberculeuse*.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DU PRURIGO

Potion.

Extrait fluide américain de valériane.		40 grammes.
Sirop de menthe.............	*ââ*	15 —
Teinture de valériane.........		
Sirop simple......................		30 —

Trois à quatre cuillerées à café par jour.

Pommade.

Menthol cristallisé pur.......	*ââ*	0gr30
Gaïacol pur synthétique.....		
Oxyde de zinc....................		10 grammes.
Vaseline		20 —

(E. Gaucher.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1909)

Action des gaz putrides sur les microbes (cas de la levure). — MM. Trillat et Sauton. L'étude entreprise par ces auteurs concerne l'action que peut exercer sur la vie des microbes la présence des gaz qui souillent communément l'atmosphère que nous respirons, et notamment celle des gaz putrides provenant de la décomposition animale ou végétale et de la respiration. En composant des atmosphères renfermant ces gaz d'origine variée, en quantités infinitésimales et en y exposant des germes selon un mode opératoire spécial, les auteurs ont constaté que l'air putride non seulement était capable d'activer le développement de certains germes mais pouvait, dans quelques circonstances, prolonger leur existence.

Milieux artificiels atténuant ou exaltant la virulence du bacille de Koch. — M. Baudran.

Nouvelles expériences sur le rôle du muscle crotaphyte (temporal) dans la constitution morphologique du crâne et de la face. — MM. R. Anthony et W. B. Pietkiewicz.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1909)

Étiologie de la diarrhée infantile. — M. Metchnikoff a étudié quel pouvait être le rôle de la flore microbienne intestinale dans l'entérite aiguë des nourrissons, cette affection si fréquente et si grave. En effet, dans les dix premiers mois de cette année, il est mort 1210 nourrissons de moins d'un an d'affections intestinales. Il y a donc un intérêt plus que théorique à étudier ces affections, à en rechercher les causes et à en diminuer la fréquence.

On a fait ingérer à des petits lapins des matières provenant d'entérites de nouveau-nés. Ces petits lapins sont morts de diarrhée. Des petits chimpanzés ont reçu des déjections diarrhéiques provenant de gastro-entérites aiguës d'enfants nouveau-nés; ils ont eu une diarrhée qui a duré plus de quatre semaines. Ces expériences ne laissent aucun doute sur la nature infectieuse de la diarrhée infantile. M. Metchnikoff s'est livré à la recherche de l'agent infectieux. Il a examiné les matières fécales et, de ces recherches, il résulte que ce serait le *bacillus proteus* qui serait l'agent pathogène en question. M. Metchnikoff a eu recours, ici encore, à la méthode expérimentale; il a fait ingérer à des petits lapins des cultures pures de ce bacille, ces animaux ont présenté tous les signes du choléra sec mortel. D'après ces expériences, le rôle du protéus bacillus dans l'entérite infantile ne saurait être contesté. On sait que la diarrhée infantile est une affection beaucoup plus fréquente au moment des chaleurs.

Il faut donc admettre que ce n'est pas le lait de vache, mais plutôt les personnes qui soignent les nourrissons au sein qui leur communiquent l'agent infectieux.

D'après les analyses et les expertises qui ont été faites, il résulte que le protéus semble un microbe saisonnier, très fréquent en été. Les excrétions des chevaux, des vaches, des chiens, des chats en contiennent beaucoup. La couche superficielle de la viande de boucherie, ainsi que les fromages tels que le brie, le camembert, etc., renferment souvent dans leur croûte des protéus.

Enfin, c'est surtout sur les légumes crus, les radis, les salades, sur le raisin qu'on trouve d'énormes quantités de ces bacilles. Le contact prolongé des personnes qui mangent de

ces aliments souillés avec les nourrissons suffit pour contaminer ceux-ci.

« Flambez la croûte des camemberts, des bries, des pont-l'évêques; trempez pendant quelques secondes le raisin ou les légumes dont vous voulez vous servir dans de l'eau bouillante; lavez avec soin les mains qui doivent toucher des nourrissons ainsi que le sein qu'on leur offre; faites bouillir ou stériliser le lait de vache qu'on leur donne et vous verrez très probablement disparaître une des causes les plus importantes de la mortalité infantile qui sévit chez les enfants âgés de moins d'un an : la gastro-entérite aiguë des nourrissons. »

ACTUALITÉS

LE ROLE DE LA MÉDECINE

M. Debove a fait, hier, une conférence, à l'école des Hautes-Etudes sociales, sur le rôle de la médecine. Après une courte incursion dans l'histoire de la médecine, après nous avoir rappelé comment, sous Louis XIV, on était sacré médecin, car la médecine était alors un véritable sacrement, M. Debove, modifiant la définition classique de Littré, dit que la médecine est une science et non un art, science basée sur l'observation et l'expérimentation. Or, la science, dit-il, n'admet pas de dogmes ni de vérités absolues. Elle admet des faits, les étudie et les critique.

Aujourd'hui, dit M. Debove, il est certaines notions de médecine que tous doivent connaître. Personne n'a le droit de s'en détacher complètement. Le philosophe s'intéresse particulièrement à la pathologie mentale. Il ne serait plus possible de faire de la philosophie sans connaître un peu d'anatomie et de physiologie. Nous avons décentralisé les facultés de l'âme et nous savons aujourd'hui que ce n'est plus le cerveau seul qui exerce son influence sur la mentalité d'un individu. Un eunuque n'a pas la même mentalité qu'un homme parfaitement viril. Nous savons l'influence que peut exercer sur les facultés intellectuelles une altération des capsules surrénales ou une affection de la glande thyroïde. Ce n'est pas seulement sur la santé physique, mais aussi sur la santé morale qu'agissent les altérations de ces glandes. Ces notions sont de nature à modifier nos idées sur la responsabilité humaine. Il faut donc que le philosophe soit quelque peu médecin. Il faut aussi que le médecin soit quelque peu psychologue, car combien de maladies morales n'a-t-il pas à traiter?

Il y a une certaine morale qui n'est qu'une branche de la médecine, c'est celle qui se rapporte à la conservation de la race, à la reproduction de l'espèce. Il ne faut pas, sous prétexte de pudeur, passer ces questions sous silence. Il y a des gens qui naissent avec une feuille de vigne sur les yeux et qui continuent à placer l'amour dans le cœur. La nature a voulu que l'on se reproduise.

M. Debove nous dit ici de fort bonnes choses sur la nécessité de favoriser par tous les moyens cette fonction de reproduction. Il nous montre les dangers de la dépopulation qui s'accentue, chaque année, en France. Il fulmine contre cette stérilité et surtout contre cette stérilité volontaire qui nous conduit au suicide de la nation. Quel est le remède? M. Debove pose la question sans la résoudre.

Il nous montre ensuite l'importance de la médecine dans ses rapports avec les chefs des peuples et comment les événements historiques ont pu être modifiés par des faits comme le grain de sable dans l'uretère de Cromwel, les amours d'Antoine et de Cléopâtre, le défaut de virilité de Louis XVI, etc.

Vient ensuite l'importance de la médecine dans les guerres. Les chiffres nous montrent qu'en temps de guerre la maladie est autrement meurtrière que les armes. En 1870, nous avons perdu 23 470 varioleux, alors que les Allemands n'en avaient perdu que 450.

On voit d'après cela combien il importe que les chefs d'armée tiennent compte de la médecine dans une certaine mesure.

Le géographe doit, lui aussi, être quelque peu médecin.

Puis vient un examen des grands poisons de l'humanité : l'opium, introduit aux Indes à coups de canon par les Anglais, et qui commence à exercer ses méfaits chez nous. A Marseille on consomme pour 1 000 francs d'opium par jour; puis vient l'alcool qui peuple nos asiles d'aliénés et nos prisons, qui s'oppose à la reproduction de l'espèce et qui est toujours en voie d'accroissement. Les cabarets ont augmenté de 24 p. 100. Dans le Nord, il y a un cabaret pour 38 individus. Et le privilège des bouilleurs de crus! Quel remède à tout cela? S'il y a d'un côté l'hygiène médicale, il y a, de l'autre, l'hygiène électorale dont les intérêts sont absolument opposés. Qu'un candidat à la députation mette dans son programme la diminution des cabarets, la défense de la vente de l'absinthe, l'abolition du privilège des bouilleurs de crus et il sera bien sûr de son complet insuccès.

Peut-être y a-t-il un remède à cet état de choses lamentable, l'enseignement précoce de l'hygiène dans les écoles. En montrant, de bonne heure, aux enfants tous ces dangers, peut-être arrivera-t-on à les leur éviter.

Il faut aussi faire l'éducation du peuple à l'égard de la tuberculose. M. Debove insiste sur les précautions à prendre contre la contamination tuberculeuse et fait un plaidoyer en faveur de la déclaration obligatoire.

Nous n'avons pu qu'indiquer à grands traits les principaux points soulevés, dans cette conférence, par M. Debove, mais ce que nous ne pouvons reproduire ici c'est cette finesse de langage, cette élégance d'élocution, cette manière toute personnelle de traiter les questions les plus graves avec une certaine bonne humeur, parfois ironique, souvent sceptique, toujours agréable, qui est la marque de notre ancien doyen.

A. BROCHIN.

LIVRES NOUVEAUX

La Fonction musculaire (1), par Mlle le Dr JOTEYKO.

On trouvera, dans cet ouvrage, une étude physiologique très complète de la fonction musculaire ; l'auteur a d'ailleurs consacré plusieurs importants travaux à cette question et donné une théorie nouvelle de la fatigue, la théorie périphérique. Parmi les chapitres les plus intéressants, on peut signaler la physiologie comparée des fibrilles musculaires et du sarcoplasma, l'énergétique musculaire et le rendement, le mouvement volontaire. Ces recherches de physiologie n'ont pas qu'un intérêt purement doctrinal; elles peuvent conduire à des conclusions pratiques : ainsi, en étudiant les courbes ergographiques des végétariens, Mlle Joteyko a montré que le végétarisme avait pour conséquences une augmentation de la résistance au travail, en même temps qu'une diminution notable des frais d'entretien de la force produisant le travail.

M. BRELET.

(1) In-18 jésus (Encyclopédie scientifique). — Paris, O. Doin et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE RÉNALE

DÉFINITION. — On désigne sous le nom de tuberculose rénale l'ensemble des accidents provoqués par la colonisation dans le rein du bacille de Koch.

On distingue ainsi classiquement de la tuberculose rénale proprement dite, tuberculose chirurgicale, la « néphrite des tuberculeux, néphrite secondaire due à l'élimination par le rein des toxines élaborées dans un foyer bacillaire éloigné ». Mais les recherches des auteurs modernes, de Bernard en particulier, tendent à prouver que ces deux affections sont dues l'une comme l'autre au bacille de Koch agissant, il est vrai, dans des conditions différentes. Il faut donc distinguer avec lui dans la tuberculose rénale : 1° des formes à lésions bilatérales, secondaires à une localisation tuberculeuse éloignée, revêtant plusieurs types; 2° une forme à lésions unilatérales, ordinairement primitive. Nous étudierons rapidement les premières pour nous arrêter plus longuement sur la seconde, plus intéressante, puisque seule elle permet une thérapeutique efficace.

A. **Formes secondaires** (néphrites des tuberculeux). — ETIOLOGIE. — On peut les rencontrer : 1. au début d'une tuberculose; 2. rarement avant son apparition clinique (albuminurie pré-tuberculeuse de Tessier); 3. la plupart du temps à la période terminale d'une tuberculose, le plus souvent pulmonaire.

PATHOGÉNIE. — On en a fait parfois une dégénérescence amyloïde.

Pour les classiques, ce sont des néphrites toxiques (Chauffard) sans colonisation rénale, reproduites expérimentalement par injections de tuberculine.

D'après Bernard, au contraire, le bacille de Koch est amené par voie sanguine jusque dans le rein et y agit directement par des poisons à action locale, l'éthéro-bacilline en particulier. Ces formes secondaires sont dues à une inoculation bacillaire riche et correspondent expérimentalement aux injections intra-artérielles de bacille.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il faut distinguer : 1° des néphrites folliculaires avec follicules tuberculeux typiques; 2° des néphrites non folliculaires revêtant les formes banales interstitielles ou épithéliales. En réalité on trouve tous les intermédiaires entre la lésion spécifique et la lésion inflammatoire banale et on les reproduit expérimentalement.

FORMES CLINIQUES. — Il y en a deux principales :

1° Néphrites interstitielles plus rares avec signes d'artériosclérose, bruit de galop;

2° Néphrites épithéliales, en particulier la néphrite parenchymateuse chronique (Landouzy et Bernard), avec albuminurie abondante, urines plus ou moins abondantes contenant des cylindres et des hématies, œdème, anasarque et terminaison fatale par urémie gastro-intestinale.

Le pronostic de toutes ces formes est toujours grave à cause de leur bilatéralité et de l'impossibilité d'un traitement chirurgical.

B. **Formes primitives** (tuberculose chirurgicale). — PATHOGÉNIE. — Le bacille arrive au rein par deux voies :

1° *Voie sanguine.* — C'est de beaucoup la plus fréquente; les lésions primitives sont au contact de l'artère. Cette tuberculose primitive serait due pour Bernard à une inoculation discrète, telle que la reproduit expérimentalement l'injection intra-veineuse de bacille.

2° *Voie urétérale ascendante.* — Plus rare, c'est une pyélonéphrite secondaire à une cystite tuberculeuse. Parfois d'ailleurs l'extension rapide au rein fait de la tuberculose rénale la lésion prédominante.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — I. *Macroscopique.* — Avec Albarran il faut distinguer deux lésions principales : 1. la tuberculose miliaire, spéciale à la tuberculose hématogène, lésion de début; 2. l'infiltration tuberculeuse. Nous y ajouterons certaines formes dues à l'oblitération urétérique.

1° *Tuberculose miliaire.* — Elle présente de petites granulations grises translucides dans la substance corticale près de la voûte artérielle. Leur évolution confluente aboutit à l'infiltration.

2° *Infiltration tuberculeuse.* — Elle est successivement : 1. *nodulaire*, rein gros farci de nodules tuberculeux plus ou moins en voie de caséification; 2. *caverneuse*. S'il s'agit d'une forme hématogène, le noyau ramolli, cortical d'abord, s'ouvre secondairement dans le bassinet. Si c'est une tuberculose ascendante on trouve une pyélonéphrite tuberculeuse. Le bassinet est transformé en une caverne à parois anfractueuses diverticulaires se propageant vers le rein en détruisant les pyramides de la pointe à la substance corticale. On y trouve ainsi trois couches : l'une centrale de nécrose, l'autre moyenne d'infiltration granuleuse, la troisième périphérique d'infiltration embryonnaire.

3° *Quand l'uretère est oblitéré.* — On peut trouver :

1. Hydronéphrose très rare; elle peut contenir quelques bacilles;

2. Pyonéphrose, le bassinet est transformé en une caverne fermée remplie de grumeaux caséeux;

3. Tuberculose massive. Dans ces cas rares le rein est transformé en une coque fibreuse plus ou moins cloisonnée contenant un mastic pâteux, blanchâtre. Avec l'hydronéphrose ce sont des formes de guérison. La tuberculose rénale peut donc exceptionnellement guérir, mais le rein est détruit.

II. *Microscopique.* — Ce sont des lésions banales, granulations et tubercules. Les granulations siègent autour d'un capillaire ou d'un glomérule si la tuberculose est hématogène, autour d'un canalicule si elle est ascendante.

Autour des lésions spécifiques, on trouve souvent des lésions inflammatoires banales, conjonctives et épithéliales.

III. *Lésions concomitantes.* — On peut trouver les lésions suivantes :

Capsule. Il y a souvent de la périnéphrite fibro-lipomateuse, scléreuse, fongueuse ou suppurée.

Les *ganglions hilaires* sont gros, adhérents, parfois caséeux.

Le *rein opposé* est atteint dans 15 p. 100 des cas (Albarran) : on peut y voir de l'hypertrophie compensatrice, de la néphrite ascendante bacillaire ou de la dégénérescence amyloïde.

L'*uretère* est souvent inoculé plus ou moins largement.

La *vessie* peut être intacte. Les lésions bacillaires si elles existent siègent surtout près de l'embouchure urétérique du côté malade.

L'*appareil génital* est assez souvent lésé chez l'homme : prostate, épididyme. Les poumons présentent souvent des lésions bacillaires.

SYMPTOMES. — *A.* **Période de début.** — Il s'agit le plus souvent d'une femme jeune. L'affection peut rester latente très longtemps, constituer même une trouvaille d'autopsie ou débuter brusquement par une hématurie ou une débâcle purulente. Mais le plus souvent elle se trahit tout d'abord par des symptômes d'*hyperactivité et de congestion rénales.*

1° DOULEUR. — D'intensité variable, elle peut être considérable (forme douloureuse de Tuffier); elle est spontanée, lancinante ou sourde siégeant dans les lombes. Parfois elle se propage au rein opposé (réflexe réno-rénal). Elle peut prendre l'aspect de coliques néphrétiques. On la réveille à la palpation de l'angle costo-lombaire.

2° TROUBLES VÉSICAUX. — Purement fonctionnels par réflexe réno-vésical, ils consistent en *cystalgie* avec irradiations génitales et en *ténesme*. La *pollakiurie* est généralement précoce, souvent nocturne. L'incontinence nocturne a été signalée par Bazy chez la femme.

3° POLYURIE. — Limpide, c'est un signe de début qui fait bientôt place à l'oligurie; elle s'accompagne souvent d'albuminurie.

4° HÉMATURIE. — Congestive comme les hémoptysies de début, elle revêt des caractères très spéciaux. Elle est *spontanée*, ne subissant l'influence ni de la fatigue ni du repos, *irrégulière*, *capricieuse*, disparaissant et reparaissant d'une miction à l'autre, *répétée* pendant des mois, *indolente*, *d'abondance très variable* (forme hématurique), *totale* enfin puisque rénale, c'est-à-dire égale pendant toute la miction. Elle peut rester un symptôme isolé pendant assez longtemps.

Pendant des mois et des années, l'état général peut rester bon; mais après survient la période d'état. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LE JEUDI 23 DÉCEMBRE 1909 à 2 heures et demie, il sera procédé publiquement, à la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 85 lots, des fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant l'année 1910.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3 avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 135. — SAMEDI 27 NOVEMBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 27 NOVEMBRE 1909. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS ET LA SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS tiendront leur réunion annuelle le jeudi 9 décembre, rue de Seine, 12.

Deux séances auront lieu ce même jour : l'une à neuf heures du matin, l'autre à neuf heures du soir.

La question suivante sera discutée : « Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques. »

Un programme de discussion a été rédigé par MM. P. Janet (psychologie), Hallion (physiologie), H. Claude (neurologie), E. Dupré (psychiatrie).

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'assemblée générale du Syndicat aura lieu le 28 novembre 1909, à deux heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Ordre du jour. — 1° De l'action commune des groupements médicaux dans la question d'intérêts professionnels (Fédération);

2° Affiliation à l'Union des syndicats médicaux de France;

3° Médecins et mutualistes.

Un banquet amical aura lieu le soir de l'assemblée générale, à sept heures et demie, au café Cardinal. Prix : 10 francs, tenue de ville.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE (149, rue de Sèvres), Professeur Hutinel. — *Programme des conférences du 6 décembre 1909 au 25 février 1910.* — 6 décembre, 4 h., M. Nobécourt : L'enfant; 5 h., M. Darré : Rougeole.

8 décembre, 4 h., M. Darré : Scarlatine; 5 h., M. Nobécourt : Allaitement naturel.

10 décembre, 4 h., M. Paisseau : Coqueluche; 5 h., M. Nobécourt : Allaitement artificiel.

13 décembre, 4 h., M. Darré : Diphtérie; 5 h., M. Nobécourt : Sevrage.

15 décembre, 4 h., M. Darré : Croup; 5 h., M. Paisseau : Fièvre typhoïde.

17 décembre, 4 h., M. Paisseau : Erysipèle. Oreillons; 5 h., M. Merklen : Tuberculose.

20 décembre, 4 h., M. Paisseau : Syphilis; 5 h., M. Darré : Rhumatismes.

22 décembre, 4 h., M. Paisseau : Syphilis des organes; 5 h., M. Tixier : Anémies infantiles.

24 décembre, 4 h., M. Paisseau : Leucocythémies et adénites; 5 h., M. Merklen : Stomatites. Parotidites.

10 janvier, 4 h., M. Tixier : Purpura et maladie de Barlow; 5 h., M. Voisin : Angines non diphtériques.

12 janvier, 4 h., M. Paisseau : Myxœdème. Achondroplasie; 5 h., M. Tixier : Dyspepsies.

14 janvier, 4 h., M. Merklen : Rachitisme; 5 h., M. Tixier : Vomissements.

17 janvier, 4 h., M. Voisin : Péritonite tuberculeuse; 5 h., M. Tixier : Constipation et colites.

19 janvier, 4 h., M. Tixier : Infections gastro-intestinales; 5 h., M. Merklen : Ictères.

21 janvier, 4 h., M. Voisin : Appendicite; 5 h., M. Merklen : Cirrhoses du foie.

24 janvier, 4 h., M. Merklen : Albuminuries fonctionnelles; 5 h., M. Rivet : Insuffisance nasale.

26 janvier, 4 h., M. Voisin : Néphrites; 5 h., M. Rivet : Laryngites aiguës.

28 janvier, 4 h., M. Merklen : Tuberculose génito-urinaire; 5 h., M. Rivet : Bronchites.

31 janvier, 4 h., M. Méry : Hygiène scolaire; 5 h., M. Rivet : Broncho-pneumonies.

2 février, 4 h., M. Rivet : Pneumonie; 5 h., M. Voisin : Maladies congénitales du cœur.

4 février, 4 h., M. Méry : Hygiène scolaire; 5 h., M. Paisseau : Adénopathies trachéo-bronchiques.

7 février, 4 h., M. Méry : Hygiène scolaire; 5 h., M. Rivet : Pleurésies.

9 février, 4 h., M. Babonneix : Chorée; 5 h., M. Nobécourt : Péricardites.

11 février, 4 h., M. Méry : Hygiène scolaire; 5 h., M. Nobécourt : Endocardites.

14 février, 4 h., M. Méry : Hygiène scolaire; 5 h., M. Voisin : Paralysie infantile.

16 février, 4 h., M. Babonneix : Encéphalopathie : syndromes moteurs; 5 h., M. Nobécourt : Maladie mitrale et asystolie.

18 février, 4 h., M. Méry : Hygiène scolaire; 5 h., M. Babonneix : Encéphalopathies, syndromes psychiques.

21 février, 4 h., M. Méry : Hygiène scolaire; 5 h., M. Babonneix : Paraplégies.

23 février, 4 h., M. Babonneix : Epilepsie ; 5 h., M. Darré : Méningite tuberculeuse.

25 février, 4 h., M. Méry : Hygiène scolaire ; 5 h., M. Darré : Méningites aiguës.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — MÉDECINE GÉNÉRALE. — M. le docteur Georges Brouardel : Consultation de médecine de l'hôpital Tenon. Mardi et samedi, à dix heures, examen des malades au point de vue clinique et thérapeutique.

M. le docteur Dufour, médecin de la Maternité : Tous les mardis, à dix heures, cours élémentaire de pathologie interne (maladies des femmes et du nourrisson) avec présentation de malades. Réservé aux élèves sages-femmes et aux étudiants.

M. le docteur Hirtz (hôpital Necker) : Le mardi, jeudi, samedi, de dix heures à onze heures, leçon clinique au lit des malades.

Le vendredi, conférence salle Delpech, à dix heures du matin, discussion du diagnostic des malades entrants : thérapeutique.

A partir du 8 janvier 1910, le mercredi, de dix heures à onze heures, conférence de thérapeutique clinique (amphithéâtre Huchard).

INDEX DU « PROGRÈS MÉDICAL ». — Nous avons reçu il y a quelques jours l'Index que le *Progrès médical* publie à la place de l'ancien numéro des étudiants dont on connaît le succès toujours croissant depuis 1873.

Le dernier numéro des étudiants formant un volume de 256 pages. Le nouvel Index est un fort in-8° cartonné, de plus de 1000 pages constituant l'annuaire le plus complet et le plus exact qui soit mis à la disposition des étudiants et des praticiens.

Nous ne saurions trop féliciter notre excellent confrère du *Progrès médical* pour sa belle publication.

LE GOITRE EN SUISSE. — Nous empruntons au supplément de la *Gazette de Lausanne*, du 24 novembre dernier, les lignes qui suivent et qui peuvent intéresser nos lecteurs à plusieurs égards :

« L'enquête officielle sur les causes et la fréquence du goitre en Suisse a provoqué une sensation légitime. Chaque année, le goitre et le crétinisme disqualifient pour le service militaire de 2200 à 2500 recrues. C'est plus d'une division que nous perdons en dix ans, et la perte pour l'ensemble de notre armée peut être évaluée à un sixième de l'effectif total. Rien que l'instruction des recrues que le goitre oblige à éliminer par la suite coûte à l'Etat 2000000 de francs en pure perte. Cela élève cette question du goitre à la hauteur d'une question sociale.

Or, les médecins sont d'accord pour rattacher cette question du goitre à celle de l'eau potable. Un journal argovien cite à ce propos une commune (celle de Rupperswill) où l'on ne comptait, en 1885, pas moins de 59 goitreux parmi la jeunesse des écoles. Le changement de l'eau potable eut lieu en cette même année. En 1886, la proportion des goitreux était encore de 44 p. 100. En 1889, elle tombait à 29 p. 100; en 1895, à 10 p. 100. En 1907, enfin, il n'y avait plus parmi les enfants des écoles que le 2,5 p. 100 de goitreux. La commune est aujourd'hui autant dire débarrassée du goitre. Les 2,5 p. 100 des élèves encore atteints en 1907 étaient originaires de familles qui usaient encore des eaux contaminées.

Même cas s'était déjà présenté à Habsbourg, lors de l'amenée d'une nouvelle source. Ces exemples prouvent qu'il est possible de combattre le goitre de façon scientifique et rationnelle. Si même il n'est pas possible de se procurer une eau de source ssns danger, on peut améliorer celle que l'on a par la cuisson ou par le filtrage. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean Binot, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 8-9, août-sept. 1909.) J. NICOLAS et A. JAMBON : Contribution à l'étude des érythrodermies congénitales icthyosiformes avec deux observations : forme typique et forme atypique. — R. SABOURAUD : A propos du travail de M. Dalla Favera sur l'état actuel des trichophyties de la province de Parme. — G. ROUVIÈRE : Xeroderma pigmentosum avec langue scrotale et malformations dentaires. — Paul SAVY : Un cas de gomme isolée du foie diagnostiquée pendant la vie. — (N° 10, oct.) G. ETIENNE et M. LUCIEN : Artérite et phlébite oblitérantes syphilitiques dans un cas de gangrène massive du membre inférieur. — P. BRISSON : Etude chimique et pharmaco-dynamique sur les goudrons, principalement au point de vue de leur emploi en dermatologie. — SCADUTO : Nécrose du derme à foyers multiples.

Archives de médecine des enfants. — (N° 11, nov. 1909.) H. BARBIER : Contribution à l'étude pathologique de l'hypertrophie du thymus. — Victor VEAU et Eugène OLIVIER : Chirurgie du thymus. — MOIZARD : L'hypertrophie et la chirurgie du thymus.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 11, nov. 1909.) VELTEN : Traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique. — ORTICONI : Adénopathie scarlatineuse. — VINCENT : Les porteurs latents de microbes pathogènes dans l'armée. — DENIAU, DERCLE et BACHON : Poste médical et infirmeries indigènes du Maroc.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 9, sept. 1909.) H. ROGER : Ferments, coferments et substances zymostheniques. — Louis DELHERM : Goutte et agents physiques. — H. SURMONT et A. DUBUS (de Lille) : Note sur l'action myxogène de quelques sels de bismuth au niveau de l'estomac.

Bulletin médical. — (N° 84, 23 oct. 1909.) G. BALLET : La psychose périodique : la manie. — (N° 85, 27 oct.) P.-E. LAUNOIS : Essai biologique sur les nains. — GRANJUX : De l'exagération du rôle attribué aux porteurs de bacilles dans la genèse de la fièvre typhoïde. — (N° 86, 30 oct.) BERNHEIM : Rhumatisme articulaire et tuberculose. — F. BEZANÇON et I. DE JONG : Accidents rhumatoïdes avec leucopénie, éosinophilie et albuminurie au cours d'une pleuro-tuberculose primitive. Comparaison avec la maladie du sérum. — (N° 87, 3 nov.) M. LŒPER : Pancréatite diabétigène douloureuse. — (N° 88, 6 nov.) LORTAT-JACOB et SABARÉANU : A travers le IIe Congrès international pour la répression des fraudes alimentaires et pharmaceutiques.

REVUE GÉNÉRALE (1)

DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

Par M. P. RUDAUX,
Accoucheur des hôpitaux de Paris.

Les déchirures du périnée sont considérées à tort comme le traumatisme le plus fréquent déterminé par l'expulsion du fœtus; cette réputation tient surtout à ce que cette lésion saute directement aux yeux de l'accoucheur. Si on prenait le soin, en effet, d'examiner systématiquement le col utérin et surtout le vagin après la sortie de l'enfant, on serait étonné de la fréquence des traumatismes constatés en ces différents points de la filière génitale.

Avant d'aborder l'étude des déchirures périnéales proprement dites, il nous paraît nécessaire de définir ce qu'est le périnée obstétrical. Anatomiquement le périnée est l'espace lozangique qui ferme en bas le petit bassin et qui a comme limites en avant la symphyse pubienne, en arrière le coccyx, latéralement le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et des grands ligaments sacro-sciatiques. Au point de vue obstétrical on donne le nom de périnée antérieur ou simplement de périnée à la région située entre la vulve et le vagin en avant, l'anus et le rectum en arrière; superficiellement c'est une bande cutanée transversale dont le petit diamètre antéro-postérieur est représenté par la distance ano-vulvaire. Cette distance varie avec les individus suivant la situation plus ou moins antérieure de la vulve; pendant la période d'expulsion elle est d'ordinaire de 4c5; mais au moment où la tête fœtale franchit par son diamètre sous-occipito bregmatique l'espace pubo-coccygien, la distance ano-vulvaire s'est agrandie et atteint 6 à 7 centimètres; c'est à ce moment que le périnée « bombe » au maximum.

Le périnée, dont le rôle est de servir de soutien aux organes situés dans le petit bassin, a besoin pour remplir cette importante fonction d'être constitué par des tissus résistants. Ceux-ci doivent également être élastiques et contractiles, afin de permettre au périnée de se laisser dilater pendant l'accouchement et de revenir ensuite sur lui-même, aussi sont-ils représentés par des feuillets aponévrotiques et par des muscles. La réunion de tous ces organes forme le plancher périnéal, qui est intéressé en totalité ou en partie dans les déchirures du périnée; tous les muscles, qui entrent dans sa constitution, ont une de leurs insertions sur le raphé fibreux ano-vulvaire; c'est là en effet qu'on voit aboutir venant des régions latérales de la vulve les muscles bulbo-caverneux, dont la réunion forme le muscle constricteur du vagin, venant des ischions les muscles transverses du périnée, enfin venant des parties latérales de l'anus le sphincter externe de l'anus. Lorsque la solution de continuité intéresse le plan musculo-aponévrotique du périnée, les différents muscles, qui aboutissent au raphé ano-vulvaire, se portent aussitôt, en vertu de leur élasticité, vers leur insertion opposée; le constricteur du vagin est attiré vers le pubis, les transverses fuient vers les ischions et le sphincter anal se porte sur les parties latérales de l'anus du côté de son insertion ano-coccygienne. Ces détails anatomiques doivent toujours être présents à l'esprit au cours de la reconstitution du périnée; on connaîtra ainsi le point précis où l'aiguille ira chercher les muscles pour les ramener vers la ligne médiane ano-vulvaire, là où ils doivent s'insérer normalement. C'est également l'anatomie qui nous permet de comprendre certaines variétés de déchirures périnéales qui passent presque toujours inaperçues : il arrive parfois en effet que l'enveloppe cutanée a été respectée et que les muscles seuls ont été intéressés. Ce n'est que plus tard que le praticien aura à apprécier les conséquences de ce traumatisme en constatant que le périnée n'existe qu'en apparence, ou plutôt qu'en surface. Pour s'en rendre compte il suffit de placer la pulpe de l'index, introduit dans le vagin, contre la face profonde du périnée et la pulpe du pouce sur la surface cutanée; les deux doigts ne sont plus séparés que par une faible épaisseur de tissus sans résistance. On est alors en présence d'un *faux périnée*, dont le rôle physiologique est nul: c'est un périnée du même genre qu'on obtient, lorsqu'on se contente après déchirure de rapprocher les portions cutanées soit par des serre-fines, soit par des points de suture superficiels et qu'on omet d'aller accrocher les muscles rétractés.

I

Division. — On peut diviser les déchirures du périnée en *déchirures superficielles* ou *cutanées* et en *déchirures profondes* ou *musculaires*.

Les premières intéressent la peau seule ou la peau et la couche cellulaire sous-cutanée: celle-ci contient du tissu graisseux en plus ou moins grande abondance et plusieurs feuillets cellulaires dont le plus important est le fascia superficialis. Suivant leur étendue on a une simple déchirure de la fourchette ou une déchirure plus ou moins considérable du revêtement cutané.

Les déchirures profondes ou musculaires intéressent les plans superficiels et la couche musculo-aponévrotique, mais dans certains cas, que nous avons signalés, les plans superficiels peuvent être épargnés et la couche musculo-aponévrotique seule est atteinte.

En se conformant pour ces déchirures à la division classique, on distinguera les *déchirures incomplètes* et les *déchirures complètes*; les premières ne s'étendent pas jusqu'au sphincter anal, les secondes au contraire divisent tout le périnée obstétrical, y compris le sphincter de l'anus. La paroi anale peut également être comprise dans le traumatisme, la solution de continuité peut même remonter plus ou moins haut sur la cloison recto-vaginale. Enfin dans certains cas l'éclatement commence au centre ou près du centre du périnée et s'irradie dans une

(1) Reproduction interdite.

direction indéterminée entre la vulve et l'anus, c'est là une variété spéciale à laquelle on a donné le nom de *déchirure centrale du périnée.*

II

Description clinique. — La *déchirure superficielle* la plus simple est la déchirure de la fourchette; elle n'intéresse que le repli cutané limitant inférieurement l'orifice vulvaire et elle n'est la plupart du temps que l'extension antérieure d'une solution de continuité du vagin ou de l'hymen. A côté de cette déchirure superficielle très limitée on peut rencontrer une déchirure superficielle s'étendant jusqu'à l'anus où elle se termine sous forme de fissure; l'intégrité du soutien musculaire donne à ces solutions de continuité un aspect particulier, les bords sont réguliers et très rapprochés, le siège est presque toujours latéral par rapport au raphé médian, c'est une plaie de forme triangulaire dont le sommet est tourné du côté de l'anus et dont la base correspond le plus souvent à l'orifice vaginal. Dans certains cas rares la déchirure n'a aucun rapport de continuité avec la muqueuse vulvo-vaginale, il n'y a eu qu'un simple éclatement du derme; la fissure ainsi produite est le plus souvent oblique, elle est effilée à ses deux extrémités; c'est le premier degré d'une déchirure centrale.

Entre les deux variétés extrêmes de déchirures superficielles, déchirure de la fourchette et déchirure de la totalité des téguments cutanés du périnée, tous les intermédiaires sont possibles.

Les *déchirures profondes* ou *musculaires* intéressent une partie ou la totalité des muscles périnéaux, elles sont incomplètes si le sphincter anal n'est pas touché ou l'est à peine. Les muscles divisés sont le constricteur du vagin, les transverses du périnée et quelquefois aussi les fibres du releveur cocci-périnéal; ce sont ces lésions musculaires qui donnent à la plaie sa physionomie particulière. On se trouve en présence de deux surfaces triangulaires, cruentées et irrégulières, qui s'écartent l'une de l'autre et qui ont un bord postérieur ou rectal commun, le bord supérieur est constitué par la muqueuse vagino-vulvaire et le bord antérieur par la peau du périnée, la vulve paraît alors très agrandie. En introduisant un index dans le rectum et l'autre index dans le vagin, on se rend compte que le sphincter anal est respecté. Les déchirures incomplètes musculaires peuvent dans quelques cas laisser la peau intacte, *ruptures sous-cutanées* de Skene, la solution de continuité n'a porté que sur la muqueuse vaginale et sur la couche musculaire sous-jacente. Un examen attentif peut seul révéler de tels délabrements, c'est pourquoi ils passent le plus souvent inaperçus. En introduisant l'index dans le vagin et en appliquant le pouce sur la région périnéale, on constate que l'épaisseur des tissus interposés est minime et que la résistance musculaire fait défaut; le doigt qui explore le vagin peut rencontrer des brèches plus ou moins profondes dans lesquelles il pénètre sans difficulté. Il faut dans ces cas avoir recours à un examen visuel pour compléter l'exploration digitale: on applique alors deux valves latérales, qui écarteront la commissure postérieure de la vulve et en arrière de celle-ci on aperçoit le bord supérieur de la solution de continuité. Beaucoup plus rares sont les déchirures uniquement musculaires avec intégrité de la muqueuse vaginale et de la peau du périnée, elles ne sont diagnostiquées que très tardivement en se servant du procédé que nous avons indiqué précédemment, un doigt introduit dans le vagin et un autre en contact avec le périnée cutané.

Les déchirures profondes complètes intéressent tous les muscles du périnée y compris le sphincter de l'anus. La solution de continuité superficielle, qui s'étend de la vulve à l'anus, peut s'arrêter à l'orifice anal, mais elle peut aussi remonter plus ou moins haut sur la cloison recto-vaginale. En écartant les surfaces divisées on constate qu'elles sont irrégulières, violacées et de forme triangulaire, mais dans le premier cas ces deux triangles conservent un côté commun correspondant à la paroi rectale, tandis que, si celle-ci est déchirée, chaque triangle a ses côtés indépendants; ils ne sont réunis que par leur sommet répondant à l'angle supérieur de la cloison recto-vaginale déchirée.

Pour diagnostiquer la rupture complète du périnée, il faut introduire un index dans le rectum et appliquer le pouce sur le point le plus déclive de la solution de continuité, on constate que la résistance sphinctérienne est disparue et que les deux doigts ne sont plus séparés que par un mince feuillet, la paroi rectale. Si celle-ci est elle-même intéressée, les deux doigts entrent alors directement en contact et on a une large plaie, véritable cloaque, qui sera constamment baignée par les matières fécales. Les parois rectale et vaginale ont une tendance à se recroqueviller chacune dans un sens opposé, détail important à retenir au moment de la réparation.

L'histoire des *déchirures centrales* est de date relativement récente, car les premiers cas ont été signalés à la fin du XVIIIe siècle et cependant elles ont encore été niées par Capuron en 1830. Elles sont constituées par une solution de continuité siégeant entre la fourchette et l'anus; comme celles que nous venons d'étudier, elles peuvent être divisées en déchirures superficielles et en déchirures profondes comprenant la totalité du plancher périnéal. Les premières intéressent soit uniquement le revêtement cutané, soit la peau et la muqueuse vaginale, la couche musculaire restant intacte. Les déchirures profondes intéressent la peau, la couche musculaire et la muqueuse vaginale; elles établissent à travers l'épaisseur du périnée une communication entre le vagin et l'extérieur. Si on assiste à leur production, on constate qu'elles sont dues souvent à un éclatement primitif de la surface cutanée, mais elles peuvent aussi débuter par une déchirure de la muqueuse; elles siègent rarement sur le raphé ano-vulvaire, trop résistant; elles s'en écartent d'ordinaire en présentant la forme d'une boutonnière de dimensions variables. Lorsque le fœtus a été expulsé par la solution de continuité périnéale, celle-ci est elliptique, linéaire, étoilée ou même irrégulièrement quadrangulaire, les bords sont déchiquetés, contusionnés et plus ou moins écartés.

La déchirure centrale peut se prolonger en avant et s'arrêter à peu de distance de la fourchette ou gagner les parties latérales du côté des grandes et des petites lèvres; elle se porte parfois dans la direction de l'anus, et elle intéresse dans certains cas le sphincter anal et même la cloison recto-vaginale.

III

Complications. — Les complications des déchirures du périnée peuvent être divisées en complications immédiates, secondaires et tardives.

Parmi les *complications immédiates* il faut mettre en première ligne l'hémorragie ; celle-ci est d'ordinaire peu importante, c'est un simple suintement sanguin qui s'arrête de lui-même et qui se confond avec l'écoulement de sang venant de l'utérus. Cependant dans certains cas on peut se trouver en présence d'une hémorragie véritable, déterminée par la rupture de veines variqueuses et particulièrement des veines hémorroïdales. Cet accident se rencontre au cours des déchirures totales du périnée.

Les *complications secondaires* sont surtout représentées par les accidents infectieux qui apparaissent pendant le post partum. Il ne faut pas toujours considérer l'utérus comme point de départ des élévations de température survenant dans les jours qui suivent l'accouchement; dans un grand nombre de cas les phénomènes septiques sont dus à des infections localisées au niveau d'une plaie vulvaire ou périnéale. Celle-ci a d'autant plus de chances de s'infecter qu'elle est plus rapprochée de l'anus ; elle se recouvre alors d'un enduit grisâtre, véritable fausse membrane, dans laquelle on trouve en abondance le streptocoque pyogène, ainsi que l'a constaté Vidal.

Ces solutions de continuité peuvent aussi suppurer plus ou moins abondamment comme toute plaie superficielle ; dans certains cas elles servent de porte d'entrée aux agents microbiens, qui pénètrent dans la profondeur et qui y déterminent un abcès ou un phlegmon. Il faut également signaler les adénites inguinales qui ont leur point de départ dans une plaie périnéale.

Chaque fois que pendant les suites de couches on constatera de la fièvre, avec ou sans frisson, de la rapidité du pouls, des malaises généraux, on doit examiner avec soin toute la région périnéale ; souvent on remarquera une légère déchirure de la fourchette qui sera passée d'autant plus facilement inaperçue qu'elle était peu importante. Il suffira de la nettoyer et de la panser antiseptiquement pour faire disparaître tout symptôme fébrile. D'après Daerdelein les plaies vulvo-périnéales seraient même assez souvent le point de départ de la fièvre dite puerpérale, c'est-à-dire de cette infection généralisée qui se manifeste dans certains cas après l'accouchement et qui est due à la pénétration dans la circulation sanguine d'un agent microbien, streptocoque, colibacille, etc. Fermer toute solution de continuité déterminée par l'accouchement, c'est donc fermer la porte d'entrée aux microorganismes; telle est l'idée, dont on doit être pénétré dans l'intérêt des femmes nouvellement accouchées.

Des *complications tardives* nous dirons peu de choses, car elles se manifestent sous forme de troubles locaux ou généraux appartenant au domaine de la gynécologie. Chaque fois en effet que le plancher périnéal est effondré, le vagin privé de ce soutien naturel se laisse refouler soit par la vessie, soit par le rectum, d'où cystocèle et rectocèle; l'utérus, entraîné par le vagin affaibli, glisse peu à peu et vient faire hernie au niveau de l'orifice vulvaire, soit d'une façon constante, soit passagèrement sous l'influence du moindre effort. Ce prolapsus utérin est le point de départ d'autres ptoses viscérales, qui se manifestent sous forme de troubles locaux, sensation de pesanteur dans le bas ventre, douleurs, etc., ou encore sous forme de troubles généraux d'ordre nerveux. L'utérus devenu organe superficiel est exposé à l'infection, d'où métrites et salpingites. Il faut bien savoir que ces différents accidents peuvent survenir alors que le périnée cutané est intact, il suffit pour cela que les différents muscles, qui entrent dans sa composition, aient été déchirés lors de l'accouchement, et parmi ces muscles il faut placer en première ligne le releveur de l'anus.

Les déchirures complètes non traitées ou insuffisamment réparées donnent naissance à des troubles importants et souvent même à une infirmité. La vulve et l'anus réunis se présentent sous la forme d'une vaste fente antéro-postérieure. Si la paroi recto-vaginale a été intéressée, il existe alors un véritable cloaque. Mais ce qui est plus important encore, ce sont les conséquences de la déchirure du sphincter, anal c'est-à-dire l'incontinence de gaz et des matières fécales. Celles-ci s'échappent d'autant plus facilement qu'elles sont plus liquides et elles baignent constamment les organes génitaux externes; il en résulte souvent des infections ascendantes du côté du vagin et de l'utérus.

La même infirmité peut se rencontrer avec intégrité du sphincter, lorsque la cloison recto-vaginale a éclaté au-dessus de l'anus ; il y a alors communication directe entre le rectum et le conduit vagino-vulvaire. Le passage des matières fécales du rectum dans les organes génitaux entretient la solution de continuité et constitue dans la suite une fistule recto-vaginale ou même recto-vulvaire, lorsque la vulve est restée agrandie par la déchirure du périnée et que la cloison rectale vient faire hernie au niveau de ce vaste orifice vulvaire.

IV

Etiologie et pathogénie. — Les causes, qui président aux déchirures du périnée, sont extrêmement nombreuses, mais elles sont loin d'occuper toutes la même place dans une étude étiologique. Elles pourraient être réduites à deux principales : ou bien les tissus périnéaux ont perdu leur résistance et leur élasticité normales, ou bien le fœtus, qui doit traverser la vulve, a un volume disproportionné, et il ne peut passer qu'après effraction.

Certaines causes sont *prédisposantes*, ce sont elles que nous allons d'abord étudier. Nous mettons en première ligne les *modifications pathologiques des tissus vulvo-périnéaux*, modifications qui déter-

minent une diminution d'élasticité ou de résistance. L'œdème des organes génitaux externes et du périnée est fréquent à la fin de la grossesse, qu'il soit d'origine albuminurique, toxique, vasculaire ou qu'il soit d'origine inflammatoire ; sous l'influence de l'œdème les éléments anatomiques sont dissociés, ce qui fait perdre aux tissus leur élasticité.

La syphilis, qui chez la femme enceinte donne naissance à des manifestations très accusées, peut produire au niveau du périnée une infiltration résistante comparable à celle de sclérème. Les végétations vulvo-périnéales, les varices, les lésions inflammatoires sont capables de modifier également la structure histologique de cette région. Il en est de même des cicatrices survenues à la suite de plaies qui ont suppuré ; c'est ainsi qu'une déchirure du périnée déterminée par un accouchement antérieur et non réparée a pu guérir spontanément, mais souvent après une longue période de suppuration. Certaines opérations plastiques faites à ce niveau peuvent, si elles ne se sont pas réunies par première intention, donner naissance à du tissu cicatriciel, par conséquent non élastique ; celui-ci retardera souvent l'accouchement et à un certain moment il éclatera brusquement en produisant des dégâts, qui pourront s'étendre loin du point de départ.

La *qualité des tissus* joue également un grand rôle ; trop élastiques ils deviennent moins résistants, c'est ainsi qu'on devra toujours craindre des déchirures périnéales chez les femmes qui, au cours de leur grossesse et quelquefois même dès les premiers mois, présentent sur la peau de l'abdomen, des cuisses et même des seins, des vergetures nombreuses. Cette mauvaise qualité des tissus se rencontre beaucoup plus souvent chez les femmes blondes que chez les femmes brunes, on la constate également chez les femmes obèses dont les tissus sont infiltrés de graisse.

Les *primipares* sont plus exposées que les multipares à ce traumatisme puisqu'on le rencontre chez les premières dans 30 p. 100 des cas; elles ont un anneau hyménéal intact, un orifice vulvaire étroit et des tissus plus résistants, cette résistance est d'autant plus grande que les primipares sont plus âgées. Celles qui ont dépassé la trentaine offrent une forte proportion de déchirures; on peut aussi ranger dans cette catégorie les femmes chez lesquelles il y a un très long intervalle, dix à quinze ans, entre deux grossesses successives.

Cette fréquence plus grande des déchirures chez les primipares est due à différentes raisons, dont la principale est l'éclatement de l'hymen lors de l'expulsion du fœtus; la déchirure hyménéale est dans la plupart des cas le point de départ de la solution de continuité qui s'étend du côté du périnée.

L'*étroitesse de la vulve* se rencontre particulièrement chez les femmes petites et grêles, correspondant souvent avec un défaut de développement général, ou bien encore chez celles qui ont eu peu de rapports sexuels ou qui en ont eu pour la première fois à un âge déjà avancé. Dans certains cas elle est due à une malformation, à une atresie congénitale ou acquise, à la présence d'un néoplasme.

Une *mauvaise orientation de la vulve*, surtout lorsque celle-ci est portée en avant et en haut, prédispose aux ruptures en allongeant le périnée et en modifiant l'axe du bassin mou. Si la vulve est au contraire reportée en arrière, la longueur du périnée est diminuée et la présentation fœtale reposant directement sur l'orifice vulvaire a tendance à le franchir trop rapidement. C'est de la même manière qu'agiront les *déviations du bassin*, particulièrement l'antéversion, et toutes les *conditions anatomiques modifiant l'axe* que doit suivre le fœtus, inclinaison exagérée du détroit supérieur, aplatissement du sacrum, agrandissement du détroit inférieur, étroitesse de l'arcade pubienne.

Il faut aussi accuser toutes les *causes qui favorisent un accouchement trop rapide*, excès d'amplitude du bassin, petitesse exagérée du fœtus et par conséquent accouchement prématuré. Dans tous les cas où la période d'expulsion est courte, le périnée est surpris, il n'a pas le temps de se dilater et il se rompt.

La véritable cause *déterminante*, nous ne disons pas la cause exclusive, c'est le passage du fœtus à travers l'orifice vulvaire, que l'enfant soit expulsé par les seules forces de la nature ou qu'il soit entraîné en dehors par une force extérieure, instrumentale ou manuelle.

Deux conditions sont nécessaires pour sauvegarder le périnée dans la mesure du possible, il faut que la dilatation de l'orifice vulvaire se fasse *lentement* et *progressivement* pour que les tissus puissent mettre en jeu toute leur élasticité. Normalement la tête fœtale se présente à la façon d'un coin, le premier diamètre qui apparaît est le SOB (95 millimètres) auquel succédera le SOF (105 millimètres). Au moment de la période d'expulsion le rôle de l'accoucheur, comme nous le verrons plus loin, sera donc : 1° de s'opposer au mouvemeet de déflexion tant que le sous-occiput n'est pas venu prendre contact avec le bord inférieur de la symphyse pubienne; 2° de modérer la sortie de la tête fœtale dès que le diamètre sous-occipito-bregmatique apparaît à l'orifice vulvaire.

Aussi ne doit-on pas être surpris de la fréquence des traumatismes périnéaux dans les dégagements anormaux de la tête fœtale, occipito-sacrés, présentation de la face et du front, dans l'extraction de la tête dernière, dans les extractions avec le forceps, lorsque la tête a été mal saisie ou que l'instrument s'est déplacé. On peut ranger dans la même catégorie un certain nombre de cas de dystocie fœtale, excès du volume total, hydrocéphalie, encéphalocèle, excès de volume de l'abdomen, tumeurs, procidence d'un membre, monstres doubles, etc.

Toute introduction de la main et du bras dans les organes génitaux, toucher manuel, extraction de fœtus, version, embryotomie peut déchirer le périnée, si elle n'est pas douce, lente et progressive; d'autant plus que dans les cas qui nécessitent ces interventions, le périnée est souvent infiltré et moins résistant.

Enfin au cours de la basiotripsie les lésions peuvent être déterminées par les dimensions trop

considérables de la tête aplatie ou par des esquilles osseuses qui ont perforé le cuir chevelu.

La *déchirure centrale* reconnaît pour cause principale une longueur exagérée du périnée avec orientation anormale de la vulve portée en haut et en avant ; Néviajski a retrouvé cette cause 14 fois sur 19 observations qu'il a rapportées dans sa thèse. Il résulte de cette anomalie qu'au moment de la période d'expulsion l'effort utérin et abdominal est transmis par le fœtus non plus au niveau de l'orifice vulvaire, mais sur la partie moyenne du périnée. Celui-ci s'allonge, il s'amincit, puis il éclate.

A côté de cette cause de premier ordre on peut aussi rencontrer une conformation spéciale du bassin, hauteur exagérée de la symphyse pubienne, étroitesse de l'arcade pubienne, écartement des ischions, direction anormale du sacrum et du coccyx, faible inclinaison du pelvis, une modification dans la constitution des parties molles, défaut de résistance des tissus périnéaux, rigidité de l'hymen et de l'orifice vulvaire, une mauvaise présentation fœtale, présentation du front, occipito-sacrée, procidence d'un membre et particulièrement du coude ou de la main.

V

Traitement. — Il existe un véritable traitement prophylactique des déchirures du périnée qui doit être envisagé à deux points de vue. Tantôt il s'agit d'éviter le traumatisme, tantôt au contraire celui-ci est inévitable, mais on cherche à le réduire à son minimum, on a alors recours à des incisions qu'on dirige dans un sens déterminé afin d'éviter des dégâts trop considérables.

1° Dans un grand nombre de cas il est possible d'éviter une déchirure périnéale en prenant certaines précautions lors du dégagement du fœtus, que ce dégagement soit spontané, manuel ou instrumental.

Pendant la période d'expulsion dans la *présentation du sommet* la femme est couchée près du bord droit du lit, le siège surélevé par un ou deux draps roulés ; les jambes sont fléchies sur les cuisses, les cuisses fléchies sur le bassin et les membres inférieurs sont écartés. Le praticien se place à sa droite, le regard dirigé vers la vulve, il est tout prêt à retenir avec les doigts réunis de la main gauche la tête fœtale chaque fois que celle-ci semble poussée avec trop de force par des contractions énergiques et répétées de l'utérus et par des efforts immodérés de la parturiente.

S'il s'agit d'un *sommet fléchi*, cas le plus fréquent, dès que le bregma apparaît au niveau de la commissure postérieure de la vulve, il fait reposer sur le plan du lit le coude et l'avant-bras droit et, suivant le conseil de Varnier, il abat le pouce de la main droite, comme un taquet sur le bregma pour arrêter la progression de la tête ; il recommande en même temps à la femme de *suspendre tout effort volontaire* en ouvrant largement la bouche. Avant de permettre la sortie du front il faut, avec la pulpe des doigts de la main gauche, commencer par repousser la commissure antérieure de la vulve vers la nuque du fœtus, puis dégager l'une après l'autre les deux bosses pariétales ; pour cela on refoule doucement chaque bord tendu de l'orifice vulvaire en attaquant d'abord le gauche dans sa partie la plus rapprochée de la commissure antérieure. C'est alors seulement que l'accoucheur va permettre le dégagement du front en faisant pousser légèrement la femme en dehors d'une contraction ; dès que la partie la plus saillante de la région frontale apparaît, et elle ne doit se faire que très lentement, il doit de nouveau lutter contre une déflexion plus accentuée pour permettre aux tissus vulvo-périnéaux de se distendre au maximum en mettant en jeu toute leur élasticité. La crête frontale une fois dehors, la partie inférieure de la vulve semble glisser sur l'autre versant du front et, tout en modérant la sortie trop brusque de la face, on aperçoit les yeux, puis le nez et enfin la bouche ; le menton peut être retenu par la commissure postérieure, surtout chez les primipares, il suffit alors de glisser l'index droit sous le maxillaire inférieur pour l'amener doucement à l'extérieur.

Le périnée est intact, mais attention, il faut veiller à la *sortie des épaules*, c'est souvent en n'y prenant pas garde qu'on agrandit du côté du périnée une simple éraillure de la fourchette ou même l'éclatement normal du bord inférieur de l'anneau hyménal et de la fosse naviculaire. On doit éviter que les épaules franchissent en même temps et trop rapidement l'orifice vulvaire. Si l'épaule antérieure paraît vouloir se dégager la première, on abaissera le plus possible la tête du fœtus, on permettra aussi à cette épaule de sortir et avec elle le bras correspondant. C'est à ce moment-là seulement qu'on relèvera l'extrémité céphalique, qu'on n'a pas abandonnée, pour faire progresser l'épaule postérieure dans le bassin mou et l'amener au niveau de la commissure postérieure ; il faudra de nouveau surveiller le périnée et modérer la sortie de cette épaule.

Si la rotation de la tête s'est faite en arrière, on est en présence d'une *occipito-sacrée*. On doit dans ce cas modérer la flexion de la tête si le front apparaît le premier. Avant de permettre la sortie de l'occiput, on aura refoulé la commissure antérieure du côté du sillon fronto-nasal et dégagé chaque bosse pariétale en suivant la technique indiquée plus haut. Puis on laissera l'occiput apparaître petit à petit au niveau de la commissure postérieure.

Dans la *présentation de la face*, l'extrémité céphalique se dégage par flexion et chacune des circonférences de dégagement doit passer par la région sous-mentale. Il faut donc veiller à ce que le mouvement de flexion ne soit pas trop prématuré pour éviter le dégagement par des circonférences passant par le menton, circonférences beaucoup plus grandes que les précédentes, en un mot on ne doit permettre l'apparition de la partie la plus saillante du front au niveau de la commissure postérieure que lorsque le menton est complètement hors de la vulve et que la région du cou est bien en contact avec l'arcade pubienne. Dans cette variété de présentation le temps de pause, nécessaire pour permettre aux tissus d'atteindre leur maximum d'élasticité, doit être fait avant l'apparition de l'occiput.

Chaque fois que la tête vient première, il faut envisager le cas où elle est entraînée au dehors par une *application de forceps*. C'est souvent au cours de cette intervention qu'on détermine des traumatismes plus ou moins considérables du périnée, tantôt parce que la femme non endormie pousse tout d'un coup, au moment où la tête apparaît à la vulve, tantôt parce que le praticien fait des tractions trop brusques et souvent dans une mauvaise direction. Cette dernière faute sera le plus souvent évitée si on prend la précaution de placer la parturiente sur une table un peu élevée. Avec le forceps Tarnier muni du tracteur, il ne faut pas relever trop tôt l'instrument ; ce mouvement ne doit être exécuté que lorsque l'occiput est tout entier hors de la vulve et qu'on s'est assuré par le doigt du contact de la région sous-occipitale avec l'arcade pubienne. A ce moment il est prudent d'enlever le tracteur et de saisir le forceps, comme il était indiqué de maintenir celui de Levret, c'est-à-dire d'embrasser avec la main gauche la portion de l'instrument correspondant à l'articulation ; il ne s'agit plus de tirer, il s'agit plutôt de retenir et de modérer la sortie de la tête. Les tractions ne seront faites que dans l'intervalle des contractions, elles seront douces et dirigées de telle sorte que la tête se défléchisse peu à peu ; les branches de l'instrument devront être redressées très lentement, on marquera un temps d'arrêt, chaque fois qu'une nouvelle portion de la tête fœtale aura franchi la vulve. Pendant ce temps la main droite cherchera à dégager chacune des barres pariétales en ramenant les bords de l'orifice vulvaire en arrière d'elles, comme nous l'avons indiqué lors des précautions à prendre dans l'accouchement spontané.

Il nous reste à indiquer maintenant la conduite à tenir pour éviter les déchirures du périnée quand la *tête vient dernière*, accouchement par le siège ou version podalique par manœuvres internes. Après avoir eu soin de dégager les épaules l'une après l'autre en commençant par l'épaule antérieure, on introduit avec douceur dans le vagin la main qui, placée dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination, regarde la face ventrale du fœtus, et on va à la recherche de la bouche de ce dernier dans laquelle on introduit l'index et le médius. On fait d'abord la rotation, si la tête est engagée dans l'excavation, puis on exerce des tractions dirigées en bas pour amener la nuque directement sous la symphyse. A ce moment il faut cesser toute traction, qui amènerait fatalement l'occiput sous l'arcade pubienne et commencer le dégagement par flexion. Une fois la bouche hors de la vulve, on n'a plus besoin de se presser, l'enfant pouvant exécuter des mouvements respiratoires. Contrairement à ce qui se passe dans l'accouchement par le sommet, la plus grande circonférence sous-occipito-frontale doit se dégager la première, aussi faut-il aller lentement et faire des pauses dès que la racine du nez a dépassé la commissure postérieure pour permettre aux tissus de se dilater.

2° Dans certaines présentations vicieuses, dans le cas où l'extrémité fœtale est anormalement développée, ou encore lorsqu'on est en présence d'une étroitesse congénitale ou acquise de la vulve, le traumatisme périnéal peut paraître inévitable ; le plus souvent même le périnée est déjà entamé dans sa portion vulvaire et on se rend compte que, pour permettre au reste de la présentation de sortir, il va se produire une déchirure plus étendue qui intéressera tous les muscles du périnée et peut-être même la cloison recto-vaginale. Dans ce cas, il paraît préférable de donner à la solution de continuité une direction déterminée ne devant pas avoir de conséquences graves ; on a alors recours à l'épisiotomie. Tantôt on ne fera qu'une section oblique partant de la fourchette et se dirigeant vers un des ischions, tantôt on fera deux sections ayant pour point de départ l'extrémité inférieure de la solution de continuité déjà produite et se portant obliquement en bas et surtout en dehors. La plaie aura la forme d'un Y renversé (⅄), il en résultera un volet qui se rabattra facilement. On devra agir de la même façon, si on constatait un début d'éclatement ou même une véritable fissure soit à la partie médiane du périnée (déchirure centrale), soit au niveau de l'anus étalé, comme nous l'avons observé une fois. En suivant cette conduite, on évitera souvent des délabrements plus considérables et par cela même plus graves. La réparation sera d'autant plus facile que les bords de la plaie faits aux ciseaux seront réguliers.

Le traumatisme périnéal s'est produit spontanément, quand doit-on le réparer et à quelle technique aura-t-on recours ? Telles sont les deux questions auxquelles nous allons répondre en restant toujours sur le terrain pratique.

Pendant fort longtemps la majorité des chirurgiens a été partisan de l'opération tardive ; les arguments sur lesquels ils s'appuyaient pour suivre cette conduite étaient l'irrégularité des tissus, la tendance au sphacèle, l'infection locale, l'écoulement des lochies pouvant désunir les parties suturées, la possibilité de la restauration spontanée par un simple rapprochement des jambes, les mauvaises conditions dans lesquelles se trouve une femme nouvellement accouchée. Aujourd'hui grâce à l'antisepsie et aux procédés perfectionnés de réparation la plupart de ces reproches n'existent plus et tout le monde est d'accord pour tenter la périnéoraphie immédiate, c'est-à-dire aussitôt après la délivrance ou dans les douze heures qui suivent l'accouchement. Les contre-indications à l'intervention sont peu nombreuses, ce sont, au point de vue local, les infiltrations exagérées des tissus soit par de la sérosité, œdème périnéal accompagnant l'œdème des organes génitaux, soit par du sang, thrombus de la vulve s'étendant jusque sur le périnée ; au point de vue général, la faiblesse extrême déterminée par une hémorragie grave ou par un travail prolongé. La modification et l'irrégularité des téguments ne doivent pas être des obstacles, la modification n'est souvent qu'apparente, et on est étonné de voir des tissus qui semblent sphacélés, reprendre rapidement une grande vitalité ; quant à l'irrégularité il est facile de la faire disparaître en excisant les lam-

beaux avant de rapprocher les deux lèvres de la solution de continuité.

Il est un point sur lequel l'accord n'est pas encore parfait, c'est de fixer le degré, que doit présenter la lésion, pour nécessiter la suture. Certains praticiens en effet abandonnent à la nature le soin de réparer les déchirures de la fourchette, d'autres cherchent à obtenir la réunion par l'application de serre-fines qu'ils laissent en place douze à vingt-quatre heures; ils ont également recours à ces petits instruments dans des déchirures plus étendues.

N'est-il pas plus simple au point de vue de l'enseignement et n'est-il pas plus chirurgical, lorsqu'on s'adresse à des médecins, de dire que *toute solution de continuité, aussi bien périnéale que vulvaire, doit être suturée?* L'intervention est d'autant plus facile que la lésion est minime, pourquoi donc ne pas y avoir recours? On évitera ainsi certaines hésitations, et par cela même certains accidents; une lésion peut être jugée de peu d'importance et cependant être plus étendue qu'on ne le suppose; ne voit-on pas souvent des traumatismes périnéaux n'avoir pas été réparés parce qu'ils ont été considérés comme minimes, ou parce qu'une question d'amour-propre est intervenue. On a voulu faire croire à la parturiente et à son entourage qu'on avait été assez habile pour sauvegarder l'intégrité des tissus, mais on lui fait courir les dangers d'infection qui peuvent toujours se produire au niveau d'une plaie, surtout lorsque celle-ci est aussi exposée à toutes sortes de souillures que l'est une plaie voisine de l'anus.

Devant l'impossibilité où nous nous trouvons, de pouvoir fixer des limites précises mettant d'un côté les lésions qui doivent guérir par l'emploi du serre-fines et d'un autre côté celles qui dépendent de la périnéoraphie; nous croyons préférable de n'avoir qu'une règle de conduite, la suture qui sera mise en pratique aussi bien pour les moindres fissures que pour les larges brèches. Elle a l'avantage de parer à tous les accidents immédiats, secondaires ou tardifs.

Les instruments qu'elle nécessite sont peu nombreux et doivent toujours faire partie de la trousse de l'accoucheur.

L'aiguille la plus pratique est la simple aiguille courbe dirigée par un porte-aiguille; il suffit d'en avoir une douzaine à sa disposition pour parer à toutes les éventualités. Elles ont sur l'aiguille de Reverdin un certain nombre d'avantages; elles sont dépourvues de mécanisme susceptible de se détériorer, elles ont un rayon beaucoup plus court, elles peuvent être enfilées d'avance et par conséquent elles permettent de se passer d'un aide, enfin elles sont plus facilement supportées par la patiente. Avec elles en effet, une fois leur trajet effectué dans les tissus, on n'a pas à leur faire parcourir le trajet inverse, inconvénient que présentent toutes les aiguilles ne recevant le fil qu'après avoir traversé les parties à suturer.

En plus des aiguilles et du porte-aiguilles, objets absolument indispensables, il est bon d'avoir une paire de ciseaux, une pince à griffe, quelques pinces à forci-pressure et même deux écarteurs ou deux valves. Ces différents instruments seront stérilisés par l'ébullition ou par le flambage.

Les fils employés seront les crins de Florence de gros calibre pour le périnée et le catgut pour les muqueuses rectale et vaginale, bien que pour le vagin on puisse également se servir de soie plate moyenne ou de crins de Florence.

La parturiente est placée en travers de son lit qui aura été recouvert d'une toile imperméable ou en son absence d'un drap plié renfermant en son milieu plusieurs couches de papier épais. Le siège déborde légèrement le bord du lit, les cuisses sont écartées et fléchies modérément sur le bassin et les jambes fléchies sur les cuisses; chaque membre inférieur est maintenu par un aide ou repose sur une chaise.

Tout ce qui est nécessaire pour faire la toilette vulvo-périnéale aura été préparé d'avance et mis à la portée de la main, ciseaux, cuvette renfermant une solution antiseptique étendue et quelques tampons de coton hydrophile, savon, bock à injection rempli d'une solution antiseptique chaude, à 45-48 degrés. On commence par couper aux ciseaux tous les poils implantés au niveau du périnée, on fait une toilette savonneuse de toute la région sur laquelle on va opérer, on vide la vessie par le cathétérisme et on termine par une injection vaginale et par l'introduction dans le vagin d'un tampon de gaze stérilisée ou de coton hydrophile trempé dans une solution antiseptique et exprimé. Cette précaution a pour but d'empêcher le sang, qui s'écoule de l'utérus et du vagin, de venir baigner le périnée. Si on a pu se procurer une solution stérilisée de cocaïne ou de stovaïne à 1 p. 50 ou à 1 p. 20, on peut en imbiber un petit carré de coton qu'on applique sur la solution de continuité; l'anesthésie locale peut aussi être obtenue par des injections sous-cutanées d'une solution à 1 p. 100, mais l'introduction de l'aiguille de la seringue de Pravaz est aussi douloureuse que le passage de l'aiguille à suture. Dans les déchirures complètes il est préférable de recourir au chloroforme.

Après une nouvelle antisepsie des mains l'opérateur enfile ses aiguilles avec le fil à ligature, dont il doit se servir, crins de Florence, soie ou catgut. Ces préparatifs étant faits, les instruments contenus dans un plateau sont placés sur une chaise ou sur une table à droite et à portée de la main de l'opérateur qui s'installe debout ou assis, suivant la hauteur du lit, entre les cuisses de la femme. La vulve et le périnée doivent être bien éclairés.

Dans les déchirures incomplètes, il y a lieu de distinguer les déchirures du plan superficiel et celles qui intéressent les plans profonds, muscles transverses du périnée et constricteur de la vulve. Si la peau seule est intéressée, on rapproche les deux lèvres par des points aux crins de Florence; si au contraire la nappe musculaire est touchée, on peut soit employer la suture continue en surjet avec des fils de catgut résorbable pour les couches profondes et des points séparés avec des crins de Florence pour les téguments externes, soit uniquement les crins de Florence suivant la technique que nous allons indiquer.

On commence par rechercher avec soin l'angle supérieur, c'est-à-dire vaginal, de la solution de continuité et à ce niveau on place un premier point de suture. L'aiguille est enfoncée à un demi-centimètre environ du bord gauche de la plaie (gauche par rapport à l'opérée), on la fait cheminer dans les tissus en rasant le fond et ressortir en un point symétrique au point de pénétration. L'aiguille est retirée du fil et les deux extrémités de celui-ci sont saisies avec une pince à forci-pressure qu'on confie à l'aide ou qu'on soutient soi-même avec la main gauche. A un centimètre au-dessous, on place un deuxième point de suture, mais on pénètre à un centimètre environ du bord de la plaie et on a soin d'enfoncer l'aiguille plus profondément pour saisir les muscles sous-jacents. Les transverses du périnée se sont portés du côté de leur insertion ischiatique, aussi est-il nécessaire de diriger l'aiguille d'abord de dedans en dehors pour accrocher le muscle gauche, puis de dehors en dedans en rasant l'angle profond de la plaie ; la pointe de l'aiguille sera portée le plus loin possible du côté droit pour saisir le muscle transverse droit, elle viendra sortir ensuite à un centimètre en dedans du bord droit. L'aiguille au moment de sa pénétration sera donc dirigée de telle façon que sa convexité soit tournée du côté de l'opérateur ; ce n'est qu'après avoir saisi tous les tissus situés à gauche de la solution de continuité que sa pointe sera dirigée de gauche à droite et qu'elle aura alors sa concavité tournée en avant. Pendant tout son trajet dans les tissus l'aiguille ne doit pas apparaître aux yeux de celui qui la manie. On fera ainsi une série de points de suture superposés et étagés de centimètre en centimètre, le dernier point sera placé au niveau de l'angle inférieur ou anal de la plaie.

Les déchirures complètes du périnée exigent une technique spéciale ; chaque lambeau présente la forme d'un triangle, dont les trois côtés vaginal, périnéal et recto-anal sont indépendants, alors que dans la déchirure incomplète le côté recto-anal est commun aux deux triangles et forme le fond de la plaie.

On commence par rétablir le calibre du rectum par des points de suture de la paroi rectale avec de fines aiguilles courbes et du catgut n° 2. On peut faire soit un surjet, soit de préférence des points séparés et très rapprochés, tous les demi-centimètres environ. Le point le plus éloigné de l'anus doit être placé exactement au niveau de l'angle supérieur de la plaie rectale.

On agit de la même façon pour reconstituer la paroi vaginale postérieure ; il reste ensuite à suturer le périnée. Dans cette variété de déchirure tous les muscles du périnée ont été séparés par le traumatisme, les constricteurs de la vulve sont entraînés du côté de la symphyse, les transverses du côté des ischions, les fibres ano-vulvaires du releveur de l'anus se sont écartées, enfin le sphincter externe de l'anus est revenu sur lui-même et s'est porté en arrière du côté du raphé ano-coccygien. Il est donc nécessaire de donner à l'aiguille une orientation qui varie suivant les étages et suivant la situation des muscles qu'elle doit accrocher. C'est ainsi qu'au niveau de l'angle supérieur de la plaie, l'aiguille au moment de son introduction aura sa cavité tournée vers la vulve et la pointe plus élevée que le chas, tandis que dans son trajet moyen, pointe et chas seront dans le même plan transversal ; au moment de la sortie on devra redonner à l'aiguille une nouvelle direction verticale avec la pointe dirigée en haut.

Pour le rapprochement des transverses il faut orienter l'aiguille comme nous l'avons indiqué dans le paragraphe précédent.

Enfin pour reconstituer le sphincter anal on doit enfoncer l'aiguille, tenue dans un plan sagittal la pointe en haut, dans les tissus situés à gauche de l'orifice anal, puis passer en avant de l'anus et venir ressortir à droite de cet orifice en dirigeant de nouveau l'aiguille verticalement mais avec la pointe regardant en bas.

La suture terminée, on enlève le tampon vaginal, on fait de nouveau une injection et on lave avec prudence la région périnéale. On introduit une valve ou en son absence l'index gauche dans le vagin ; avec un tampon monté on enlève le liquide qui aurait pu rester au fond de ce conduit, puis on y glisse une mèche de gaze antiseptique. La plaie superficielle est saupoudrée de dermatol ou d'aniodol et recouverte de gaze antiseptique et d'une lame épaisse et large de coton hydrophile ; le tout est maintenu en place par un bandage en T. Les membres inférieurs seront rapprochés et attachés à l'aide d'une serviette au-dessus des genoux.

L'accouchée est ensuite replacée dans son lit. Pour éviter le contact trop prolongé des lochies avec la plaie vaginale ou périnéale on devra donner des injections matin et soir et profiter de ce moment pour faire uriner la malade.

Il est prudent d'essuyer avec douceur les régions suturées avant de les recouvrir du pansement, poudre de dermatol ou d'aniodol, gaze et coton hydrophile.

Si la miction spontanée est impossible il faut recourir matin et soir au cathétérisme pratiqué après avoir pris toutes les précautions antiseptiques habituelles. Une toilette vulvo-périnéale et un nouveau pansement superficiel devront être faits dans le courant de la journée autant de fois qu'il y aura eu de besoins naturels, mictions ou garde-robes.

Un grand nombre de praticiens ont pour habitude après une périnéoraphie de constiper leurs opérées pendant plusieurs jours en leur faisant prendre des opiacés. Cette conduite présente certains inconvénients : elle expose l'accouchée à des accidents fébriles d'origine stercorémique, accidents qui ne sont pas rares même après un accouchement normal ; d'autre part l'expulsion des matières fécales dures et volumineuses peut faire éclater les points de suture même au bout de cinq à huit jours. Nous avons obtenu de meilleurs résultats en suivant la technique suivante : le jour qui suit l'accouchement, nous ordonnons à notre opérée de prendre le soir un laxatif quelconque, de préférence une poudre laxative, et le lendemain matin nous faisons donner un lavement de 250 grammes d'huile d'olives stéri-

lisée. Après l'évacuation on fait passer dans le rectum un demi-litre à un litre d'eau bouillie tiède. On continue les jours suivants à veiller au bon fonctionnement de l'intestin en prenant les mêmes précautions; de cette façon on obtient des selles liquides ou semi-liquides qui n'ont aucune influence fâcheuse sur les sutures.

La température de l'opérée est prise matin et soir soit dans la bouche, soit dans l'aisselle ; dans le cas où le thermomètre atteindrait ou dépasserait 38 degrés, il faudrait aussitôt examiner très attentivement toute la région suturée. Si la plaie a un bon aspect, on enlèvera les deux tiers des crins de Florence le dixième jour; quant aux catguts, on n'a pas à s'en occuper, ils se résorbent spontanément.

Dans certaines circonstances, on peut être obligé d'enlever les crins de Florence avant la date fixée, tantôt parce que la région traumatisée est le point de départ d'accidents inflammatoires, tantôt parce qu'un œdème considérable se produit. Dans le premier cas le périnée devient rouge et douloureux; la malade accuse à son niveau une sensation de constriction, souvent accompagnée d'élancements; l'application de pansements humides chauds suffit souvent à arrêter l'infection. Si, au contraire, celle-ci continue à évoluer, la rougeur et la tuméfaction s'accentuent, la douleur devient plus intense ou bien les lèvres de la plaie se recouvrent de fausses membranes grisâtres; il faut alors ne pas hésiter à faire sauter tous les points de suture et à écarter les surfaces cruentées afin de les transformer en une plaie largement ouverte qu'il sera plus facile de nettoyer et de panser à plat.

Dans d'autres cas, c'est un œdème blanc mais considérable qui apparaît peu de jours après l'intervention; en général, cet œdème ne reste pas limité aux régions suturées, il gagne les grandes lèvres et les parties voisines; les fils menacent alors de couper les tissus au milieu desquels ils disparaîtront, si on ne les sectionne pas rapidement.

Au moment de l'enlèvement des fils à la date normale il n'est pas rare de constater à leur niveau des sillons plus ou moins profonds et même de véritables cratères, il suffit de toucher avec un peu de teinture d'iode ces légères pertes de substance pour les voir se combler très rapidement. Très souvent aussi il existe sur la ligne périnéale des bourgeons charnus ou des excroissances ayant l'aspect de papillomes; il n'y a pas à s'en préoccuper, ils s'atténuent peu à peu et ils finissent par disparaître spontanément.

La périnéoraphie immédiate n'est pas toujours suivie de succès malgré toutes les précautions antiseptiques qui auront été prises et malgré une technique qui aura été suivie rigoureusement. L'absence de réunion des lèvres de la plaie peut tenir à des causes multiples dont les principales sont : la mauvaise qualité des tissus qu'on rencontre chez les albuminuriques, chez les primipares âgées et chez les femmes dont le périnée a été longtemps en contact avec la tête fœtale; l'infiltration secondaire des téguments, dont la circulation est gênée par la constriction des fils; la suppuration sans retentissement général, au moment où on enlève les points de suture on est tout étonné de voir chaque lèvre se porter latéralement et être recouverte d'une fausse membrane jaunâtre; la persistance dans la plaie de lambeaux sphacélés, qui auraient dû être ébarbés et qui ont joué le rôle de corps étrangers; citons également les opérations faites trop tardivement, c'est-à-dire au bout de douze à quinze heures.

Il arrive aussi que le résultat obtenu est incomplet, il y a seulement réunion partielle; dans cette variété tous les degrés peuvent se rencontrer. Les parties supérieures ont pu se désunir, on se trouve alors en présence d'une déchirure incomplète qu'il sera facile de réparer secondairement; si au contraire la région voisine de la vulve est seule consolidée, on verra un pont cutané limiter une fistule vagino-périnéale ; il est souvent nécessaire de le faire sauter pour reconstituer le périnée, en suivant la technique indiquée à propos de la déchirure centrale. Enfin dans les ruptures complètes le périnée tout entier peut être consolidé, mais il y a absence de réunion au niveau de la cloison recto-vaginale intéressée, il en résulte une fistule recto-vaginale de dimensions variables. Celle-ci peut parfois guérir spontanément avec le temps, mais le plus souvent elle nécessite une intervention d'ordre chirurgical.

Périnéoraphie immédiate secondaire. — La périnéoraphie immédiate secondaire est l'opération faite dans les quinze jours qui suivent l'accouchement, d'ordinaire du huitième au quinzième. Elle n'est possible qu'à la condition que les suites de couches soient apyrétiques, que les lochies ne soient ni fétides, ni purulentes, ni trop abondantes, que l'état général soit bon et que localement la plaie ait une bonne apparence, ce qui équivaut à dire qu'elle est contre-indiquée dans l'infection générale et locale.

On devra y avoir recours chaque fois qu'on aura dû différer la périnéoraphie immédiate, soit pour cause d'un mauvais état général, faiblesse extrême, tendance syncopale, crises éclamptiques, soit pour cause d'un mauvais état local, œdème et thrombus périnéo-vulvaires. Le périnée déchiré peut aussi n'avoir pas été réparé sans raison et cela par ignorance ou par impéritie de la personne qui a fait l'accouchement.

Pour pratiquer la périnéoraphie immédiate secondaire, on prendra certaines précautions préparatoires. L'avant-veille du jour choisi pour l'opération on purgera la femme; la veille on rasera avec soin la région vulvo-périnéale et on appliquera ensuite un pansement humide maintenu par un bandage en T. Les instruments seront les mêmes que ceux déjà énumérés, on y ajoutera des ciseaux courbes et une curette tranchante. On aura décidé d'avance le mode d'anesthésie auquel on préfère avoir recours; si les dégâts sont considérables, l'anesthésie générale est obligatoire; si au contraire ils sont peu importants, on se contente de l'anesthésie locale. Pour cela on s'adressera à la cocaïne ou à la stovaïne soit en application directe au moyen d'un tampon imbibé d'une solution à 1 p. 50 ou même à 1 p. 20 et laissé au contact de la plaie pendant cinq à dix minutes, soit en injections sous-cutanées; dans ce cas on se sert d'une solution à 1 p. 100. Chaque piqûre doit être

faite non pas perpendiculairement à la surface cruentée mais parallèlement à cette surface en commençant par la partie supérieure, voisine de la vulve; la première piqûre seule est douloureuse, les suivantes ne devant pénétrer dans les tissus qu'en profitant de la zone déjà anesthésiée.

L'anesthésie obtenue, on place la femme en position obstétricale, on fait le cathétérisme vésical, on donne une injection vaginale antiseptique et on lave avec la même solution et du savon la région vulvo-périnéale, sur laquelle on applique une légère couche de teinture d'iode et qu'on protège ensuite avec de grandes compresses stérilisées ou avec des serviettes bouillies. Le premier temps de l'opération consiste à exciser les bourgeons charnus soit avec la curette, soit avec les ciseaux, puis à râcler avec soin toutes les surfaces qui doivent être réunies; on insistera particulièrement sur les bords et sur l'angle inférieur où un commencement d'épidermisation a pu se produire. Lorsqu'on a ainsi obtenu deux plaies cruentées, on fait la suture par le procédé déjà décrit à propos de la périnéoraphie immédiate. Les soins consécutifs sont les mêmes et la convalescence de la femme sera d'autant moins retardée qu'on sera intervenu plus tôt après l'accouchement.

Nous laissons de côté la périnéoraphie tardive dont les procédés déjà nombreux se sont encore enrichis récemment de différentes méthodes de myoraphie des releveurs de l'anus (Ziegenspeck, Pierre Delbet, Duval et Proust, Gérard-Marchant et Lenormant, Ricard, etc.). Cette variété de périnéoraphie n'appartient plus à la période obstétricale, elle rentre dans le domaine de la gynécologie.

FORMULAIRE

TRAITEMENT EXTERNE DE L'ÉRYSIPÈLE

Acide phénique	3 parties.
Alcool camphré	6 —
Alcool	1 —

Pour badigeonnages. (L.-C. Davis. *Nouv. remèdes.*)

LIVRES NOUVEAUX

Notions d'hydrologie moderne (1), par G. Bardet.

En écrivant la préface de cet ouvrage, le professeur Albert Robin en a bien montré toute la valeur scientifique. « Il ne s'agit pas là d'un Manuel d'hydrologie, mais bien de notions nouvelles destinées à donner au lecteur un aperçu des transformations apportées par la nouvelle physique à nos conceptions hydrologiques. » Et plus loin : « En deux cents et quelques pages, G. Bardet a su résumer clairement des questions difficiles. Il n'a pas hésité à entrer dans des considérations très élevées, que le sujet comportait forcément, mais il a su le faire avec une telle luminosité que le plus ignorant est de suite au courant. » On trouvera dans ce livre une étude très documentée sur les propriétés physiques et chimiques des eaux minérales, en particulier sur leur pouvoir radio-actif; la théorie de M. Armand Gautier sur la genèse des eaux thermales est aussi fort bien exposée.

M. Brelet.

(1) In-8. Collection moderne. — Paris, O. Doin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 DÉCEMBRE 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 décembre, à une heure. — 5e (2e partie) : MM. Gaucher, Legry et Sicard; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 7 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Pozzi, Lecène et Lenormant; — M. Jeanselme, suppléant.

Mercredi 8 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Rieffel et Pierre Duval.

2e : MM. Gariel, Langlois et Branca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Nicolas, Gosset et Couvelaire; — (2e série) : MM. Hartmann, Potocki et Mulon; — (2e partie, 1re série) : MM. Blanchard, Legry et André Jousset; — (2e série) : MM. Brissaud, Sicard et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Macaigne; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 9 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Morestin et Lecène.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Remy, Launois et Auvray.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Marion; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Castaigne.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 10 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Hartmann, Gosset et Proust; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 11 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 8 décembre, à une heure. — M. Bernard. Contribution à l'étude de l'ulcère simple de l'œsophage et spécialement de son diagnostic et de son traitement grâce à l'œsophagoscopie. (MM. Reclus, président; Roger, Segond et Marcel Labbé.) — M. Goldsmith. Contribution à l'étude des purpuras hémorragiques dits primitifs. (MM. Roger, président; Reclus, Segond et Marcel Labbé.) — M. Cortin. De la thrombophlébite blennorragique des veines de la verge. (MM. Segond, président; Reclus, Roger et Marcel Labbé.)

Jeudi 9 décembre, à une heure. — M. Jaworski. L'amaurose des tabétiques. (MM. Raymond, président; Hutinel, Alb. Robin et Nobécourt.) — M. Théodat. Contribution à l'étude des malformations cardiaques par inocclusion des cloisons interauriculaires et interventriculaires. (MM. Hutinel, président; Raymond, Alb. Robin et Nobécourt.) — M. Amar. Recherches physiologiques sur l'emploi de la digitaline et de la théobromine chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Raymond, Alb. Robin et Nobécourt.) — M. Brunet. Traitement de la tuberculose rénale. (MM. Alb. Robin, président; Raymond, Hutinel et Nobécourt.) — M. Sauvé. Les greffes ovariennes envisagées au point de vue de la pratique chirurgicale. (MM. Quénu, président; Retterer, Pierre Duval et Lenormant.) — M. Dufossé. Du meilleur traitement actuel des fractures du corps du maxillaire inférieur. (MM. Quénu, président; Retterer, Pierre Duval et Lenormant.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 136. — MARDI 30 NOVEMBRE 1909. 82e ANNÉE. MARDI 30 NOVEMBRE 1909. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour une place de médecin-adjoint de Bicêtre. — *Epreuve écrite.* — Séance du 24 novembre 1909. — MM. Barbé et Camus, 28.

Epreuve clinique (médecine). — Séance du 27 novembre. — MM. Barbé, 17 ; Camus, 18.

Facultés de médecine. — Montpellier. — M. Jeanbrau, agrégé, a été chargé par M. le ministre du travail d'une mission en Allemagne pour étudier l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux corporatifs et l'atténuation des accidents.

— M. Rimbaud, ancien chef de clinique médicale, est nommé préparateur de pathologie et thérapeutique générales.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le conseil supérieur est convoqué en session ordinaire pour le 16 décembre 1909.

La durée de cette session sera de trois jours.

Guerre. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 26 novembre 1909 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Gruet, passe aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Angers ; Piot, à l'hôpit. milit. Saint-Martin, à Paris ; Lebon, aux hôpit. de la division d'Oran ; Duco, à la section technique du service de santé ; Destrez, au 11e d'art. ; Franquet, au recrutement de la Seine et prison militaire de Paris.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Viguier, passe aux hôpit. de la division de Constantine ; Rauzy, à la direction du service de santé du 17e corps d'armée.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Barbet, passe au 18e d'art. ; Rondot, au 4e d'art. ; Raynaud, aux hôpit. de la division d'Alger ; Camus, au 6e bat. de chass. à pied ; Minel, aux hôpit. de la division de Constantine ; Larrazet, au 23e bat. de chass. à pied.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — M. Demarliac, passe au 20e drag. ; Gallès, au 100e d'inf. ; Pellet, au 11e drag. ; Bornecque, au 154e d'inf.

L'immunité conférée par la variole vis-a-vis de la vaccine. — Un médecin du Sénégal, M. Dupont, avait déjà attiré l'attention de la Société de médecine et d'hygiène tropicales sur l'immunité conférée par la variole vis-à-vis de la vaccine. Il avait signalé que la réaction vaccinale était positive chez 25 p. 100 des individus variolisés. De nouvelles recherches lui ont permis de vérifier l'exactitude de ses constatations précédentes. Sur 219 adultes qui avaient eu la variole, 18,2 p. 100 ont réagi au vaccin. Sur 1704 variolisés, 25,3 p. 100 ont pris le vaccin. Sur 68 enfants variolés, 20,7 p. 100 ont réagi et, sur 610 enfants variolisés, 29 p. 100 ont été inoculés avec succès avec la pulpe vaccinale. L'auteur n'a compté, comme résultats positifs, que ceux dans lesquels on observait une pustule. Le point capital qu'il met en lumière c'est que, chez les enfants variolisés ou variolés, la proportion d'individus sensibles au vaccin est plus élevée que chez les adultes, chez qui l'immunité est cependant de date plus ancienne. Il distingue donc deux degrés dans l'immunité conférée par la variole : l'une vis-à-vis de la variole elle-même. Celle-ci est durable et constante, l'autre vis-à-vis du vaccin. Cette dernière est irrégulière.

École d'Alfort. — Les élèves et l'association amicale des anciens élèves de l'École nationale vétérinaire d'Alfort donneront leur bal de Bienfaisance annuel dans les salons du Grand Hôtel, boulevard des Capucines, le 18 décembre 1909, à 10 heures du soir sous la présidence d'honneur de M. le sénateur Darbot.

Avis. — Le Syndicat des médecins de Montauban, en conflit avec les sociétés de secours mutuels, se fait un devoir de mettre en garde les jeunes confrères contre les offres qui pourraient leur être faites, et espère qu'il ne se trouvera pas un seul membre du corps médical assez peu soucieux de sa dignité et de ses devoirs pour accepter une situation qui serait humiliante et intenable.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pathologie chirurgicale (1). Tome I[er] : Pathologie générale, crâne et rachis, par MM. Lecène, Proust et Tixier. — Tome II : Tête, cou, thorax, par MM. Bourgeois et Lenormant.

Cet ouvrage est destiné à remplacer le Manuel des quatre agrégés qui eut un si grand succès autrefois; les auteurs de ce livre, étant morts ou trop occupés pour pouvoir le mettre au courant de la science, ont confié ce soin à leurs élèves qui nous donnent aujourd'hui ce *Précis de pathologie chirurgicale* tout à fait en rapport avec les dernières découvertes.

Comme le dit le professeur Reclus dans la Préface, c'est une œuvre claire et documentée qui « témoigne d'un léger dédain pour les théories subtiles ou prématurées ». Le style est concis, de nombreuses figures très bien choisies ornent les pages de ce livre; chaque question y est soigneusement étudiée aussi bien au point de vue de sa symptomatologie que de sa thérapeutique et les étudiants comme les praticiens y trouveront chacun des renseignements très utiles.

Le tome I[er] comprend trois parties : dans la première est étudiée l'infection en général (signalons particulièrement ce chapitre tout à fait à jour quoique très clair et très simple), les infections en particulier, les traumatismes et les tumeurs.

La deuxième partie est consacrée aux affections des tissus, peau, vaisseaux lymphatiques, ganglions, muscles, tendons, artères, veines, nerfs, os, articulations.

Dans la troisième partie sont étudiées les affections du crâne, du rachis, du bassin; le chapitre des fractures du crâne est très heureusement venu.

Le tome II comprend d'une part la pathologie spéciale des oreilles, fosses nasales, trachée et bronches, d'autre part l'étude des maladies de la face, des mâchoires, de la bouche, pharynx, œsophage, des glandes salivaires.

Les maladies du cou, du thorax, du corps thyroïde sont aussi étudiées avec le plus grand soin, ainsi que les maladies congénitales de la face et du cou qui sont exposées minutieusement.

Nous ne doutons pas que ce nouvel ouvrage n'ait le succès de son devancier, d'autant que de nombreuses illustrations en égaient encore le texte.

Ét. Le Sourd.

Radiumthérapie (2), par MM. Wickham et Degrais.

Ces auteurs ont réuni dans un magnifique volume l'état actuel de la radiumthérapie.

Après avoir exposé la provenance du radium, comment on l'obtient, ses propriétés physiques et chimiques, ils donnent une description minutieuse des différents appareils radifères dont ils se sont servis.

Ils insistent sur la technique et le manuel opératoires, afin de mettre en valeur tout le parti qu'on peut tirer du radium, suivant le résultat que l'on cherche.

Les résultats thérapeutiques y sont très étudiés.

De nombreuses observations avec planches à l'appui ont trait à des épithéliomas superficiels de la peau, bourgeonnants, ulcérés, de moyenne et de grande surfaces.

Des néoplasies malignes ont aussi été traitées avec succès, notamment un épithélioma envahissant une partie de la face, une tumeur de la région parotidienne, etc.

Des cancers du sein ont donné aussi des résultats qui paraissent favorables.

La radiumthérapie peut aussi être employée pour l'amélioration ou le nivellement de certaines cicatrices vicieuses, notamment celles qui sont compliquées de chéloïde.

De nombreuses photographies en couleur permettent d'en juger.

Il en est de même des brides cicatricielles consécutives aux écrouelles, aux brûlures, etc.

Les nævi vasculaires plans, les nævi vasculaires surélevés, les angiomes tiennent une grande place dans le livre de MM. Wickham et Degrais, et il en résulte que la radiumthérapie employée seule ou avec l'électrolyse constitue un procédé commode et indolore.

Les tuberculoses de la peau et des muqueuses ont aussi été traitées par le radium.

Son action analgésiante a été expérimentée dans les prurits, les névralgies, les douleurs articulaires, les arthrites blennorragiques, les eczémas chroniques.

Enfin, les auteurs mentionnent les essais de radiumthérapie dans le fibrome par MM. Oudin et Verchère, et dans le cancer de l'utérus.

Les rayons du radium ont donc une action élective sur certains tissus morbides, ils peuvent exercer une certaine action en surface sans irritation, une action avec destruction, une action en profondeur.

Enfin, grâce à la solubilité du radium, à la facilité avec laquelle il peut être mélangé à diverses substances, on peut l'introduire dans l'intérieur même des tissus.

Cet ouvrage bourré d'observations, de photographies et de planches en couleur constitue un travail documentaire de premier ordre sur la question.

Il montre tout le parti qu'on peut tirer de la radiumthérapie dans des affections très diverses.

La physiothérapie, qui possédait dans les rayons X et dans les différents courants électriques des armes puissantes, voit son champ d'action encore élargi, grâce à la radiumthérapie que le livre de MM. Wickham et Degrais aura puissamment contribué à faire connaître.

Delherm.

(1) In-8. — Paris, Masson.
(2) In-8, 350 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Agents physiques usuels (1), par les docteurs A. Martinet, A. Mougeot, P. Desfosses, L. Durey, Ch. Ducrocquet, L. Delherm, H. Dominici.

Ce volume termine heureusement la série commencée par les deux excellents ouvrages de M. A. Martinet, *Les Médicaments usuels* et *Les Aliments usuels*. La thérapeutique médicamenteuse et la diététique, pour importantes qu'elles soient, ne sont pas les seules armes dont dispose le médecin, et les progrès incessants des méthodes physico-thérapiques lui imposent la nécessité d'en connaître sinon la pratique, du moins les ressources et les indications.

Ce livre vient donc à son heure, et il a le grand mérite d'être parfaitement adapté au but qu'il se propose : « Nous n'avons point écrit pour les spécialistes, nous disait récemment un des auteurs, chacun de nous a rédigé le chapitre auquel il était préparé par ses connaissances particulières, en vue des autres membres de notre groupe; notre travail était donc ainsi nettement précisé et dans son étude et dans sa tendance générale. »

C'est là, certes, un excellent principe directeur, et il n'est besoin que de lire quelques pages de chaque chapitre, ou d'y chercher un de ces mille renseignements qu'exige la pratique journalière, pour se rendre compte que les auteurs ont été fidèles au plan conçu et l'ont heureusement mené à bien.

Les diverses parties du livre : climatothérapie, hydrothérapie, crénothérapie, thermothérapie, méthode de Bier, kinésithérapie, électrothérapie, radiumthérapie, sont en effet également bien traitées. Il suffit d'ailleurs de considérer les noms des auteurs pour n'en être point surpris.

A. Gaullieur l'Hardy.

(1) In-8 de 633 pages. — Paris, Masson et C[ie].

LES EMPOISONNEMENTS ALIMENTAIRES

Par M. J. GÉNÉVRIER,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Des recherches récentes, et en particulier les travaux français de Sacquépée, de Netter et Ribadeau-Dumas, de Sergent, ont démontré que les états pathologiques communément désignés sous le nom d'« empoisonnements alimentaires » étaient en réalité des *intoxications* ou des *infections*, dues aux produits de sécrétion ou à la pullulation d'espèces microbiennes définies.

Surtout observés dans les milieux militaires, où « l'empoisonnement » frappe du même coup un grand nombre d'individus, ces accidents ne sont pas rares dans les familles; mais plus est restreint le nombre des sujets atteints, plus le diagnostic est malaisé; et il est certain que l'étiologie de nombreux cas isolés d'intoxication alimentaire reste ignorée, parce que l'esprit n'est pas frappé par l'analogie de symptômes présentés par un grand nombre de sujets vivant en commun et soumis au même régime.

Pathogénie. Etiologie. — Les recherches bactériologiques pratiquées à l'occasion de ces « empoisonnements alimentaires » ont donné des résultats positifs : les accidents ne sont pas dus à l'absorption d'une substance chimique, comme pourrait le faire croire le mot d'empoisonnement, mais au développement d'espèces microbiennes régulièrement retrouvées dans les cas observés.

On doit à Gärtner les premiers travaux d'ensemble sur ce sujet, et son *Bacillus enteriditis* a été retrouvé par la plupart des auteurs; ce bacille, classé dans la famille des *Salmonelloses*, est voisin d'autres espèces que l'on peut également rencontrer au cours des infections alimentaires : nous ne citerons que le *bacille de la psittacose* et le *bacille paratyphique B* d'Achard et Bensaude.

Les différents microbes appartenant au groupe du *Bacillus enteriditis* sont pathogènes pour la plupart des animaux de laboratoire : en inoculation, les cultures provoquent des troubles analogues à ceux observés chez l'homme malade; il ne faut pas des doses bien considérables pour amener la mort de l'animal, chez lequel on retrouve alors les lésions caractéristiques de la même infection chez l'homme : congestion de la muqueuse gastro-intestinale avec petites hémorragies interstitielles, ulcérations, mégalosplénie, etc. Les cultures microbiennes, absorbées avec les aliments, provoquent les mêmes accidents, parfois mortels; on a pu aussi, dans certains cas, faire ingérer à des animaux les mêmes aliments qui avaient causé l'empoisonnement humain : dans toutes ces expériences, les résultats ont été positifs; le pouvoir pathogène des bacilles du groupe *enteriditis* est donc complètement démontré.

L'expérimentation montre de plus que ces microbes pullulent avec une grande intensité : d'où l'aggravation rapide des symptômes alarmants chez beaucoup de malades.

Ces quelques données expérimentales expliquent assez comment l'homme peut être contaminé par l'ingestion de produits contenant des germes nocifs; nous reviendrons tout à l'heure sur les aliments le plus souvent en cause dans ces empoisonnements.

Mais le *bacillus enteriditis* a des propriétés biologiques qui étendent de beaucoup son action nocive : ses produits de sécrétion, ses *toxines* ne sont pas détruites par la chaleur; des cultures portées à l'ébullition ou stérilisées à 110 ou à 120 degrés, sont encore capables de provoquer des accidents quand on les fait ingérer à des animaux de laboratoire. L'existence de ces *poisons thermostabiles* (Gärtner, Sacquépée) explique les intoxications produites par les aliments de conserve portés à des températures élevées, et conservés à l'abri de l'air, ou encore par des viandes ayant subi une cuisson suffisante pour assurer la destruction de tous les germes : ces produits alimentaires, avant d'avoir été chauffés, étaient infectés de bacilles; quand ceux-ci ont été détruits par la chaleur, leurs produits de sécrétion conservent néanmoins toute leur nocivité, et ils peuvent causer des empoisonnements aigus tout aussi redoutables que ceux occasionnés par l'ingestion de bacilles virulents.

Le *bacillus enteriditis* existe surtout dans les viandes, en particulier dans celles de porc ou de veau; il ne faut pas croire que sa pullulation soit nécessairement accompagnée de fermentations putrides, et des viandes très nocives peuvent avoir toute l'apparence de viandes fraîches.

D'ailleurs, l'infection des viandes de boucherie est souvent antérieure à l'abatage : les animaux sacrifiés à cause de leur état de maladie peuvent trop souvent être passés en fraude aux octrois ou aux abattoirs; malgré la rapidité avec laquelle cette viande sera débitée et consommée, elle n'en sera pas moins nocive; si elle est ingérée crue ou peu cuite, l'absorption des germes virulents ne tarde pas à provoquer les troubles digestifs caractéristiques; si, au contraire, cette viande est utilisée pour la préparation des conserves, elle transmettra à ces produits la nocivité due aux poisons thermostabiles.

Les viandes provenant d'animaux infectés avant l'abatage peuvent, au cours des manipulations de boucherie ou de cuisine, contaminer divers ustensiles et, par l'intermédiaire de ceux-ci, d'autres aliments; c'est ainsi que des légumes cuits dans des bassines infectées ont pu produire de graves accidents.

Les poissons peuvent véhiculer les *Salmonelloses*; les œufs, les crèmes, sont d'excellents milieux de culture pour ces bacilles : de nombreux accidents sont imputables à l'absorption des gâteaux à la crème; la qualité des œufs qui servent à la préparation des pâtisseries est souvent douteuse, et, malgré les règlements, on utilise parfois pour l'alimentation des blancs ou des jaunes d'œufs, de provenance lointaine, dont l'emploi devrait être strictement limité à l'industrie.

Nous n'avons insisté sur la nocivité des germes véhiculés par les aliments les plus usuels que pour montrer la nécessité de mesures sévères de surveil-

lance à l'égard de tous les produits alimentaires; malheureusement cette surveillance est insuffisante, et à défaut de prophylaxie publique efficace, le médecin devra indiquer aux familles de quelles précautions il faudra entourer le choix des aliments, surtout de ceux destinés aux jeunes enfants; d'une façon générale, les viandes conservées, les produits de charcuterie, les crèmes de pâtisserie, seront tenus pour suspects; on fera bien de vérifier leur provenance avant de les laisser consommer.

Symptômes. — L'apparition des accidents suit d'assez près l'absorption des aliments incriminés; plus l'empoisonnement est grave, plus ses symptômes sont précoces. Les aliments de conserve chargés de toxines sont parmi les plus dangereux et leur absorption ne tarde pas à provoquer des troubles inquiétants; on a noté des phénomènes graves une heure après le repas suspect; plus souvent il s'écoule douze ou vingt-quatre heures, parfois un jour ou deux, avant qu'apparaissent les accidents.

Ceux-ci réalisent fréquemment le type clinique de l'*embarras gastrique aigu*, mais ils s'accompagnent de phénomènes généraux beaucoup plus marqués; on peut observer des vomissements; la diarrhée est de règle et le ventre est douloureux; le malade accuse de la pesanteur gastrique et abdominale, souvent de véritables coliques, très aiguës, avec ou sans ténesme; quand la diarrhée est très intense, elle prend l'aspect glaireux et les selles sont parfois striées de sang, comme dans la dysenterie.

L'état général, surtout chez l'enfant, est plus inquiétant d'emblée que ces troubles fonctionnels; la température est irrégulière, mais il y a toujours une très grande accélération du pouls; la tendance à la lipothymie est fréquente et les crises douloureuses se compliquent parfois de syncope. La céphalée est intense; l'enfant reste dans un état d'abattement ou de prostration très impressionnant; il est rare cependant que la mort survienne dans cette forme à allures d'entérite infectieuse; mais la convalescence est longue et pénible; il peut persister pendant des semaines un certain état d'intolérance digestive et le régime alimentaire d'enfants ainsi atteints doit être longtemps surveillé.

Plus rarement l'empoisonnement alimentaire provoque des *accidents cholériformes*; leur gravité immédiate est beaucoup plus grande; leur apparition survient peu de temps après l'ingestion incriminée; ils s'annoncent par des vomissements, une sensation de fatigue intense, des douleurs musculaires et articulaires, des crampes; d'autres fois c'est une impression de malaise général, de la céphalée, des étourdissements, de la dyspnée, de l'angor; dans cette sorte de période prodromique le pouls est petit, filiforme, le front se couvre de sueur, les extrémités se cyanosent et se refroidissent.

La diarrhée apparaît bientôt : le nombre des selles est considérable, vingt ou trente par vingt-quatre heures; elles sont franchement liquides, parfois mêlées d'un peu de sang ou chargées de grumeaux riziformes; les évacuations sont précédées de coliques, suivies de ténesme, et plus tard elles peuvent devenir involontaires.

L'état général est vite compromis, le pouls devient incomptable, les urines disparaissent, le visage prend l'aspect grippé, la température tombe au-dessous de la normale, et il devient impossible de réchauffer les extrémités. Des éruptions diverses, scarlatiniformes, purpuriques, exanthématiques, apparaissent parfois; les urines contiennent presque toujours de l'albumine.

Le malade peut entrer rapidement dans le collapsus, et la mort peut survenir vingt-quatre heures après le début des accidents, plus souvent vers le troisième ou le quatrième jour; toutefois cette terminaison fatale reste relativement rare et ne survient, d'après les statistiques réunies par Sacquépée, que dans 1 ou 2 p. 100 des cas.

Quand l'amélioration s'établit, la température se relève peu à peu, les urines réapparaissent, et en même temps s'installent des phénomènes généraux qui rappellent ceux de la gastro-entérite infectieuse; il y a de la fièvre, de la sécheresse de la langue, des selles diarrhéiques et fétides; mais ces symptômes vont en s'atténuant, et lentement la convalescence s'établit.

Ces accidents, à forme d'embarras gastrique aigu ou d'entérite cholériforme, sont des mieux caractérisés : mais il est certain que les aliments chargés de *Salmonelloses* produisent souvent des *infections bâtardes*, à allures cliniques mal définies : on pose les diagnostics d'embarras gastro-intestinal prolongé ou de fièvre typhoïde légère; les fièvres para-typhoïdes et la dothiénentérie elle-même apparaissent parfois après l'ingestion d'aliments suspects qui n'ont produit, chez d'autres sujets, que des troubles digestifs passagers; il n'existe pas entre ces différents états digestifs de démarcation bien nette, et même l'origine alimentaire possible de certaines fièvres typhoïdes est une question qui a été posée sans être encore définitivement tranchée.

Prophylaxie et traitement. — La surveillance des abattoirs et l'examen des viandes de boucherie constitue la plus indispensable des mesures de prophylaxie : nous avons dit que les viandes infectées pouvaient se présenter avec toutes les apparences de la viande saine, d'où la nécessité d'examiner l'animal non seulement après l'abatage, mais aussi pendant la vie : c'est la seule façon possible de se rendre compte de son état de maladie. Dans les grandes villes, un système de surveillance, assuré par des vétérinaires, répond à ce besoin d'une façon à peu près efficace.

Mais, dans les campagnes, dans les foires, la viande est débitée sans avoir subi aucun examen vétérinaire; il arrive aussi fréquemment que des bêtes malades soient abattues en toute connaissance de cause par des éleveurs, qui passent la viande en fraude dans les marchés, ou qui la livrent à des fabriques de conserve.

Seuls des règlements de police peuvent intervenir de façon efficace contre ces fraudes, et il appartient aux pouvoirs publics d'édicter des règlements assez

précis et sévères pour que des produits nocifs, quels qu'ils soient, ne puissent pas être livrés à la consommation.

La prophylaxie individuelle, surtout en ce qui concerne les enfants, consiste à observer la plus grande prudence dans le choix des substances alimentaires; on n'emploiera que des produits de fraîcheur absolue, et l'on entourera toujours d'une certaine méfiance les conserves de viande, et en particulier les produits de charcuterie, vendus à bas prix; les viandes préparées, les saucisses, les saucissons, constituent toujours de mauvais aliments pour les enfants. Les crèmes de pâtisserie, et les gâteaux qui en contiennent, ne seront donnés qu'avec circonspection : trop souvent elles sont préparées avec des œufs de conserve de qualité douteuse, et les accidents qu'il faut leur imputer sont très nombreux.

Aux accidents confirmés, on opposera surtout une thérapeutique symptomatique; on s'efforcera d'abord de débarrasser le tube digestif de ses produits nocifs; si l'estomac n'a pas été évacué par des vomissements spontanés, on pratiquera le lavage à l'aide du tube de Faucher; en cas d'urgence, et faute d'instrumentation nécessaire, on provoquera les vomissements par simple absorption d'eau tiède; on prescrira en même temps de grands lavages d'intestin; on pourra recourir aux purgatifs salins et aux antiseptiques intestinaux, dont l'utilité reste douteuse.

Il faudra surtout traiter l'état général; dans la forme infectieuse, fébrile, on aura recours aux bains tièdes, aux compresses chaudes laissées en permanence sur l'abdomen. Dans les accidents cholériformes l'intervention devra être active : les bains chauds, les injections de sérum artificiel, les petits lavements à l'empois d'amidon, les tonicardiaques, seront simultanément employés : par tous les moyens possibles il faut essayer de réchauffer le malade et de soutenir sa fibre cardiaque.

Le régime diététique doit tenir une grande place dans les prescriptions médicales : au début, diète hydrique absolue, ou tisanes, ou décoctions faibles de riz. Il est important que les malades absorbent beaucoup de liquide pour compenser leurs pertes en eau : si l'intolérance gastrique les en empêche, il faudra user du sérum artificiel. Après vingt-quatre ou quarante-huit heures de diète hydrique, on donnera du bouillon de légumes, ou de la décoction de céréales. Puis, quand les phénomènes aigus s'atténueront, on établira peu à peu un régime alimentaire plus complet : les purées de farineux, les pâtes alimentaires, les potages et les bouillies y tiendront la première place; c'est en somme le régime de l'entérite qu'on instituera à ce moment, et qu'on devra longtemps prolonger.

FORMULAIRE

EMPLÂTRE ABORTIF DU FURONCLE (POUCHET.)

Acide salicylique pulvérisé...	*ââ*	2 parties.
Emplâtre de savon..........		
— diachylon.......	4	—

(*Bull. gén. de thérap.*)

MÉDECINE PRATIQUE

LA RÉÉDUCATION DES FONCTIONS DIGESTIVES : LA RÉÉDUCATION ALIMENTAIRE

Par le docteur Paul FAREZ,
Professeur à l'Ecole de Psychologie.

En dehors de la rééducation dans les grandes psychonévroses gastro-intestinales, il y a une rééducation plus terre à terre, mais indispensable, qui doit s'adresser aux gens, en apparence bien portants, ainsi qu'à ceux que guette la dyspepsie et à ceux qu'elle a déjà atteints; c'est la rééducation alimentaire.

Presque tout le monde s'alimente d'une manière irrationnelle, non pas tant dans le fond que dans la forme : la façon de manger importe bien plus que ce que l'on mange. On triture à peine ses aliments; on les insalive insuffisamment; on les déglutit prématurément; au lieu de les déguster, on les engouffre avec voracité; on en avale une grande quantité sans l'avoir ni mâchée, ni insalivée du tout; on expédie le repas comme une corvée; on est un « consommateur » et non pas un convive. On ne pense pas à ce qu'on mange; pendant le repas, si l'on est seul, on se laisse absorber par une lecture captivante; si l'on est en famille, on s'entretient des affaires, des soucis, des préoccupations, des ennuis; on discute, on se querelle, on s'emporte contre les contradicteurs, contre les enfants, contre les domestiques, contre les fournisseurs; on admet tout ce qui est capable de provoquer la mauvaise humeur; on empêche que le repas soit pris avec gaieté, détente, euphorie.

Pour ce qui concerne surtout la quantité de l'alimentation et de la boisson, le nombre, l'heure et le rapprochement des repas, on est esclave de sensations impérieuses ou déviées, de besoins factices ou pathologiques; on est victime d'idées fixes ou obsédantes, de croyances erronées, de préjugés tenaces, d'interprétations fausses, d'arguments spécieux, de théories fantaisistes, d'impulsions irréfléchies, d'instincts pervertis, de mauvaises habitudes héréditaires ou sociales; on subit la tyrannie de la mode; on obéit au snobisme, à la vanité, à la gloriole; on cède à la contagion de l'exemple; on pêche par inattention, par indifférence, par insouciance et surtout par ignorance ou méconnaissance des conditions les plus élémentaires de toute bonne alimentation et de toute bonne digestion.

On ne compte plus les méfaits des médications gastriques; les régimes sont, trop souvent, tyranniques, inopportuns, inutiles, sinon dangereux. Or, la seule observance de l'hygiène morale de l'alimentation dispenserait presque toujours de médication et souvent de régime; elle est l'a b c de toute thérapeutique et de toute rééducation digestives.

La tâche du praticien est, à cet égard, complexe, longue, difficultueuse, délicate; elle exige une patience inlassable et doit répondre aux indications suivantes :

I. Insister, auprès du patient, sur les vérités cliniques relatives à l'alimentation et à la digestion; lui exposer les préceptes généraux qui en découlent. Presque toujours, il est stupéfait de ce qu'on lui révèle, principalement sur le rôle de la mastication et de l'insalivation. « Mais, je n'en savais rien, dit-il; on ne me l'a jamais appris ! »

II. Sortir bien vite des généralités et faire un diagnostic individuel; dépister, énumérer les différentes fautes que chacun commet, lui en donner la preuve immédiate par des pesées, des dosages, des réactions appropriées (par exemple en ce qui concerne la salive); lui expliquer les inconvénients ou les dangers de persévérer dans ses errements; lui montrer l'utilité de se réformer; par des prescriptions individuelles et des indications précises, exposer nettement le programme que chacun devra remplir.

III. Après avoir instruit son patient, c'est-à-dire après l'avoir éclairé sur les vérités générales et sur ses fautes individuelles, après lui avoir énoncé ce qu'il doit faire et surtout ce qu'il doit ne pas faire, le praticien a simplement amorcé son rôle; il lui en reste la partie la plus difficile : décider le malade à se corriger. Il devra l'amener à considérer la question alimentaire comme très importante et digne de mériter son attention, obtenir de lui qu'il consacre aux repas le temps nécessaire et qu'il consente à penser à ce qu'il fait, conformément à l'adage latin : *Age quod agis*, combattre victorieusement ses objections, triompher de ses résistances ou de son apathie, ou de ses habitudes, invoquer toutes les raisons de famille, d'altruisme, d'utilité, d'égoïsme que comportent le cas et l'état psychologique du sujet, ne pas se contenter de docilité résignée ou d'obéissance passive, provoquer le désir de s'amender, faire naître le bon vouloir, l'état d'attente, même une sorte de prosélytisme qui réalise, de concert avec le médecin, une complicité active. On arrive à ces résultats, non point par de froids raisonnements, mais par une suggestion vivace, énoncée avec une foi communicative et faisant appel à des mobiles affectifs; parfois, on n'est victorieux que si l'on a eu soin de plonger, au préalable, le patient dans un état plus ou moins profond d'hypotaxie.

IV. Le patient a été amené à désirer fermement s'amender. Alors, le praticien devra s'ingénier à lui formuler des prescriptions de réalisation commode, adaptées à son individualité, à son tempérament, à son genre de vie, à sa condition; il recommandera, s'il y a lieu, un régime ou une médication qui n'auront, en aucune manière, le défaut de compromettre les occupations journalières ou les relations sociales; en outre, il s'appliquera à conseiller des moyens pratiques, des artifices, des « trucs », des procédés auxiliaires, des correctifs qui lui rendront les prescriptions médicales non seulement faciles, mais presque agréables, en même temps qu'efficaces.

V. En outre, il faudra faire comprendre au patient que sa bonne digestion dépend, non pas de régimes compliqués ou de prétendues panacées médicamenteuses, mais principalement de lui-même, c'est-à-dire de son initiative et de l'attention, de la persévérance systématique, avec lesquelles il s'appliquera à réaliser les conditions psychologiques de toute bonne alimentation. Pour cela, il devra se contrôler, développer son pouvoir d'arrêt, s'affranchir de son impulsivité, se retenir, s'observer, pour arriver à dissocier les éléments de ses mauvaises habitudes et à en contracter de bonnes; enfin, par un entraînement méthodique, par une discipline psycho-motrice, développer la maîtrise de soi et apprendre à compter sur lui. La rééducation alimentaire, en sus de ses précieux avantages digestifs, aboutit donc, par surcroît, à une réforme de soi-même, à une véritable rééducation de la volonté.

Si ces différentes indications étaient remplies pleinement, elles suffiraient, le plus souvent, à guérir les gastropathes, au moins les fonctionnels, et ils sont légion! En tous cas, elles empêcheraient l'installation des dyspepsies menaçantes. S'il en était ainsi, le praticien dirigerait l'hygiène à la fois physique et morale de tous ceux qui ont recours à lui, il ferait œuvre de prophylaxie, il enseignerait à ne pas faire mal, il apprendrait les moyens de ne pas devenir malade et de rester valide, il aurait la joie de ne soigner que des bien portants, il vivrait non plus de la maladie, mais de la santé de ses clients. Ils n'ont pas tort ces Chinois qui ne paient leur médecin qu'autant que celui-ci les maintient en bonne santé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1909)

Psycho-névrose traumatique ou démence traumatique. — MM. Simonin et Bénon. Il s'agit d'un jeune soldat qui, tamponné par un tramway, présente une fracture de la base du crâne, suivie d'un coma de trois jours. Ultérieurement, on vit évoluer une série de symptômes, appartenant les uns à la démence, les autres à la névrose traumatique. Ces phénomènes qui n'ont pas varié depuis trois ans, ont entraîné une incapacité de travail absolue, et motivé la concession d'une pension de retraite.

L'affaiblissement intellectuel se traduit par l'absence de spontanéité idéative, la difficulté de fixer l'attention, de l'amnésie rétro-antérograde, des absences, un état de dépression irritable avec hypocondrie, sans troubles du jugement ni du raisonnement.

A ces symptômes s'ajoutent : l'asthénie musculaire généralisée, la céphalée, les étourdissements, les vertiges avec chute et obtusion intellectuelle, l'insomnie, un spasme tonique permanent des muscles frontal à droite et sourcilier à gauche, sans altérations des réactions électriques, une hypotension artérielle marquée et enfin de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien qui n'a présenté d'éléments cellulaires qu'au moment de l'accident initial. Apyrexie constante depuis le début.

Ce cas rappelle les troubles chroniques complexes que Kölpin (de Bonn) a décrits en 1906 comme conséquence en quelque sorte pathognomonique des traumatismes craniens; et dans lesquels une démence spéciale, affirmée par des troubles de la mémoire, de l'amoindrissement et de la lenteur de la puissance psychique, s'associe au syndrome de la névrose traumatique, accompagnée de modifications marquées du caractère.

Le diagnostic reste délicat au point de vue clinique; on peut également se demander si cet ensemble symptomatique ne traduit pas un processus inflammatoire chronique ou cicatriciel des méninges et du cortex cérébral consécutif au traumatisme initial.

Sur les œdèmes aigus essentiels. L'œdème aigu cyclique. — M. E. Sacquépée. A côté des œdèmes aigus essentiels ou circonscrits, ressortissant plus ou moins nettement à la maladie de Quincke, il existe une forme spéciale, *œdème aigu cyclique*, jusqu'ici exclusivement observée aux paupières.

L'histoire de cette forme est basée sur l'observation de 4 malades; les 4 cas sont d'ailleurs identiques dans leurs grandes lignes : des phénomènes généraux fébriles ouvrent la scène; viennent ensuite des douleurs localisées (névralgie du trijumeau), et enfin apparaît l'œdème, limité aux régions douloureuses. Dans l'ensemble, la succession de ces trois étapes constitue d'ordinaire un véritable cycle, d'où le nom du syndrome.

Avec ou après l'œdème, apparaissent souvent diverses complications : troubles pupillaires, chute de la paupière, parésie faciale, altération des réflexes. La maladie dure peu; jusqu'ici il n'y a pas eu de récidives.

Au cours de l'œdème cyclique et bien après son déclin, la ponction lombaire décèle de la lymphocytose rachidienne.

L'affection est de nature infectieuse ou toxi-infectieuse; au moins la nature et l'évolution des symptômes, de même que le groupement des cas, autorisent-ils cette conception. De plus, deux des malades ont été atteints pendant leur séjour dans les salles, au voisinage de convalescents d'œdème cyclique, enchaînement de faits qui tend à démontrer la contagiosité.

Anatomiquement, la lésion essentielle est probablement

soit une méningo-myélite atténuée, soit plutôt une radiculite ou une ganglio-radiculite.

L'œdème aigu cyclique s'écarte sensiblement de l'œdème aigu circonscrit habituel. Il se rapproche par contre beaucoup du zona; si l'avenir apprenait que l'œdème aigu cyclique récidive peu ou ne récidive pas, on serait probablement amené à le considérer comme une forme anormale du zona.

Encéphalite aiguë. — M. Comby. A propos de l'*hémiplégie pneumonique* présentée par M. Courmont à la dernière séance, l'auteur croit qu'il s'agissait d'une encéphalite aiguë et non d'une méningite. On voit très souvent des cas analogues en clinique infantile. Au cours de beaucoup de maladies infectieuses (pneumonie, grippe, entérite, coqueluche, fièvres éruptives, etc.), l'enfant peut présenter tout à coup des convulsions, du coma, du délire, des paralysies, des contractures. Quand on fait la ponction lombaire on constate que le liquide céphalo-rachidien est clair et ne contient pas de leucocytes. La méningite est ainsi éliminée. Reste l'encéphalite aiguë qui est une maladie fréquente et qui laisse trop souvent à sa suite des affections incurables, telles que l'idiotie, l'épilepsie, l'hémiplégie spasmodique, etc. Cependant, l'encéphalite aiguë peut guérir sans laisser de traces; l'inflammation a été légère, les agents infectieux ayant déterminé des lésions congestives plutôt que dégénératives. Mais ordinairement, la sclérose cérébrale lui succède avec toutes ses conséquences : contractures permanentes, hémiachorée ou hémiathétose, imbécillité, attaques épileptiformes, etc.

Dans les cas qui guérissent, on doit faire des réserves. Car souvent, plusieurs années après la guérison apparente, on voit éclater l'épilepsie. L'épilepsie *essentielle* n'existe pas; elle est presque toujours consécutive à une encéphalite aiguë plus ou moins ancienne. Ce n'est pas une maladie familiale, ni héréditaire, c'est une maladie acquise accidentellement au cours d'un processus infectieux qui a frappé le cerveau. Cette pathogénie est plutôt consolante pour les familles des malheureux épileptiques.

Action des rayons X sur le diabète. — MM. Ménétrier et Mallet ont observé un double effet, d'abord une augmentation, puis une diminution du sucre dans l'urine. Certains diabètes graves ont vu leur sucre baisser de 900 à 600 grammes.

Ils ont observé en même temps, par des examens de sang en série une déglobulisation marquée souvent de 1 000 000 à 1 500 000, suivie d'une phase de réparation également rapide. Dans tous ces cas les séances étaient faibles et assez courtes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1909)

Kystes hydatiques multiples du foie. — M. Kirmisson rapporte l'observation d'une petite fille de sept ans qui, depuis un an, présentait un gros foie, bosselé. On fit le diagnostic de kyste hydatique, multiple. Une ponction donna un liquide eau de roche. On fit, dans la poche, une injection de solution de formol au centième. Un mois après apparurent des accidents assez graves de douleurs, de fièvre, d'anorexie, qui firent penser à l'évolution d'un nouveau kyste. En effet, la laparotomie montra l'existence d'un kyste fissuré, à liquide trouble, qu'on dut marsupialiser. A deux reprises ultérieures, la malade présenta les mêmes accidents. On la ponctionna et on fit une injection formolée. Cette enfant paraît aujourd'hui définitivement guérie.

M. Lejars a observé deux cas de kystes hydatiques multiples du foie. Le premier cas se rapporte à un homme de quarante-six ans, souffrant depuis deux ans et présentant un gonflement de la région épigastrique avec un cloisonnement médian faisant supposer l'existence de deux poches. M. Lejars fit une incision séparée pour chaque poche, ponctionna, incisa, formola, sutura et réduisit sans drainage. Le malade est resté guéri.

Le second cas est celui d'une jeune fille de dix-sept ans qui avait un gros foie, surtout développé à droite, et qui avait une dyspnée des plus pénibles. M. Lejars pensa à un kyste hydatique de la face convexe du foie relevant le diaphragme. Pour aborder ce kyste, M. Lejars dut traverser une partie assez notable de tissu hépatique et eut une hémorragie; le kyste ouvert, en explorant la cavité, M. Lejars vit qu'il y avait de chaque côté une poche qui bombait dans la cavité du kyste; il ouvrit ces deux poches, les draina à travers la cavité du premier kyste. Cette jeune fille, trois ans après, présenta un nouveau kyste sous-diaphragmatique du lobe gauche, kyste suppuré qui fut marsupialisé. Elle va maintenant aussi bien que possible.

M. Hartmann, sur trente kystes hydatiques du foie, a observé cinq fois des kystes doubles. Dans deux cas, il incisa et draina séparément les deux kystes. Dans deux autres cas, il a incisé et drainé le second kyste à travers le premier. Dans le dernier cas, il a formolé le second kyste à travers la paroi du kyste superficiel ouvert. Ce second kyste a suppuré. Il a fallu ultérieurement l'évacuer à travers une ouverture thoracique. Ces cinq malades ont guéri.

Hydrocèle en bissac. — M. Rochard communique une observation de M. Féron (de Laval) sur un cas d'hydrocèle en bissac chez un jeune homme de dix-sept ans. Il existait une poche scrotale et une poche abdominale qui contenaient 6 litres de liquide. Laparotomie préalable, fermeture du péritoine, large hernio-laparotomie, décortication de la poche intra-abdominale; pour l'hydrocèle scrotale, résection partielle de la vaginale; l'hydrocèle scrotale récidiva et il fallut recourir ultérieurement à la résection totale de la vaginale.

MM. Routier, Hartmann et Le Dentu ont observé des cas analogues.

Névrome du médian, énucléation. — M. Walther présente un malade auquel il a enlevé un névrome enchâssé entre les fibres de la portion axillaire du médian. Les troubles moteurs et sensitifs ont disparu.

M. Ricard a opéré de la même façon un myxome de l'origine du médian qui avait été pris pour un ganglion tuberculeux. La guérison fut parfaite.

M. Auvray a également opéré un myxome du médian qui a récidivé et nécessité une nouvelle intervention.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1909)

Appareil de perfusion pour organe isolé et pour toutes expériences d'injection à température et pression constantes. — M. Pachon fait remarquer que, dans les expériences faites sur les organes isolés et en particulier sur le cœur de mammifères d'après la méthode de Langendorff, il importe que la température et la pression sous lesquelles circule le liquide de perfusion soient rigoureusement constantes, à tous instants de l'expérience. Sinon, dans le cas de circulations alternatives avec des liquides variés dont on recherche l'effet respectif sur le cœur, toute variation de température et plus encore de pression deviendra un agent d'influence propre, extrêmement important, qui troublera l'expérience et exposera à rapporter à la drogue étudiée des modifications de tonus, d'amplitude, de rythme, dues, en fait, soit totalement, soit en partie, aux variations de pression du liquide circulant. Des erreurs de cet ordre ont été commises.

M. Pachon présente un appareil qui répond rigoureusement aux exigences de température et de pression absolument

constantes, non seulement au moment de l'interchangement du liquide circulant, mais mieux encore pendant tout le temps de l'expérience. Cet appareil, réalisé par des moyens simples, extrêmement souple dans son maniement, peut servir non seulement aux expériences de survie des organes, mais encore être utilisé, soit au laboratoire, soit en clinique, dans tous les cas d'injection liquidienne intra-vasculaire à température et pression constantes.

Méningites méningococciques à liquide stérile et amicrobien révélées par la précipito-réaction. — MM. H. Vincent et E. Combe. La précipito-réaction peut se montrer positive dans certains cas de méningite cérébro-spinale à liquide stérile clair et lymphocytaire. Les malades ont guéri par le traitement sérothérapique, donnant ainsi la preuve de la nature méningococcique de leur affection. Dans deux cas récents, dont l'un très sévère et l'autre de moyenne gravité, le liquide rachidien louche et à polynucléaires altérés n'a montré aucun microbe soit à un examen microscopique minutieux, soit dans l'ensemencement très abondant (culot de 12 centimètres cubes de liquide centrifugé) qui en a été fait une demi-heure après la récolte.

Par contre, le précipito-diagnostic a été positif et le traitement spécifique par le sérum antiméningococcique a amené la défervescence et la disparition des symptômes méningés. Ces nouveaux exemples confirment l'importance de la réaction de précipitation. Elle supplée à l'absence du microbe pathogène en mettant en évidence ses produits de sécrétion.

Il y a lieu de recommander la technique suivante : recueillir le liquide céphalo-rachidien dans plusieurs tubes et pratiquer la recherche de la réaction dans le premier et le dernier de ces tubes, afin de faire porter tous les examens (culture, réaction précipitante, etc.) sur du liquide provenant à la fois du rachis et de l'encéphale, ce dernier s'écoulant à la fin, au moment où le malade accuse la céphalée de décompression.

Il est probable, en effet, que dans certaines formes de méningites surtout céphaliques, le méningocoque se cultive presque exclusivement dans les ventricules ; de là son absence dans le liquide rachidien.

Influence de la cure de Vichy sur la lactation physiologique chez la chèvre. — M. A. Therre (de Vichy) a cherché si l'influence de la cure de Vichy peut se déceler par des variations des constituants réguliers du lait et modifier son rendement. Dans une note précédente il a donné, pour servir de base à ses expériences, le relevé de deux analyses du lait de chaque chèvre, avant qu'elle ait été soumise au traitement hydro-minéral.

Les résultats de ses recherches se trouvent résumés dans cette conclusion :

« En comparant tous les résultats constatés chez les animaux en expérience avec ceux fournis par le témoin, il est impossible de rapporter ces modifications à l'influence de la cure thermale.

Ces résultats négatifs confirment ce que les recherches d'autres auteurs nous ont appris déjà que le rôle comme émonctoire de la mamelle est des plus réduits et qu'il est fort difficile de modifier la composition d'un lait, soit par un régime, soit par un traitement. »

Recherches sur le diagnostic de la tuberculose par la déviation du complément. — M. Bergeron a mis à l'épreuve dans 213 cas la méthode de diagnostic de la tuberculose par la déviation du complément récemment décrite par M. Marmorek. Il a obtenu 131 résultats positifs sur 133 cas de tuberculose certaine, 2 résultats négatifs et 4 positifs dans 6 cas où la clinique demeurait hésitante, et 68 résultats négatifs sur 74 cas de non tuberculose. L'autopsie a permis 2 fois de confirmer le diagnostic porté par la méthode de Marmorek, mais elle l'a infirmé une fois. En somme, le procédé s'est trouvé d'accord avec la clinique dans 205 cas sur 213.

Diarrhée produite chez le lapin par l'arséniate de soude donné par les différentes voies d'administration. — M. Maurel. Les voies hypodermique et veineuse produisent la diarrhée avec des quantités moindres que la voie gastrique. Ecartant donc l'explication de ces diarrhées par le contact direct de l'aréniate de soude sur la muqueuse digestive, il faut donc arriver à cette hypothèse que probablement il s'agit dans ces cas d'une suppléance du rein et que les sécrétions digestives ne sont augmentées que pour permettre d'éliminer l'arséniate de soude. Si cette hypothèse se trouvait vérifiée, dit en terminant M. Maurel, on pourrait l'appliquer à certaines diarrhées qui apparaissent au cours des infections ou des auto-intoxications.

La mort tardive après anesthésie chloroformique. — M. Aubertin a réussi à réaliser expérimentalement la mort tardive après une séance unique d'anesthésie chloroformique, c'est-à-dire dans des conditions se rapprochant de l'anesthésie chirurgicale. Après une anesthésie d'une durée de 1 ou 2 heures le rat blanc et la souris blanche succombent dans la proportion de 7 sur 10, la mort survenant au bout de 2 à 4 jours sans ictère. A l'autopsie, on trouve surtout des lésions hépatiques (soit dégénérescence graisseuse, soit foie muscade avec hémorrhagies et stéatose, soit nécrose totale) ; les reins, le myocarde, présentent des lésions dégénératives moins accusées ; les poumons sont le siège de congestion et d'apoplexies ; on note enfin des phénomènes hémorragiques généralisés.

Il est intéressant de rapprocher ces faits de ceux qui surviennent, exceptionnellement il est vrai, chez l'homme après certaines interventions parfois peu graves en elles-mêmes pratiquées sous le chloroforme.

Transformation myéloïde aleucémique de ganglions cervieaux. — Chez un enfant de huit ans, qui avait fait, à cinq ans, une maladie indéterminée, M. Brandeis a vu apparaître, dans la région carotidienne, une tumeur ganglionnaire qui a augmenté peu à peu, malgré l'emploi des arsenicaux et des médicaments iodés. Il n'y a rien de semblable dans les aînes ni dans les aisselles. L'examen du sang ne fournit aucun renseignement intéressant. On enlève le ganglion qui, examiné histologiquement, contient des mégacaryocytes extrêmement nombreux. Il n'existe pas d'autres cellules de souche myéloïde. Les follicules avaient complètement disparu.

Application de la réaction d'Ehrmann à la mise en évidence de l'adrénaline dans les surrénales de la grenouille. — M. Cl. Gautier. Les tissus de la surrénale de la grenouille ou les extraits de cet organe donnent la réaction d'Ehrmann (mydriase par instillation intra-oculaire). Ils contiennent donc de l'adrénaline.

Une épidémie de fièvre de Malte dans le département du Gard. — MM. Aubert, Cantaloube et Thibault ont observé (1er janvier-juin 1909) une épidémie de fièvre de Malte dans la commune de Saint-Martial (arrondissement du Vigan, Gard). Sur 639 habitants, 106 ont été frappés ; il y a eu 6 décès. La maladie a affecté les caractères classiques : fièvre à type ondulant, courbature générale, troubles gastro-intestinaux constants, spléno et hépatomégalie, arthralgies et névralgies, sudations abondantes, manifestations pleuro-pulmonaires, hémorragies diverses, asthénie, amaigrissement, anémie, orchites, troubles de la menstruation. La maladie a duré quatre-vingt-dix jours en moyenne ; la convalescence est longue. Le séro-diagnostic de Wright (de 1/20 à 1/60) a donné des résultats positifs. Sans doute, la population a été contagionnée par les chèvres de la contrée ; en effet : *a.* une épizootie avait sévi sur elles ; *b.* le sérum de nombre d'entre elles agglutinait le *micrococcus malitensis* ; *c.* la plupart des malades avaient fait usage du lait de chèvre cru.

La résistance globulaire au cours des cholémies post-chloroformiques. — MM. Chevrier, René Bénard et Sorrel. Deux cas :

1° Résistance diminue d'une manière précoce et transitoire;

2° Résistance augmente, mais seulement au bout de quelques jours.

Probablement, dans le premier cas, il y a eu action directe du $CHCl^3$ sur les hématies, dans le deuxième action sur le foie; secondairement, des hématies en circulation dans un sérum chargé de pigments biliaires augmentent leur résistance.

Lésions des ganglions rachidiens dans un cas de poliomyélite antérieure subaiguë de l'adulte. — M. A. Bauer. Les lésions sont caractérisées par une infiltration lymphocytaire périvasculaire et interstitielle avec nodules inflammatoires disséminées; chromolyse et surcharge pigmentaire spéciale des cellules ganglionnaires.

Ce fait prouve que dans la poliomyélite antérieure les lésions ne sont pas nécessairement limitées de façon absolue aux cornes antérieures. La caractéristique anatomique de la maladie n'est donc pas la localisation exclusive des lésions aux cornes antérieures, mais la franche prédominance et l'intensité particulière des lésions au niveau de ces cornes.

Sur un procédé facilitant la recherche des trypanosomes des spirilles et des filaires dans le sang. — MM. Levaditi et Stanesco ont constaté que la ricine qui agglutine fortement les hématies n'exerce aucun pouvoir toxique sur les trypanosomes. Si on ajoute à une solution de ricine du sang trypanosomié les globules rouges s'agglutinent et tombent au fond du tube, tandis que les parasites continuent à se mouvoir librement dans le liquide. Les auteurs ont appliqué cette propriété particulière de la ricine à la recherche des trypanosomes, des spirilles et des filaires dans le sang. On laisse tomber vingt gouttes de sang dans une solution de ricine additionnée d'hirudine, et après l'agglutination des hématies on recueille le liquide clair surnageant que l'on soumet à la centrifugation. On retrouve les parasites dans le culot de centrifugation presque dépourvus d'éléments figurés, ce qui rend leur recherche des plus faciles.

La transmission de la paralysie infantile au chimpanzé. — MM. C. Levaditi et Leindsteiner ont réussi à transmettre la paralysie infantile au chimpanzé, en inoculant dans le péritoine une émulsion de moelle épinière, provenant d'un enfant atteint de cette infectieuse. Le malade, âgé de treize mois, présentait de la fièvre, une paralysie des muscles du larynx et de la nuque et une disparition des réflexes rotuliens. A la nécropsie, on constata des lésions typiques de poliomyélite, vérifiées par l'examen histologique. Des fragments de moelle épinière furent placés à Vienne dans un mélange de glycérine et d'eau salée, et envoyés à Paris, où ils furent inoculés dans le péritoine d'un chimpanzé, quatre jours après la mort de l'enfant. Sept jours après l'inoculation, l'animal présenta une paralysie des membres inférieurs, des muscles de la nuque et du maxillaire inférieur. La paralysie se généralisa et le chimpanzé succomba au bout de vingt-quatre heures. L'examen du système nerveux permit de constater des lésions intenses de poliomyélite : inflammation péri-vasculaire, nodules inflammatoires dans la substance grise, destruction presque complète des cellules nerveuses et neuronophagie.

Deux macaques inoculés par voie intra-cérébrale et dans le péritoine avec la moelle du chimpanzé, se paralysèrent après une incubation de cinq jours.

Le virus de la poliomyélite infectieuse est donc très résistant et les lésions qu'il engendre ressemblent à celle de la rage.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séances du 4 et du 18 novembre 1909)

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu à blanc. — M. Léon fait une importante communication sur le cas d'un homme qui, atteint d'un coup de feu tiré à blanc, à une distance très rapprochée, au cours d'une manœuvre de nuit, fut transporté à l'hôpital de Châteaudun distant de 15 kilomètres, et opéré d'urgence, sept heures après l'accident. La laparotomie ne révéla aucune lésion de l'intestin ni des vaisseaux, mais la présence dans toute la cavité péritonéale de débris du projectile de carton. L'intervention consista dans l'ablation, aussi complète que possible, de ces débris, et dans le drainage consécutif. Malgré cela, apparition de symptômes de péritonite, puis d'infection généralisée à laquelle le malade succomba six jours après.

A la communication de M. Léon sont jointes de nombreuses photographies qui reproduisent les orifices successifs faits par le projectile dans les vêtements et sur la peau du blessé.

M. Ferraton fait remarquer qu'en présence de la diffusion extrême des corps étrangers, on ne pouvait songer à les enlever tous. Dans ces conditions, il aurait limité son intervention à la recherche de lésions vasculaires ou viscérales, puis il aurait drainé suivant la méthode de Murphy : deux gros drains plongeant dans le bassin, malade en position semi-assise. Peut-être, dans de pareils cas où il y a certainement infection de toute la cavité péritonéale, y aurait-il lieu de tenter l'irrigation continue de cette cavité avec la solution salée physiologique.

M. Batut rapporte un cas **d'adéno-phlegmon chronique sous-maxillaire d'origine dentaire.**

Etiologie de la fièvre typhoïde. — *Discussion.* — M. Daussat fait une étude sur l'influence de l'arme dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. A l'aide de documents éminemment suggestifs tirés de la statistique médicale de l'armée, et portant sur une période de vingt années, il montre que la cavalerie paie à la dothiénentérie un tribut sensiblement plus lourd que l'infanterie, et établit que la cause de cette différence paraît résider surtout dans les fatigues beaucoup plus grandes imposées aux cavaliers. Il en conclut à la nécessité de faire ressortir l'importance de ce facteur étiologique qui est la fatigue, et qu'à tort, on relègue au rang de cause seconde.

M. Granjux insiste à nouveau sur la théorie de l'autogenèse, née de l'observation clinique et appuyée par les découvertes récentes de la bactériologie. Il s'élève, en outre, contre l'importance donnée actuellement à la contagion interhumaine et contre les mesures de prophylaxie que cette conception tend à vouloir imposer. Le but fondamental de la prophylaxie de la typhoïde dans l'armée est, dit-il, de maintenir, grâce à l'hygiène, l'organisme humain en équilibre physiologique.

Traitement des hémarthroses du genou. — M. P. de Champtassin ouvre une discussion sur cette question qui est d'un intérêt très grand en raison du nombre considérable de cas qu'on en observe dans l'armée. Il expose sa méthode de traitement qui consiste à faire la ponction aussi précoce que possible, suivie de mobilisation immédiate par la méthode des résistances progressives. Il présente à la Société l'appareil de mécanothérapie dont il est l'inventeur, et qui permet d'appliquer d'une façon rationnelle cette méthode. Il expose ensuite les résultats de son expérience qui porte sur plus de 300 cas.

M. Jacob se montre aussi partisan de la mobilisation précoce. L'immobilisation a, d'après lui, des inconvénients sérieux; elle amène des récidives fréquentes, de l'épanchement et surtout une atrophie considérable du quadriceps. Il estime qu'avec la mobilisation effectuée dès le premier jour du traumatisme on évite l'amyotrophie. Il expérimente actuellement

deux méthodes de mobilisation : l'une préconisée par M. de Champtassin et qui vient d'être exposée, l'autre imaginée par M. Thooris. Celle-ci consiste à faire travailler le quadriceps seul, à l'exclusion de tous les autres muscles moteurs de l'articulation du genou, et avec la résistance toujours la même. Les huit ou dix premiers jours, sans que la ponction ait été faite, et sans application d'aucun bandage, le malade élève lentement le membre inférieur jusqu'à la verticale, cela 200 à 300 fois par jour. Puis, quand l'articulation a perdu sa chaleur, le blessé est autorisé à se lever, mais il doit toujours tenir la jambe dans l'extension (marche à la corde). M. Jacob n'a pas encore suffisamment d'observations pour se rendre compte de la supériorité de l'une ou l'autre méthode. Il fera part à la Société des résultats de ses expériences.

M. Delorme, à une époque où il n'était pas permis de pratiquer des ponctions articulaires, avait imaginé un procédé de traitement des hémarthroses du genou par la compression énergique, suivie d'immobilisation, puis de massage et d'électrisation. Il ne peut que se rallier à l'utilité de la ponction, mais il reste partisan convaincu de l'immobilisation qui, seule, permet la réparation des lésions intra-articulaires, ligamenteuses ou osseuses, qui ont déterminé l'épanchement sanguin.

Traitement des luxations récidivantes de l'épaule. — A propos de la précédente communication de M. Couteaud, M. Dejouany passe en revue les différents modes de traitement de cette affection.

Le traitement préventif se ramène au traitement convenable de la luxation première après réduction, immobilisation de quatre jours à une semaine (Lejars) suivie de massage et de gymnastique locale.

Le traitement palliatif, utilisé avant la période des interventions chirurgicales, consistait dans l'application d'un appareil orthopédique destiné à limiter les mouvements du bras en arrière. L'auteur cite les appareils de Hay, Berger (sangle-signal), de Delorme, le procédé du tailleur de Nélaton.

La guérison définitive ne peut guère être obtenue qu'à l'aide d'une opération. Aux injections modificatrices (Pessier, Dubreuil), à l'arthrodèse (Albert), ont succédé des opérations rationnelles, basées sur l'anatomie pathologique.

Lorsque la luxation s'accompagne de lésions osseuses importantes, on fera une dissection de la tête humérale (Krönlein, Chaput, Picqué et Fourmestreaux, Nélaton).

Pour les cas ordinaires, la méthode de choix est la capsulorraphie; capsulorraphie pure imaginée par Ricard, modifiée par Picqué, Berger, Toubert, ou capsulorraphie avec capsulectomie partielle (Burel et Muller).

Corps étranger dans la vessie. — M. Batut présente à la Société un porte-plume qu'il a retiré de la vessie d'un malade. Ce corps étranger était entouré d'un calcul secondaire des dimensions d'une grosse amande.

ANALYSES

MÉDECINE

Une épidémie de pneumococcie semblable à l'influenza. (C. Rose. *Münch. med. Wochens.*, 4 nov. 1909, n° 44, p. 2257.) — Rose rapporte l'histoire d'une épidémie qui a sévi sur le service des maladies chroniques du Bürgerspital de Strasbourg.

La maladie fut apportée par un patient qui était allé visiter au dehors un de ses parents souffrant. Le lendemain, ce patient était atteint de pharyngite et trois jours plus tard de bronchite. Douze heures plus tard, un autre malade de la salle se plaignit de pharyngite, et trente-six heures après un jeune cyphotique d'une salle voisine, qui avait joué aux cartes avec le second sujet, présenta une angine et de la broncho-pneumonie. Dans l'espace de sept jours, 9 malades sur 10 couchés dans la première salle furent touchés, ainsi que l'infirmier. L'épidémie gagna rapidement les autres salles du service, transportée par le personnel lui-même fort éprouvé. En vingt-deux jours, 37 pensionnaires de six salles furent atteints, ainsi que 9 membres du personnel hospitalier.

La période d'incubation, absolument latente, a duré de douze à trente-six heures, et dans quelques cas jusqu'à trois jours et demi.

Chez la plupart des sujets, la maladie débuta par un frisson et une fièvre variant entre 38°8 et 39°2. Ils se plaignirent de céphalalgie, de douleur à la déglutition, de fatigue, d'abattement, de douleurs dans les reins et les jambes.

Objectivement on trouva chez six personnes une rougeur diffuse du pharynx avec exsudat purulent. Chez tous les autres existait de la rougeur du pharynx qui se compliqua dans quelques cas d'amygdalite. Dans huit cas, il y eut de plus de la bronchite qui, dans quatre cas, se transforma en broncho-pneumonie. Dans dix-sept cas, on vit se développer une pneumonie fibrineuse.

Trois fois on nota une conjonctivite intense, une fois une otite moyenne suppurée et une arthrite purulente, trois fois une néphrite hémorragique aiguë ; dans trois cas il y eut une diarrhée intense.

Quand la pharyngite avec ou sans bronchite évoluait sans complication, la fièvre durait dix à douze jours et tombait en lysis.

Quand il y avait pneumonie, la fièvre se prolongeait trois ou quatre jours et tombait en lysis, il y eut trois récidives. Dans un cas où la maladie évolua sous forme de septicémie mortelle, la courbe de température eut l'aspect d'une courbe de fièvre typhoïde.

Il y eut sept cas de mort : tous présentèrent de la pneumonie compliquée dans un cas d'arthrite suppurée du genou.

L'examen bactériologique des exsudats pharyngés, de l'expectoration, du mucus nasal, du pus de l'otite et de l'arthrite purulente montra qu'il s'agissait de pneumocoque, en culture pure, sauf dans quelques cas où le pneumocoque en quantité prédominante était associé au pneumobacille de Friedländer et au micrococcus catarrhalis.

Dans deux cas, l'ensemencement du sang prélevé dans une veine du pli du coude donna du pneumocoque à l'état de pureté : ces deux cas furent mortels, l'un ayant évolué comme une pneumonie, l'autre comme une septicémie.

A. Lemierre.

Syndrome cérébelleux guéri par le traitement antisyphilitique. (*Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, 1908, n° 80.) — E. Greggio a vu un homme de trente-quatre ans qui, depuis plusieurs années, présentait des accès douloureux localisés à la région occipitale droite et plus particulièrement dans sa moitié inférieure. Ces accès débutaient dans l'après-midi et duraient jusqu'au lendemain matin. Le malade se plaignait également depuis longtemps de difficulté à la déglutition, de douleur continue et gravative dans les mollets, d'épuisement rapide des forces, atteignant principalement les membres inférieurs.

Depuis quatre mois, les douleurs sont précédées d'obnubilation de la vue, de vertige rotatoire où les objets semblent tourner dans le sens des aiguilles d'une montre, tandis que le corps semble tourner dans la même direction avec tendance à tomber à droite. Il y a de plus, depuis quelques jours, des vomissements le matin à jeun.

A l'examen on trouve de la douleur à la pression dans la moitié supérieure droite de l'occiput, de la modification à ce niveau du son obtenu par percussion, de la diminution de

l'ouïe à droite et de la transmission osseuse du son dans la moitié droite du crâne. Il existe une légère dystrophie des muscles des membres à droite, plus notable au membre supérieur, de la diminution de la force musculaire à droite, et du même côté un trouble de la diadococinésie. On note enfin du tremblement à l'occasion des mouvements volontaires, des oscillations du corps dans la station verticale, et de la déviation à droite pendant la marche.

On fait donc le diagnostic de néoplasme ayant débuté et s'étant développé au niveau de la moitié droite du cervelet, et plus précisément à sa face antéro-inférieure, sinon exactement dans l'angle fronto-cérébelleux.

Avant de décider l'intervention et quoique l'anamnèse ne permît pas d'admettre une infection syphilitique, on résolut de tenter le traitement spécifique. Celui-ci donna un résultat excellent et le malade guérit de façon complète.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Accidents au cours des cures radicales de hernies. (*New-York surg. Soc.*, 11 nov. 1908.) — Il est bon de rappeler, de temps en temps, à propos des opérations considérées absolument inoffensives, qu'il peut y avoir parfois des désagréments, voire des désastres, et que ces accidents arrivent aussi bien au chirurgien expérimenté qu'au novice.

Dans une cure radicale de hernie, ainsi que le dit ERDMANN, on peut blesser le canal déférent, la vessie, les intestins et les vaisseaux.

La blessure du canal déférent n'entraîne que la stérilité du côté sectionné, encore peut-on y obvier, si l'on s'en aperçoit au cours de l'opération, par une suture appropriée.

La vessie se trouve fréquemment dans les hernies, et souvent l'opérateur l'y fait pénétrer en tirant sur le sac plus qu'il n'est nécessaire. La blessure de la vessie n'est pas exceptionnelle, même entre les mains les plus expertes. De Garmo et Skeel l'ont récemment étudiée. Ce dernier attire l'attention sur ce fait que la vessie est parfois, dans ces hernies, si mince et présente si peu l'apparence ordinaire que l'erreur de la prendre pour le sac est très explicable; l'urine qui s'échappe de la vessie incisée est prise au premier moment pour un exsudat péritonéal ordinaire. Il conseille d'administrer du bleu de méthylène pendant plusieurs jours dans tous les cas où on soupçonne la présence de la vessie dans le sac; mais c'est généralement quand on ne se méfie pas qu'il arrive des ennuis.

La blessure de l'intestin arrive dans les hernies par glissement; ou bien quand on passe les sutures trop profondément, on peut accrocher un peu de paroi intestinale, d'où fistule.

La blessure des vaisseaux dans les hernies inguinales peut résulter de : 1° une anomalie de distribution; 2° l'aiguille employée; 3° la nature du fil (cause simplement aggravante); 4° la façon de passer les sutures; 5° la manière dont le ligament de Poupart est dénudé.

Dans les hernies fémorales, c'est la veine qui est blessée à cause de ses rapports intimes avec l'anneau de la saphène.

Il faut se garder d'employer une aiguille à bords tranchants pour la suturer. C'est avec une telle aiguille qu'Erdmann, qui avait d'abord refusé de s'en servir, mais qui ne put en obtenir d'autre, coupa, malgré toutes ses précautions, l'épigastrique au ras de l'iliaque externe, d'où une hémorragie ennuyeuse. Il y avait anomalie vasculaire, une large dissection et quatre ligatures furent nécessaires pour assurer l'hémostase. Le même manque d'aiguilles convenables qui avait causé la blessure vasculaire en rendait la suture impossible.

Il ne faut jamais passer les sutures que de haut en bas, bien exposer le bord de l'arcade fémorale, bien tirer dessus, et se servir de fils de suture souples. Ainsi on réduit les chances de blessures vasculaires au minimum. Si cependant une se produit, que faut-il faire? Une veine peut être liée latéralement. Même dans certains cas, on s'est contenté de serrer le fil et cela a suffi. Pour l'artère, il faut ou suturer ou lier. Dans la statistique fournie par les membres de la Société, on a toujours lié; voici les cas :

1° Iliaque externe, essai infructueux de suture, ligature, guérison;

2° Fémorale; ligature, gangrène, amputation, guérison;

3° Fémorale; ligature, guérison;

4° Fémorale; ligature, gangrène, amputation, mort.

En plus, deux blessures de l'artère épigastrique; ligature, rien de fâcheux; cinq blessures de la veine fémorale, très facilement réparées; une blessure de la veine épigastrique. En outre, deux blessures de la veine fémorale dans des cures radicales de hernies fémorales.

En somme, les blessures de veine ne sont rien; les blessures de grosses artères sont beaucoup plus sérieuses, surtout chez les artério-scléreux qui sont les plus exposés.

COLEY a opéré plus de 2200 hernies sans un accident. Il appuie les conclusions d'Erdmann quant à la technique. Il a connaissance de quatre blessures vasculaires dont trois de la veine iliaque, et ici il diffère de l'opinion d'Erdmann sur l'innocuité de ces blessures. Une fois, on lia latéralement sans difficulté, mais une fois, il fallut uue dissection étendue avant de pouvoir suturer; dans un troisième cas, une déchirure étendue de la veine conduisit à l'amputation. Dans un cas de blessure de l'artère iliaque externe, chez un sujet athéromateux, la ligature fut suivie d'une guérison lente avec gangrène du mollet et du talon. Coley n'a jamais blessé la vessie; l'apparence de la graisse périvésicale lui suffit.

WALKER n'a jamais vu la vessie dans une hernie fémorale. Il a blessé une fois une épigastrique avec une aiguille. L'hémorragie fut ennuyeuse et nécessita une pince à demeure pendant quarante-huit heures.

F. GARDNER.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Clinique. — (N° 41, 8 oct. 1909.) VARIOT : Le sevrage et l'alimentation des enfants dans la deuxième année. — LEVEN : Amaigrissement et engraissement. L'interprétation des pesées. — LAFAY : Les préparations glycéro-boratées dans le traitement du muguet. — CASTAIGNE : La néphrite albumineuse chronique. — G. LABEY : Traitement de la mammite aiguë par la ventouse de Bier.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 45, 5 nov. 1909.) CODET-BOISSE : Absence congénitale des muscles pectoraux. — AUBARET et LACOSTE : Une anomalie rare des muscles de l'œil. Faisceau musculaire anastomotique reliant le droit supérieur au droit inférieur. — (N° 46, 14 nov.) VERGELY : Hémoptysie abondante dans la convalescence de la rougeole au dix-neuvième jour.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 43, 23 oct. 1909.) H. DURET : Ablation d'un volumineux sarcome de la région inguinale droite. Résection de 12 centimètres de l'artère et de la veine fémorales. Guérison. — A. FOULATIER : Tuberculose intestinale primitive. Tuberculose pulmonaire propagée chez un enfant de quinze mois. — (N° 44, 30 oct.) BOUVET-LABORDERIE : Etude sur l'étiologie et la

pathogénie du mœlena non infectieux des nouveau-nés. — André Foulatier : Perforations intestinales multiples chez une phtisique. Péritonite suraiguë asthénique.

Montpellier médical. — (N° 43, 24 oct. 1909.) Jeanbrau, Suquet et Galen : Recherches radiographiques sur les calculs de l'uretère. — Vires : Sur un hémiplégique (*fin*). — Phéline : Les accidents de la sérothérapie antidiphtérique chez l'enfant (*suite*). — (N° 44, 31 oct.) Vires : Diagnostic précoce de la tuberculose. — Phéline : Les accidents de la sérothérapie antidiphtérique chez l'enfant (*fin*). — (N° 45, 7 nov.) Jeanbrau : Les calculs de l'uretère devant le Congrès d'urologie de 1909. — Jusephovitch : Des formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'enfant (essai de classification).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 37, 14 sept. 1909.) Rolly : Sur la question de la perméabilité du rein pour les bactéries. — Hecker : Sur l'origine de l'albumine urinaire chez les enfants. — Schumm et Hegler : Sur l'emploi de la réaction de Cammidge. — Braun : Sur la question de l'hypersensibilité au sérum. — Schultz : Sur la fulguration des carcinomes inopérables. — Sellheim : Sur l'origine et la guérison des déchirures intestinales complètes. — Vulpius : En avant et en arrière dans le traitement de la scoliose. — Lichtenberg : Sur une forme de traitement dans la contracture due à la coxalgie. — Karo : Moyens spécifiques dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose génito-urinaire. — V. Zeissl : Deux cas intéressants de syphilis. — Fein : Ablation de l'amygdale pharyngienne. — Harras : Incarcération d'un grand diverticule de l'intestin grêle dans une hernie inguinale congénitale. — Budinger : Traitement des verrues par la congélation. — (N° 38, 21 sept.) K. Baisch : L'hérédité de la syphilis fondée sur les recherches sérologiques et bactériologiques. — Emmerich : La recherche du poison cholérique. — Steinert : Sur la polynévrite syphilitique. — Stamoïlof et Steshinsky : Sur l'élévation de l'oreillette de l'électrocardiogramme dans la sténose mitrale. — Friberger : Recherches sur la fièvre de sel et sur l'excrétion chlorurée chez le nourrisson. — Rose : Tuberculose miliaire et grossesse. — Grüter : Recherches sur les corps trouvés par Promazek dans le trachome et leur valeur diagnostique. — Kaestle : Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du médiastin antérieur. — Hammerl : Contribution à l'homogénisation de l'expectoration. — Huismans : Sur la réinfection typhique. — Heermann : Sur l'œsophagoscopie et la bronchoscopie. — Zenker : Sur une nouvelle attelle nasale. — Riebes : Une nouvelle méthode pour fixer le temps de coagulation du sang.

Policlinico. — *Section médicale.* (Nov. 1909, fasc. 11.) N. Sforza : Les syndromes de l'épicône médullaire, du cône terminal, de la queue de cheval. — A. Trerotoli : Méningo-encéphalite syphilitique avec vaste hématome. — C. Benedetti : Contribution à l'étude de la mort subite d'origine thymique chez l'adulte. — A. Cattarozzi : Un cas d'hémiatrophie de la face. — (*Section chirurgicale.*) Giovanni Razzaboni : Recherches anatomo-pathologiques sur l'état des fibres élastiques de la vessie et des vésicules séminales chez les prostatiques. — Ettore Savagnone : L'hypertrophie prostatique. — Sante Solieri : L'urétéronéocystostomie dans les plaies chirurgicales de l'uretère. — Giacinto Quarta : Recherches sur la tolérance vis-à-vis des diverses espèces de sucres chez les animaux sains puis splénectomisés. — Gino Pieri : L'érysipéloïde.

Riforma medica. — (N° 44, 1er nov. 1909.) Oreste Cignozzi : La valeur pratique des greffes dermo-épidermiques selon la méthode de Thiersch. — Dario Maragliano : Les antiferments protéolytiques dans le traitement des processus de suppuration. — Mercurio Gandela : Considérations à propos d'un cas de maladie de Friedreich. — (N° 45, 8 nov.) Domenico de Sandro : Rétention, localisation, fixation de la quinine dans les divers organes. — Vincenzo Caraffa : L'anaphylaxie comme moyen de diagnostic de la tuberculose humaine. — Aurelio Rossi : Etranglement herniaire d'une tumeur de l'espace prévésical de Retzius, à développement intra-abdominal. — (N° 46, 15 nov.) Arnaldo Cantani : La valeur de l'hémodiagnostic dans les diverses formes de fébricules. — Alberto Missiroli : Persistance et inversion du diverticule de Meckel. Invagination de l'intestin grêle et guérison spontanée. — Vico Barbieri : La cuti-réaction à la tuberculine chez les malades atteints de pleurésie aiguë séro-fibrineuse.

Semaine gynécologique. — (N° 44, 2 nov. 1909.) R. Pichevin : A propos de l'opération de Schröder. — (N° 45, 9 nov.) Le Dentu : A propos des kystes dermoïdes de la trompe. — (N° 46, 16 nov.) R. Pichevin : La désinfection de la peau par la teinture d'iode.

Semaine médicale. — (N° 40, 6 oct. 1909.) A. Chauffard et Jean Troisier : Abcès gazeux présternal et rétrosternal par infection anaérobique ; séro-diagnostic anaérobique. — (N° 41, 13 oct.) Trunecek : La voussure sus-claviculaire comme signe de la pléthore. — (N° 42, 20 oct.) Vaquez : Battements de cœur et arythmies. — (N° 43, 27 oct.) G. Guillain et Cl. Vincent : Valeur séméiologique de l'albuminurie dans les hémorragies méningées. — (N° 44, 3 nov.) Ch. Achard : Vitalité, résistance et activité des globules blancs dans les maladies. — (N° 45, 10 nov.) R. Lépine : Principes de clinique. — (N° 46, 17 nov.) Cheinisse : Traitement de la fièvre typhoïde par des applications d'alcool. — Ed.-H. Blanc : Le nettoyage et la désinfection des glandes sébacées par le courant électrique.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 36, 9 sept. 1909.) Pfeiffer : Remarques techniques sur la recherche de l'élévation de température anaphylactique. — Bunzel : Sur le séro-diagnostic de la syphilis en obstétrique. — Frank : Pansements portatifs à extension pour les fractures des extrémités supérieures. — Knina : Le bacille de l'influenza comme agent de cholécystite. — Kaufmann et Kienböck : Sur les affections de l'œsophage. — (N° 37, 16 sept.) Teleky : Les devoirs et le but de la médecine sociale. — Neurath : Expériences pendant l'épidémie de poliomyélite à Vienne 1908-1909. — Rodella : Sur l'apparition fréquente du bacille de Boas Oppler dans l'urine, dans les cas de bactériurie et de cystite. — Kurak : Sur un cas de carcinome de l'appendice. — Kaufmann et Kienböck : Les affections de l'œsophage. — König : Une action particulière du styptal. — (N° 38, 23 sept.) Donath : Le traitement de la paralysie générale progressive par les injections de nucléine. — Kelling : Nouvelles recherches sur les réactions hémolytiques et la réaction de fixation du complément dans le sang des cancéreux. — Saxl : Sur le phénomène de Trendelenburg dans la luxation congénitale de la hanche. — Fabricius : Sur les interventions radicales dans les hernies crurales. — Kaufmann et Kienböck : Sur les maladies de l'œsophage. — (N° 39, 30 sept.) Bokay : Sur le rapport étiologique entre la varicelle et certains cas d'herpès zoster. — Flinker : Sur l'étude de l'exostose cartilagineuse multiple et ses rapports avec le rachitisme. — Potheschnigg : Recherches bactériologiques sur la poliomyélite. — Herz : Sur une forme de la fausse dyspnée. — Colombani : Sur onze cents cas d'analgésie lombaire. — Lönhardt : Polysérosite chronique et cocci prenant le gram dans l'exsudat.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 137. — JEUDI 2 DÉCEMBRE 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 2 DÉCEMBRE 1909. — N° 137.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Variot, Sicard, Hudelo, Netter, Gasne, Routier, Labey, Blum, Broca, Potocki.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le mercredi 22 décembre 1909, à huit heures du matin, il sera ouvert des concours publics pour la nomination de cinq internes titulaires et de quatorze externes, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie de la Faculté de l'Etat dans les hôpitaux de Lille.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — *Concours de l'adjuvat.* — Le concours s'est terminé par la proclamation de MM. Thomas et Sicé comme aides d'anatomie titulaire et de MM. Flèche et Lhuerre comme aides d'anatomie adjoints.

— TOULOUSE. — M. le docteur Raymond Cestan, agrégé, est chargé d'un cours de clinique médicale durant la durée du congé (du 1er novembre 1909 au 30 avril 1910) accordé sur sa demande à M. le professeur Caubet.

M. le docteur Desforges-Mériel, agrégé, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1909-1910, durée du congé accordé sur sa demande à M. le professeur Etienne Cestan.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. le docteur Bimar, licencié ès sciences physiques est institué pour une période de neuf ans chef des travaux physiques et chimiques.

INSPECTEURS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. le docteur Lautré, inspecteur de la Haute-Garonne, est promu à la première classe de son grade.

M. le docteur Lassort, sous-inspecteur de la Gironde, est promu à la deuxième classe de son grade.

LA PROTECTION DES FEMMES EN COUCHES. — La loi garantissant leur travail ou leur emploi aux femmes en couches a été promulguée à l'*Officiel* du 28 novembre 1909. En voici le texte :

Article unique : La suspension du travail par la femme, pendant huit semaines consécutives, dans la période qui précède et suit l'accouchement, ne peut être une cause de rupture, par l'employeur, du contrat de louage de services, et ce à peine de dommages-intérêts au profit de la femme. Celle-ci devra avertir l'employeur du motif de son absence.

Toute convention contraire est nulle de plein droit.

L'assistance judiciaire sera de droit pour la femme devant la juridiction du premier degré.

SOUSCRIPTION POUR LES MONUMENTS DU DOCTEUR V. CORNIL. — Cette souscription dont nous avons eu le plaisir d'annoncer le succès dès le début, va être très prochainement close. Le comité fait un dernier appel aux amis, élèves, confrères et admirateurs dn professeur Victor Cornil.

Le monument de Cusset (Allier), œuvre du statuaire Verlet, sera inauguré en août 1910 ; le monument de Paris, qui sera érigé à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, vient d'être confié au maître Paul Richer, membre de l'Institut.

Adresser les inscriptions au trésorier M. Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de S. A. R. le duc Charles-Théodore de Bavière, docteur en médecine à Munich. Le prince qui s'était spécialisé dans l'ophtalmologie avait créé plusieurs cliniques très fréquentées. Il était lui-même un opérateur d'une grande habileté. Son principal assistant était sa femme, la princesse Sophie de Saxe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Que faut-il manger? Manuel d'alimentation rationnelle, par le docteur F.-X. Gouraud, ancien chef de laboratoire à la Faculté. Préface du professeur Armand Gautier. In-18 jésus de 327 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Formulaire de poche pour les maladies des enfants, par le docteur Jules Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Troisième édition, entièrement refondue et conforme au nouveau Codex. In-18 raisin de 636 pages, reliure souple. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

Curiosités médico-artistiques (2e série), par le docteur Lucien Nass. In-16 carré illustré de 300 gravures, d'après les maîtres anciens et modernes. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Albin Michel.

ÉTIOLOGIE ET PROPHYLAXIE

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

Par L. VAILLARD,

Médecin-inspecteur général de l'Armée, membre de l'Académie de médecine (1).

La communication de M. Delorme que nous avons tous écoutée avec une attention soutenue comprend deux parties.

L'une, la seconde, affirme le rôle des eaux polluées dans l'étiologie générale de la fièvre typhoïde (ce que personne ne met en doute), et l'impérieuse nécessité d'obliger maintes villes de France à réaliser les travaux d'assainissement qui assureront la pureté de l'eau distribuée et la salubrité du milieu urbain; nul de nous n'y voudrait contredire. Je ne m'y arrêterai point.

L'autre, la première partie, soulève des questions d'une importance trop grande pour n'être point débattues. Notre collègue, en effet, tout en excipant de n'avoir point qualité pour juger les questions doctrinales, y émet un doute implicite sur la spécificité du bacille typhique, évoque une conception pathogénique de la fièvre typhoïde plus qu'incertaine, et, surtout, répudie sans ambages, mais non sans arguments, la valeur prophylactique de certaines mesures aujourd'hui usitées en divers pays, je veux dire la recherche des porteurs de germes ou semeurs de bacilles typhiques.

Ces points nous divisent: il me faut les discuter.

Toute prophylaxie rationnelle d'une maladie infectieuse doit naturellement se déduire des notions établies sur son étiologie; c'est donc par celle-ci que je commencerai mon argumentation.

I

M. Delorme évoque en matière de fièvre typhoïde *la grande doctrine de l'autogenèse*. Mais que prétend signifier le vocable sous lequel on la désigne? Le mot *autogenèse* vise sans doute le fait d'une chose, d'une entité qui s'engendre d'elle-même. Appliqué à l'étiologie de la fièvre typhoïde sans autre explication, c'est purement, simplement l'ancienne doctrine de Murchison; et dans l'état actuel de nos connaissances sur la nature même des maladies infectieuses, c'est la génération spontanée du virus qui la provoque. Or nous avions le droit de croire que Budd avait déjà mis la doctrine de Murchison au sépulcre et que Pasteur en avait scellé la pierre pour toujours en démontrant sous toutes les formes possibles que la génération spontanée n'existait pas. C'est donc cette doctrine défunte qu'il s'agirait de ressusciter, et, pour nous la présenter avec une apparence de vie, on la dépouille de son suaire, on l'habille à certain goût du jour en disant que la fièvre typhoïde s'engendre *par la transformation autogène du bacille vulgaire du côlon.*

Certains s'imaginent, en effet, que le coli-bacille, ce microbe constant de l'intestin de l'homme et de la plupart des animaux, si largement répandu dans tous les milieux extérieurs (sol, poussières de l'air, eaux) peut, sous une influence mystérieuse, acquérir le pouvoir de provoquer la fièvre typhoïde de l'homme. Où en est donc la preuve? Nulle part, car cette transformation du bactérium coli en bacille typhique reste jusqu'ici pure spéculation de quelques esprits. Une question de cette importance ne se juge point par des aperçus plus ou moins ingénieux, des conceptions théoriques plus ou moins vagues, des visions incertaines. Elle se tranche par une démonstration scientifique, nette et dirimante, par des faits expérimentaux contrôlables, ne laissant place à aucun doute. Or, en aucun pays, à ma connaissance du moins, il ne s'est encore trouvé un savant autorisé pour affirmer, avec preuves à l'appui, que le coli-bacille était capable de produire la fièvre typhoïde chez l'homme.

« Ai-je besoin de rappeler, a dit M. Delorme, que la grande doctrine de l'autogenèse dont notre premier épidémiologiste français, notre éminent collègue M. Kelsch reste un partisan convaincu, avec d'autres, est basée sur la transformation autogène du vulgaire bacille du côlon. » Cet appel au patronage d'un maître respecté risque fort d'embarrasser celui auquel il s'adresse. Je connais les idées de M. Kelsch pour avoir été son élève avant de lui succéder dans la chaire d'épidémiologie du Val-de-Grâce et puis déclarer ici, *avec son consentement*, qu'il n'est en aucune façon le partisan soi-disant convaincu de cette transformation autogène du coli-bacille en agent de la fièvre typhoïde. Au contraire ses interprétations pathogéniques tendent toujours à considérer que le bacille typhique, sous une forme plus ou moins déterminée, est l'hôte normal du tube digestif chez la plupart des sujets. Cette doctrine de la genèse coli-bacillaire de la fièvre typhoïde qui manque déjà de preuves à sa base n'aurait donc plus de parrain dont le nom fasse autorité; cela est peu pour réussir dans le monde scientifique et sa seule présentation à l'Académie ne suffira pas, je le crains, à lui ménager le succès auquel elle aspire.

Je conçois que, troublé par le doute sur la spécificité du bacille d'Eberth, et avec la hantise du rôle attribué au bactérium coli, M. Delorme n'attache aucune importance à la recherche du bacille typhique où qu'il puisse se trouver, eaux, matières fécales des convalescents, des sujets sains, etc. « Il n'est, dit-il, ni prudent, ni scientifique d'établir des règles de toute une prophylaxie sur des bases controversées et aussi fragiles. » Ce serait logique si les prémisses étaient fondées, mais elles ne le sont pas. A mon tour demanderai-je à ceux qui partagent cette manière de voir de rester conséquents avec eux-mêmes. Si le bactérium coli peut faire la fièvre typhoïde, puisqu'il se trouve en permanence et en abondance dans l'intestin de tous les humains, pourquoi donc se préoccuper de sa présence éventuelle dans les eaux potables? Quelques unités ou quelques dizaines de coli-bacilles ajoutées à ces milliards qui pullulent dans l'intestin ne déchaîneront pas la fièvre typhoïde. Et alors les municipalités, s'emparant de votre doctrine, se demanderont s'il ne leur serait pas loisible et moins coûteux de distribuer des eaux quelconques; prenez garde qu'elles ne vous tendent le piège de vos raisonnements.

Je ne parlerai pas des preuves que nous avons de la spécificité du bacille typhique, laissant ce soin à mes collègues MM. Chantemesse et Widal, plus autorisés que moi par leurs travaux spéciaux pour traiter cette question.

Afin d'en terminer avec les doctrines sur la patho-

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 30 novembre 1909.

génie de la fièvre typhoïde, je refuse de me plier à la genèse spontanée de la fièvre typhoïde par une prétendue transformation du coli-bacille parce que cette conception est gratuite, contraire aux vérités actuellement acquises, dangereuse par toutes ses conséquences. La fièvre typhoïde ne peut être provoquée que par le bacille typhique. Tel est mon *Credo*: je le confesse hautement.

II

Pour notre collègue le rôle des semeurs de bacille typhique est réellement négligeable dans l'entretien et la diffusion de la fièvre typhoïde. Dès lors l'ensemble des mesures prises pour les rechercher lui apparaît, je crois, comme une machine orgueilleusement montée, fort encombrante, assise sur une base étroite et fragile, destinée au demeurant soit à s'effondrer d'elle-même, soit à travailler dans le vide.

Examinons donc le fond des choses, mais au préalable permettez-moi d'en éclairer un peu les abords; ce sera d'ailleurs manière de faire plus ample connaissance avec les porteurs de germes.

Préoccupé de la persistance des épidémies typhoïdes parmi les populations des provinces rhénanes, le gouvernement allemand en 1901 donnait mission à Robert Koch d'organiser une défense méthodique contre les progrès de cette maladie. De ses études antérieures sur les épidémies d'Allemagne, l'éminent bactériologiste avait recueilli certaines idées directrices qui devaient lui servir dans l'orientation de la lutte à poursuivre et dont on trouvera un exposé suffisant dans une conférence faite le 28 novembre 1902 à l'Académie Empereur Guillaume.

La propagation de la maladie, disait-il, s'effectue par trois modes essentiels : l'infection par l'eau contaminée, par les aliments, par la contagion directe. Les caractères de chaque épisode ainsi provoqué s'impriment en traits différents. Les épidémies d'origine hydrique sont brusques dans leur apparition, d'un développement rapide et court, mais se terminent dans les milieux populaires par une période parfois longue que marque une succession d'atteintes, clairsemées dans le temps, presque ininterrompues durant plusieurs mois. Les épidémies d'origine alimentaire (dues au lait, par exemple) présentent parfois des allures analogues. La raison de ce fait constant est la suivante. Le caractère en quelque sorte explosif des épidémies hydriques s'explique naturellement par la soudaine contamination de l'eau consommée; le nombre des sujets infectés au même moment peut être considérable et presque tous deviennent malades avec une quasi-simultanéité. Mais la survie du bacille typhique dans l'eau est très éphémère, quelques heures souvent, un jour tout au plus; il faut des apports nouveaux ou incessants de souillures infectantes pour que la nocuité de l'eau se prolonge. De là cette chute habituellement brusque de la courbe de morbidité. Alors aussi commence dans le milieu épidémisé cette période d'atteintes nouvelles qui, se succédant d'une manière irrégulière, prolongent pendant des semaines ou des mois le règne de la maladie. La contamination de l'eau n'est plus en cause pour les expliquer. Ce qui intervient, c'est le contact, c'est la contagion d'homme à homme par des procédés divers et des intermédiaires différents; non seulement le malade alité, mais le convalescent, mais aussi les personnes saines qui ont été en contact avec le typhoïsant deviennent les agents de la transmission.

Pour Koch, la fièvre typhoïde n'a pas d'autre source que l'homme lui-même. Le bacille typhique est un parasite obligé de l'homme, et c'est ce dernier seul qui le reproduit, le dissémine. Issu du corps humain, il peut survivre quelques mois dans le sol où il a été apporté avec la matière organique des fèces; dans l'eau sa mort est toujours prompte. Si donc on veut lutter efficacement contre la fièvre typhoïde, il faut agir comme pour le choléra et la malaria: tarir la source infectante dans l'homme lui-même, combattre le virus à son origine pour l'empêcher d'arriver vers ceux qu'il risque de contaminer. De là, comme pour le choléra, la nécessité de rechercher et d'examiner non seulement les typhoïdiques avérés, mais les sujets atteints des formes frustes toujours si nombreuses, et même les personnes saines qui ayant été en contact avec le malade peuvent avoir reçu et peuvent garder en elles le germe de l'infection; cela dans le but de les rendre inoffensifs au sens hygiénique du mot. A la prophylaxie traditionnelle, toujours nécessaire, qui concentrait sa défense dans la purification des eaux potables, dans la désinfection des objets souillés, les travaux de voiries urbaines, l'amélioration des systèmes de vidanges, Koch proposait d'ajouter, mais non de substituer, un mode nouveau de prophylaxie réellement offensive, car c'est le terme dont il se sert. Et Koch avait raison, car si on ne s'attache pas à saisir le virus typhique à son point d'émission, il faut abandonner l'espérance illusoire de le rattraper dans ses transits ultérieurs.

Telle est l'essence de la doctrine allemande dont on parle parfois sans trop la connaître. Sans doute les idées générales émises par Koch n'étaient en rien nouvelles pour les médecins français et ce n'est pas lui qui nous apprenait le rôle de la contagion dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. Mais ce qui était nouveau, c'est d'avoir basé sur cette notion trop facilement perdue de vue tout un ensemble de mesures qui deviennent une arme pour la lutte à poursuivre dans tous les pays.

Dès que le programme de cette lutte est conçu, les travailleurs de l'Institut des maladies infectieuses à Berlin (Von Drigalski, Conradi, etc.) s'ingénient à perfectionner les méthodes déjà usitées en France pour la recherche du bacille typhique dans les selles, et bientôt se créent, dans les provinces du Rhin, ces stations bactériologiques qui constituent les centres de l'offensive contre la fièvre typhoïde. Je n'entrerai pas dans le détail de leur fonctionnement et des remarquables recherches qui y ont été entreprises; on les trouvera rapportées dans les publications de Conradi, Von Drigalski, Klinger, Kayser, Forster, Kirchner, Schneider, etc. Je me bornerai à rappeler les notions définitivement acquises et les plus utiles à connaître au point de vue qui nous occupera.

On avait longtemps pensé que, dès sa guérison, le typhoïdique perdait tout pouvoir contagieux. Il n'en est rien et notre collègue M. Chantemesse l'avait déjà montré dès 1902 sur une malade de son service déjà guérie depuis un mois. La chute définitive de la température ne marque pas le moment où les selles cessent de contenir l'agent de la maladie. En règle habituelle, l'émission des bacilles persiste pendant plusieurs jours encore, une à deux semaines. Mais il est des sujets dont les selles renferment le virus pendant une période plus prolongée, pouvant aller jusqu'à trois, cinq et six mois avec des intermittences. A ces

sujets on donne le nom de *porteurs provisoires* ou *temporaires de bacilles*. Dans des circonstances moins communes, ce n'est point par mois, mais par cinq, dix, quinze, vingt années et plus même que se mesure le temps pendant lequel des anciens typhoïdiques évacuent encore des bacilles typhiques. Ce sont les *porteurs dits chroniques*. Le bacille a élu domicile dans leur vésicule biliaire et de là se déverse dans l'intestin d'une manière plus ou moins régulière, habituellement intermittente. Ces intermittences constituent précisément des difficultés pour le dépistage de ces semeurs de bacilles et rendent malaisé le bilan de leur pourcentage réel.

Porteurs temporaires ou chroniques se rencontrent aussi bien dans la catégorie des sujets atteints de fièvre typhoïde cliniquement avérée que chez ceux dont l'infection, restée à un degré minimal, s'est traduite par des formes atypiques et cliniquement inappréciables. D'où l'importance si grande de la recherche systématique de ces infections anormales, presque toujours méconnues et cependant si fréquentes.

Même plus. L'examen méthodique des personnes saines ayant vécu dans l'entourage immédiat des malades montre que quelques-unes peuvent porter le bacille typhique dans leur intestin et par conséquent l'émettre au dehors. A la vérité, cette catégorie de sujets paraît minime et chez eux la présence du bacille est généralement courte (deux à quatre semaines).

Tous ces faits ne doivent pas nous surprendre : ils sont l'exacte reproduction de ce qu'apprend l'histoire de la diphtérie, du choléra, de la dysenterie, de la méningite cérébro-spinale.

Enfin je ne dois pas omettre de rappeler cette importante constatation faite par Conradi, Drigalski, Mayer et d'autre encore. Le bacille typhique peut se trouver dans le sang, dans les matières fécales et les urines des sujets en incubation de fièvre typhoïde ; et cela huit, onze et même vingt-cinq jours avant le début clinique de la maladie qui va se déclarer. Comme d'autres maladies la fièvre typhoïde peut donc être contagieuse pendant la période silencieuse de son incubation, et un sujet présentant toutes les apparences de la santé, vivant de la vie commune, peut répandre autour de lui, à l'insu de tous, le virus d'une maladie dont il n'est pas encore cliniquement atteint.

Méconnaître tous ces faits au point de vue de la prophylaxie eût été plus qu'une faute. Le typhoïsant alité est dangereux, et on le sait depuis longtemps ; mais la défense est facile contre la contagion venant de lui parce qu'on en voit la menace. Autrement redoutables pour l'entretien et la propagation de la maladie sont ces typhoïdiques sournois qui promènent leur infection sous des formes hypocrites, méconnaissables et presque toujours ignorées, tous ces porteurs temporaires ou chroniques, ces sujets en incubation dont personne ne se méfie.

Aussi comprend-t-on l'intérêt pressant qu'apportent les stations bactériologiques de l'Allemagne à la recherche et au dépistage des cas frustes de l'infection typhique et des semeurs de bacilles, car il n'existe plus le moindre doute sur leur rôle notable dans la diffusion ou l'endémicité de la maladie.

Et quel est à l'heure actuelle le résultat général de cette campagne ? Dans les régions rhénanes où la lutte anti-typhique est organisée, en cinq années, de 1904 à 1908, la *morbidité typhoïdique aurait diminué de moitié!* L'économie est appréciable (1).

De tels enseignements étaient bons à méditer. Le service de santé de notre armée n'y pouvait demeurer indifférent et dès 1908 des mesures étaient prises pour faire participer les laboratoires militaires de bactériologie à toutes les recherches prophylactiques ; je suis heureux de les avoir inspirées. Les mêmes mesures commencent à être appliquées dans l'armée anglaise des Indes ou de la métropole et en d'autres pays encore, si on en juge par les travaux déjà publiés. L'Académie à son tour vient d'apprécier que, pour engager une lutte plus active contre la fièvre typhoïde en France, il convenait d'entrer dans la même voie. En votant, en effet, les conclusions du remarquable rapport que M. Vincent lui a présenté au nom de la Commission des épidémies sur la lutte anti-typhique en France, l'Académie a proposé au ministre de l'Intérieur l'application de diverses mesures parmi lesquelles je reproduis les suivantes d'après le compte rendu de la séance du 26 octobre publié au *Journal officiel* du 6 novembre 1909 (2) :

« Il est, en outre, nécessaire d'organiser un nombre progressivement croissant de laboratoires ou stations de recherches épidémiologiques et bactériologiques, adjoints aux conseils départementaux d'hygiène et chargés d'aider à la lutte anti-typhique *par les examens bactériologiques des cas suspects, des formes avérées dès leur début, par la recherche des porteurs de bacilles*, le contrôle périodique des eaux potables, etc... A l'égard des porteurs de bacilles aucune mesure n'a, jusqu'ici, été recommandée. A tous ceux qui auraient été dépistés par le laboratoire de recherche, il serait nécessaire de remettre une notice imprimée les avisant de leur pouvoir contagieux et leur indiquant les diverses précautions indispensables pour obvier à cette contagion. »

Voilà ce que l'Académie a voté le 26 octobre, sans opposition d'aucune sorte. M. Delorme vient aujourd'hui demander à l'Académie de se déjuger en lui proposant de transmettre au ministre de l'Intérieur diverses conclusions parmi lesquelles je relève la suivante, textuellement reproduite : « Dans la genèse des endémies et des épidémies typhoïdes, l'influence des porteurs chroniques, latents ou sains de bacilles, est minime, exceptionnelle. *S'y attacher est une erreur, ce peut être un danger, car cette doctrine détourne l'effort prophylactique de son véritable but.* »

En quelle posture se trouverait mise l'Académie si elle suivait la voie dans laquelle notre collègue voudrait l'engager ?

Parlant ici en mon nom personnel, je crois devoir justifier l'approbation entière donnée par la Commission des épidémies aux conclusions de son rap-

(1) Docteur Rochaix. *La lutte contre les maladies contagieuses en Allemagne.*

Les chiffres suivants qui lui ont été communiqués par le docteur Fornet de la station bactériologique de Saarbruck portent sur le district de Trèves, le grand-duché d'Oldenbourg, la Lorraine, la Basse-Alsace et le Palatinat bavarois.

1904	3.487 cas.
1905	2.552 cas.
1906	2.401 cas.
1907	1.979 cas.
1908	1.648 cas.

(2) Le rapport de M. Vincent n'est pas publié dans les bulletins de l'Académie.

porteur, et si l'Académie veut bien me le permettre, justifier aussi le vote qu'elle a émis à leur sujet.

III

Examinons les arguments produits pour étayer cette conclusion qui condamne comme erreur dangereuse toute préoccupation à l'égard des porteurs de bacilles.

1° Ces porteurs de germes sont très peu nombreux, et dans la grande majorité des cas, la durée du temps pendant lequel ils peuvent émettre des bacilles se limite à quelques semaines ou deux mois, sauf pour les porteurs chroniques.

En effet, les porteurs temporaires ou chroniques sont relativement peu nombreux, et la circonstance est heureuse; mais serait-ce donc une raison suffisante de les négliger? Pour en avoir un chiffre approximativement exact il faudrait fusionner toutes les statistiques fournies à ce sujet par les différents pays; je n'en ai eu ni le temps, ni les moyens et me bornerai à reproduire quelques-unes d'entre elles.

Voici d'abord les chiffres empruntés au *Rapport officiel sur la propagation des maladies infectieuses par les porteurs de germes et les porteurs chroniques de bacilles*, établi sur la demande du Ministre prussien des cultes, instructions publiques et affaires médicales, Iend 1908 (1). La partie concernant la fièvre typhoïde a été rédigée par P. Frösch.

Le nombre total des personnes présentant des bacilles typhiques dans leurs fèces après *dix semaines* fut de 310 sur 6708 malades examinés en trois ans, soit 4,62 p. 100. La durée de la persistance des bacilles s'établit ainsi d'après les statistiques officielles :

De 10 sem. à 3 mois......		144, soit 2,15 p. 100
De 3 mois à 1 an....	64	166, soit 2,47 p. 100
De 1 an à 3 ans......	87	
De 3 ans à 3 ans 1/2..	15	

Les recherches ultérieures pratiquées sur 25 de ces porteurs (15 p. 100 du total) ont permis de déceler le bacille :

De 4 à 10 ans après la fièvre typhoïde....		14 fois
De 10 à 20 ans	—	6 fois
De 20 à 30 ans	—	5 fois

Kayser opère en 1907 (2) sur 101 sujets qui ont été traités pour fièvre typhoïde à Strasbourg de l'été 1903 à l'été 1905; il trouve 3 porteurs chroniques, soit 2,8 p. 100.

D'après une moyenne des résultats enregistrés jusqu'ici par les diverses stations bactériologiques allemandes, on peut évaluer aux environs de 5 p. 100 la proportion des personnes qui, ayant été atteintes de fièvre typhoïde, avérée ou non, deviennent des porteurs plus ou moins chroniques de bacilles. Encore cette moyenne semblera-t-elle au-dessous de la vérité, si l'on tient compte des résultats négatifs dus à cette circonstance que l'élimination du bacille est en général irrégulière et intermittente.

Les recherches de Park (3) établissent que les fèces de 6 p. 100 des anciens typhoïdiques renfermaient le bacille d'Eberth; même chez des sujets n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde on peut rencontrer des porteurs de bacilles.

(1) Analysé par le *Bulletin de l'Office international d'hygiène publique*, oct. 1909.

(2) Debré. Lutte scientifique contre la fièvre typhoïde, *Presse méd.*, 15 avril 1908.

(3) Park. *LVe Congrès annuel de l'American medical Association.*

Semple et Greig (1) montrent que les porteurs sains de bacilles sont nombreux dans l'armée des Indes et ont déterminé plus d'une épidémie jusqu'ici inexpliquée.

Cette proportion moyenne de 5 p. 100 pour les sujets reconnus semeurs de bacilles après une atteinte de fièvre typhoïde, et la proportion ignorée des autres ne sauraient nous laisser indifférents. Une prophylaxie prudente, rationnelle ne peut s'en désintéresser, car il suffit d'une tête de pavot pour ensemencer un champ.

2° La contagiosité des semeurs de bacilles dont on fait un épouvantail ne se compare point à celle des typhoïdiques en évolution; elle serait exceptionnelle.

L'affirmation est facile à quiconque voudra ignorer cette série d'épisodes provoqués par les porteurs de germes et dont la liste s'allonge dans les pays où l'attention est attirée sur les éventualités de ce genre : épidémies de maisons, de familles, de pensionnats, d'asiles, de quartiers d'hôpitaux, de laiteries, épidémies circonscrites de casernes auxquelles il faut ajouter la multiplicité des contagions éparses produites par le même semeur parmi les personnes de son entourage.

La contagion par les typhoïsants alités s'impose comme une évidence, surtout dans les milieux ruraux, mais n'apparaît point la plus redoutable car on peut toujours se protéger contre un danger connu et visible. Au contraire la contamination par les porteurs sains, temporaires ou chroniques, est impossible à prévoir, même à soupçonner : c'est le chien qui mord sans aboyer. On la subit sans défiance, sans en imaginer l'imminence possible. Comment se défendre contre un danger mystérieux?

Affirmer que cette contagion est exceptionnelle semble bien imprudent puisqu'elle reste anonyme, presque toujours méconnue. Mais ne peut-il donc advenir que ces semeurs qui contaminent le lait et d'autres aliments souillent aussi les milieux extérieurs, les eaux servant à l'alimentation, le sol des cultures soumises à l'épandage dispersant la graine des épidémies massives. L'hypothèse est plus que plausible et il faut entrevoir que cette notion nouvelle dissipera bien des obscurités dans nos manières de concevoir l'origine de certaines épidémies, localisées ou diffuses, en l'absence supposée de typhoïdiques préexistants. Le rapport déjà cité de Frösch fait allusion à de petites épidémies hydriques occasionnées par des convalescents.

A ces arguments de fond, notre collègue ajoute des critiques de haute portée qu'il adresse aux recherches et mesures inspirées par cette notion des porteurs de germes; je les examinerai successivement.

1° La recherche du bacille dans les selles est à ce point délicate et absorbante qu'elle nécessite l'intervention de spécialistes.

Spécialistes, c'est beaucoup dire ; il suffira de bactériologistes exercés. Cette technique assurément est moins simple que celle de la recherche du sucre ou de l'albumine dans l'urine et on ne peut demander à tous les praticiens de savoir la manier. Mais elle ne comporte pas cette somme de difficultés que

(1) Semple et Greig. *Brit. med. Journ.*, sept. 1908.

l'on suppose : tout bactériologiste compétent, pour peu qu'il veuille s'initier aux méthodes actuelles, rencontrera aisément le bacille typhique dans les selles, quand il s'y trouve, et saura le différencier. Il faut bien se servir des bactériologistes pour cette besogne, puisqu'elle ressortit à leur capacité.

2° Appliquer cette recherche aux individus sains serait impossible.

Assurément, et personne ne le demande sous cette forme trop compréhensive. Dans les stations allemandes on réduit l'investigation bactériologique aux personnes saines qui cohabitent avec le typhoïsant; cela suffit et n'est point irréalisable.

3° Même réduite aux typhiques hospitalisés cette pratique aboutirait « sans grand résultat à prolonger le séjour de ceux-ci dans des limites regrettables nécessitées par la lenteur de l'analyse ».

Ceci d'abord est simple affaire d'organisation. Ajouterai-je qu'il s'agit là d'une mesure élémentaire, mais indispensable de prophylaxie générale. Les typhoïdiques de l'armée sont, après leur guérison, envoyés en convalescence dans leur famille, le plus souvent à la campagne, au village. Serait-ce prudent, à l'heure présente, de les rendre à leur famille avant de connaître s'ils risquent ou non d'arriver en contagieux dans le milieu où ils vont séjourner et qui se prêtera si bien à des contaminations ? Cette préoccupation jugée superflue n'était pas considérée de même par M. Kelsch lorsqu'il écrivait en 1894 dans son *Traité des maladies épidémiques* : « Il serait intéressant de connaître si la virulence des sécrétions intestinales persiste au delà de l'échéance du processus typhique, comme celle de la salive survit à l'évolution de la pneumonie; et dans l'affirmative combien de temps les selles conserveraient de caractère. Nous agitons cette question chaque fois que nous envoyons dans leur famille des convalescents de fièvre typhoïde. Elle n'est point résolue par des recherches directes ». M. Kelsch prévoyait évidemment des dangers possibles, ce qui prouve sa perspicacité et son souci des contaminations évitables.

Ces mesures préservatoires, basées sur un examen bactériologique, sont aujourd'hui d'un usage courant pour la diphtérie et la méningite cérébro-spinale. On applique aux convalescents de scarlatine, de variole, même des oreillons, une période d'isolement dont la durée est fixée d'une manière arbitraire parce que nous ne connaissons pas encore le germe de ces maladies. Il faudrait donc négliger pareille mesure à l'égard des typhoïdiques convalescents dont quelques-uns, nous le savons pertinemment, peuvent recéler en eux le germe des contagions! Cette indifférence serait tout au moins surprenante; elle ne se comprendrait pas.

4° Mais cette mesure, déjà appliquée dans l'armée, ne mériterait même pas, paraît-il, d'être poursuivie.

Pourquoi? Dans un laboratoire militaire non désigné on n'a trouvé qu'une seule fois le bacille typhique sur une centaine de typhoïdiques avérés, et c'était dans l'urine. Serait-ce donc que le bacille français n'aurait pas les mêmes mœurs que le bacille allemand? C'est peu probable.

D'ailleurs, voici les résultats obtenus en d'autres laboratoires militaires par des bactériologistes compétents :

Au laboratoire de Tunis, le docteur Sicre a eu à examiner : les matières fécales de 70 convalescents, 7 résultats positifs; les urines de 10 convalescents, 4 résultats positifs.

Sur 11 sujets convalescents depuis six ou huit mois, le professeur agrégé Sacquépée (du Val-de-Grâce) trouve 2 fois le bacille typhique.

La grave épidémie typhoïde de Saint-Brieuc, en 1909, dont j'entretiendrai prochainement l'Académie, a motivé de nombreux examens de matières fécales qui ont été pratiqués en grande partie au laboratoire du Val-de-Grâce par le docteur Bellot et, pour le surplus, au laboratoire de Rennes par le docteur Louis. En voici les résultats sommaires :

Sur 113 convalescents de fièvre typhoïde classique et contrôlée par l'hémoculture ou le séro-diagnostic, 13, soit 11,4 p. 100 ont fourni un résultat positif; c'étaient des porteurs temporaires.

Sur 64 cas atypiques ou bénins, véritables formes ambulatoires qu'il a fallu dépister par l'hémoculture et le séro-diagnostic, on a relevé 13 porteurs temporaires de germes, soit 20,3 p. 100.

Ces résultats sont suffisamment significatifs.

5° Pourquoi, est-il dit encore, mouvoir tant de laboratoires, en créer de nouveaux, concentrer l'effort de la lutte dans la main d'hygiénistes bactériologues? « Pour arriver à quoi? Eloigner d'une famille, d'une collectivité une cuisinière, un cuisinier..., un employé de réfectoire, un charcutier, quelques hommes susceptibles d'être contaminants... »

Cela semble peu sous cette forme humouristique. Même n'y eût-il que cela, ce serait déjà beaucoup, car je ne connais pas de petites économies négligeables en matière de fièvre typhoïde. Chaque cas peut fournir la graine de nouvelles atteintes successives et, si les circonstances s'y prêtent, l'amorce de tristes épidémies (1).

M. Delorme estime que ces semeurs de bacilles ne pourraient devenir dangereux qu'au prix de circonstances exceptionnelles et de singulières aberrations de malpropreté. Mais tout arrive. La preuve en est dans cette série d'épisodes épidémiques que les semeurs ont déjà provoqués, épidémies de familles, de maisons, de laiteries, etc., car ils peuvent contaminer l'eau, le lait, d'autres aliments, les demeures; ils peuvent créer les maisons et les champs à fièvre typhoïde. Avant de négliger la recherche des porteurs de bacilles, il faut méditer tous ces faits et aussi les chiffres suivants. D'après le rapport officiel de Frösch, déjà cité, sur 978 cas de fièvre typhoïde enquêtés en 1906 dans une région donnée, on trouve 642 infections par contact, dont 49 dues à des porteurs de germes. Le récent travail de Klinger (2) fournit des renseignements très complets sur les épidémies typhoïdes qui ont régné en Alsace-Lorraine et dans le district de Trèves de 1904 à 1907; pendant cette période, on a relevé 8486 cas avec 859 décès. L'origine des épidémies a été le plus souvent d'une détermination difficile. En deux ans, 1906 et 1907, on a pu fixer l'origine de la maladie pour 1397 cas seulement : 1272 fois un typhoïsant était en cause ; 125 fois il s'agissait d'un porteur de bacilles bien portant. Dans 1315 cas on dut incriminer le contact direct par les mains, dans 59 cas le lait, dans 22 d'au-

(1) Rapport de Frösch. Sur 2080 porteurs de germes reconnus, on compte :

Hommes	938,	soit 45,1 p. 100.
Femmes	454,	— 21,8 —
Enfants	688,	— 33 —

Sur les 454 femmes, 370 étaient employées dans les maisons comme femmes de ménage ou servantes.

(2) Klinger. *Arb. a. d. Kais. Gesundh.*, mai 1909. Analysé in *Bull. de l'Inst. Pasteur*, oct. 1909.

tres aliments, dans 2 seulement l'eau et 2 fois le linge.

Je glisse sur d'autres considérations dont la valeur me paraît minime. Soupçons injustifiés planant sur certains groupes de travailleurs qui exercent des professions alimentaires. Reflux dans le milieu civil des bacillifères dits infectants. N'est-ce pas, cependant, ce que l'armée fait tous les jours à propos de ses tuberculeux? Menace pour les effectifs de l'armée. Mais ici je me permets une courte observation. Au début de la communication que je discute, les porteurs de bacilles sont donnés comme très peu nombreux; plus loin on n'en trouve même pas dans certain laboratoire militaire, et les voilà maintenant qui constituent une menace pour les effectifs militaires! Avant de dresser cet épouvantail pour la défense nationale, il eût été bon de lui donner comme assise le nombre des militaires éliminés de l'armée jusqu'ici comme porteurs chroniques de bacilles. Ce chiffre ne manquerait pas d'intérêt.

J'arrive enfin à la formule terminale qui donne à ce débat son véritable caractère, et par l'examen de laquelle je terminerai moi-même.

« En limitant la lutte aux porteurs de bacilles, on tend à localiser la prophylaxie entre les mains de médecins de laboratoire et à reléguer au deuxième plan ou à exclure les médecins les plus qualifiés pour diriger cette prophylaxie. »

Je dois tout d'abord dissiper une équivoque qui risque de s'introduire dans cette discussion.

Qui donc, ici ou ailleurs, a jamais pensé ou dit que la lutte contre la fièvre typhoïde devait se limiter aux porteurs de bacilles? Ni en Allemagne où la doctrine de Koch a eu le succès que l'on sait, ni aux Indes, en Angleterre, aux Etats-Unis et ailleurs encore où la recherche des porteurs de bacilles commence à éveiller un si vif intérêt, ni en France (le rapport de M. Vincent en fait foi), personne n'a émis cette prétention que plus rien n'était à faire pour combattre la fièvre typhoïde en dehors de la poursuite des semeurs de bacilles. Qui donc, en ce qui concerne notre armée si éprouvée par la fièvre typhoïde, aurait caressé et fait luire ce fol espoir que désormais cette poursuite suffirait à elle seule à l'en préserver?

Pour ne parler que de l'Allemagne, mieux et plus ardemment que nous elle assainit ses villes, ses centres industriels où fleurit la fièvre typhoïde; elle veille à la pureté des eaux d'alimentation et l'impose aux villes de garnison; par une organisation de l'hygiène générale ou spéciale que l'on peut lui envier, elle s'efforce d'assurer aux centres habités un degré de salubrité et de protection contre les maladies transmissibles qui deviendra la meilleure sauvegarde. A ces mesures d'ordre général dont l'application est menée, dans les régions où la fièvre typhoïde est endémique et toujours menaçante, avec une vigueur que nous ignorons en France, l'Allemagne a surajouté, mais non substitué, un moyen de lutte très scientifique, basé sur des recherches bactériologiques, celui contre lequel M. Delorme est venu s'élever. En organisant cette croisade parallèle contre la fièvre typhoïde, Koch ne déconseillait aucune autre mesure, au contraire, mais il s'exprimait ainsi : « Je dois dire que cette manière de lutter contre la fièvre typhoïde, comme d'ailleurs contre toutes les épidémies en général, ne peut pas être entreprise par les médecins praticiens. Ils n'ont ni le temps, ni l'habitude nécessaires. Pour ces travaux, notamment pour la juste application des méthodes délicates de diagnostic, il faut une grande expérience; ils exigent des médecins tout spécialement instruits et aussi des laboratoires. » La vérité est élémentaire : à chacun son rôle. Aussi est-ce avec juste raison que l'Académie a voté les conclusions du rapport de M. Vincent, qui, après avoir demandé la stricte application de toutes les mesures traditionnelles de prophylaxie, sans en oublier aucune, propose de nouvelles mesures pour organiser la lutte anti-typhique en France, entre autres la création de stations de recherches épidémiologiques et bactériologiques. Et quel serait le rôle de ces stations adjointes aux conseils départementaux d'hygiène? Aider simplement à la lutte anti-typhique par l'examen bactériologique des cas suspects, par la recherche des porteurs de bacilles, le contrôle périodique des eaux potables, etc. L'armée a déjà organisé cette organisation en grande partie. Est-il rien de plus sage et de plus utile?

Ma discussion est achevée et je conclus en disant : l'erreur dangereuse n'est certes pas du côté où M. Delorme la trouve; on doit se préoccuper des porteurs de bacilles mais en gardant la juste mesure qui consiste à ne leur accorder ni trop, ni trop peu d'importance.

Mais au fond de cette controverse il faut voir la réalité des choses.

Sans qu'il y paraisse, et sous une forme un peu voilée, c'est la lutte renaissante entre deux doctrines jadis adverses, encore adverses aujourd'hui après avoir été rajeunies, celles de Budd et de Murchison; c'est la divergence qui s'ensuit entre leurs partisans sur le terrain pratique des opportunités prophylactiques.

Les uns invoquent certaine autogenèse de la fièvre typhoïde par le coli-bacille, et, dès lors, pour poursuivre la prophylaxie de cette maladie, considèrent superflu de pénétrer tous les modes et moyens de sa propagation puisque l'agent pathogène existe en abondance dans l'intestin de tous les sujets. Ils s'abandonnent à des conceptions théoriques, n'écoutent point le clair langage des faits contrôlés, négligent délibérément les précisions de la bactériologie dont les visées leur semblent importunes et trop ambitieuses : la tradition et les à peu près suffisent.

Pour les autres, aucun germe de maladie ne naît sans parents qui l'aient engendré. Le bacille typhique est la seule et unique cause de la fièvre typhoïde. Son habitat obligé est l'homme lui-même; il ne vit pas et ne persiste pas longtemps dans les milieux extérieurs. C'est donc par l'homme malade ou celui qui, après avoir été infecté, conserve en lui le germe de l'affection que la fièvre typhoïde s'entretient, se propage suivant des modes et des voies différents, parmi lesquels la souillure des eaux potables joue un grand rôle. Ceux-là veulent ne rien négliger de ce que la science enseigne, afin de connaître et d'aveugler toutes les fissures par où les maladies infectieuses risquent de nous arriver; il leur apparaît que, sans rien abdiquer de ses autres devoirs, la communauté a l'obligation de se protéger contre tous les semeurs de contagion, par suite d'organiser l'hygiène préventive avec ampleur et harmonie; l'effort le plus petit ne leur semblera jamais inutile, car il peut produire des efforts disproportionnés à sa grandeur. Ceux qui pensent ainsi savent apprécier les précisions possibles de la bactériologie dans le domaine des faits pathologiques ou épidémiologiques, et les sollicitent comme un auxiliaire

et un guide éclairé pour la prophylaxie ; ils appréhendent de manquer le but en marchant sous des clartés douteuses.

Entre les deux tendances mon choix est fait. A l'Académie de dire si, dans le pays de Pasteur, ici même où son œuvre anime toujours nos esprits, on doit signifier aux pouvoirs publics que, pour organiser en France l'hygiène préventive moderne, il est judicieux d'opposer un refus à peine déguisé aux méthodes de la bactériologie ; s'il est opportun de laisser croire à ces pouvoirs publics que l'on peut aborder la lutte contre les maladies transmissibles, les yeux à demi clos par le poids des incertitudes sur les modes diversifiés de leur propagation.

Mais je me trompe. L'Académie a déjà fait son choix en votant les propositions du rapporteur de sa Commission des épidémies; je lui demande de les maintenir purement et simplement, sans soustraction ni addition.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1909)

Cinématographie, à l'ultra-microscope, de microbes vivants et des particules mobiles. — M. J. COMANDON a réussi à obtenir des images cinématographiques d'objets examinés à l'ultra-microscope. Cette méthode permet, d'abord, l'étude des mouvements des êtres vivants microscopiques dans leur état normal. De plus elle donne un moyen d'enregistrer et de numérer les éléments ultra-miscroscopiques.

Etude des vibrations laryngiennes. — M. MARAGE.

Sur une endotoxine tuberculeuse de nature albumosique — M. BAUDRAN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1909)

Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde. — *Discussion.* — M. VAILLARD répond à M. Delorme. (Voir plus haut, p. 1719.)

Rôle pathogène du Proteus. Infections alimentaires. Association microbienne protéo-typhique. — M. H. VINCENT. Le Proteus de Hauser est responsable d'un assez grand nombre d'infections. Seul ou associé à d'autres bactéries, il joue un rôle pathogène chez l'enfant (Metschnikoff) et chez l'adulte. Son inoculation tue facilement l'animal, surtout après plusieurs passages; il sécrète des toxines très actives.

J'ai isolé ce microbe, en grande abondance, dans les déjections et les vomissements de deux malades ayant eu des phénomènes graves à la suite d'ingestion de charcuterie avariée. Je l'ai également constaté en assez grande quantité dans les selles d'individus ayant eu une forte indigestion après avoir mangé de la salade ou du pâté de foie faisandé. Il ne me semble pas douteux contrairement à l'opinion de certains auteurs (Lévy, Schumburg, etc.), que ces accidents se rattachent à la multiplication du Proteus dans le tube digestif, plutôt qu'à l'intoxication par les toxines existant déjà dans les aliments. A l'état normal, ce microbe est rare dans l'intestin de l'homme. Il est apporté sur les aliments par les mains, les mouches, les récipients, les poussières. Certains accidents digestifs, que l'on serait tenté de rattacher au botulisme ou à une infection paratyphique, sont donc sous la dépendance du Proteus.

Le même microbe peut intervenir comme agent d'association dans certaines infections. J'ai observé un cas d'infection mixte par le bacille typhique et par le Proteus, et qui s'est montré d'une gravité extraordinaire. La température, hyperpyrétique, a atteint plusieurs fois 41 degrés; le malade a eu une éruption pétéchiale ou purpurique abondante et est mort dans le coma.

Expérimentalement, l'association du bacille typhique et du Proteus est très pathogène pour les animaux. Ces deux microbes peuvent végéter simultanément dans le même bouillon.

L'inoculation intraveineuse de 1 centimètre cube de cette culture mixte a tué le lapin en six heures.

Du traitement des salpingo-ovarites, fibromes utérins et scléroses utérines par le rayonnement ultra-pénétrant du radium. — M. CHÉRON, dans le traitement de ces diverses affections, a utilisé le rayonnement ultra-pénétrant de Dominici. Il se sert de sel de radium pur, engainé dans des tubes d'argent de 5/10 de millimètre qu'il introduit revêtus de tarlatane, soit dans le vagin, soit dans l'utérus, et dans ce cas le plus habituellement dans le col. La durée des séances et l'activité du sel varient essentiellement suivant les cas. L'auteur relate vingt-six observations de salpingo-ovarites et exsudats péri-annexiels, tous améliorés ou guéris par cette méthode et ceci dans un laps de temps relativement court. M. Chéron fait remarquer que tout en obtenant la guérison de salpingo-ovarites, même très anciennes, et malgré des rayonnements souvent intenses, il a pu conserver habituellement à toutes ses malades les fonctions ovarienne et menstruelle. Il existe même une malade qui est devenue enceinte plusieurs mois après un traitement radiumthérapique. Dans ce travail, sont également apportées des observations de fibromes de l'utérus de petit et moyen volumes dont certains auraient subi une diminution; cette dernière serait due à la constitution d'une ménopause précoce qui permettrait d'arrêter d'une manière presque définitive les symptômes hémorragiques, même les plus sérieux. Il en serait de même des scléroses utérines. Enfin l'auteur conclut qu'étant donné ces résultats thérapeutiques, il pense qu'on doit, presque toujours, avant de se décider à une ablation utérine et annexielle, recourir à ce moyen absolument inoffensif et presque toujours efficace, et suffisamment rapide pour être appliqué dans les classes laborieuses, le travail pouvant être repris rapidement.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE RÉNALE (1)

B. **Période d'état.** — C'est la période d'ulcération, de *tuberculose ouverte*. Avec elle apparaît la pyurie.

1° *Examen des urines* — 1. PYURIE. — C'est le plus souvent une *polyurie trouble*. Légère d'abord [l'urine perd son brillant (Bazy)], elle augmente. Les urines louches restent troubles après le repos, laissant un dépôt grisâtre, granuleux, strié de sang. L'ammoniaque révèle la présence de pus.

Parfois la pyurie est intermittente; le rein vide ses cavernes de temps à autre, par une véritable vomique rénale.

La pyurie est le symptôme capital de cette période.

2. EXAMEN CHIMIQUE. — Acides, elles contiennent un peu d'albumine. Le taux de l'élimination est peu modifié grâce à

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 134, p. 1682.

la suppléance de l'autre rein. On peut trouver de la phosphaturie.

3. EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Le dépôt contient des hématies, des cellules de pus, des cylindres et des cellules épithéliales du bassinet.

4. EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — Le ziehl, qu'on doit faire agir sur des grumeaux provenant d'urine fraîche, révèle parfois quelques bacilles grenus. Leur découverte permet d'affirmer la tuberculose. On peut trouver des microbes banaux, ce qui n'élimine pas la tuberculose. Le bacille du smegma est une cause d'erreur qu'on évitera en recueillant l'urine dans l'uretère. Souvent on ne décèle aucun microbe. *Une pyurie aseptique doit faire soupçonner la tuberculose.*

On complétera l'examen par une inoculation au cobaye du culot de centrifugation.

5. HÉMATURIES. — Elles sont beaucoup plus rares à cette période et généralement réduites à de petites hémorragies microscopiques.

2° *Examen physique.* — 1. REIN. — Il est souvent appréciable au palper bimanuel, gros, régulier, douloureux; mais cela est dû surtout à la périnéphrite concomitante.

2. URETÈRE. — On peut parfois le sentir à la palpation ou au toucher comme un cordon dur et bosselé. On détermine une douleur à la pression au point de Hallé, par le palper; à l'orifice vésical par le toucher (réflexe uretéro-vésical avec envie d'uriner).

3. VESSIE. — Lorsqu'elle est infectée, elle est le siège de douleurs atroces avec pollakiurie intense, ténesme vésical; syndrome autrement important que les petits troubles vésicaux du début.

4. ORGANES GÉNITAUX. — On peut trouver des noyaux dans la prostate, les vésicules et les épididymes.

3° *Symptômes généraux.* — Les douleurs persistant, l'état général cesse d'être bon. Il survient des poussées fébriles par crises de rétention, puis une fièvre continue s'installe. Le malade s'anémie, maigrit, perd ses forces et son appétit. Peu à peu il se cachectise, c'est la *phtisie rénale* produite par la toxi-infection bacillaire.

TERMINAISON. — La guérison est exceptionnelle. La *mort est la règle* si on n'intervient pas. Elle est due rarement à une hématurie excessive ou à l'urémie si le second rein est atteint à son tour; mais le plus souvent une complication emporte le malade cachectisé.

COMPLICATIONS. — 1° **Pyonéphrose.** — Elle est généralement intermittente avec des périodes de rétention fébrile à urines claires et de débâcle purulente.

2° **Infection secondaire.** — C'est la fièvre urineuse qui s'installe avec grandes oscillations, troubles digestifs et mort rapide.

3° **Phlegmon périnéphrétique.** — Ce peut être la suite de l'infection ou simplement un abcès froid par propagation.

4° **Propagations tuberculeuses.** — Elles peuvent se faire dans le péritoine, dans le poumon plus souvent. On peut voir le malade enlevé par une granulie généralisée.

Le second rein peut être tuberculisé par voie ascendante, ce qui aggrave immédiatement le pronostic.

FORMES CLINIQUES. — 1° **D'après le mode d'infection.** — 1. TUBERCULOSE HÉMATOGÈNE, c'est celle que nous avons décrite. — 2. La FORME ASCENDANTE est plus rare. Elle débute par des signes de cystite, pyurie, pollakiurie, cystalgie. L'atteinte du rein est généralement signalée par la *polyurie.* Les hématuries sont plus tardives, postérieures à la pyurie. L'évolution est généralement lente.

2° **Formes par prédominance d'un symptôme.** — 1. FORME DOULOUREUSE; — 2. FORME HÉMATURIQUE; — 3. FORME URÉMIQUE; — 4. FORME RUSTE.

3° **Formes par oblitération urétérique.** — 1. HYDRONÉPHROSE TUBERCULEUSE : d'allure silencieuse elle donne lieu à une tumeur volumineuse, fluctuante, mobile dans la région lombaire sans modification des urines.

2. Le REIN CASÉEUX est encore plus latent; il se présente comme une masse solide indolente, peu mobile, sans symptôme fonctionnel.

PRONOSTIC. — On le fondera sur l'uni ou la bilatéralité des lésions, leur intensité, l'atteinte d'autres organes. Il est toujours grave et fatal, nous l'avons vu, si on n'intervient pas d'une façon précoce grâce à un diagnostic précoce.

DIAGNOSTIC. — I. **Avant la pyurie.** — 1° La CYSTALGIE peut faire penser à une *cystite.* Mais la vessie supporte la distension et la palpation. Sa capacité est normale. Le cystoscope ne révèle pas de lésion. D'ailleurs une cystite sans cause apparente ou rebelle au traitement doit faire penser à une tuberculose.

2° HÉMATURIES. — 1. L'hématurie totale écarte les lésions *extra-rénales.* — 2. Dans le *cancer du rein,* l'hématurie est tardive, souvent quand il y a déjà tumeur, chez un malade âgé. Elle va en augmentant et la cachexie arrive rapidemsnt. — 3. Dans la *lithiase,* l'hématurie est provoquée par des mouvements, une secousse; elle s'accompagne de coliques. — 4. Les *néphrites hématuriques* de Malherbe et Legueu ont été rapportées par certains auteurs à la tuberculose. — 5. Les hématuries de la *grossesse* peuvent faire soupçonner la tuberculose.

A cette période le diagnostic est difficile; il faut s'aider de :

1° La *division des urines* et le *cathétérisme des uretères* en examens sériés. Ils montrent : 1. la polyurie du côté malade; — 2. le retard de l'élimination du bleu de ce côté; — 3. une sécrétion constante du rein malade dans l'épreuve de la polyurie expérimentale.

2° La *cystoscopie,* comme les deux méthodes précédentes, montre en cas d'hématurie que c'est le rein qui saigne.

II. **Pyurie.** — 1° La pyurie totale indique son origine rénale.

2° On éliminera les autres infections rénales, en particulier la lithiase infectée par la recherche des antécédents et l'examen bactériologique des urines; nous avons vu les renseignements qu'on en peut tirer.

III. **Tumeur.** — 1° S'il y a pyurie le diagnostic est facile.

2° S'il n'y a pas pyurie on peut hésiter beaucoup : 1. Une tumeur fluctuante pourra être prise pour une hydronéphrose banale, un kyste rénal ou abdominal. — 2. Une tumeur dure pourra faire hésiter entre un rein caséeux et un cancer. Dans le premier cas, le cathétérisme montrera un uretère obstrué.

IV. **Diagnostic du côté malade.** — La douleur et l'augmentation du volume peuvent tromper. Il peut y avoir hypertrophie compensatrice du rein sain. La cystoscopie qui montre l'orifice urétérique tuméfié, la division et le cathétérisme urétéral aideront.

V. **Diagnostic de l'état du rein opposé.** — Il est indispensable à faire avant une intervention. Ce rein peut être malade, ou congénitalement insuffisant. Les mêmes méthodes seront employées pour apprécier comparativement les deux reins.

VI. Il faudra enfin rechercher les **propagations tuberculeuses** possibles avant de choisir un traitement.

TRAITEMENT. — Seule une intervention chirurgicale peut être efficace.

Deux procédés peuvent être employés :

1° **Néphrostomie.** — C'est le traitement palliatif de la rétention et de ses accidents. On peut la compléter par le curage des cavernes (Morris) et intervenir une seconde fois plus tard pour enlever le rein.

2° **Néphrectomie.** — Elle donne souvent de bons résultats. Il faut, en même temps que le rein, enlever l'uretère en descendant le plus bas possible.

Les INDICATIONS de ces deux opérations reposent sur :

1° Leur *possibilité* : des adhérences étendues peuvent empêcher la néphrectomie.

2° L'*état de l'autre rein*; en cas de doute : néphrectomie.

3° L'existence d'*autres lésions bacillaires.* S'il y a tuberculose pulmonaire avancée : néphrostomie. S'il y a tuberculose vésicale ou génitale légère : néphrectomie; si elle est grave : néphrostomie.

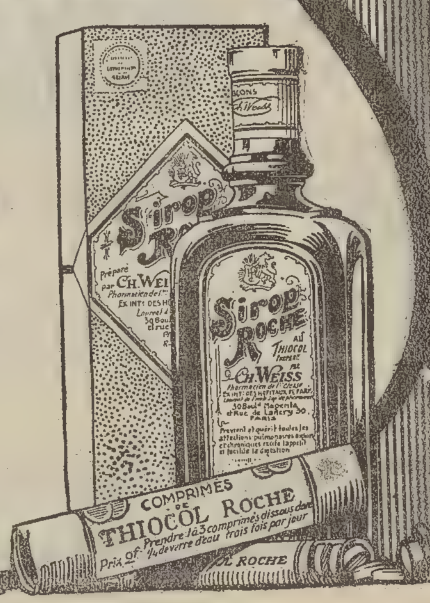
4° L'*état général* mauvais. S'il est causé par la lésion rénale seule : néphrectomie; si c'est par autre chose : néphrostomie.

5° Certains accidents : *hématurie grave,* pyonéphrose, indiquent la néphrectomie.

Dans tous les cas il faudra soigner l'état général; les résultats seront d'autant meilleurs que l'intervention aura été plus précoce.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



Sirop Roche
Sirop Roche au Thiocol
Ch. Weiss
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

N° 138. — SAMEDI 4 DÉCEMBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 4 DÉCEMBRE 1909. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Variot, Sicard, Netter, Labey, Broca, qui acceptent; Milian, Hirtz, Humbert, Picqué et Potocki, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN-ADJOINT DE BICÊTRE. — *Epreuve clinique psychiatrique.* — Séance du 1er décembre 1909. — MM. Barbé, 18; Camus, 19.

HOPITAUX DE PROVINCE. — REIMS. — *Concours de l'internat.* — Ont été nommés internes titulaires : MM. Gaudefroy, Mistarlet, Gilles et Buchholz; internes provisoires : MM. Milcamps et Jeudy.

Concours de l'externat. — Ont été nommés : MM. Collignon, Herrmann, Dresch, Larue, Maquet et Vernié.

Concours d'internat en pharmacie. — Ont été nommés : MM. Lesage et Castille.

— SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — Un concours est ouvert pour la nomination de trois internes titulaires en médecine et en chirurgie et de quatre internes provisoires susceptibles d'être titularisés.

Ce concours qui comporte une épreuve orale et une épreuve écrite aura lieu le mercredi 22 décembre 1909, à neuf heures du matin.

Sont admis à concourir les candidats justifiant de leur qualité d'externe ou de celle d'étudiant de troisième année. Ils ne devront pas être âgés de plus de vingt-huit ans.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration et déposer leurs pièces huit jours au moins avant la date fixée pour le concours.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — *Récompenses obtenues par les élèves de l'Ecole de médecine et de pharmacie pour l'année scolaire 1908-1909.* — Doctorat (anatomie et physiologie) : première année, prix, médaille d'argent : M. Hermann (Maurice); deuxième année, prix, médaille d'argent : M. Netter (Fernand); prix, médaille de bronze : M. Fontaine (Lucien); mention honorable : M. Gilles (André); troisième année, prix, médaille d'argent : M. Fresnel (André).

SYNDICAT MÉDICAL DE LA VALLÉE DU RHONE. — Le bureau pour 1910 est ainsi constitué : président, M. le docteur Tournaire (de Tain); vice-président, M. le docteur Larrivé (de Meyzieux); secrétaire-trésorier, M. le docteur Fayard (du Péage).

L'INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ A PÉAN, boulevard Port-Royal, en face la rue de la Santé, aura lieu jeudi 16 décembre, à trois heures.

La lecture des discours aura lieu à l'hôpital Péan, 11, rue de la Santé.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-septième semaine, 950 décès, au lieu de 844 pendant la semaine précédente et au lieu de 877, moyenne ordinaire de la saison.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 159 décès, au lieu de 144 pendant la semaine précédente (moyenne 138).

La phtisie pulmonaire a causé 197 décès (moyenne 186). On compte en outre 1 décès par méningite cérébro-spinale. Un cas nouveau est signalé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rey, doyen des médecins de Tours, décédé à l'âge de cent trois ans.

HOTEL-DIEU. — M. le docteur Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, reprendra ses leçons cliniques, le jeudi 9 décembre, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HOPITAL NECKER. — M. le docteur E. Hirtz organise un enseignement clinique pratique assisté de ses anciens internes et de son interne en exercice, tous les mercredis, le matin de dix à onze heures, salle Delpech, à partir du 1er décembre.

M. le docteur Beaufumé : Voies respiratoires; — M. le docteur Henri Lemaire : Cœur, vaisseaux, sang; — M. le docteur Génevrier : Tube digestif; — M. le docteur Delamarre : Histologie pathologique; — Mme Debré-Debat-Ponsan : Procédés d'examen clinique (tous les matins avant la visite).

Le lundi à dix heures, à partir du 10 janvier 1910 : Thérapeutique des maladies du poumon par M. Hirtz (amphithéâtre Huchard).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1738.*)

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'ICTÈRE GRAVE

Par LÉON-KINDBERG,
Interne des hôpitaux de Paris.

Il est à peu près impossible de donner de prime abord une définition de l'ictère grave. Dès le début de son histoire, sa nature fut comprise différemment. Alors que pour les uns il s'agissait d'une affection essentiellement hépatique caractérisée par une lésion toujours identique, c'était pour d'autres une affection générale, un syndrome enfin pour les derniers.

Un rapide historique va nous montrer ces conceptions opposées. Nous verrons, en même temps, comment la question a fini par se poser à l'heure actuelle, réservant au chapitre *pathogénie* ces discussions contemporaines, dont nous essaierons de dégager une conclusion précise.

I

L'histoire de l'ictère grave ne remonte guère au delà du milieu du XIXe siècle. Quelques auteurs, pourtant, avaient déjà remarqué les hémorragies, les accidents nerveux qui accompagnent certaines jaunisses de terminaison fatale. Rubœus (2) intitule même sa cinquième méditation : « De Ictero lethali »; Morgagni, Boërhawe, Brunning et d'autres médecins du XVIIIe siècle en citent des observations nombreuses. L'affection toutefois n'était pas encore nettement définie, et Ferrus dans le dictionnaire en trente volumes de 1837 ne la mentionne pas, à l'article Ictère.

Le premier nom qui marque un jalon important dans l'histoire de l'ictère grave est celui de Rokitanski. Mais il s'agit d'un anatomo-pathologiste; aussi, dès le début, s'affirme avec lui l'opinion qui fait de la lésion du foie le fait capital. Rokitanski décrit avec soin l'*atrophie jaune aiguë*, puis il ajoute simplement (3) : « L'atrophie jaune aiguë du foie se distingue par sa marche aiguë, une douleur excessive au niveau du foie, des accès nerveux, de l'ictère, enfin la mort au milieu des symptômes fébriles. » La même année Horaczek (4) confirmait cette description.

En face de cette conception anatomique, se fait jour presque en même temps la conception opposée : le nom change, le terme devient clinique. C'est Budd qui décrit la « Fatal jaundice » (5), c'est Ozanam qui décrit l' « ictère grave » (6). La divergence de vue est complète : pour Rokitanski, pas d'ictère grave sans atrophie jaune; pour Ozanam, les lésions du foie, comme dans l'ictère simple, peuvent être nulles.

Dès lors, les deux opinions vont être soutenues : Verdet (Th. 1851), Reulet (Th. 1857), Buhl voient dans l'ictère grave « une fièvre infectieuse spéciale analogue au typhus ».

Monneret les suit et critique les opinions de Bamberger (1) et de Robin (2), de Frerichs, dans son « Mémoire sur l'ictère hémorragique essentiel » (3). Enfin Trousseau (4) décrit l'ictère grave : « maladie générale, *totius substantiæ*, analogue à la fièvre typhoïde, à la fièvre bilieuse des régions intertropicales ».

D'autre part Frerichs (5) avait montré que l'ictère grave pouvait traduire des lésions du foie très diverses : « atrophie jaune aiguë, hépatite parenchymateuse, acholie ». Il tendait à en faire, non une entité pathologique, clinique ou anatomique, mais un syndrome. Cette thèse fut renouvelée et soutenue avec éclat par Jaccoud (6). Il propose le terme d'acholie pour cet état morbide, « expression dernière des maladies hépatiques ».

Depuis, les mêmes opinions se retrouvent en présence. Si les uns à la suite de Murchison (7) continuent à ne donner le nom d'ictère grave qu'aux cas où l'ictère est essentiel, en faisant ainsi une maladie autonome, bien spéciale ; si d'autres voient encore dans la lésion hépatique le point capital de la discussion, la plupart des auteurs ont étudié l'ictère grave comme un syndrome.

De même, la discussion reste ouverte sur la pathogénie de ce syndrome : les uns, à la suite de Hanot, ont recherché les agents figurés de ces grandes infections. D'autres ont recherché les intoxications qui devaient être à la source d'un état aussi grave. Déjà M. Bouchard avait montré que l'insuffisance rénale jouait un rôle considérable dans le tableau clinique. Nous verrons que la discussion des faits les plus récents et les mieux étudiés semble lui donner raison au moins en partie, et qu'il faille rattacher l'ictère grave à une insuffisance hépatorénale aiguë.

II

Symptômes. — Les symptômes qui constituent l'ictère grave se présentent sous des aspects si multiples qu'il est difficile d'en donner une description d'ensemble schématique. Nous allons tenter de montrer le syndrome ictère grave constitué, avec sa triade essentielle : ictère, symptômes nerveux, hémorragies.

Il est tout d'abord un ictère véritablement *foudroyant* : début à grands fracas, frisson solennel, céphalée violente, rachialgie, vomissements. La fièvre peut être intense d'emblée ou au contraire à peine marquée. En deux jours, en trente heures dans un cas de Blachez, la mort peut survenir ; mais ces cas sont rares.

Dans des cas plus fréquents on peut, avec M. Chauffard, décrire une *phase préictérique* caractérisée par des courbatures, de la fatigue, des douleurs générales ou articulaires, un état plus ou moins typhoïde. Lorsqu'apparaît l'ictère, du troisième au cinquième jour, il semble que l'on soit en présence d'un ictère bénin, n'étaient l'accablement plus intense, parfois

---

(2) Fr. Rubœus. *Nocturnæ exercitationes in historias medicas*, Hambourg 1666.

(3) Rokitanski. *Manuel d'anatomie pathologique*, 1843, vol. III, p. 313.

(4) Horaczek. *Die gallige Dyscrasie mit acute gelber Atrophiæ der Leber*, 1843.

(5) Budd. *Diseases of Liver*, 1845.

(6) Ozanam. Recherches sur les formes de l'ictère essentiel, *Gaz. méd. de Paris*, 1846, et Th. de Paris, 1849.

(1) Bamberger. Dans le *Manuel* de Virchow.

(2) Robin. *Soc. de biol.*, 1857.

(3) Monneret. *Progrès méd.*, 1859.

(4) Trousseau. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1868, t. III.

(5) Frerichs. *Traité des maladies du foie*, trad. de la 2e édit., Paris 1866.

(6) Jaccoud. *Cliniques de l'hôpital Lariboisière*, 1871.

(7) Murchison. *Maladies du foie*, 1878, trad. française.

les symptômes d'une précoce asthénie cardiaque, tendance au collapsus, assourdissement des bruits du cœur, hypotension, irrégularité du pouls.

L'ictère peut être plus tardif encore et apparaître seulement, dans des cas particulièrement insidieux, du treizième au quinzième jour. C'est surtout dans les observations de ce genre que prédominent les symptômes gastro-intestinaux, diarrhée, perte de l'appétit, vomissements. On porte souvent alors le diagnostic d'embarras gastrique jusqu'au jour où apparaît l'ictère, et avec lui les symptômes qui vont en dénoncer toute la gravité.

L'ictère est presque toujours le symptôme dominant. Dans quelques cas on a noté une teinte jaune intense des téguments; il peut même être d'une intensité exceptionnelle (1). Dans d'autres cas, c'est un ictère pâle, qui peut n'être guère apparent qu'aux conjonctives et passer presque inaperçu. Il y a plus; il n'est pas rare de noter la disparition de la jaunisse dans les jours qui précèdent la mort, si bien que Jaccoud pouvait dire qu'on était conduit à donner le nom d'ictère grave à des affections où manque l'ictère.

Cet ictère est accompagné de prurit, quelquefois très intense; souvent les avant-bras, les épaules, la partie antérieure du thorax, les cuisses sont rayés de coups d'ongle; ces raies sont alors particulièrement hémorragiques. Les hémorragies faciles, abondantes, spontanées sont en effet un symptôme très important : il est à peu près constant de constater sur les téguments des suffusions sanguines, des pétéchies, du purpura que peuvent masquer des éruptions très diverses : érythèmes polymorphes, roséoliques, scarlatiniformes.

Les hémorragies se produisent du reste dans les divers appareils : on peut ainsi observer des selles sanglantes, des hématémèses, des épistaxis, des hémoptysies, des hématuries, etc. Chez la femme enceinte les métrorragies sont exceptionnellement graves : l'avortement est la règle.

Un autre symptôme classique de l'ictère grave est moins constant : c'est la diminution de la zone de matité hépatique. Si dans quelques observations on constate pour ainsi dire cliniquement l'atrophie aiguë de la glande, les dimensions verticales de la matité tombant à 3 et 4 centimètres sur la ligne mamelonnaire en quelques jours, dans d'autres observations, ou l'on ne note rien ou même on constate une augmentation de cette matité (2). La percussion de la région hépatique et de l'épigastre, comme leur palpation profonde, est le plus souvent douloureuse.

La rate est habituellement tuméfiée, percutable sur trois ou quatre travers de doigt.

La langue, blanche et tremblante, devient sèche. L'appétit est nul. L'intestin fonctionne mal : constipation ou au contraire diarrhée.

Les selles, très fétides, sont *variables d'aspect* : presque décolorées dans les cas les plus fréquents, gardant leur apparence normale dans d'autres, elles peuvent devenir foncées, noires même lorsqu'il y a melœna. Elles peuvent même changer d'aspect à plusieurs reprises dans un même cas. Les nausées sont fréquentes; de même les vomissements muqueux et bilieux, souvent sanglants.

L'examen des urines est de la plus haute importance : hautes en couleur, elles peuvent contenir des pigments biliaires et donner — avec une intensité remarquable — la réaction de Gmelin. D'autres fois pourtant celle-ci est faible et les urines sont jaune pâle. Même variabilité dans la présence plus ou moins accentuée ou l'absence des acides et sels biliaires. L'albuminurie est constante. Il y a diminution des sels minéraux, phosphates, sulfates, chlorures. Deux faits paraissent très importants : la diminution du volume émis et la diminution du taux de l'urée ; la quantité des urines peut tomber à 200 grammes par jour et moins. On comprend aisément que cette suppression presque totale de la dépuration rénale doit entraîner de graves accidents d'auto-intoxication. Le second fait important est la diminution du taux de l'urée (1). Si elle fait parfois défaut aux premiers jours de la maladie, elle est de règle par la suite : l'urée des vingt-quatre heures peut descendre à moins de 1 gramme.

Le pouls est toujours petit, faible. Au sphygmomanomètre de Potain la tension dépasse rarement douze ou treize. Les pulsations sont inégales. L'asthénie cardiaque entraîne souvent un aspect véritable livide et cyanotique du malade.

Les troubles respiratoires sont des plus variés : congestion des bases, bronchite; ou véritable dyspnée urémique. La fièvre est inconstante; très souvent même, il y a hypothermie. Variable aussi est la réaction générale. Ou bien c'est un véritable état typhoïde de torpeur et d'abattement, ou bien de l'agitation, du délire, quelques convulsions même. Les symptômes nerveux peuvent prendre une place très importante ; la céphalalgie intense serait un signe précoce et l'on a souvent noté dès la période d'état les phénomènes d'excitation cérébrale : délire et accidents convulsifs. Pour Traube même, l'existence du délire maniaque serait un bon signe diagnostique d'avec l'urémie.

La mort est de règle dans l'ictère grave; trente et une fois sur quarante-six dans la statistique de Frerichs elle survint dans la première semaine. Si dans quelques cas elle résulte des seuls progrès de l'ataxo-adynamie et des hémorragies, le plus souvent on voit évoluer une urémie aiguë. On a souvent noté, dans les heures qui précèdent la mort, du hoquet et de la dilatation pupillaire. La plupart des auteurs admettait pourtant que l'ictère grave peut guérir. Dans ces cas, déjà décrits par Grellety (2) sous le nom d'ictères pseudo-graves, il faut que se produise une grosse crise urinaire polyurique et azoturique. En même temps la toxicité urinaire — diminuée — devient considérable (3). Cette crise peut être accompagnée de diarrhée intense, de sueurs profuses qui faciliteront la dépuration de l'organisme. Les anciens auteurs avaient noté la fréquence d'accidents localisés à cette période, et Mossé dans sa thèse relate un certain nombre de cas où une parotidite suppurée sembla jouer le rôle de phénomène critique. Il est bon toutefois de rappeler que dans le cas rapporté par Widal et Abrami, et qui s'est terminé très rapi-

(1) Par ex. Widal et Abrami. *Soc. méd.*, 13 nov. 1908.

(2) Frerichs. Loc. cit., obs. XXIII, p. 267 ; obs. XXIV, p. 271 ; obs. XXXI, p. 287. Ces cas ne sont naturellement pas rangés par Frerichs dans le chapitre de l'atrophie jaune aiguë. Ce sont des cas types d'ictère grave au point de vue clinique.

(1) G. Bouchard. *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*, 1887, p. 247 à 253.

(2) Grellety. Th. de Paris, 1873.

(3) Surmont. *Soc. de biol.*, 16 janv. 1892.

dement par la mort, il existait également une parotidite double.

III

Formes cliniques. — On a décrit peu de formes cliniques à l'ictère grave. Sans doute avec Blachez pourrait-on admettre selon la prédominance de certains symptômes une *forme hémorragique* et une *forme typhoïde* adynamique; on pourrait également y joindre une *forme nerveuse* où prédominent le délire et les convulsions. Mais ce sont là des nuances plutôt que de véritables types cliniques bien définis. D'autre part, s'appuyant sur la plus ou moins grande rapidité de l'évolution, on a décrit des *formes lentes et des formes foudroyantes*. Les premières se rattachent au type habituel par toutes les transitions. L'ictère peut être pris quelques semaines pour un ictère simple, tel le cas rapporté par Budd (1) où ce n'est qu'après vingt-cinq jours de jaunisse que les vomissements, le délire, puis le coma changèrent le pronostic. (Ictères aggravés du professeur Dieulafoy.) La forme foudroyante a souvent une allure bien particulière. Telle l'observation de Griffin (2) où la malade, après vingt-quatre heures d'ictère, tombe dans le coma et meurt en deux jours; telle encore, l'observation de Robin (3). Mais ce qui distingue surtout entre eux les divers cas d'ictère grave c'est leur *étiologie*. La différence est capitale : ou bien, l'ictère grave apparaît plus ou moins brusquement : ictère grave primitif; ou bien, il se montre au cours d'affections établies, à localisation souvent hépatique; il semble alors une complication dernière d'une maladie de foie, une phase ultime des dégénérations de la glande.

Du groupe des *ictères graves primitifs* on distingue d'habitude l'intoxication phosphorée et la fièvre jaune. Il ne semble pas qu'il faille suivre les classiques sur ce point. L'intoxication phosphorée réalise en effet le type le plus achevé de l'ictère grave.

D'autre part, si la fièvre jaune s'individualise nettement par son étiologie, sa contagiosité, les conditions climatériques de son développement, elle n'en présente pas moins dans les cas graves le tableau clinique et anatomique de l'ictère malin.

Nous comprenons donc dans l'ictère primitif :

A. Les ictères toxiques;

B. Les ictères infectieux.

L'*intoxication phosphorée* est le type même des ictères graves toxiques. Il s'agit bien entendu d'intoxication aiguë : elle est surtout fréquente à la suite de tentatives d'empoisonnement. Tardieu (4) sur 713 empoisonnements de 1851 à 1872 en trouve 267 par le phosphore. Les malades ont en général raclé des têtes d'allumettes chimiques dans leurs aliments. Ce n'est guère que chez l'enfant que les accidents prennent une allure foudroyante. Le plus souvent, chez l'adulte, il y a d'abord une période de tolérance, de quelques heures, durant laquelle le malade n'éprouve qu'une sensation désagréable dans la bouche, une saveur aliacée. Parfois, dans l'obscurité l'haleine est phosphorescente.

Bientôt, des douleurs surviennent, au fond de la gorge et le long de l'œsophage; puis des nausées, des vomissements alimentaires et bilieux. Ceux-ci dégagent une odeur de phosphore et peuvent être lumineux dans l'obscurité. La région gastrique est douloureuse, tendue, ballonnée; les coliques sont fréquentes. Mais tout se calme et l'on peut croire à la guérison pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Ce n'est guère en effet qu'au quatrième jour que s'installe un syndrsme complet d'ictère grave. Celui-ci peut prendre la forme nerveuse ou la forme hémorragique. Le plus souvent comme dans une observation de Frerichs (1) le foie est augmenté de volume. L'albuminurie, les symptômes d'urémie manquent rarement.

D'autres empoisonnements peuvent en certains cas donner ce tableau clinique : empoisonnements par l'antimoine, l'arsenic, le plomb. On a récemment étudié les accidents hépatiques graves attribuables au chloroforme. Il faut savoir différencier les cas où des lésions hépatiques préparaient l'éclosion des accidents. Dans un cas de Hébert et Dupont (2), c'est de la cirrhose et l'appendicite même pour laquelle on opérait le sujet. Mais il semble bien qu'on soit parfois en présence d'un ictère grave proprement chloroformique (3). Enfin on peut rattacher à ces formes toxiques, bien que la pathogénie en soit peut-être bien différente, certains cas d'ictère grave hémolytique. On sait que certains poisons hémolytiques provoquent chez l'animal un ictère promptement mortel. Il est chez l'homme des cas d'hémolyse mortelle avec ictère, comme celui de Pepper et Nisbet (4) où, après une transfusion de sang, l'ictère apparut puis la mort en quarante-huit heures.

En face de ces ictères toxiques, nous connaissons de nombreux *ictères graves infectieux primitifs*. Le type nous en est fourni par la fièvre jaune. Son agent est encore inconnu : ce serait pour la plupart l'hôte d'un moustique, le stegomya calopus qui l'inoculerait à l'homme. Cet ictère épidémique débute brutalement : frisson, fièvre à 40 degrés, rachialgie intense en coup de barre, douleur épigastrique, vomissements. Deuxième période de rémission où apparaît l'ictère. Puis troisième période où, dans les cas mortels, apparaît au complet le syndrome de l'ictère grave. Dans les pays chauds on connaît d'autres affections dont le tableau clinique peut prêter à confusion : la bilieuse hémoglobinurique, où l'examen des urines fait faire le diagnostic; la rémittente bilieuse où l'hématozoaire est présent.

Ces affections sont à peu près inconnues dans nos climats. Mais de nombreux cas évoquent pourtant l'idée de la fièvre jaune. Déjà Siphnaïos (5) intitulait sa thèse : « Essai sur la fièvre jaune sporadique ». Thiroloix et Debré (6), à propos de trois faits observés en peu de temps dans une même commune, ont étudié la « fièvre jaune nostras ». Elle aurait une évolution clinique assez précise : début brusque avec fièvre, lassitude extrême, céphalée, douleurs des masses musculaires; puis, avec l'ictère, vomissements, hémorragie, oligurie et même anurie; la

(1) Budd. *Deseases of the liver*, 3e édition, p. 256.
(2) Griffin, in Budd. Loc. cit.
(3) Robin. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1857, p. 84.
(4) Tardieu. *Etude médico-légale sur l'empoisonnement.*

(1) Frerichs. Loc. cit., p. 275.
(2) Hébert et Dupont. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, sept. 1906.
(3) Guleke. *Arch. f. klin. Chir.*, 1907, t. LXXXIII, 2. — Reggianini. *Riforma med.*, 6 juillet 1907. — Auburtin. *Des effets tardifs du chloroforme*, Thèse 1906.
(4) Pepper et Nisbet. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 3 août 1907.
(5) Siphnaios. Th. de Paris, 1852.
(6) Thiroloix et Debré. Fièvre jaune nostras, *Revue de méd.*, fév. 1907.

mort arrive dans un délai de sept jours en moyenne. L'affection ne s'observerait que d'avril à novembre, et n'atteindrait que certaines professions qui nécessitent la proximité des mares, fossés, cours d'eau stagnants. Son agent est inconnu. On avait du reste déjà décrit l'ictère grave des égoutiers, des tanneurs, etc.

Des cas analogues ont pu constituer de véritables épidémies : déjà Brunning en 1772 avait vu une épidémie d'ictère grave chez les nouveau-nés (1). Moins loin de nous, Carville a étudié une curieuse épidémie survenue dans la maison centrale de Gaillon (2).

Saint-Vel (3) en avait observé chez la femme enceinte. Plus récemment enfin Arnoud et Coyne ont réuni plusieurs faits analogues (4).

Dans de nombreux cas, certains microbes ont pu être incriminés. Hanot surtout, se basant sur l'hémoculture, pensa pouvoir distinguer deux types d'ictère grave infectieux, l'un hyperthermique, dû au streptocoque, l'autre hypothermique dû au coli-bacille (5). A sa suite Boix (6) réunit de nombreuses observations. Mais la quantité de sang prélevée était trop minime ; de plus ce prélèvement était fait soit en pleine période agonique, soit même après la mort, et l'on sait que le coli-bacille peut alors envahir la circulation générale. Aussi toutes ces attributions microbiennes sont-elles très sujettes à caution. Depuis, l'hémoculture pratiquée en période d'état, largement faite, a montré les germes les plus divers : le staphylocoque doré et un bacille indéterminé (7), le pneumocoque (8), le streptocoque (9). On peut y rattacher de véritables cas d'*ictère grave* typhique, dont nous trouvons déjà une description dans Frerichs.

Parmi ces ictères graves primitifs, il faut faire une place à part à celui de l'enfance.

On en connaît tout d'abord d'analogue à celui de l'adulte : rare chez le nourrisson (10), il s'agit dans la plupart des cas d'ictère infectieux consécutif à une phlébite de la veine ombilicale. Dans d'autres cas, il s'agit d'ictère grave secondaire, frappant surtout des syphilitiques héréditaires (11).

Ensuite c'est la maladie bronzée hématurique des nouveau-nés, décrite pour la première fois par Laroyenne (12), puis par son élève Charrin dans sa thèse. On en a décrit à plusieurs reprises des épidémies (Bigelow, Winckel). Il s'agit d'un ictère très marqué, avec cyanose des extrémités. Le symptôme le plus caractéristique est une hématurie très foncée. Malgré l'opinion de Winckel, il s'agirait bien d'hématurie vraie et non d'hémoglobinurie (1). Il semble d'ailleurs que ce soit une maladie moins du foie que du rein, et surtout du sang.

(1) *De ictero spasmodico infantum.* Essendial, 1772.
(2) Carville. De l'ictère grave épidémique, *Arch. gén. de méd.*, août 1864.
(3) Saint-Vel. *Gaz. des hôpit.*, 1862, n° 135.
(4) Arnoud et Coyne. Epidémie d'ictère grave, *Gaz. méd. de Paris,* 1878.
(5) Hanot. *Soc. méd.*, 7 avril 1893 ; — *Congrès de Buda-Pesth,* rapport, 1894 ; — *Soc. méd.*, 27 nov. 1896.
(6) Boix. *Arch. de méd.*, juillet et août 1896.
(7) Widal et Abrami. *Soc. méd.*, 13 nov. 1908.
(8) Sacquépée. *Arch. méd. expér. et anat. path.*, 1902.
(9) Quénu et Joltrain. Etude clinique et anatomique de deux cas d'ictère grave, *Soc. méd.*, 12 mars 1909. — Sacquépée. *Soc. méd.*, 5 fév. 1909.
(10) Cf. Aubertin. L'ictère grave du nouveau-né, *Presse méd.*, 1903, p. 557.
(11) Bar et Rénon. Ictère grave chez un nouveau-né atteint de syphilis hépatique paraissant dû au proteus vulgaris, *Soc. de biol.*, 18 mai 1895.
(12) Laroyenne. *Cong. pour l'avanc. des sc.*, 2e sess., Lyon 1873, p. 877.

Enfin, il existe des faits plus curieux. Pfannenstich (2) les a récemment étudiés : il s'agit d'ictère en quelque sorte familial, frappant successivement, peu de jours après un accouchement normal, les enfants d'une même famille, bien constitués jusque-là. De ces ictères, quelques-uns évoluent sous la forme d'ictère grave : trois fois sur quatre dans la famille qu'il a observée. Pfannenstich, après avoir étudié les autres observations connues (Beneke, Busfield, Ashby et Wright, Duguid, Lagrèze, Esch) croit pouvoir éliminer et l'infection ombilicale et la syphilis. Hüffell (3) malgré l'absence de contrôle bactériologique croit qu'il s'agit d'ictère infectieux.

Les ictères graves secondaires se rencontrent tout d'abord, comme le disait Rendu, « comme une complication possible de toutes les maladies de foie » : syphilis (4), cancer (5), tuberculose (6), cirrhose alcoolique. En particulier, dans la cirrhose biliaire, la terminaison par ictère grave secondaire est de règle. Il s'agit du reste parfois d'infections surajoutées. L'ictère grave peut enfin constituer la période terminale de l'ictère chronique simple, comme Frerichs (7) l'avait déjà vu.

Dans d'autres cas, il s'agit véritablement de foyers métastatiques, la source de cette hépatite aiguë pouvant être plus ou moins apparente. Sous le nom d' « ictère dans l'infection purulente du sang » Frerichs avait publié des observations de cette catégorie : dans un cas, le point de départ était une fracture du bassin, dans un autre une endocardite ulcéreuse. De même, l'hépatite diffuse aiguë peut être une des étapes des « épopées appendiculaires » (8) du professeur Dieulafoy, ou encore succéder à des suites de couches septiques, constituer ainsi une forme hépatique de l'infection puerpérale (9).

IV

Diagnostic, pronostic et traitement. — Le diagnostic de l'ictère grave est compris de façon différente suivant la conception même que l'on s'en fait. Pour les uns, l'ictère malin n'étant constitué que par l'ictère essentiel, primitif, de nos climats, il y a donc lieu de le différencier soigneusement d'un assez grand nombre d'affections. Pour les autres, il n'y a pour ainsi dire pas de diagnostic différentiel de l'ictère grave, mais il faut reconnaître à quels signes un ictère doit être dit malin.

C'est ainsi que les classiques signalent un certain nombre de cas pouvant prêter à erreur :

(1) Bar et Grandhomme. Maladie bronzée hématurique des nouveau-nés, *Soc. méd. prat.*, 31 janv. 1889.
(2) Pfannenstich. Sur l'habituel ictère grave des nouveau-nés, *Münch. med. Woch.*, 20 oct. 1908.
(3) Hüffell. Sur un cas d'ictère grave, *Münch. med. Woch.*, 23 fév. 1909.
(4) Huber. Atrophie aiguë du foie d'origine syphilitique, *Soc. méd. int.*, 18 mars 1895. — Siredey et Lemaire. Hépatite diffuse aiguë avec ictère grave dans la période secondaire de la syphilis, *Soc. méd.*, 4 mars 1904.
(5) Achard. Deux cas de cancer primitif du foie avec fièvre, *Soc. méd.*, 10 avril 1896.
(6) Gougerot. Ictères graves bacillaires, *Tribune méd.*, 1er août 1908.
(7) Frerichs. Loc. cit., p. 281.
(8) Ménétrier et Aubertin. La stéatose hépatique aiguë dans l'appendicite et l'ictère grave appendiculaire, *Soc. méd.*, 30 oct. 1903.
(9) R. Cohn. Atrophie jaune aiguë du foie pendant les suites de couches, *Centralbl. f. Gynæk.*, 27 août 1904.

1° L'empoisonnement par le phosphore;
2° La pyohémie;
3° L'endocardite ulcéreuse;
4° La fièvre typhoïde compliquée d'ictère;
5° La fièvre récurrente;
6° La fièvre jaune.

Mais nous avons admis que c'était là autant de types divers d'ictère grave. C'est à l'anamnèse, à l'étude détaillée des phénomènes cliniques qu'il appartient d'en reconnaître l'étiologie.

Mais à quel moment — devant un malade ictérique, gravement atteint — devons-nous prononcer le mot d'ictère grave?

Dans les cas types, où le syndrome est au complet, l'hésitation n'est guère possible : diminution du volume du foie, ictère, phénomènes nerveux, hémorragies, diminution de la quantité d'urine et du taux de l'urée on ne saurait se tromper. Mais les phénomènes sont loin d'être toujours aussi nets et le fait que les auteurs admettent et des ictères aggravés et des ictères graves qui guérissent, montre quel grand rôle joue l'équation personnelle dans l'estimation de la « gravité ».

Il semble que les phénomènes rénaux soient les plus importants : l'oligurie ou même l'anurie, l'hypoazoturie — surtout la constatation de l'augmentation de l'urée du sérum — sont des éléments essentiels du pronostic. De même — mais avec moins de certitude — l'étude de l'état général, prostration ou délire, complications viscérales diverses, etc. Mais de deux choses l'une : ou bien ce syndrome succède à un ictère existant ou à une affection déjà suivie et sa cause est aisée à diagnostiquer, ou bien, on est en présence d'un ictère grave primitif. En dehors des cas bien nets — fièvre jaune, tentative de suicide par le phosphore — le diagnostic étiologique peut rester en suspens : l'ensemencement du sang peut rendre de grands services. Il ne faut pas négliger non plus la réaction de Bordet et Gengou : dans un cas de Quénu et Joltrain, on trouva dans le sérum, malgré l'absence de streptocoque dans le sang, des sensibilisatrices spécifiques pour ce microbe; or le foie et la bile, de même que tous les organes, en étaient infectés et en donnèrent des cultures pures confluentes.

Quant au *pronostic* — s'il reste toujours sombre — on ne peut le considérer comme absolument fatal. On comprend du reste trop d'états différents — et comme étiologie et comme lésions — sous le nom d'ictère grave, pour que ce pronostic puisse être toujours le même. Ici encore, ce sont les phénomènes rénaux qui, dans la plupart des cas, domineront la situation. Seule une crise polyurique et azoturique peut sauver le malade.

La thérapeutique découle de ces notions : avant tout, diète lactée; à côté, lavements froids, antisepsie intestinale. Ce sont là des tentatives et pour tenir libre la voie d'émonction rénale et pour diminuer la production des toxines digestives.

D'autre part, pour achever les combustions organiques, qui se font mal, on a conseillé la médication oxydante, benzoate de soude, inhalations d'oxygène. C'est dans le même but que Carréau (1) a recommandé les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine ozonisée et diluée.

Récemment enfin, M. Quénu a étudié les indications possibles d'une intervention chirurgicale au cas de cholécystite compliquant l'ictère grave : il ne saurait en être question s'il y a, avec une hypothermie persistante, constatation de grosses quantités d'urée dans le sérum.

(1) Carreau. *Revue des sc. méd.*, 1891, p. 568.

V

Anatomie pathologique. — « Décrire toutes les lésions qu'on peut rencontrer au cours de l'ictère grave, ce serait passer en revue l'anatomie pathologique du foie tout entière », écrivait Rendu dans l'article « Foie » (pathologie) du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. L'atrophie jaune aiguë de Rokitanski ne forme plus qu'une des lésions, peut-être la plus fréquente, que nous trouvons à l'autopsie des ictères graves.

Dans les formes typiques, les deux termes de Rokitanski, nécrose et stéatose, la résument encore fidèlement. Conformément aux données de la clinique, le foie est petit; son poids tombe au-dessous d'un kilogramme, jusqu'à 500 grammes et même moins. La capsule de Glisson devenue trop grande se plisse et présente un aspect ridé très spécial. Au palper, on sent l'organe mou, sans consistance. A la coupe, l'aspect est jaune d'ocre; le plus souvent on n'a devant soi qu'une pulpe boueuse, jaunâtre, où se font voir çà et là des taches hémorragiques. Au microscope, on a peine à reconnaître l'aspect d'un foie : il y a dislocation des travées; plus de trace de l'ordination des lobules; les cellules présentent la fonte granuleuse et granulo-graisseuse; les autres sont atrophiées; bien plus, dans les cas les plus avancés, il n'y a pour ainsi dire plus de cellules. L'analyse chimique montre la présence dans le tissu de leucine et de tyrosine en assez grande abondance. Ces deux substances manquent dans le foie normal.

A l'extrême opposé de cette description classique, nous trouvons le cas récemment étudié par Widal et Abrami : ici le foie est volumineux, pèse 1700 grammes, paraît normal. A l'examen microscopique, la structure générale est conservée, les cellules ne montrent que çà et là des lésions légères de vacuolisation protoplasmique et nucléaire; bien plus, il y a processus d'hyperplasie cellulaire très marqué. Ce cas n'est pas isolé, et à la séance suivante de la Société médicale, Raymond et Géraudel (1) rapportaient « un cas d'ictère grave sans stéatose du foie avec hyperplasie parenchymateuse ». Déjà Hanot (2) avait vu dans les foies infectieux un processus de réactions cellulaires que caractérisaient de nombreuses mitoses.

Entre ces deux types extrêmes se trouvent naturellement de nombreux intermédiaires. Tels les deux cas récemment décrits par Quénu et Joltrain (3).

Somme toute, si l'atrophie jaune aiguë de Rokitanski reste la lésion la plus fréquente, nous pouvons également trouver soit un foie en hyperplasie, soit des traces légères d'infection, soit une dégénérescence déjà plus marquée, mais qui n'entraîne pas encore de fonte de l'organe.

Un fait intéressant, c'est que, chez ces malades, malgré la présence d'un ictère par rétention extrêmement foncé, s'accompagnant de selles complètement

(1) Ramond et Géraudel. *Soc. méd.*, 20 nov. 1908.
(2) Hanot. Le foie infectieux et toxique au point de vue de la karyokinèse, *Soc. de biol.*, 1894.
(3) Quénu et Joltrain. Etude clinique et anatomique de deux cas d'ictère grave. De l'indication opératoire dans l'ictère grave, *Soc. méd.*, 19 mars 1909.

décolorées, on peut ne constater aucun obstacle extra-hépatique à l'écoulement de la bile dans l'intestin : les canaux biliaires chez le malade de Widal et Abrami étaient absolument perméables et normaux à l'examen histologique, la vésicule biliaire était vide et aplatie, les canalicules intra-hépatiques ne présentaient aucune altération.

La pluralité d'aspects que nous venons de signaler dans le foie se retrouve également à l'examen des autres organes et plus spécialement du rein : dans les cas typiques, les lésions du rein sont considérables, analogues à celles que l'étude expérimentale de l'intoxication phosphorée reconnaît chez le chien : fonte granuleuse des cellules des tubuli contorti, altérations des noyaux, hémorragies diffuses. Mais ici encore on a constaté des cas de rein hyperplasique (Widal et Abrami), de rein simplement infectieux ou congestionné.

Tous les organes peuvent être touchés : le pancréas (1), les organes hématopoïétiques (2), le cœur, etc.

On a de même analysé les différentes humeurs.

Le sang se coagule mal: sa capacité respiratoire est diminuée; il est hypertoxique ; la recherche des pigments ou des sels biliaires, de l'urée dans le sérum est le plus souvent positive. Nous allons retrouver l'importance de ces recherches dans l'étude de la pathogénie de l'ictère grave. Ces constatations sont en effet capitales pour qui veut expliquer aujourd'hui certains des phénomènes essentiels de ce syndrome.

VI

Pathogénie. — Rien dans l'ictère grave n'a prêté à plus de discussions que sa pathogénie.

Tout d'abord — et surtout à la suite de l'école allemande — on vit dans l'ictère grave, maladie essentiellement hépatique, la conséquence d'une rétention biliaire aiguë, celle-ci d'origine paralytique, provoquant la disparition des cellules. L'ictère s'expliquait facilement; de plus l'élimination de la bile par les reins entraînait des lésions graves. Mais cette opinion ne pouvait guère être soutenue : d'une part l'expérience montrait que l'intoxication biliaire ne donnait pas le tableau de l'ictère grave; d'autre part la genèse invoquée pour les lésions rénales n'était pas soutenable : dans les cas d'ictère simple très prononcé, la néphrite n'existe pas ou est légère, alors que dans l'ictère grave — où la rétention peut être modérée, presque nulle — on peut observer une néphrite parenchymateuse profonde.

Aussi, Frerichs, s'il explique l'ictère par la compression de l'origine des conduits biliaires par l'hépatite exsudative, n'attribue les accidents graves ni à la bile, ni aux produits de désassimilation, tyrosine ou leucine, mais bien « à la rétention des éléments de l'urine ». Il constate déjà que l'élimination de l'urée est empêchée. Mais sa conception étroitement anatomique de l'affection l'empêche de développer complètement son explication.

La théorie hépatique est encore brillamment défendue par Jaccoud. Mais pour lui, il ne s'agit plus de rétention, les fonctions du foie altéré s'amoindrissant, jusqu'à disparaître. Il y a « acholie », soit qu'il y ait hépatite destructive, soit qu'il y ait stéatose, soit qu'il y ait enfin atrophie par cause mécanique.

Cette théorie séduisante se heurtait à différentes objections très fortes : tout d'abord, dans les cas les plus nets d'acholie, dans le cancer massif du foie par exemple, le tableau clinique est loin de ressembler à l'ictère grave. D'autre part, il est des cas typiques d'ictère grave où l'hypercholie est manifeste : ces cas peuvent du reste coïncider avec des lésions atrophiques et nécrotiques assez avancées de la glande (1).

Actuellement — à la suite des cliniciens français — on tend à considérer l'ictère grave comme une affection générale, *totius substantiæ*, disait déjà Trousseau dans sa clinique. Et cela serait vrai de tous les ictères graves, primitifs ou secondaires, toxiques ou infectieux : car il n'y a point, nous l'avons vu, de germes spécifiques. Qu'il s'agisse de septicémie ou de toxémie, les deux organes avant tout frappés seront le foie et le rein. Mais il ressort très clairement des observations les mieux étudiées qu'il ne saurait y avoir parallélisme entre les lésions des glandes et leur état fonctionnel : si le malade est emporté trop vite, comme dans l'observation de Widal et Abrami, on peut trouver des reins et un foie en hyperplasie ; ce serait à une période suivante, quelquefois presque immédiate, que se constitueraient les lésions atrophiques.

Mais cette conception générale ne laisse pas que de laisser le champ libre aux discussions sur bien des points particuliers.

Tout d'abord, on a étudié l'ictère lui-même. Si cliniquement il apparaît souvent comme un ictère par rétention, les voies biliaires sont libres sur toute leur étendue. Le bouchon muqueux n'a pas été retrouvé. Stadelmann (2) en a tenté l'étude dans les intoxications expérimentales [le phosphore, toluilène diamine]. Il pense que dans ces cas la bile devient plus épaisse, coule plus difficilement et que ce changement de consistance pourrait motiver la stagnation. Pourtant il remarque lui-même que dans l'intoxication par l'hydrogène arsenié, bien que la bile soit plus consistante, il n'y a pas d'ictère. D'autre part Pick (3), mesurant directement la viscosité de la bile a pu voir qu'elle ne changeait que vingt-quatre heures après le début de l'ictère alors que celui-ci était parfaitement constitué. Il faut donc penser à des troubles de la cellule même, empêchant la bile de suivre son chemin normal (4), trouble fonctionnel du reste — au moins en l'état actuel des techniques — car l'étude des lésions, trop variables, parfois même absentes, n'en sauraient donner la clef. Pick les attribue soit à l'intoxication directe de la cellule hépatique, soit à une excitation anormale (de cause toxique ou infectieuse), des nerfs régissant la sécrétion hépatique. Enfin on pourrait quelquefois se trouver en présence d'ictères graves hémolytiques (5).

La pathogénie des accidents nerveux a été plus discutée : on a pensé que certains phénomènes

(1) G. Sacquépée. Contribution à l'étude de l'ictère grave primitif, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1902. — Lapointe et Trémolière. *Arch. des mal. de la digest.*, 1907, n° 3.

(2) Dans la IIe observation de Quénu et Joltrain, la myélémie constatée est pour les auteurs signe de l'atteinte de la moelle osseuse.

(1) Gilbert et Herscher. Sur la cholémie et la polycholie de l'ictère grave, *Soc. de biol.*, 1er juin 1907.

(2) Stadelmann. *Der Ikterus und seine verschiedenen Forme*, 1891.

(3) Pick. De l'origine de l'ictère, *Wien. klin. Woch.*, 1894, n° 26.

(4) Cf. Liebermeister. *Deuts. med. Woch.*, 30 avril 1893.

(5) Sacquépée. *Soc. méd.*, 5 fév. 1909.

méningés pouvaient être dus à l'irritation directe par les pigments biliaires. MM. Gilbert et Castaigne croient que le passage de ces pigments dans le liquide céphalo-rachidien est assez fréquent (1). Mais pour M. Widal (2), la réaction de Gmelin dans un liquide céphalo-rachidien d'ictérique ne pourrait s'observer que dans des conditions toutes spéciales et à titre tout à fait exceptionnel. Il faut savoir du reste que la ponction lombaire a démontré parfois une véritable méningite. Une grande part tout au moins des phénomènes nerveux semble pouvoir se rattacher aux lésions rénales, à l'urémie. Dans les dernières observations la quantité d'urée du sérum s'est toujours montrée fortement augmentée : 2 à 3 grammes par litre et davantage. C'est de l'urémie également que dépendrait l'hypothermie si fréquente.

Rappelons à ce propos que la fièvre jaune ne prend exactement le masque de l'ictère grave ou plutôt n'est un ictère grave, que lorsque survient l'hypothermie : c'est du reste avec l'apparition de ce symptôme que le pronostic devient fatal.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE

Par le docteur Hussel.

Il y a peu d'affections aussi difficiles à traiter que la maladie de Béard, non seulement parce que les neurasthéniques changent constamment de médication mais surtout parce que leur mauvais état digestif empêche l'usage des remèdes particulièrement reminéralisateurs.

Mais ce n'est pas uniquement en faisant absorber des substances phosphorées ou strychnées que le médecin obtiendra de bons et rapides résultats, c'est en assurant aussi l'élaboration et l'assimilation des substances alimentaires et en faisant appel à l'influence très connue des ferrugineux.

Pour ramener chez ces malades un bon état digestif, nous ne voyons guère autre chose que des extraits de malt et en première ligne l'extrait de malt Français Déjardin. Ce remède en effet est un excellent eupeptique puisqu'il renferme tous les ferments digestifs indispensables; de plus, cet extrait de malt Français est superphosphaté, il renferme des nucléo-albumines puissantes et il devient ainsi, immédiatement, un agent de reminéralisation intensive.

Puis, nous faisons appel à la médication ferrugineuse. Sans doute dans la maladie de Béard, c'est avant tout la cellule nerveuse qui a besoin d'être reconstituée, mais le globule sanguin lui-même manque d'hémoglobine et, d'autre part, l'organisme a besoin d'être stimulé, réveillé dans sa vitalité languissante.

Nous préconisons à ces points de vue le Malto-Fer. Cette substance est une combinaison protéïque de fer organique et de manganèse à base de malt, et qui offre cette supériorité sur les sels ferrugineux ordinaires d'être, en tout point, analogue au fer et au manganèse contenus dans les aliments. Le malto-fer est soluble, entièrement *assimilable* et ses effets reconstituants, hyperglobulaires, excito-cellulaires, ses effets oxydasiques et catalyseurs sur l'économie tout entière et ses forces latentes, sont réellement énergiques.

Lorsque les neurasthéniques absorbent, après le repas, un demi-verre à liqueur d'élixir ou bien deux à trois dragées de malto-fer, ils ressentent une stimulation générale puissante, un retour des forces, une augmentation de leur appétit et ils augmentent de poids.

On ne signale pas, avec l'usage de ce ferrugineux, le moindre inconvénient, et cela tient à sa constitution, c'est-à-dire à son analogie réelle avec le fer de l'alimentation.

Dans la neurasthénie il est utile aussi de veiller au bon état gastro-intestinal, et pour combattre les fermentations putrides on ordonnera non pas la levure de bière si souvent nocive, mais la mycodermine qui est un extrait de levure fraîche, pure, débarrassée de toute impureté et dont les propriétés sont conservées indéfiniment grâce à un enrobage inaltérable (quatre à six pilules avant le repas).

Tels sont les principes thérapeutiques qu'il importe de suivre et qui ont des effets curatifs constants.

LIVRES NOUVEAUX

Principes fondamentaux d'obstétrique, vérifiés, rectifiés ou établis à l'aide de l'expérimentation sur le mannequin naturel et de l'observation sur la parturiente. — **Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements** (1). Anatomie. Présentations et positions. Mécanisme. Toucher. Manœuvres. Extraction du siège. Version. Forceps, par le professeur L.-H. Farabeuf et le docteur Henri Varnier. Préface de M. le professeur A. Pinard. Dessins démonstratifs de L.-H. Farabeuf donnant, avec les répétitions nécessaires, 375 fig., dont plusieurs nouvelles. Nouvelle édition revue et augmentée par le professeur L.-H. Farabeuf.

Les jeunes praticiens et les sages-femmes doivent se réjouir de la réapparition de ce livre qui fut naguère longtemps introuvable : Varnier mort, il incombait au professeur Farabeuf, avec l'appui clinique de l'école de Pinard, de le revoir, corriger, amender.

C'est ce qu'il vient de faire pour la seconde fois.

La dystocie des bassins aplatis a reçu les secours de la symphyséotomie d'abord et, plus récemment, de l'opération césarienne aseptique conservatrice.

Les fœticides applications de forceps au détroit supérieur sont devenues de plus en plus rares et aujourd'hui formellement condamnées dans ce livre qui, d'autre part, n'a changé ni de caractère ni d'aspect : grand, élégant, maniable, solidement broché et cousu, remarquablement clair dans son texte et ses grands dessins dont la valeur est démontrée par les imitations nombreuses mais plus ou moins heureuses qui en ont été faites.

Il y a dans ce livre tout ce qu'il faut savoir pour suivre, comprendre et faire un accouchement par le sommet, la face, le siège, l'épaule.

Le premier chapitre est une description et une représentation, comme on n'en trouve nulle part, de la filière maternelle osseuse et périnéo-vagino-vulvaire suivies de l'étude du fœtus, de sa tête et de l'exposé lumineux des présentations et positions, toutes dessinées d'après nature. Le chapitre II a 50 pages et 40 figures pour le mécanisme de l'accouchement dans toutes les présentations : sommet, face, siège. Le toucher, le diagnostic de toutes les positions de chaque présentation, sont aussi libéralement traités. A l'intervention manuelle dans l'accouchement par le siège, 60 pages sont données avec plus de 40 figures et nous ne sommes pas à la moitié du volume. La version, c'est-à-dire la solution des présentations des épaules, prend 75 pages avec 60 magnifiques dessins. Au forceps, qui termine l'ouvrage : la part du lion, 90 pages, 122 figures.

Tel est le plan de ce travail dont la base fut une série de

(1) Gilbert et Castaigne. *Soc. de biol.*, 27 oct. 1900; — *Soc. méd.*, 20 nov. 1908.
(2) Widal. *Soc. méd.*, 20 nov. 1908.

(1) Prix : 15 francs. — Paris, G. Steinheil.

cinq années d'expériences et de manœuvres faites sur des corps de femmes et des fœtus embaumés à la glycérine et restés souples. Ces expériences fertiles en résultats nouveaux furent journellement contrôlées par l'observation clinique avertie des parturientes du service de Pinard. C'est pour cela que celui-ci a écrit une préface aussi juste qu'élogieuse : « Cet ouvrage, dit-il, le premier de son espèce, ne ressemble pas plus à un manuel qu'à un traité d'accouchements..., etc. Indispensable à tout élève, à tout médecin qui veut aborder et poursuivre avec succès l'étude clinique des accouchements, il rendra au praticien instruit le service de le réconforter en lui remettant sous les yeux des tableaux précis qu'il a dû nécessairement oublier. » L. GAYARD.

Géographie médicale de l'île de Ré (1), par A. Drouineau.

Conduit à l'île de Ré par les hasards de la vie militaire, M. le médecin-major Drouineau a étudié avec sa méthode coutumière la population rhétaise ; il a réuni, sur la climatologie et sur la démographie de cette île, un grand nombre de documents qui lui ont permis d'en écrire une géographie médicale très instructive. Ce qui a frappé M. Drouineau au cours de ses recherches, et ce sur quoi insiste également M. Bertillon dans la préface de l'ouvrage, c'est la diminution constante et progressive de la population ; or l'île de Ré est très salubre, les épidémies y sont exceptionnelles, mais la population diminue parce que la natalité est faible, et parce que les insulaires émigrent en très grand nombre. Ces deux causes de dépopulation ne sont pas d'ailleurs spéciales à l'île de Ré ; les sociologues se préoccupent de l'une et de l'autre, sans avoir jusqu'ici trouvé, pour y porter remède, quelque thérapeutique efficace. Mais les études comme celles de M. Drouineau permettent de pousser le cri d'alarme, en s'appuyant sur des documents certains ; elles présentent donc, de ce fait, le plus grand intérêt. L. BABONNEIX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

HOMMAGE AU DOCTEUR BAZOT. — Un comité vient de se former sous la présidence du général Toutée, chef de cabinet du ministre de la guerre ; du professeur Chatin, de l'Institut, président de l'Union fédérative des médecins de réserve et de territoriale ; de M. Sansbœuf, président général de la Société des vétérans de 1870-1871, et du docteur Pedebidou, sénateur, son ami personnel, dans le but d'offrir un souvenir au docteur Adrien Bazot (de Joigny), à l'occasion de sa récente promotion dans l'ordre national de la Légion d'honneur au titre militaire de la guerre de 1870-1871, au cours de laquelle il fut blessé très gravement et fait prisonnier.

Prière de vouloir bien adresser les souscriptions dès que possible et en tous cas avant le 15 décembre, dernier délai, au docteur Pierre Laurent, secrétaire-trésorier du comité, 14, rue des Halles, à Bois-Colombes, près Paris. En même temps que l'accusé de réception seront envoyées les indications concernant le lieu et la date de la remise du souvenir.

(1) In-8. — Paris, A. Maloine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 DÉCEMBRE 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Reclus, Lejars et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Déjerine, André Jousset et Lœper ; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 14 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Marion ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Morestin.

3e (2e partie) : MM. Raymond, Rénon et Jeanselme ; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 15 décembre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Mauclaire et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

2e : MM. Gariel, Langlois et Mulon.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Potocki et Rieffel ; — (2e série) : MM. Reclus, Retterer et Wallich ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Pierre Marie et Sicard.

4e : MM. Pouchet, Richaud et Macaigne ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 16 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Retterer, Morestin et Lenormant ; — (2e série) ; MM. Thiéry, Marion et Lecène.

2e : MM. Ch. Richet, Prenant et Nicloux.

3e (oral, 2e partie) : MM. Pierre Marie, Jeanselme et Brumpt.

4e : MM. Gilbert, Thoinot et Wurtz ; — M. Carnot, suppléant.

Vendredi 17 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Samedi 18 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Gouget ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Castaigne et Nobécourt ; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 15 décembre, à une heure. — M. Bouchey. De l'accouchement dans les présentations du sommet quand l'occiput reste définitivement en arrière. (MM. Pinard, président ; Segond, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. Eon. Contribution à l'étude de l'incontinence d'urine nocturne essentielle. Son traitement par les injections rétro-rutales de sérum artificiel. (MM. Segond, président ; Pinard, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. Rendu. De la trépanation du labyrinthe dans les labyrinthites chroniques. (MM. Segond, président ; Pinard, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. Teulière. Essai sur un nouveau traitement du rhumatisme blennorragique. (MM. Gaucher, président ; Roger, André Jousset et Lœper.) — Mlle Wourmann. La recherche de l'albumine dans les expectorations. Sa valeur clinique. (MM. Roger, président ; Gaucher, André Jousset et Lœper.)

Jeudi 16 décembre, à une heure. — Mme Galka. Contribution à l'étude des joues chez l'enfant. (MM. Hutinel, président ; Bar, Brindeau et Nobécourt.) — M. Legagneur. Quelques considérations sur les rétractions de l'anneau de Banul en particulier au-dessous du fœtus tout entier et dans certains cas de paludisme. (MM. Bar, président ; Hutinel, Brindeau et Nobécourt.) — M. Teyssier. Contribution au diagnostic de la dysménorrhée membraneuse. (MM. Pozzi, président ; de Lapersonne, André Broca et Auvray.) — M. Véron. De la laparotomie médiane pour appendicectomie chez la femmme. (MM. Pozzi, président ; de Lapersonne, André Broca et Auvray.) — M. Godéchoux. Contribution à l'étude de la tuberculinothérapie dans certaines affections du segment antérieur de l'œil, d'origine tuberculeuse probable. (MM. de Lapersonne, président ; Pozzi, André Broca et Auvray.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Variot, Sicard, Netter, Labey, Broca, Milian, Hirtz, Picqué, qui acceptent; Peyrot et Potocki, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de l'internat vient de se terminer. Voici l'ordre de classement des candidats, les neufs premiers sont nommés internes titulaires :

MM. Got, Perruchot, Hamet, Chevalier, Thomas, Dantin, Fromaget, Dubourg, Darget, internes titulaires.

MM. Fouquet, Soulard, Daure, Pasturaud, Secousse, Frimaudau, Belvèze, Bosc, Daudin-Clavaud, Casedevant, Plantier, Lataste, Souchet, Beurois.

Notons que deux internes titulaires, MM. Hamet et Thomas, sont élèves de l'école du service de santé de la marine.

— MONTPELLIER. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Baumel, Madon, Lapeyre, Etienne.

Internes provisoires. — MM. Rozies, Reveilhe, Chauvin, Corone et Carrieu.

— LILLE. — Après concours, M. Gellé a été nommé médecin chargé du service municipal des filles publiques vénériennes à l'hôpital Saint-Sauveur.

M. Dehève a été nommé médecin-adjoint.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. le docteur Guillaume est nommé pour l'année scolaire chef du laboratoire de bactériologie de la clinique des maladies des voies urinaires (Necker) en remplacement de M. le docteur Pettit, démissionnaire.

Un congé pour le premier semestre de l'année scolaire 1909-1910 est accordé sur sa demande et pour raison de santé à M. le docteur Albarran, professeur de clinique des maladies des voies urinaires.

M. le docteur Marion, agrégé, est chargé pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Albarran d'un cours de clinique des maladies des voies urinaires.

— BORDEAUX. — M. Bégouin est désigné pour occuper à titre de chargé du cours, la chaire de l'enseignement de la médecine opératoire laissée libre par le passage du professeur Villar à la chaire de clinique chirurgicale et par la transformation de la chaire de médecine opératoire en chaire de maladies des voies urinaires.

M. Lautier, chef de clinique médicale est désigné pour l'enseignement de la pathologie médicale élémentaire aux étudiants dentistes.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Sont nommés auditeurs : MM. les professeur Vallée (d'Alfort); les docteurs Lucien Dreyfus (de Paris), Eugène Gautrez (de Clermont-Ferrand); Ott, inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS s'est tenue le 28 novembre à la Faculté de médecine. Elle a adopté le principe de la création immédiate d'une « Fédération » de tous les groupements médicaux s'occupant des intérêts professionnels, et celui de l'affiliation à l'Union des Syndicats médicaux de France, mais dans un avenir plus ou moins lointain. Enfin, l'assemblée a voté à l'unanimité l'adoption des conclusions du rapport du docteur Chapon sur les mutualités, conclusions qui réclament le paiement direct et à la visite du médecin par le mutualiste.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société aura lieu le jeudi 16 décembre, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne dans le service de la clinique.

SERVICE DE GARDE POUR LES STAGIAIRES — M. le professeur Arnozan annonce dans le *Journal de médecine de Bordeaux* que, dans le but de favoriser l'enseignement pratique de la médecine et de la chirurgie d'enfance, la Faculté et la commission des hospices de Bordeaux, d'accord avec la réunion médico-chirurgicale, ont organisé pour les élèves de cinquième année un service de garde.

Tous ceux des étudiants qui ont atteint le terme de leur scolarité pourront être admis, par groupes de quatre, à participer, dans le pavillon des pansements externes, à l'admission et à l'examen des malades ou des blessés atteints de cas urgents.

Ce service, qui répond à l'une des dispositions les plus importantes du décret du 11 janvier 1909, n'est encore organisé nulle part. Est-il besoin de rappeler que les congrès des praticiens ont souvent émis le vœu d'une semblable organisation?

L'ANALGÉSIE RÉGIONALE

DANS LA CHIRURGIE DES PAUPIÈRES ET DE L'APPAREIL LACRYMAL

Par MM. L. CHEVRIER,
Chirurgien des hôpitaux de Paris,
et A. CANTONNET,
Chef de clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Dans des publications antérieures, l'un de nous a insisté sur les avantages présentés par l'*analgésie régionale* qui vise le nerf d'un territoire sensitif, à distance plus ou moins grande de la région opératoire, sur l'anesthésie locale qui infiltre les plans sur lesquels agit directement le bistouri. Ces avantages sont :

L'étendue des tissus analgésiés pour une petite dose d'anesthésique;

L'*absence de déformation de la région*, essentielle dans les opérations esthétiques ou délicates; ce qui est tout à fait le cas pour les interventions qui doivent porter sur les annexes de l'œil.

Ces avantages très précieux sont compensés par un petit inconvénient que nous voulons indiquer de suite, car c'est un fait fondamental dans la méthode : la nécessité d'*attendre douze à quinze minutes* pour que le nerf se laisse bien pénétrer par l'anesthésique. Il est donc capital de ne pas prendre le bistouri sitôt l'injection faite, sous peine de s'exposer et d'exposer la méthode à un échec injustifié.

Nous avons remarqué que dans les analgésies palpébro-lacrymales, la peau n'était plus sensible aux piqûres au bout de cinq à six minutes, mais la *muqueuse conjonctivale garde sa sensibilité à la douleur beaucoup plus longtemps*; c'est donc la muqueuse qu'il conviendra d'interroger avant de commencer l'intervention. Pour ce faire, on renversera la paupière supérieure ou on ectropionnera la paupière inférieure suivant le cas. Avec un instrument pointu, l'extrémité de l'aiguille qui vient de servir à l'injection par exemple, on piquera la muqueuse en demandant au malade non pas : « Sentez-vous quelque chose », mais : « Cette piqûre vous fait-elle mal »; l'analgésique ne supprime en effet que la sensibilité à la douleur et laisse persister la sensation de contact; il est bon de le faire comprendre au malade.

La méthode n'a rien à voir avec un anesthésique en particulier : on pourra employer la cocaïne à 1 p. 200, la stovaïne à 1 p. 100, dont le professeur de Lapersonne a vulgarisé l'usage en ophtalmologie, l'alypine, la novocaïne à 1 p. 100, additionnée d'une goutte d'adrénaline au millième par 2 centimètres cubes : c'est cette dernière solution que nous avons utilisée dans nos cas personnels.

La condition indispensable pour que l'analgésie soit obtenue, même après l'attente nécessaire de dix à quinze minutes, sur laquelle nous avons insisté, est que le liquide soit bien porté *autour du nerf;* il faut donc connaître exactement la situation des nerfs et leurs territoires cutanés pour poursuivre une analgésie régionale avec quelques chances de succès.

A. PAUPIÈRES.

Notions anatomiques. — La *paupière supérieure* tire la majeure partie de ses filets sensitifs du *nerf frontal externe ou sous-orbitaire* : celui-ci émerge de l'orbite par l'échancrure frontale externe (parfois convertie en trou) qu'on sent en général assez facilement à environ 1 centimètre de la tête du sourcil; un fait important à noter, c'est que les filets palpébraux naissent souvent du nerf avant le trou susorbitaire, alors qu'il chemine immédiatement au-dessous du plafond de l'orbite; il faut donc atteindre le nerf *dans l'orbite* pour être certain d'agir sur les filets palpébraux. Ces filets, après leur naissance, se portent en dehors le long du bord orbitaire, puis descendent dans les tissus de la paupière donnant schématiquement la sensibilité aux deux quarts moyens de la paupière supérieure; il nous a semblé, au contraire des notions classiques, que le bord libre de la paupière supérieure dans son quart externe jusqu'à la commissure tirait sa sensibilité, exquise d'ailleurs, de ces mêmes filets.

Le quart interne est sous la dépendance du *nerf frontal interne* qui sort de l'orbite au niveau de l'angle supéro-interne; il est à ce niveau assez éloigné du nerf sus-orbitaire, mais quand il chemine au contact de la voûte orbitaire, *immédiatement au-dessus de la poulie de réflexion du grand oblique* [d'où son nom de nerf sus-trochléaire que lui donnent les Allemands (1)], il en est assez proche, si bien que par une injection poussée au contact de la voûte orbitaire, au-dessus et en dehors de la poulie, on est certain de baigner dans la boule d'œdème les deux nerfs frontal externe et frontal interne.

Le quart externe de la paupière supérieure est innervé, disent les classiques, par les branches terminales du nerf *lacrymal*. L'un de nous a cherché en vain sur quelques sujets ce ou ces filets palpébraux du lacrymal; nous n'induirons pas de là qu'ils n'existent pas, mais que, étant donné leur volume très minime, le siège de leur émergence ne peut être exactement déterminé; les figures de Testut et de Poirier leur font franchir le rebord osseux en des points différents, mais il est certain qu'une injection poussée au contact de ce rebord osseux dans le tiers externe du pourtour supérieur de l'orbite les atteindra fatalement. Nous croyons que le territoire sensitif du lacrymal ne va pas jusqu'au bord libre de la paupière, qu'il est assez restreint du côté de la peau, beaucoup plus étendu au contraire du côté de la muqueuse (toute la partie qui répond à la portion palpébrale de la glande lacrymale, qu'il innerve d'ailleurs).

La *paupière inférieure* a une innervation simple, tout entière fournie par les rameaux ascendants du

(1) Les anatomistes français repoussent cette dénomination qui peut créer une confusion avec le rameau supra-trochléaire, branche collatérale du frontal interne, qui va s'anastomoser avec le nerf infra-trochléaire ou nasal externe. Si la dénomination allemande est malheureuse au point de vue descriptif, elle est exacte au point de vue topographique.

nerf sous-orbitaire, branche terminale du nerf maxillaire supérieur, sortant en éventail du trou sous-orbitaire, à 1 centimètre environ du bord inférieur de l'orbite osseux (1).

TECHNIQUE. — Les détails anatomiques qui précèdent établissent la nécessité de *trois injections* pour atteindre les trois sources de l'innervation sensitive des paupières.

1° L'*injection supéro-interne*, destinée à atteindre les nerfs *frontal externe et frontal interne*, est *sus-trochléaire ou extra-trochléaire*.

La situation de la *trochlée* est déterminée avec soin par la pulpe de l'index enfoncé dans l'angle supéro-interne de l'orbite. L'aiguille pique *au-dessus* et un peu *en dedans* du point trochléaire, représenté par une croix sur la figure 1, puis passant au-dessous du rebord osseux de l'orbite par lequel elle

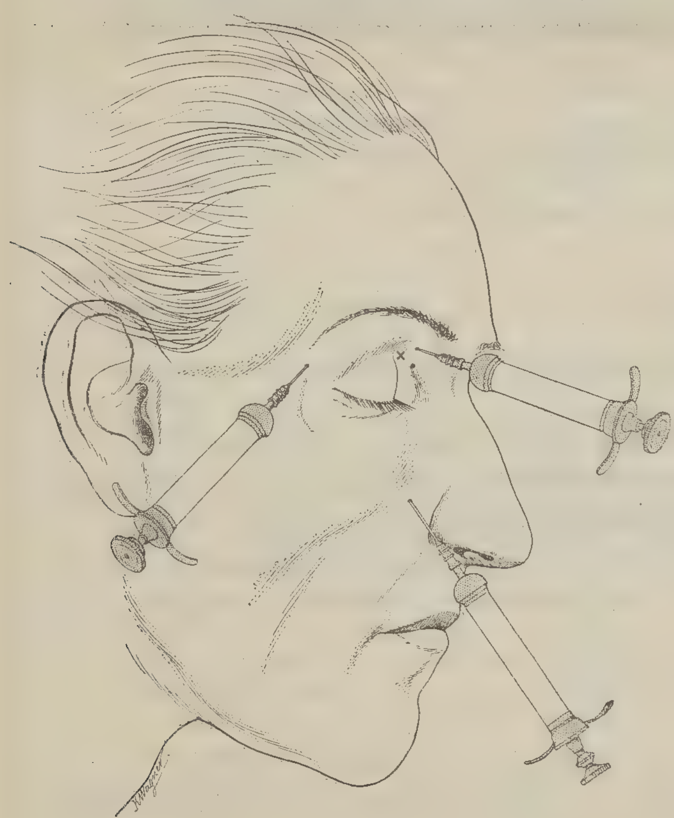


FIG. 1.

ne doit pas se laisser arrêter, elle file le *long du plafond orbitaire osseux*, qu'elle doit sentir, passant au-dessus et un peu en dehors de la trochlée ; l'inclinaison de la voûte orbitaire la force donc à être *oblique en haut et en arrière*. Il sera nécessaire pour qu'elle atteigne le nerf frontal externe qu'elle soit aussi dirigée un peu en dehors. Cette obliquité en dehors est d'autant plus nécessaire que son orifice d'entrée — éloigné à dessein du globe oculaire et de la partie oculaire de la paupière qu'il faut éviter d'infiltrer — est un peu interne ; le corps de la seringue sera donc un peu *rapproché du dos du nez*. On fera pénétrer l'aiguille de 1cm5 à 2 centimètres.

Il est bien entendu que, comme dans toute analgésie locale, le piston doit toujours être poussé en même temps que la seringue, si bien que l'aiguille projetant toujours le liquide analgésique devant elle, n'entre jamais en contact direct avec les tissus.

Une injection de 1 ou 2 centimètres cubes étant poussée dans la profondeur, on devra masser légèrement avec un tampon allongé introduit dans l'angle supéro-interne de l'orbite.

2° L'*injection externe ou lacrymale* se fera de la façon suivante. L'aiguille sera enfoncée au niveau d'une ligne prolongeant la commissure externe des paupières, sur le *pourtour osseux* de l'orbite dont elle ira chercher le contact. Progressant le long de ce rebord osseux, en tendant constamment à être le plus intra-orbitaire (1) qu'elle le pourra, et sur une longueur de 3 à 4 centimètres, l'aiguille déposera le liquide anesthésique entre le périoste et la glande lacrymale, à la limite supérieure de la portion palpébrale de cette dernière.

Cette injection déforme légèrement par infiltration la partie supérieure et externe de la paupière, ce que ne fait pas l'injection sus-trochléaire, intra-orbitaire et plus profonde. Cette déformation est minime et fort éloignée du bord libre et de la commissure qui gardent leur aspect normal. Massage léger comme à la suite de toute injection analgésiante.

3° L'*injection inférieure ou sous-orbitaire* doit être faite de telle sorte que l'aiguille arrive au niveau du trou osseux dans la direction du canal sous-orbitaire, de façon à pouvoir y pénétrer au besoin.

Voici le manuel opératoire précisé récemment par l'un de nous. La pointe de l'aiguille est enfoncée un peu *en dedans du milieu d'une ligne* allant du sillon qui marque la limite supérieure de l'*aile du nez* à l'insertion antérieure du masséter sur la *pommette* (on sent celle-ci en priant le malade de serrer fortement les dents). L'aiguille est inclinée de telle sorte dans le sens transversal que l'axe de la seringue croise le *milieu de la bouche* ; dans le sens antéro-postérieur, son obliquité est telle qu'elle forme avec les téguments un angle de 20 à 25 degrés ; pratiquement l'*épaisseur d'un doigt* sépare la seringue de la lèvre supérieure. Ainsi dirigée, l'aiguille va vers le trou sous-orbitaire ; elle peut pousser là son injection, nous l'appellerons alors *injection orificielle* ; mais elle peut pénétrer dans le canal parfois sans tâtonnements et y lancer du liquide anesthésique, c'est alors une *injection canaliculaire*. Massage léger.

INDICATIONS TOPOGRAPHIQUES. — Mieux que toute description, la figure schématique n° 2 montre les territoires anesthésiés par chaque injection, le

(1) Si dans notre exposé anatomique nous ne parlons que des nerfs, c'est que seuls ils nous intéressent. Les vaisseaux qui les accompagnent, même importants, peuvent être oubliés, le liquide anesthésique les repousse avant le passage de l'aiguille ; d'ailleurs si quelque veine était piquée, une légère ecchymose serait le seul accident causé.

(1) L'aiguille ne saurait être vraiment intra-orbitaire ; nous entendons dire qu'elle doit suivre le versant orbitaire du pourtour osseux et non pas le versant fronto-temporal ; si elle suivait ce dernier, elle manquerait les filets du lacrymal.

nombre et le siège des injections à faire suivant que l'intervention portera sur les deux paupières, sur la paupière supérieure ou inférieure, sur l'angle interne ou l'angle externe de l'œil.

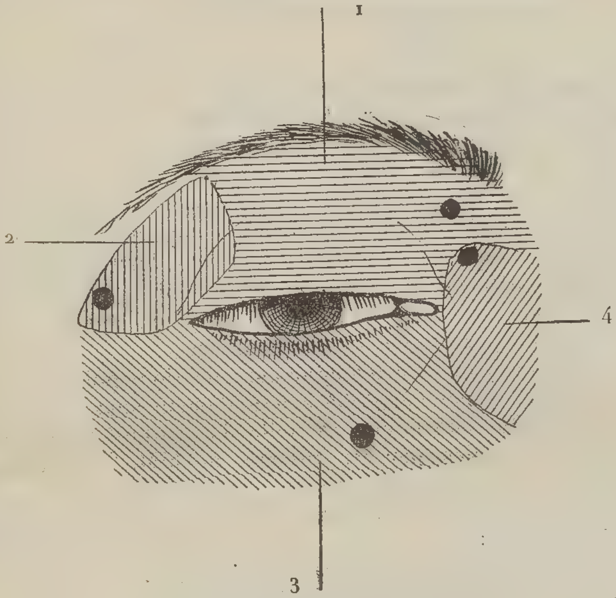


FIG. 2. — *Territoires d'anesthésie des diverses piqûres.* — 1. Territoire analgésié par la piqûre sus-trochléaire (frontal externe et interne); — 2. Territoire analgésié par une piqûre externe (lacrymal); — 3. Territoire analgésié par la piqûre inférieure (sous-orbitaire); — 4. Territoire analgésié par la piqûre sous-trochléaire (nasal externe).

On se rappellera que le nerf lacrymal ne donne pas de filets à la tempe et que l'analgésie de ses rameaux terminaux n'insensibilise pas les tissus en dehors du rebord externe de l'orbite.

B. APPAREIL LACRYMAL.

NOTIONS ANATOMIQUES. — La *glande lacrymale* est innervée par le nerf *lacrymal*, aussi bien dans sa portion profonde orbitaire que dans sa portion palpébrale, facilement abordable.

L'innervation des *points* et des *canaux lacrymaux* se confond avec celle du bord libre des paupières correspondantes, pourvu d'ailleurs d'une sensibilité exquise.

Le *sac lacrymal* reçoit ses filets du *nerf nasal externe*. Celui-ci, après avoir longé la paroi interne de l'orbite, émerge de la profondeur *au-dessous de la poulie de réflexion du grand oblique*, d'où son nom de nerf sous-trochléaire : par ses rameaux supérieurs et internes, il innerve la peau de la partie tout interne de la paupière supérieure (en avant du sac lacrymal) et les téguments du nez. Avant de passer sous la trochlée, il a donné son *rameau inférieur ou du sac lacrymal* qui va sensibiliser le sac lacrymal et la partie supérieure du canal lacrymo-nasal.

La *partie inférieure du canal lacrymo-nasal* reçoit ses filets sensitifs du *nerf dentaire antérieur*, branche collatérale du nerf sous-orbitaire, détachée de celui-ci *un peu en arrière de l'orifice superficiel* du canal sous-orbitaire.

TECHNIQUE. — L'analgésie du sac lacrymal s'obtient par une *injection sous-trochléaire*.

La poulie de réflexion du grand oblique ayant été sentie et repérée, l'aiguille est enfoncée *au-dessous et un peu en dedans d'elle* (point noir sur la figure n° 1, au-dessous de la croix indiquant la trochlée). La pointe cherche le *contact osseux de la paroi interne* de l'orbite et, sans s'en écarter, elle file *directement antéro-postérieure* au-dessous de la trochlée jusqu'à une profondeur d'un centimètre et demi environ.

L'anesthésie du nerf dentaire antérieur et par conséquent l'analgésie de la *partie inférieure du canal lacrymo-nasal* pourra être obtenue par la technique d'injection sous-orbitaire ci-dessus décrite, en faisant pénétrer légèrement la pointe de l'aiguille dans le canal osseux (*injection sous-orbitaire intra-canaliculaire*).

On pourra aussi bien analgésier *tout le nerf maxillaire supérieur*, dans l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire, en l'atteignant par la *fente sphéno-maxillaire*, comme l'un de nous l'a récemment proposé (1); déterminer le pourtour osseux inférieur de l'orbite, à 12 millimètres en dehors de l'angle mousse inféro-externe, enfoncer l'aiguille de façon à prendre et à garder contact avec le plancher osseux de l'orbite; maintenir toujours l'aiguille exactement dans le plan antéro-postérieur; quand le sol osseux qui suit la pointe lui manque et qu'elle pénètre en tissus mous, c'est qu'elle vient de traverser la membrane fibreuse de la fente sphéno-maxillaire; en poussant alors l'injection, on est certain d'entourer dans la boule d'œdème le nerf maxillaire supérieur.

INDICATIONS TOPOGRAPHIQUES. — Les opérations sur la *glande lacrymale*, au moins sur la portion palpébrale, relèveront de l'injection externe ou lacrymale.

Si on veut faire l'extirpation du *sac lacrymal*, il est nécessaire d'ajouter, à cause de l'incision cutanée, l'injection sous-orbitaire orificielle à l'injection sous-trochléaire qui analgésie le sac proprement dit.

C'est très rarement qu'il sera nécessaire d'analgésier *toute la hauteur du canal lacrymo-nasal*, car les interventions qui le demanderaient sont toujours très courtes (passage d'une sonde, passage du couteau de Weber dans l'opération de Stilling). Si cependant on veut éviter à un malade une douleur même passagère, on se souviendra qu'on le peut, en joignant à l'injection sous-trochléaire l'injection sous-orbitaire intra-canaliculaire ou l'injection par la fente sphéno-maxillaire.

RÉSULTATS CLINIQUES. — Nous avons appliqué cette méthode dans 21 interventions oculaires, faites à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, et M. le professeur de Lapersonne a bien voulu pratiquer lui-même certaines d'entre elles. Le liquide utilisé a été la novocaïne à 1 p. 100, additionnée d'une goutte d'adrénaline à 1 p. 1 000 par 2 centimètres cubes.

Elles se décomposent en : trachomes (par divers procédés, raclage, curettage, brossage), 7 cas; débridement des voies lacrymales par le procédé de Stilling, 2 cas ; redressement par le procédé d'Ana-

(1) CHEVRIER. Les injections péritronculaires autour du nerf maxillaire supérieur, *Bull. méd.*, n° 94, 27 nov. 1909, p. 1073.

gnostakis-Panas de paupière entropionnée (trichiasis), 1 cas; excision d'une bandelette de conjonctive contre l'entropion, 1 cas; procédé de Szymanowski contre l'entropion, 1 cas; chalazion, 5 cas; tarsorraphie, 1 cas; extirpation du sac lacrymal, 1 cas; destruction ignée du sac lacrymal lupique, 1 cas.

L'analgésie régionale permet donc de pratiquer toutes les opérations courantes sur les paupières et l'appareil lacrymal. Elle diminuera considérablement le nombre des anesthésies générales, toujours graves pour le malade, à courte ou longue échéance, toujours gênantes en chirurgie oculaire à cause de la présence du masque ou de la compresse au voisinage du champ opératoire et à cause de celle du chloroformisateur, qui ne sait où se mettre pour laisser la place libre à l'opérateur et à ses aides. Elle est supérieure à l'analgésie locale parce qu'elle ne déforme pas la région. Elle est enfin dépourvue de tout danger et son efficacité est certaine si l'injection est faite à l'endroit voulu et, si condition indispensable, on lui laisse le temps de faire son effet.

MÉDECINE PRATIQUE

UN SIGNE NOUVEAU SUR LES MEMBRES INFÉRIEURS DANS LES MÉNINGITES CHEZ LES ENFANTS. SIGNE DE LA NUQUE.

M. Brudzinski (1) a déjà décrit les réflexes contra-latéraux des membres inférieurs chez les enfants, réflexes qui apparaissent, entre autres affections, dans les méningites tuberculeuse et cérébro-spinale épidémique. En poursuivant ses recherches, il a constaté un signe nouveau de la méningite : la flexion passive de la nuque en avant fait que les membres inférieurs se fléchissent dans les articulations du genou et fémorales; les membres inférieurs font donc une flexion parfois très étendue sur le bassin. Ce signe peut être appelé signe de la nuque; la recherche en est très simple : l'enfant couché horizontalement et les membres inférieurs en extension, on lui prend la tête dans la main gauche, et on fait une flexion de la tête et de la nuque, pendant qu'on appuie la main droite sur la poitrine de l'enfant pour l'empêcher de se soulever. Dans vingt et un cas de méningite tuberculeuse, le signe de la nuque fut vingt fois constaté; il ne manqua que chez un enfant examiné à la veille de la mort et déjà dans l'état agonique. Le signe de la nuque fut positif dans tous les cas de méningite cérébro-spinale, de méningite séreuse, de méningite à pneumocoques où l'auteur le rechercha. Mais s'il est constant dans les méningites, le signe de la nuque ne paraît pas pathognomonique, puisque M. Brudzinski a pu le provoquer chez quatre nourrissons atteints seulement de rachitisme et d'arrêt de développement. De nouvelles recherches ne tarderont sans doute pas à fixer la valeur séméiologique de ce signe des méningites.

L. BABONNEIX.

(1) BRUDZINSKI. *Arch. de méd. des enf.*, oct. 1909, p. 745.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1909)

Œdème aigu circonscrit de la face et urticaire fébrile généralisé chez un dégénéré adénoïdien. — M. SIMONIN. Il s'agit d'un dégénéré moyen, phobique et tiqueur porteur de végétations adénoïdes, qui trois ou quatre fois, au cours de la belle saison, fut atteint pendant trois années consécutives, de douze à quinze ans, de rhinorrhée séro-purulente aiguë et fébrile, bientôt suivie de poussées répétées d'urticaire généralisé et d'œdème blanc, peu douloureux quoique volumineux, du côté droit de la face, du front et des yeux, amenant l'occlusion prolongée et gênante des paupières.

C'est là un syndrome analogue aux affections polymorphes et d'étiologie variable englobées actuellement sous le nom de maladie de Quincke et sur lesquelles l'attention vient d'être à nouveau appelée par les travaux de MM. Lereboullet, Faure-Beaulieu et Sacquépée.

Chez leur malade on trouve trois caractéristiques dignes d'être retenues :

I. L'évolution sur un terrain névropathique.

II. L'association de l'œdème à l'urticaire.

III. Le caractère infectieux affirmé par la fièvre.

Quant à la nature même de ce processus infectieux, il est permis de supposer qu'on a eu affaire à des poussées d'adénoïdite bacillaire, le père du malade ayant succombé à la tuberculose pulmonaire, son frère à une méningite bacillaire, et lui-même ayant présenté, au cours des deux années qui précédèrent son affection, des poussées inflammatoires répétées dans les ganglions cervicaux et sous-maxillaires, d'ailleurs terminées par résolution apparente.

Encéphalite traumatique superficielle ancienne. — M. A. MARIE (de Villejuif) présente cinq pièces avec photographies cerveau et os accompagnées de préparations histologiques démontrant chez cinq aliénés déments la présence d'une encéphalite traumatique superficielle ancienne.

Chez trois, l'encéphalite était compliquée de méningo-encéphalite diffuse (consécutive après sept à douze ans). Deux de ces malades donnaient la réaction de Wassermann, le troisième était syphilitique avéré.

Les deux autres sujets non spécifiques et sans réaction de Wassermann présentent, l'un, de l'artério-sclérose sénile, l'autre les lésions neuro-épithéliales de la démence précoce selon Klippel.

Hémophilies expérimentales et comparées. — MM. P.-Emile WEIL et BOYÉ apportent deux ordres d'arguments nouveaux en faveur de la théorie sanguine, soutenue par Sahli, P.-Emile Weil, Nolf, Morawitz : d'une part, l'existence de l'hémophilie chez les animaux avec comme substratum anatomique la présence de lésions sanguines, le grand retard de la coagulation du sang; d'autre part la possibilité de reproduire chez l'animal et chez l'homme tout le syndrome hémophilique, en réalisant la grande incoagulabilité du sang.

Ces deux ordres nouveaux de faits doivent faire rejeter toute autre explication pathogénique de l'hémophilie, surtout si on les ajoute aux faits anciens actuellement démontrés, à savoir : la constance des lésions sanguines chez les hémophiles, et la guérison des hémorragies hémophilitiques obtenue par la disparition du vice de coagulation.

Rayons X et glycogénie hépatique. — MM. AUBERTIN et BEAUJARD publient, à l'appui de la communication de M. Ménétrier concernant l'action des rayons X sur la glycosurie des diabétiques, une expérience qui montre qu'à très fortes

doses et dans certaines conditions, les rayons X produisent une atrophie considérable du foie, atrophie qui se traduit histologiquement par une disparition de l'état clair normal et une disparition corrélative du glycogène hépatique.

On peut en conclure que si, à doses faibles, les rayons X produisent une transformation rapide du glycogène hépatique en glucose comme chez les malades de M. Ménétrier, les doses massives peuvent provoquer une disparition totale du glycogène avec atrophie de la glande. Quoi qu'il en soit, il semble certain que les rayons X agissent sur la glycogénèse hépatique comme l'avaient vu Lépine et Boulud.

Les méningites et les altérations concomitantes du système nerveux considérées dans leurs rapports avec les affections désignées sous le nom de poliomyélite antérieure aiguë épidémique. — M. Henri Claude. On a désigné sous le nom impropre de poliomyélite aiguë épidémique, une maladie infectieuse frappant d'une façon variable les méninges et les diverses parties du système nerveux, et parfois seulement affectant les allures véritables de la poliomyélite, affection caractérisée par la destruction des cornes antérieures de la moelle sur certaines régions. On a invoqué, pour expliquer cette maladie contagieuse et épidémique, l'existence d'un agent spécifique, d'un virus filtrant. Cette hypothèse paraît sur le point d'être démontrée pour certaines épidémies, mais il faut aussi reconnaître que la poliomyélite vraie comme les infections complexes du systène nerveux à type myélitique, névritique, concomitantes des méningites, peuvent être réalisées par des germes pathogènes connus, différents, suivant les cas, comme l'expérimentation l'a démontré, et comme il l'a vérifié lui-même dans plusieurs occasions. Le nom de maladie de Heim-Medin qui a été proposé pour désigner ces infections polymorphes du système nerveux paraît préférable. Il permet de distinguer ces maladies essentiellement contagieuses et épidémiques, des cas complexes d'infection du système nerveux qui sont d'une observation fréquente en France, en dehors de toute nature épidémique et qui se caractérisent par un syndrome méningé plus ou moins manifeste, parfois même en apparence seul en cause, auquel s'associent une série de manifestations traduisant des lésions concomitantes du système nerveux (cerveau, moelle, racines, nerfs), affections sur lesquelles il a déjà insisté avec Lejonne.

M. Claude a observé un certain nombre de faits de cet ordre et il rapporte seulement 7 cas qui sont très analogues à ceux qui ont été publiés sous le nom de poliomyélite aiguë épidémique. Le premier cas est relatif à un jeune garçon qui fit une scarlatine fruste et présenta une quadriplégie, et trois jours plus tard, des signes de méningite aiguë. Il guérit de sa méningite, et conserva des symptômes de névrite et de polyradiculite motrice, qui s'améliorèrent progressivement.

Une jeune fille eut dès le début des accidents méningés, de l'amaurose et des phénomènes de spasmodicité dans les quatre membres; le trouble de la vue s'atténua mais il subsista des symptômes moteurs, sensitifs et ataxiques rappelant la sclérose en plaques. Chez une jeune femme de trente ans, apparaissent des symptômes de confusion mentale, avec tremblement de la langue et des mains, puis brusquement les signes d'une méningite cérébro-spinale aiguë se manifestent; l'affection évolue en trois mois avec des alternatives d'amélioration et de recrudescence. Dans la suite on note une rétrocession de tous les symptômes, mais il resta quelques signes de spasmodicité rappelant la sclérose en plaques.

Un homme présente d'abord un syndrome de Brown-Séquard, puis une méningo-myélite ascendante à type de paralysie de Landry, au cours de laquelle les différents segments radiculaires furent intéressés progressivement. Le liquide céphalo-rachidien contenait du pus et des micro-organismes très analogues au méningocoque. La moelle offrait des lésions de méningo-myélite aiguë, avec petits foyers d'hémorragie et de ramollissement. Pendant la dernière épidémie de méningite cérébro-spinale (mars 1909), un homme est atteint de céphalée, troubles psychiques, sa démarche est ébrieuse, il est arrêté pour vol. Les accidents méningés aigus éclatent alors, il meurt en deux jours. Le pus des méninges contient des méningocoques; sur la corticalité cérébrale, on trouve, à l'examen histologique, de petits foyers d'encéphalite sous-pie-mérienne.

Une fillette de dix ans, au cours d'une inflammation adénoïdienne manifeste, a de la raideur de la colonne vertébrale, de la céphalée et brusquement est prise, le troisième jour, d'une quadriplégie incomplète avec atrophie musculaire, abolition des réflexes tendineux et douleurs très vives à la pression sur le trajet des nerfs; il s'agit d'une polynévrite, avec peut-être légère participation méningée et médullaire. Les paralysies sont actuellement presque complètement guéries.

Une fillette de treize ans, après une infection adénoïdienne, éprouve des douleurs dans les muscles des jambes et présente des troubles de la marche, l'abolition des réflexes tendineux, une atrophie légère des muscles fessiers d'un côté. Tous ces symptômes rétrocèdent rapidement, il s'agit encore d'une polynévrite.

Ces faits sont donc très comparables à ceux qui ont été rapportés sous la dénomination de poliomyélite épidémique. Il s'agit en réalité d'infections, de natures diverses, portant sur différentes parties du système nerveux et concomitantes de méningites, mais dépendant non d'une constitution épidémique et d'un virus spécifique, mais d'agents pathogènes communs. Ces états infectieux complexes du système nerveux, qu'on ne peut grouper sous une même dénomination, sauf lorsqu'ils se présentent sous la forme nettement épidémique de la maladie de Heim-Medin, sont importants à connaître, car il convient de rechercher par une analyse clinique soigneuse la nature des symptômes surajoutés à la méningite. En effet, c'est du diagnostic de ces lésions surajoutées, myélitiques, névritiques, radiculaires ou encéphaliques que découlent le pronostic et le traitement.

Arythmie respiratoire. — M. Vaquez lit un mémoire sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1909)

Kystes hydatiques du foie. — M. Tuffier apporte vingt observations de kystes hydatiques du foie, sur lesquelles il a rencontré trois cas de kystes multiples. Il relève d'abord, parmi ces vingt cas, une erreur de diagnostic, une gomme du foie prise pour un kyste hydatique suppuré, aussi bien d'après les symptômes que par la radiographie. Pour les kystes simples, M. Tuffier a recours à la ponction, à l'asséchage et à la fermeture de la poche; quand celle-ci est remplie de vésicules filles, il l'ouvre, la vide, l'aseptise ou l'excise, quand elle est libre ou, quand elle est ahdérente, la suture sans l'exciser.

Pour ce qui est des kystes multiples, voici le résumé des trois observations de M. Tuffier. Une femme arrive à l'hôpital avec le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine. M. Tuffier fait la laparotomie et trouve des vésicules hydatides dans le cul-de-sac de Douglas. Il s'agissait d'un kyste hydatique rompu dans le ventre. M. Tuffier revoit cette malade trois ans après. Elle avait eu une fièvre typhoïde deux mois avant. Elle eut de nouveau une fièvre persistante, une fièvre chirurgicale, A la partie postérieure du flanc droit, on trouvait une matité remontant assez haut. M. Tuffier fit une ponction, il sortit du pus dans lequel on trouva des bacilles d'Eberth. Il ouvrit le kyste. La fièvre tomba. Au cours de sa guérison, cette malade

fut reprise de fièvre et on l'opéra d'un troisième kyste hydatique suppuré sur la ligne médiane, au creux épigastrique.

Les deux autres cas ont trait à des kystes hydatiques du foie qui furent opérés et c'est à travers la poche qu'on s'aperçut de la présence d'un second kyste. Il est impossible, ajoute M. Tuffier, de formuler des lois générales pour la conduite à tenir dans ces cas.

M. Souligoux, étant assistant de M. Peyrot, a observé vingt et un cas de kystes hydatiques parmi lesquels se trouvent quinze femmes et six hommes. Parmi ces kystes suppurés, il en est qui ont été traités par la marsupialisation; ils ont tous guéri. Un kyste traité par la réduction sans drainage a suppuré secondairement, a été ouvert de nouveau et le malade a succombé. Un autre, également traité par le procédé de M. Quénu, fermeture sans drainage, a suppuré secondairement, a été rouvert et a guéri très lentement, après des accidents de sphacèle. Un petit kyste abdominal traité par le formolage a été suivi de guérison. Après les accidents observés par M. Souligoux, à la suite du procédé de fermeture sans drainage, tous les autres kystes hydatiques qu'il a rencontrés ont été traités par marsupialisation et suivis de guérison. Trois cas de résection ont été également suivis de guérison.

Il résulte de ces faits que M. Souligoux se montre très réservé pour le traitement des kystes hydatiques du foie par la réduction sans drainage. Il peut y avoir des accidents tardifs, assez graves pour entraîner la mort. Il en trouve des exemples dans la pratique même de M. Quénu. La réduction sans drainage n'est pas une opération de tout repos. M. Souligoux a eu l'occasion de rencontrer un kyste hydatique qui était adhérent au foie et à la rate. Du côté du foie, il a pu reséquer une portion du tissu hépatique et assurer une bonne hémostase. Cela fut moins facile du côté de la rate. Il put cependant se rendre maître de l'hémorragie et le malade guérit. Pour les kystes suppurés, il faut avoir recours à la marsupialisation.

M. Guinard a observé vingt-huit cas de kystes hydatiques du foie, dont sept cas de kystes multiples, soit un quart, ce qui est une proportion encore assez élevée.

D'après les faits observés par M. Guinard, il semblerait que la suppuration fût plus fréquente dans les kystes multiples. M. Guinard a marsupialisé les kystes suppurés; il s'est contenté de formoler les autres. Cinq fois il a dû prendre la voie trans-pleuro-péritonéale. Il a été très surpris d'entendre M. Souligoux attribuer des accidents graves au traitement par la réduction sans drainage. M. Guinard n'a jamais rien vu de pareil et le formolage lui a toujours donné satisfaction. Il emploie la solution de formol au centième. Dans tous les cas où le liquide était clair, il a obtenu les meilleurs résultats du formolage et de la suture. M. Guinard n'a jamais fixé la poche à la paroi abdominale.

Dans un cas, il opère un kyste hydatique; au fond de la poche il sent un autre kyste, il incise et il a une hémorragie considérable qu'il n'a pu arrêter. Il a fermé la poche. L'hémorragie a fini par s'arrêter et il s'est fait dans la poche un hématome qui a disparu spontanément. M. Guinard pense que, dans ces kystes doubles, il vaut mieux ponctionner de dehors en dedans qu'à travers la première poche. Sur sept kystes multiples opérés, M. Guinard n'a eu qu'un cas de mort.

Il insiste, en terminant, sur les dangers des ponctions exploratrices. On a vu des accidents très redoutables après ces ponctions. En résumé, s'abstenir de ponctions exploratrices, marsupialiser les kystes suppurés, faire une large incision abdominale, formolage des kystes à contenu clair, telle est la conduite que suit et que conseille M. Guinard.

M. Broca a observé 23 cas de kystes hydatiques du foie qui représentent 25 opérations, deux de ces malades ayant été opérés deux fois. Il y a, dans ce nombre, 5 cas de kystes multiples ayant donné 2 morts et 3 guérisons; 2 d'entre eux ont été opérés deux fois.

Quand on trouve un second kyste, M. Broca est d'avis d'opérer ce second kyste dans une autre séance. Il est, en principe, opposé à l'extraction de la poche. Il est partisan du capitonnage et de la réduction sans drainage. Toutefois, il trouve que M. Delbet a tracé un tableau trop sombre du drainage en parlant de cinq et six mois de traitement consécutif. C'est évidemment exagéré. Il est certain qu'avec la réduction sans drainage on obtient la guérison en trois semaines. M. Broca a toujours capitonné et n'a jamais eu d'accidents. Il se fait parfois une accumulation de bile dans la poche; dans ces cas, il faut suturer la poche à la paroi abdominale. Au début de sa carrière, M. Broca a eu un cas de mort par hémorragie à la suite d'une ponction. Depuis, il n'a jamais eu recours à la ponction exploratrice.

Kyste de la capsule surrénale. — M. Potherat rapporte l'observation d'une femme de quarante et un ans qui portait une volumineuse tumeur du flanc gauche qui datait de dix ans. Peu de temps avant d'entrer à l'hôpital, elle avait été prise d'une douleur très vive et avait eu une sensation de déchirure. A la suite de cette crise, la tumeur se développa. Le diagnostic hésitait entre un kyste de l'ovaire et un kyste hydatique du foie. M. Potherat fit la laparotomie latérale; il trouva une tumeur rétro-péritonéale, adhérente; il la ponctionna, donna issue à un liquide noirâtre et vit apparaître le rein au fond de la poche; il isola le rein, détacha très péniblement la tumeur de ses adhérences et put alors se convaincre qu'elle n'avait pas de pédicule. Il referma le ventre. L'examen de la tumeur a montré que, d'abord, le liquide qui était visqueux contenait des hématies. C'était un lymphangiome sur lequel étaient des amas jaunâtres qui furent reconnus pour être du tissu de la capsule surrénale. Il s'agissait donc d'un kyste de la capsule surrénale. M. Terrier a rapporté une dizaine d'observations de ce genre.

Hydronéphrose. — M. Walther présente un homme qu'il a opéré, il y a vingt jours, d'une énorme hydronéphrose adhérente aux organes voisins, qu'il a enlevée par décortication sous-capsulaire.

Hypospade. — M. Tuffier présente un individu qui a toutes les apparences d'une femme, cheveux longs, figure imberbe, seins très développés. Cette personne allait se marier, quand elle consulta pour une grosseur de la grande lèvre du côté droit. Il y avait une petite tumeur analogue du côté gauche. L'examen révéla qu'il n'y avait ni utérus, ni prostate, et que ces deux tumeurs étaient des testicules. Il s'agissait d'un hypospadias périnéal. Cette jeune fiancée est un homme. M. Tuffier est d'avis qu'il faut rompre le mariage.

Elections. — La commission chargée d'examiner les titres des membres correspondants nationaux est composée de MM. Kirmisson, Routier, Picqué et Broca.

La commission, pour les membres associés étrangers, est composée de MM. Monod, Lejars, Delbet et Bazy.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 27 novembre 1909)

Corps thyroïde et système pileux. — M. Guelpa admet les idées exposées par M. Léopold-Lévi, mais il lui paraît qu'elles sont empreintes d'exagération et qu'elles appartiennent au domaine de la théorie. Il apportera dès la prochaine séance des objections capables d'affermir ses réserves.

M. Léopold-Lévi, en attendant ce travail, fait connaître qu'il reste sur le terrain de l'expérimentation avec trente-cinq observations des plus récentes qu'il tient à la disposition de la Société.

Fracture du col chirurgical de l'humérus. — M. Louis Lièvre-Brizard dit qu'il faut autant que possible laisser le libre jeu à l'articulation du coude à cause des adhérences possibles. Il conseille la radiothérapie avant réduction pour se rendre compte de la position du fragment supérieur; après réduction, comme moyen de contrôle.

Le massage doit être précoce, mais non immédiat. La mobilisation du membre peut se faire par un exerciseur à poulie qu'il a imaginé avec la faradisation sinusoïdale comme adjuvant.

Technique thermale et kinésithérapique dans les maladies des veines. — M. R. de Langenhagen (de Luxeuil) analyse la double action thermale et kinésithérapique qui ne sera effective qu'à la condition d'éviter toutes les causes qui favorisent l'accumulation du sang dans les veines et de ne pas se départir des règles d'une hygiène sévère et d'un régime approprié.

La balnéation dans des piscines à eau courante, telle qu'elle est pratiquée à Luxeuil, fait réellement merveille chez les femmes atteintes de varices, de phlébalgies de nature goutteuse et rhumatismale et d'états douloureux des veines. A côté de l'action résolutive du bain, à côté de l'action sédative sur le système nerveux, on note une action analgésiante tout à fait remarquable sur les varices douloureuses. Il s'agirait là d'une véritable action massothérapique de ces sources radio-actives exercée sur les fibres musculaires des petits vaisseaux qui assurent ainsi le rétablissement de la circulation collatérale. L'auteur signale en outre les heureux effets des mouvements actifs effectués dans le bain et qui se trouvent ainsi réaliser un véritable exercice musculaire (une vraie marche artificielle dans le bain) qui répondra à toutes les indications de mobilisation que le médecin peut tenter sans le moindre dommage pour les malades.

Nous avons toujours été à même de constater le grand soulagement obtenu chez les malades phlébalgiques ou variqueuses. Les mouvements accomplis rendant aux muscles leur contractilité, aux articulations leur souplesse en favorisant la résorption de l'œdème et des exsudats épanchés dans les tissus, contribuent pour une large part à la guérison et abrègent considérablement la durée de la convalescence.

Contribution clinique à l'électrothérapie. — M. Gandil (de Nice) présente deux observations.

Observation I. — Femme de cinquante-cinq ans, arthritique, prise brusquement d'une éruption généralisée par tout le corps, considérée d'abord comme un érythème bulleux, elle a évolué sous les traits d'un pemphigus aigu donnant lieu à de vastes excoriations multiples guéries par l'électricité statique (effluvations et frictions électriques).

Obs. II. — Docteur, cinquante ans, atteint de troubles cardio-vasculaires (fausse angine de poitrine), dyspepsie nerveuse avec constipation opiniâtre.

Guérison complète de la constipation par la galvano-faradisation; disparition subséquente des troubles cardio-vasculaires et de la dyspepsie nerveuse.

Des névralgies rénales consécutives au rein flottant et de leur traitement par l'électricité. — M. Denis Courtade. Les névralgies rénales surviennent surtout chez des malades neurasthéniques, on peut employer les courants galvaniques mais les courants de haute fréquence sont les plus actifs, car ils agissent sur l'élément douleur et sur la neurasthénie elle-même.

Le traitement des fractures de la diaphyse humérale. — (Présentation d'appareil). M. Dupuy de Frenelle présente un appareil pour le traitement des fractures du bras ne nécessitant pas l'immobilisation du sujet ni du membre blessé.

Le coefficient chronologique du cœur. Cardiographie clinique. — M. Gillet. A l'état normal, il y a entre la systole et la diastole le rapport de trois à cinq. La systole compte pour 3/8, la diastole pour 5/8 d'une façon générale avec quelques variantes. Il serait utile d'introduire dans la clinique cardiaque une notion fournie par la cardiographie en étudiant la modification subie par ce rapport, d'établir le coefficient chronologique du cœur.

Si on l'applique aux tachycardies, on peut voir que certaines conservent le rapport 3/8, que d'autres sont systolisantes et certaines diastolisantes.

Influence du corps thyroïde sur l'évolution dentaire. — M. Dunogier fait connaître l'action du corps thyroïde sur l'éruption dentaire chez les enfants en retard au point de vue de leur dentition.

Observation I. — Enfant myxœdémateux âgé de trois ans, n'ayant que 6 dents au lieu des 20 qu'il aurait dû avoir à ce moment. Après trois mois de traitement, 16 dents.

Obs. II. — Enfant myxœdémateuse de treize ans, 2 dents permanentes au lieu de 28. Après trois mois et demi de traitement, apparition de 4 dents nouvelles (premières grosses molaires).

Obs. III. — Enfant non myxœdémateux de huit ans. Aucune dent permanente, 2 dents de lait absentes depuis deux ans à la mâchoire supérieure. Après quatre mois de traitement, 8 dents paraissent presque en même temps (centrales supérieures et inférieures et 4 dents de six ans).

M. Coudray présente un ouvrage de M. Jullien, « l'Autre Mal ». Comme son précédent ouvrage, « le Mauvais Mal », c'est une œuvre de vulgarisation sur la blennorragie à la fois très scientifique et d'une haute portée morale et sociale.

PRATIQUE MÉDICALE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA BRONCHITE AIGUE DES ENFANTS

Par M. le docteur E. Rocal.

Il est souvent difficile de diagnostiquer la bronchite aiguë des enfants ; les phénomènes congestifs qui l'accompagnent, parfois la dyspnée extrême, la température élevée et l'agitation orientent l'esprit de l'observateur vers la broncho-pneumonie ou la pneumonie.

Mais c'est avec la coqueluche à sa première période que la confusion pourra surtout exister, car même l'ulcération sublinguale que l'on a donnée comme caractéristique de la coqueluche s'observe parfois aussi dans la bronchite.

La marche seule des deux affections peut éclairer le praticien.

La toux nocturne des enfants peut exister aussi sans bronchite. On l'observera le plus souvent au printemps et à l'automne, chez les petits nerveux. Après deux ou trois heures de sommeil, il y aura des quintes de toux véritables, mais sans suffocations, et surtout l'examen de la poitrine restera négatif.

Dans l'adénopathie trachéo-bronchique, il existe encore des accès de toux coqueluchoïde, mais bien peu d'adénopathies sont indépendantes de bronchites aiguës récidivantes, et le diagnostic dans ce cas est facile à établir.

Mais il y a une affection qu'il est difficile de différencier de la bronchite aiguë et qui prête souvent à confusion : c'est l'asthme à forme bronchitique des enfants.

Tout à coup, à une heure quelconque de la journée, l'enfant est pris d'une toux quinteuse, fréquente, pénible, et en même temps d'accès dyspnéiques ; la fièvre s'allume et le thermomètre monte à 39 degrés, l'expiration est longue, pénible, sifflante, les vomissements sont fréquents. Bientôt l'ausculta-

tion décèle la présence de râles, surtout sous-crépitants, si abondants et si fins qu'on pense immédiatement à une broncho-pneumonie, à une bronchite capillaire.

Mais, au bout de quelques jours, les râles disparaissent et il ne reste plus que des signes de bronchite peu intense.

Quel doit être le traitement de la bronchite aiguë de l'enfance ?

Il se résume à quelques prescriptions fort simples : frictions révulsives et cataplasmes sinapisés sur le thorax, quelques gouttes de teinture d'aconit et de belladone, et enfin deux cuillerées à café par année d'âge et par jour de sirop Roche au thiocol. Ce médicament est un modificateur bronchique dont l'action est constante. Il transforme les réactions, assèche la muqueuse, détruit la septicité locale et stimule au niveau des lésions les défenses leucocytaires.

En général, avec cette médication, la bronchite aiguë ne se complique pas chez les enfants. Elle évolue en quelques jours sans laisser de traces et guérit entièrement.

Le sirop Roche ne calme pas la toux dès son absorption, comme le ferait par exemple le sirop de codéine, mais il exerce sur l'élément congestif et infectieux une action empêchante très nette et il représente l'agent direct de la médication pathogénique à la fois curative et prophylactique, car il arrête les infections secondaires streptococciques ou bacillaires.

LIVRES NOUVEAUX

Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris [1909 (1)], par le professeur G. Dieulafoy.

Les *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris* viennent de paraître à la librairie Masson. C'est la sixième série de leçons publiées par M. le professeur Dieulafoy; cet ouvrage vient s'ajouter à la liste des études cliniques si intéressantes recueillies depuis treize ans par l'éminent professeur de l'Hôtel-Dieu.

Comme dans les publications précédentes, M. le professeur Dieulafoy n'a retenu, dans les hasards fournis par la clinique, que les faits inédits ou à peine touchés par les auteurs; aussi, un singulier intérêt s'attache-t-il à la lecture de ces leçons, et le public médical, toujours avide de nouveautés, ne manquera pas de faire à ces nouvelles cliniques l'accueil favorable qu'il avait réservé aux précédentes.

Citons, parmi ces leçons, l'histoire étonnante de ce « pathomime », qui, par une bizarre aberration mentale, se faisait sur les membres des escarres à la potasse caustique et se laissa un jour amputer le bras gauche ; cette curieuse observation marque une date dans l'histoire des lésions organiques supposées des psychopathies. Poursuivant ses études sur les accidents tertiaires de la syphilis, l'auteur entreprend une discussion serrée sur la localisation de certaines lésions spécifiques de la base de l'encéphale, des méninges, du bulbe, en nous montrant quelques accidents rares, comme la « pachyméningite syphilitique de la base de l'encéphale », et la « polioencéphalite syphilitique »; puis il met en valeur les remarquables effets du traitement mercuriel intensif.

Comme toujours, une large part est faite aux questions médico-chirurgicales; dans cet ordre d'idées, des faits nouveaux sont analysés, mis au point, tels « les rapports des pancréatites et de la lithiase biliaire », « la cytostéatonécrose et les hémorragies pancréatico-duodénales ».

Signalons encore des études sur « les infections streptococciques et staphylococciques », sur « deux cas d'infection sanguine gonococcique, terminés par la guérison et aussitôt suivis de fièvre typhoïde ». A ce sujet, l'auteur traite de la méthode de Wright et fait une étude critique des opsonines et de la vaccination gonococcique.

Sous sa plume alerte et vigoureuse, l'éminent clinicien nous apprend, par une séméiologie précise, serrée, et une critique raisonnée des symptômes, à bien observer les malades. Nous retrouvons, en lisant ces pages, l'expression bien personnelle de son brillant enseignement de l'Hôtel-Dieu.

Le texte est accompagné d'un certain nombre d'illustrations graphiques, photographies, préparations anatomiques et bactériologiques, qui viennent appuyer l'étude clinique, et dont le caractère artistique mérite d'être souligné.

On reconnaît dans les *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu* la méthode du maître, méthode dont il ne s'est jamais départi, et qui contribua si singulièrement au succès du « Manuel de pathologie interne », en faisant le livre de chevet de l'étudiant et du médecin, et l'amenant, après plus d'un quart de siècle, à la quinzième édition, traduite aujourd'hui en un grand nombre de langues étrangères. A. LE PLAY.

(1) Paris, Masson et Cie.

Bulletins de la Société de Médecine du département du Nord (1), publiés par L. Ingelrans et J. Minet.

La Société de Médecine du département du Nord a fait preuve d'une grande activité scientifique pendant l'année 1908 puisque ses Bulletins forment un volume de plus de 500 pages. Il est impossible d'en donner une analyse détaillée, car les communications ainsi réunies sont le plus souvent des observations cliniques avec discussion; notons cependant que ce volume renferme aussi plusieurs importants mémoires, par exemple une étude de MM. Gaudier et Debeyre sur la rachistovaïnisation en chirurgie infantile, un travail de MM. Raviart et Cannac sur vingt-quatre nouveaux cas d'idiotie avec autopsie, etc. M. BRELET.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LES PALPITATIONS ET LA TACHYCARDIE

(Symptomatiques d'insuffisance du muscle cardiaque et de désordres nerveux, plus rarement du goitre exophtalmique.)

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou V gouttes de la solution au millième pendant 10 jours.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 DÉCEMBRE 1909

THÈSES

Jeudi 16 décembre, à une heure — M. Duverger. Des iridocyclites tardives après l'opération de la cataracte. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, André Broca et Auvray.) — M. Corset. Considérations sur la pollution des rivières par les eaux résiduaires industrielles. (MM. Chantemesse, président; Chauffard, Fernand Bezançon et Balthazard.) — M. Maingot. Le radio-diagnostic de la lithiase biliaire. (MM. Chauffard, président; Chantemesse, Fernand Bezançon et Balthazard.) — M. Brulé. Les ictères hémolytiques acquis. (MM. Chauffard, président; Chantemesse, Fernand Bezançon et Balthazard.)

(1) In-8°. — Lille, Le Bigot Frères.

Le Directeur-gerant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Variot, Sicard, Netter, Labey, Broca, Milian, Hirtz, Picqué, qui acceptent; Peyrot et Boissard, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX (MÉDECINS). — MM. Oulmont, passe à Beaujon; Darier, à Saint-Louis; Rénon, à Necker; Legry, à la Charité; Hudelo, à Broca; Macaigne, à Tenon; Enriquez, à la Pitié; Belin, à la Charité; Claude, à Saint-Antoine; Marcel Labbé, à la Maison Dubois; Fournier, à Cochin-annexe; Apert, à Andral; Bergé, à Sainte-Périne; Josué, à Debrousse.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. le docteur Treille, chargé de cours, est nommé professeur de la chaire de clinique des maladies exotiques nouvellement créée.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Arnaud, médecin-major à l'hôpital militaire de Marseille; Barbot, médecin en chef de l'hôpital de Falaise; Bergougnoux (de Brive), Besins (de Montréjeau), Chambon (de Cabourg), Demazière (de Naurens), Duponchel (de Périgueux); Ferrand (de Marseille), Gougombles (de Bagnères-de-Bigorre), Jacob (de Cormes), Lafon (de Bourdeilles), Lemasson-Delalande, Delbecque, Lemoult, Lobligeois, Motz, Poisson et Tostivint (de Paris), Masson (de Tullins), Nadaud (de Saint-Barthélemy-de-Bellegarde), Portal (de Saint-Germain de Calberte), Rivière (de Lyon).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Blanchard, Blum, Devraigne, Dufour, Gachon, Louste, Mazarakis, Ozoux, Paire, Sabatier, attaché à l'état-major du gouvernement militaire; Sallet, attaché au sous-secrétariat d'état du ministère de la guerre; Scialom, de Sèze (de Paris); Barbier (de Thury-Harcourt), Barreau (de Beaulieu-sous-la-Roche), Bergeret (de Bourgoin), Brinon (de Châteauneuf-sur-Loire), Bruneau (de Houdain), Casalis (de Courbevoie), Chenal (de Cepay), Coquand (de la Mothe-Achard), Cousin (de Loudéac), Coutant (d'Adamville-Saint-Maur), Daday (de Bourg-d'Oisans), Debidoux (de Sarlat), Debrie, médecin chef de l'hôpital de Verdun; Delmas (de Millau), Durand (de Montgiscard), Gilbert (de Saint-Germain-en-Laye), Joany (de Cubjac), Lallier (de Grainville-Langannerie), Le Goïc, médecin-major au 113e d'infanterie à Blois, Marnay (de Loches), Morizot (d'Arlés), Palas (des Sables-d'Olonne), Parmentier (de Clermont), Peyrazat (de Nontron), Piette (de Seboucourt), Privé (de Charenton), Rébillard (de Héricourt), Riqué (de Beaumont), Teissier (de Vauvert), Toulze (de Baune-la-Rolande), Treff (de Gondrecourt), Verlicke (de Wimereux), Vivès (de Lez).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une médaille d'argent est décernée à M. le médecin-major Izard.

MÉDAILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Une médaille d'argent est décernée à M. le docteur Billon (de Paris).

Des médailles de bronze sont décernées à MM. les docteurs Bois, Delmont-Bebet, Garnier, Gerson, Gougelet, Labady, Mathieu (F.), Tournier et Triboulet (de Paris).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dusson (de Captieux), Soulages (de Decazeville) et du professeur Massol (de Genève), directeur du laboratoire de bactériologie.

COURS [illegible] A LA FACULTÉ DE MÉDECINE SUR LE TRAITEMENT DES F[illegible]URES. — M. le docteur Dupuy de Frenelle fera son cours le [illegible]di 9 décembre sur le traitement des fractures de la clavicule (application des appareils) à l'amphithéâtre Cruvelhier (Ecole pratique), à six heures.

Ce cours essentiellement pratique a lieu tous les jeudis à six heures.

Programme du jeudi 16 : application des appareils inamovibles.

CONFÉRENCE SUR LES RAYONS X DANS L'APPAREIL DIGESTIF, par MM. les docteurs Rosenthal (de Munich) et Kolbé (de Châtel-Guyon) avec projections simples et cinématographiques. — Sous le patronage de la Société médicale du XVIe arrondissement, une conférence aura lieu le samedi 18 courant, à neuf heures du soir, salle D, Hôtel des sociétés savantes, 28, rue Serpente.

M. le docteur Rosenthal (de Munich), ingénieur civil, montrera cinématographiquement, par une technique qu'il a mise en pratique avec la collaboration du professeur Rieder et du docteur Kaestle (de Munich), les phénomènes de la motilité gastrique pendant la digestion de l'homme.

M. le docteur Kolbé (de Châtel-Guyon), membre de la Société, ancien professeur de la Faculté de médecine de Buenos-Aires, passera en revue avec projections la physiologie et la pathologie radiologique de l'appareil digestif.

SUR UN CAS DE TÉTANIE INFANTILE

Par M. L. BABONNEIX.

Nous avons eu l'occasion d'observer l'an dernier, dans le service de notre maître, M. le professeur Hutinel, un cas un peu anormal de tétanie. Nous croyons devoir le publier pour montrer quelles difficultés soulève parfois cette affection, et pour étudier les considérations grâce auxquelles on peut arriver à un diagnostic exact.

OBSERVATION. — Madeleine U..., sept ans, est adressée au professeur Hutinel, le 13 février 1909, parce que, depuis un mois, elle présente, à certains moments de la journée, des contractures localisées aux membres inférieurs.

Antécédents héréditaires. — Le père de la fillette souffre depuis longtemps de l'estomac, mais, d'après les renseignements qui nous ont été fournis, il ne serait pas éthylique. La mère est bien portante.

Il y a eu un premier enfant, mort, à trois mois, de gastro-entérite, puis la malade.

Antécédents personnels. — Madeleine U... est née à terme et a été nourrie au sein jusqu'à dix-huit mois. Elle a eu sa première dent à sept mois, a fait ses premiers pas à dix mois. A deux ans est survenue une bronchite qui a facilement guéri. Depuis cette époque, la fillette s'est toujours très bien portée. Cependant, elle a toujours été constipée, et, de temps à autre, elle est sujette à des débâcles pendant lesquelles les selles contiennent des glaires et même des peaux.

Depuis le 23 janvier 1909, la petite malade se plaint de crampes, dont voici les principaux caractères. Ces crampes, qui sont apparues progressivement, sans avoir été précédées par quelque infection ou intoxication, se produisent environ deux fois par jour, le matin au réveil, et le soir vers six heures. Elles consistent, au dire de l'entourage, en une sorte de rétraction des membres inférieurs qui se raidissent, deviennent froids, et sont le siège de quelques fourmillements. Ces crampes débutent par la jambe gauche et ne gagnent la droite qu'au bout d'un certain temps. Elles durent environ une demi-heure, pendant laquelle la fillette ne perd pas connaissance, n'a pas d'écume aux lèvres, n'urine pas sous elle. Puis la contracture disparaît progressivement et, dans le reste de la journée, la malade n'éprouve, au niveau des membres inférieurs, aucune sensation spéciale. Malheureusement, la mère ne peut fournir aucun renseignement sur l'état des pieds pendant la crise. Mais elle est très affirmative sur ce fait que les crampes sont strictement localisées aux membres inférieurs et que l'on n'a jamais rien remarqué d'anormal, à aucun moment, au niveau des membres supérieurs ou de la face.

Etat actuel. — L'enfant est bien développée, mais un peu maigre et pâle. Au moment où nous l'examinons, elle n'offre aucune raideur des membres inférieurs; les divers mouvements segmentaires s'effectuent de façon normale: la marche ne présente rien de particulier; il n'y a pas de signe de Romberg. Les réflexes tendineux sont partout normaux; de même, les réflexes cutanés; le signe de Babinski manque des deux côtés. La sensibilité, tant subjective qu'objective, est intacte; il n'y a ni troubles intellectuels, ni troubles trophiques ou vaso-moteurs, ni troubles sphinctériens. La main ne présente pas le type de la main d'accoucheur. Le signe de Trousseau manque. Le visage n'offre aucune de ces expressions particulières qu'on a si fréquemment notées dans la tétanie. Ajoutons enfin qu'il n'y a jamais eu de convulsions.

En regard de ces phénomènes négatifs, nous n'avons à citer que deux signes positifs, de la plus haute valeur, il est vrai. C'est d'abord le signe de Chvostek, parfaitement net des deux côtés; c'est ensuite l'existence incontestable de troubles digestifs : langue saburrale, appétit capricieux, ballonnement du ventre, sensibilité au niveau de l'S iliaque. En présence de ces constatations, d'une part, des antécédents de l'autre, nous prions M. le docteur Albert Weil de bien vouloir procéder à l'examen électrique. Voici la note qu'il nous a remise à ce sujet. Courants faradiques : 8 1/4 d'écartement des bobines, au biceps. Courants galvaniques : NFC, entre 1/2 et 3/4 de milliampère ; PFC, avant un demi ; POC à 3/4; NOC manque.

Le diagnostic de tétanie ayant été ainsi établi sans conteste, nous ordonnons un régime alimentaire approprié, et nous conseillons à la mère de donner à la fillette un peu de bromure (0,20 centigrammes) tous les soirs.

Le 23 mars, les contractures occupent les membres supérieurs, sans qu'il y ait, à proprement parler, de phénomène de Trousseau; le signe de Chvostek est toujours aussi net.

Le 27 avril, l'enfant est complètement guérie, mais elle garde toujours son signe de Chvostek.

*
* *

Cette observation nous a paru intéressante par plus d'un point.

Tout d'abord, chez notre malade, nous n'avons jamais constaté certains signes que l'on est habitué à considérer comme pathognomoniques de la tétanie: tels sont le phénomène de Trousseau et les contractures des extrémités supérieures aboutissant à l'attitude dite main d'accoucheur. D'autre part, nous avons noté chez elle des signes auxquels la plupart des auteurs n'attachent qu'une importance médiocre: tel le signe de Chvostek. Sur quoi nous sommes-nous donc fondé pour arriver au diagnostic ?

Sur quatre ordres de considérations :

1° *Existence de contractures.* — Sans doute, il existe d'autres affections que la tétanie où l'on peut voir survenir des contractures. Mais presque toutes possèdent, dans leur symptomatologie propre comme dans leur évolution, assez de caractères précis pour que la différenciation soit toujours possible, sinon aisée. C'est ce que nous nous sommes efforcé d'établir, ici même, pour le tétanos (1). D'autre part, on est habitué à cette idée que, dans la maladie découverte par Dance et Tonnelé, les contractures siègent toujours au niveau des extrémités supérieures. C'est là une erreur. M. Saint-Ange Roger (2), dans une thèse inspirée par M. Guinon, a bien montré que ces contractures peuvent, soit prédominer sur les membres inférieurs, soit atteindre isolément tous les muscles du corps. « Il n'est pour ainsi dire pas une région du corps, dit textuellement cet auteur, qui ne puisse être atteinte. Les muscles lisses eux-mêmes peuvent être pris. Tantôt la tétanie est limitée à un groupe musculaire, tantôt elle est limitée à un seul muscle. »

2° *Existence du signe de Chvostek.* — On sait que la valeur séméiologique de ce signe est encore discutée. Divers auteurs l'ont signalé dans l'hystérie (Loos, Orther), les états névropathiques (Frankl-

(1) L. BABONNEIX. Diagnostic du tétanos, *Gaz. des hôpit.*, sept. 1909.

(2) SAINT-ANGE ROGER. *Les Formes rares de la tétanie infantile*, Th. de Paris, 1902.

Hochwart), le somnambulisme (Charcot, Hogger, Laufmann), la convalescence de la fièvre typhoïde, les paralysies diphtériques, les infections les plus diverses (Gioseffi), l'épilepsie, la tuberculose, le rhumatisme avec ou sans chorée, la chlorose, les affections stomacales ou génitales de la femme. Mais, comme nous l'avons fait remarquer dans l'article que nous avons écrit sur ce sujet avec M. le professeur Hutinel (1), ces divers états pathologiques peuvent se diviser en deux groupes : dans l'un, constitué par les névroses, le signe de Chvostek n'existe habituellement qu'à l'état d'ébauche. L'autre est précisément formé par des affections : tuberculose, chlorose, rhumatisme, qui, comme le dit Chvostek junior, peuvent, à un moment donné de leur évolution, arriver à léser les glandes parathyroïdes, à l'insuffisance desquelles on tend, de plus en plus aujourd'hui, à rattacher la tétanie. D'ailleurs, le signe du facial a été noté dans certains cas de lésions strictement localisées aux parathyroïdes. Enfin et surtout, on sait qu'il s'observe dans presque toutes les formes de la tétanie, qu'il s'agisse de tétanie spontanée, de tétanie expérimentale ou d'états tétanoïdes, et dans la plupart des spasmes glottiques. Aussi avons-nous admis, avec Chvostek, Feer, Hauser et Thiemich, que sa constatation nette doit toujours faire affirmer l'existence de la tétanie. Il permet même le diagnostic rétrospectif de cette affection, car il persiste souvent, pendant des mois et des années, alors que tous les autres signes de tétanie ont depuis longtemps disparu (v. Jacksch, Thiemich).

3° *Existence nette de troubles digestifs.* — La fillette avait constamment souffert de l'intestin, et même, lors de son arrivée à l'hôpital, on notait encore certains symptômes caractéristiques : langue blanche, ballonnement du ventre, constipation, etc. D'autre part, son père avait toujours été forcé de ménager son estomac, et un autre enfant était mort, à trois mois, de gastro-entérite. Il semble donc qu'il y ait eu, chez elle, une sorte d'*hérédité digestive*, une sorte de *débilité gastro-intestinale* d'origine héréditaire, et plus ou moins analogue à la *débilité rénale*, sur laquelle a justement insisté M. Castaigne. Or, ne sait-on pas que les troubles digestifs occupent la première place dans l'étiologie de la tétanie?

4° *Existence de l'hyperexcitabilité électrique.* — Cette dernière constatation emporte le diagnostic. Il n'existe en effet aucune affection autre que la tétanie qui puisse accroître l'excitabilité galvanique au point de faire obtenir des contractions avec 2/3 de M. A. ou 1/2 M. A. Il y a donc là, comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire à plusieurs reprises, un renseignement de la plus haute valeur, et dont on aurait grand tort de se priver dans les cas douteux.

Le traitement que nous avons prescrit est simple : bromure de potassium à petites doses, hydrothérapie tiède et surtout hygiène digestive. L'opothérapie parathyroïdienne n'a pas encore fait ses preuves, en effet, et ce que nous pouvons faire de mieux, pour guérir la tétanie, c'est de conseiller les modérateurs nervins et de soigner les troubles digestifs que l'on retrouve presque toujours à l'origine des accidents.

(1) Hutinel. *Les Maladies des enfants*, t. V. — Asselin et Houzeau, édit.

CINQ CAS

DE

TUBERCULOSES EXTERNES SUPPURÉES

TRAITÉES ET GUÉRIES PAR LES INJECTIONS DE GOMÉNOL OU D'HUILE GOMÉNOLÉE

Par M. RALLIER du BATY (de Lamballe),
Ancien interne des hôpitaux de Berck.

En publiant les cinq observations suivantes, mon but est d'attirer l'attention sur les effets curatifs, vraiment remarquables, obtenus dans le traitement des tuberculoses locales, par l'emploi du goménol pur ou en solution huileuse.

Ces résultats personnels, joints à ceux obtenus par quelques confrères [docteur Balencie, professeur Julliard (de Genève), docteur Bonnel] qui ont appliqué ce produit au traitement des tuberculoses externes, forment un faisceau de preuves en faveur de la supériorité incontestable du goménol sur toutes les autres substances modificatrices employées jusqu'à ce jour.

Parmi celles-ci, l'éther iodoformé et le naphtol camphré tenaient, sans conteste, le premier rang. Nous avons vu ces deux médicaments, employés isolément ou mélangés l'un à l'autre, donner entre les mains de notre maître le docteur Calot, de surprenants résultats. Mais l'on sait que l'éther iodoformé, employé sous forme d'injection en cavité d'abcès, est extrêmement douloureux, et que le naphtol camphré, manié inconsidérément, n'est pas exempt de danger. Sous ce rapport, le goménol, auquel on ne peut imputer, jusqu'à ce jour, le moindre accident, doit lui être préféré.

Il possède encore une autre supériorité sur ces deux liquides modificateurs. La fonte des éléments tuberculeux que le goménol détermine nous a paru beaucoup plus rapide et complète que celle, déjà très remarquable, produite par l'injection de naphtol camphré en tissus fongueux.

Si la réaction produite par l'injection de goménol pur, en cavité d'abcès froid, s'est montrée parfois très vive (notre observation I) elle fut aussi très radicale et assura, d'un seul coup, l'assèchement de l'abcès. D'ailleurs, nous avons constaté, par la suite, que cette réaction pouvait être graduée au gré de l'opérateur.

Pour ma part, j'emploie l'essence de goménol à doses progressives, commençant, pour éprouver la susceptibilité du sujet, par injecter, en pleine cavité d'abcès, les doses tout à fait inoffensives et pourtant très actives, de cinq à dix gouttes, suivant l'importance de la collection froide. J'augmente assez rapidement cette dose, jusqu'à production de la réaction désirée qui se manifeste par les signes habituels de la suppuration franche; la collection se tuméfie, devient chaude, douloureuse, rougeâtre et parfois une zone œdémateuse entoure le foyer. Les ponctions doivent alors être répétées plus fréquemment pour éviter l'ouverture spontanée de l'abcès. Elles ramènent un pus nettement phlegmoneux, résultant de la mortification et de la fonte des tissus tuberculisés. Très rapidement, la cavité purulente, dépourvue de sa membrane pyogène, se rétracte, bourgeonne et cicatrise.

L'huile goménolée, d'un emploi plus facile, ne détermine qu'une réaction très douce; et si son action curative semble moins rapide que celle du goménol pur, elle n'en est pas moins certaine.

Observation I. — Je fus appelé à donner mes soins, en avril 1907, au jeune R..., âgé de sept ans, pour ostéite tuberculeuse du cubitus droit.

La famille se refusant à toute intervention sanglante, j'entrepris de traiter cette lésion par la méthode des injections modificatrices.

J'immobilisai l'avant-bras en appareil plâtré et j'entrepris une série de ponctions suivies d'injections médicamenteuses, répétant cette intervention tous les cinq jours, et utilisant comme liquide modificateur un mélange à parties égales d'éther iodoformé et de naphtol camphré.

Après six semaines de traitement, constatant que les caractères de la suppuration ne se modifiaient qu'avec une lenteur désespérante pour le malade et sa famille, je décidai d'employer le goménol, convaincu que son action serait, en semblable cas, très efficace.

Je fis ma neuvième ponction qui ramena, comme aux fois précédentes, environ 3 centimètres cubes de pus mal lié, et j'injectai, aussitôt après, en pleine cavité d'abcès, 1 centimètre cube d'essence de goménol.

Dans la nuit qui suivit l'injection, je fus appelé auprès de mon petit malade qui se plaignait de souffrir de son bras. Je trouvai l'avant-bras œdématié et serré dans l'appareil plâtré. Je m'empressai d'enlever celui-ci, et, de suite, les douleurs s'atténuèrent. Au niveau du cubitus malade, les tissus étaient tendus, rouges, œdémateux. La collection purulente avait triplé de volume et donnait une sensation très nette de fluctuation. L'abcès froid sous-périosté avait pris, en dix-huit heures, tous les caractères d'un abcès chaud arrivé à maturité. Plutôt que d'inciser cette collection, je trouvai préférable de la ponctionner. J'employai l'aiguille n° 2 de l'aspirateur de Calot, et je retirai 20 centimètres cubes d'un pus d'aspect nettement phlegmoneux. Je fis appliquer, sur tout l'avant-bras, des compresses humides, et, très rapidement, tout phénomène inflammatoire disparut. Je fis, le soir même, une nouvelle ponction qui ramena 10 centimètres cubes de pus bien lié.

Je n'eus pas à en faire de nouvelles; le foyer purulent était définitivement asséché.

Cette guérison surprenante, obtenue au moyen d'*une seule injection de goménol* s'est parfaitement maintenue. Le plus habile observateur ne saurait, aujourd'hui, reconnaître lequel des deux cubitus a présenté cette lésion.

Obs. II. — Voici le cas d'un autre malade, le sieur Cl..., atteint, depuis trois mois, d'ostéo-périostite de la cinquième côte droite, avec collection froide du volume d'un œuf de poule environ.

Je commençai à le traiter le 3 mai 1909, et pratiquai, à six jours d'intervalle l'une de l'autre, cinq ponctions consécutives suivies d'injections de 2 centimètres cubes d'une solution huileuse d'iodoforme et de gaïacol. Le volume et la nature de l'abcès ne se modifiant pas d'une façon sensible, je remplaçai alors l'injection d'huile iodoformée par celle d'un demi-centimètre cube d'essence de goménol et priai le malade de me revenir, dès le lendemain, s'il constatait une certaine réaction vive au niveau de l'abcès. Cette réaction ne se produisit, d'une façon très atténuée, du reste, qu'à la troisième piqûre. Je trouvai alors la collection purulente plus tendue, chaude et un peu douloureuse. Je retirai, par ponction, un pus abondant et très épais. J'introduisis, cette fois, dans la cavité de l'abcès 2 centimètres cubes d'huile goménolée à 33 p. 100. Le pus ne se reforma que très lentement, et en minime quantité. Une dernière ponction, faite trois semaines après la précédente, ne ramena qu'un centimètre cube d'un liquide séreux.

Dans le mois qui suivit, je constatai que l'abcès était complètement asséché.

La guérison s'est maintenue, depuis lors, et j'ose espérer qu'elle demeurera définitive.

Obs. III. — Je dois encore au goménol la guérison d'une gomme tuberculeuse de la joue, chez une jeune fille que j'ai soignée, ces dernières années, pour diverses manifestations scrofuleuses.

A la première ponction, je retirai un centimètre cube de pus grumeleux. J'injectai, à la suite de cette ponction, un demi-centimètre cube d'éther iodoformé. A la cinquième ponction, ne constatant pas d'amélioration notable, j'eus recours à l'essence de goménol que j'injectai à la dose de cinq gouttes. Cette piqûre fut répétée tous les trois jours. La réaction inflammatoire désirée se produisit à la quatrième piqûre. Le pus devint alors plus abondant et plus épais.

A la sixième injection goménolée, l'abcès se tarit et ne se reforma plus.

Ce résultat, datant de cinq mois, s'est parfaitement maintenu jusqu'à ce jour.

L'induration cicatricielle qui persistait, au niveau de la lésion, tend à disparaître complètement.

Obs. IV. — G.., âgé de vingt-six ans, se présente à ma consultation, en avril 1909, avec une polyadénite cervicale droite de la grosseur du poing. Son père est mort tuberculeux, et j'ai soigné, il y a cinq ans, une de ses sœurs pour une phtisie aiguë à laquelle elle succomba au bout de trois mois. Lui-même présente, à la région sous-maxillaire droite, de nombreuses cicatrices d'abcès froids.

La tumeur ganglionnaire, d'aspect mamelonné, est ferme, rénitente. Je ne perçois, qu'en un point seulement, une sensation très vague de fluctuation profonde. Une première ponction, faite en ce point, ramène, d'une profondeur de 3 centimètres environ, un centimètre cube de pus.

Laissant l'aiguille en pleine collection, j'injectai un centimètre cube d'huile goménolée à 50 p. 100.

Trois jours après, la ponction ramène 4 centimètres cubes de pus bien lié, sans que la réaction locale ait été sensible.

Je continuai à me servir pour les injections suivantes d'huile goménolée à 50 p. 100, à la dose de 1 ou 2 centimètres cubes.

A la quatrième piqûre, une réaction assez vive se manifeste, et la fonte ganglionnaire devenant très active, je retirai environ 6 centimètres cubes de pus. A partir de ce moment, la tumeur ganglionnaire s'affaissa avec une rapidité vraiment surprenante. Les deux ponctions suivantes ne ramenèrent qu'une quantité insignifiante de pus. Deux mois après le début du traitement, le malade ne présentait plus la moindre trace de son affection.

Bien que cette guérison soit récente, je tenais cependant à la signaler à cause de la rapidité surprenante avec laquelle elle s'est effectuée.

Obs. V. — Je tiens à signaler, en dernier lieu, un succès récent obtenu au moyen des injections goménolées dans un cas particulièrement intéressant.

Robert J..., âgé de dix-huit ans, domestique de ferme, se présente à ma consultation le 5 juin dernier, porteur d'un volumineux abcès froid à la cuisse droite.

Ce jeune homme était en traitement à l'hôpital Cazin de Berck-sur-Mer, alors que j'y étais interne. Il y était entré pour coxalgie droite avancée avec déviation et impotence absolue du membre. Il en était sorti, sur la demande de sa famille, un peu prématurément, avec une hanche ankylosée en bonne position et un état général excellent.

L'abcès actuel, résultat de privations et de fatigues excessives, était apparu cinq semaines auparavant.

J'en fis une première ponction le 10 juin. Elle ramena un demi-litre de pus. Ne disposant pas d'huile goménolée, j'injectai 10 centimètres cubes d'éther iodoformé. La douleur que provoqua cette injection fut telle que je dus promettre à mon malade de ne plus y avoir recours.

Le 15 juin, une deuxième ponction ramenait une égale quantité de pus. Je la fis suivre, cette fois, d'une injection de 10 centimètres cubes d'huile goménolée à 50 p. 100.

Le malade, malgré mes recommandations, resta quinze jours sans revenir me voir. A la visite suivante je constatai l'apparition au pli de l'aine d'une petite fistule par où s'écoulait une très faible quantité de pus. Cette fistule ne me parut pas communiquer avec l'abcès de la cuisse, lequel était très tendu. Ponctionné, il en sortit trois quarts de litre d'un pus brunâtre et bien lié. J'injectai, de nouveau, 10 centimètres cubes d'huile goménolée à 50 p. 100.

Vers la fin de juillet seulement, je revis le malade.

L'abcès était complètement tari; la fistulette s'était fermée; et le jeune homme, se considérant comme guéri, avait repris le cours normal de ses travaux qu'il n'avait, d'ailleurs, jamais abandonnés durant ce traitement.

Depuis cette époque, la guérison s'est parfaitement maintenue et j'étais loin de m'attendre, dans un pareil cas, à une aussi rapide et facile guérison.

Je ne veux pas comparer ici la valeur des différentes méthodes appliquées de nos jours au traitement des tuberculoses externes.

Je trouve préférable, plutôt que de couper une jambe ou un bras, parce qu'il porte une lésion tuberculeuse, d'attaquer directement cette lésion et, dans le cas d'abcès froid, rien n'est plus facile.

Evacuant l'abcès par ponction, sans déplacer l'aiguille, on introduit dans sa cavité un des liquides modificateurs connus qui s'attaque aux fongosités et en détermine, progressivement, la mortification et la fonte. Ces fongosités mortifiées et liquéfiées sont, par des ponctions successives, extraites à leur tour. Et bientôt les tissus débarrassés de tout élément tuberculeux bourgeonnent et cicatrisent.

Le *goménol*, dans cette pratique, m'est apparu comme un adjuvant très précieux, susceptible de donner à cette méthode conservatrice qui tend, chaque jour, à s'affirmer et à se répandre, une sûreté et une rapidité d'action vraiment merveilleuses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1909)

La transmission de la paralysie infantile au chimpanzé. — MM. Levaditi et Landsteiner. La paralysie infantile est transmissible au chimpanzé, la maladie apparaissant après une incubation de six à sept jours. Le virus paraît être assez résistant, puisque, dans le cas rapporté, il a conservé son activité quatre jours. Il est également possible de transmettre la poliomyélite en série aux singes inférieurs. L'agent pathogène semble se localiser de préférence dans les cellules nerveuses, dont il provoque la destruction; ces cellules, une fois dégénérées, deviennent la proie des phagocytes, qui achèvent leur anéantissement. Il y a une analogie frappante entre les lésions de la poliomyélite expérimentale et celle de la rage des rues.

Sur une anaéroxydase et une catalase du lait. — MM. F. Bordas et Touplain.

Etudes sur le cancer des souris. Relations entre la greffe de tumeur, la gestation et la lactation. — MM. L. Cuénot et Mercier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1909)

La prophylaxie de la fièvre typhoïde. — La discussion se poursuit sur cette grave question, M. Chantemesse, après avoir rappelé l'important rapport de M. Vincent, les communications de MM. Delorme et Vaillard, revient sur les différentes théories qui ont été émises relativement à la transformation d'un bacille banal en bacille typhique. Pour lui, la question est résolue dans le sens qu'indiquait M. Vaillard dans la dernière séance.

M. Chantemesse est d'accord avec tous ses collègues sur l'importance étiologique des eaux souillées par le bacille d'Eberth. Il rappelle que la première démonstration en a été faite, en 1872, à la suite de certaines épidémies, en particulier de celle d'Auxerre. Il rappelle également l'important rapport de M. Brouardel, en 1887, sur cette question. Donc sur la question de l'influence des eaux souillées par le bacille de la fièvre typhoïde tout le monde est d'accord.

M. Chantemesse rappelle aussi le rôle du lait contaminé par l'eau ou des mains impures; celui d'autres aliments, notamment des huîtres imprégnées d'eau sale. Enfin, l'importance du rôle de la contagion propagée par l'intermédiaire des porteurs de bacilles, après guérison de la maladie, s'imposera un jour à tous les médecins comme un fait d'une clarté non moins discutable.

Ce dernier mode de propagation du mal, M. Chantemesse l'a observé personnellement pendant les douze années où il a gardé le service des typhiques au bastion 29.

Quant au second point soulevé dans cette discussion et relatif à la spécificité du bacille d'Eberth, M. Chantemesse se sépare complètement de M. Delorme et adopte, à ce point de vue, l'opinion si bien défendue, dans la dernière séance, par M. Vaillard.

M. Chantemesse en arrive à une question qui l'intéresse tout particulièrement, à la question de la vaccination contre la fièvre typhoïde. Il estime qu'il devient nécessaire de songer à la vaccination préventive. Le nombre, toujours croissant, des infirmiers et des infirmières soignant des typhoïdiques qui contractent la maladie est bien fait pour impressionner les cliniciens.

M. Chantemesse termine en demandant la nomination d'une commission pour étudier cette importante question.

M. Widal tire une nouvelle preuve de la spécificité du bacille d'Eberth dans le pouvoir agglutinant du sang qui le contient. Cette réaction agglutinante nous montre toutes les différences qui séparent le bacille typhique et le bacille paratyphique du coli-bacille et des autres bacilles de l'intestin. Pour M. Widal, la réaction agglutinante fournit une preuve éclatante de la spécificité du bacille d'Eberth.

M. Vaillard partage l'avis de M. Chantemesse sur l'opportunité de la vaccination contre la fièvre typhoïde. Cette méthode de vaccination antityphoïdique a été employée, avec succès, par les Anglais aux Indes. Les Allemands l'ont aussi appliquée pour protéger leurs troupes et sont arrivés à une diminution, non seulement de la mortalité, mais aussi de la morbidité typhoïdique. Cette méthode mérite donc d'être prise en considération, d'être étudiée, d'être appliquée. D'ailleurs M. Vincent, dans son remarquable rapport, concluait à l'adoption de cette vaccination antityphoïdique.

M. Vaillard rappelle les ravages causés en Algérie, sur nos troupes, par la fièvre typhoïde. Il serait temps de tout tenter pour porter un remède à cet état de choses. M. Vaillard appuie donc la proposition faite par M. Chantemesse de demander la nomination d'une commission pour mettre cette question à l'étude.

M. Vincent estime également que cette question s'impose à l'attention de l'Académie. Toutes les méthodes qui peuvent aboutir à la diminution de la fièvre typhoïde en France méritent d'être sérieusement étudiées. M. Vincent rappelle que, dans son rapport, il concluait à l'adoption de la vaccination antityphoïdique, surtout en Algérie. Cette conclusion, soumise au vote de l'Académie, a été adoptée. Pourquoi n'en a-t-on tenu aucun compte? Nul ne le sait. M. Vincent profite de cette nouvelle discussion pour le rappeler à l'Académie.

M. Netter rappelle qu'il a fait de cette question l'objet d'un travail qu'il a soumis à l'Académie.

M. Chauffard est frappé depuis longtemps du nombre des infirmiers et des infirmières qui contractent la fièvre typhoïde en soignant des typhoïdiques. Il pense qu'il est du devoir du médecin de soumettre à la vaccination les infirmiers et infirmières appelés à soigner des typhoïdiques. Les médecins civils doivent, à ce point de vue, agir de la même façon que les médecins de l'armée. C'est là un devoir social et médical. M. Chauffard se rallie donc à la proposition formulée par M. Chantemesse.

M. Delorme rappelle qu'une des raisons pour lesquelles la vaccination antityphoïdique n'a pas été adoptée dans l'armée, c'est que le ministre de la guerre y a défendu toutes les vaccinations.

M. Delorme fait observer, avec beaucoup de raison, que, dans cette discussion on en revient, toujours, très justement d'ailleurs, au rapport de M. Vincent. Or, par une anomalie inexplicable et incompréhensible, ce rapport n'a pas été publié dans les bulletins. M. Delorme demande donc que l'Académie vote l'insertion du travail de M. Vincent dans le prochain bulletin.

M. le secrétaire perpétuel, s'en tenant à la lettre du règlement, déclare qu'il est impossible à l'Académie de donner satisfaction au vœu de M. Delorme, le rapport de M. Vincent sur les épidémies étant la propriété du ministre et non celle de l'Académie!

M. Bucquoy fait observer qu'il y a cependant un précé-

dent, celui du rapport sur les épidémies fait par M. Widal dont l'Académie a voté l'insertion dans ses bulletins.

M. Delorme, fortement appuyé par M. Lucas-Championnière qui proteste de la façon la plus énergique contre ce *non possumus*, insiste à son tour avec toute l'énergie dont il est capable pour obtenir le vote de l'Académie.

La proposition de M. Delorme est enfin mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Le rapport de M. Vincent sera donc inséré dans les bulletins et la discussion sera reprise dans la séance du 21 décembre, car celle du 15 est la séance annuelle.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine légale et de police médicale.

La liste de présentation portait en première ligne : M. Mosny; en seconde ligne : M. Dupré ; en troisième ligne *ex æquo* : MM. Courtois-Suffit, Lemoine, Thibierge et Vallon.

Au premier tour, sur 78 votants, majorité 40, M. Mosny obtient 65 suffrages. En conséquence il est proclamé élu.

La chirurgie chez les aliénés. — M. Picqué lit un travail sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 2 décembre 1909)

Signe d'Argyll unilatéral avec, du même côté, syndrome oculo-sympathique incomplet. — MM. de Lapersonne et Cantonnet. Depuis l'âge de onze ans, la malade, actuellement âgée de trente ans, présente de l'inégalité pupillaire, remarquée à la suite d'une affection pyrétique, qualifiée érysipèle facial. Actuellement, on trouve du côté gauche seulement, le signe d'Argyll, en l'absence de tout signe de syphilis. Du même côté, existe de l'exophtalmie, avec ptosis et légère atrophie faciale : ces phénomènes sympathiques sont attribuables à une adénopathie cervicale, probablement tuberculeuse. — L'unilatéralité du signe d'Argyll est une rareté, au cours de la syphilis nerveuse et du tabes, d'après MM. Ballet, Déjerine et Rochon-Duvigneaud; elle a été observée dans la syringomyélie par M. Déjerine et par M. Raymond, dans un cas de zona ophtalmique par M. Rochon-Duvigneaud.

Absence fréquente de contracture permanente dans l'hémiplégie infantile. — M. Long, sur vingt-huit garçons et huit filles du service de M. Nageotte, atteints d'hémiplégie infantile, n'a trouvé qu'une quinzaine de fois la contracture permanente : les formes flasques sont un peu trop oubliées aujourd'hui. Il présente un garçon de six ans, atteint d'hémiplégie flasque avec hypotonie et mouvements athétosiformes lors des mouvements volontaires. — M. Meige remarque que, chez l'enfant, la contracture apparaît surtout lors des mouvements volontaires et diminue progressivement, à mesure que se développe la motilité volontaire. — MM. Raymond, Ballet et Déjerine ajoutent qu'il faut distinguer les mouvements involontaires survenant lors des mouvements volontaires de l'athétose vraie, dans laquelle ils existent également au repos, ne cessant que pendant le sommeil.

Hémi-contracture avec athétose. — MM. Ballet et Kahn montrent une femme de trente et un ans, atteinte d'un hémispasme, sans troubles des sensibilités, mais avec signe de Babinski. Les troubles ont débuté à l'âge de sept ans, au lendemain d'une chute; il existe des mouvements involontaires qui paraissent bien être de l'athétose vraie. — M. Raymond signale la tendance à l'aggravation de l'athétose; il en est ainsi dans un cas de syndrome de Weber de son service; le début s'est fait à deux ans, et la malade a maintenant vingt-sept ans.

Tumeur cérébrale opérée. — MM. Babinski et de Martel. Le malade, porteur d'un polype naso-pharyngien, souffrait de violentes douleurs de tête et présentait une stase papillaire double avec légère saillie fronto-pariétale plus nette sur la radiographie. L'opération, pratiquée d'une façon fort brillante par M. de Martel (elle dura en tout douze minutes), permit d'enlever un énorme ostéo-sarcome qui comprimait le cerveau. Le malade se considère comme guéri.

Méningite séreuse avec signes de pseudo-tumeur cérébrale. — MM. Raymond et Français montrent deux femmes atteintes, l'une depuis dix-huit mois, l'autre depuis 1895, de céphalée, vertiges, somnolence et stase papillaire, aboutissant rapidement à l'amaurose complète, contrairement à ce qui se passe dans les tumeurs, où, fait remarquer M. Rochon-Duvigneaud, l'acuité peut rester des années remarquablement conservée, malgré des lésions du fond de l'œil, en apparence considérables. Chez les deux malades, la ponction lombaire amena une rapide sédation : il s'agissait, non de néoplasme, mais de méningite séreuse, le liquide céphalo-rachidien ne contenant pas d'éléments figurés.

Astéréognosie spasmodique juvénile. — MM. Guillain et Laroche proposent cette dénomination pour caractériser les troubles que présente, depuis un an, un jeune homme de dix-neuf ans : astéréognosie complète qui l'a obligé de cesser son métier de cultivateur, pas de paralysie notable mais de la spasticité avec exagération des réflexes et signe de Babinski. Les auteurs n'ont trouvé aucun autre trouble des sensibilités superficielles qu'un léger élargissement des cercles de Weber à la face dorsale des doigts. Au contraire, il y a de gros troubles du sens des attitudes segmentaires et de la sensibilité osseuse à la main. Etant donné l'absence de signes cérébelleux, de sclérose en plaques ou d'hystérie, l'absence de troubles oculaires, le résultat négatif de la ponction lombaire, les auteurs pensent à une lésion corticale, peut-être familiale. — M. Dupré montre que ce malade a de la syncinésie et de la paratonie, M. Déjerine, que les sensibilités superficielles sont plus atteintes qu'il n'a été dit : il ne peut reconnaître les étoffes. — MM. Claude et Souques rappellent qu'ils ont présenté à la Société chacun un exemple d'astéréognosie, dans un cas de sclérose en plaques et un mal de Pott infantile.

Paralysie radiculaire du plexus brachial. — MM. Sézary, Chenet et Jumentié présentent un malade atteint de paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial, avec impotence des muscles thénariens et extenseurs, anesthésie des deux derniers doigts, troubles oculo-pupillaires. L'étiologie de ce cas est intéressante, car la lésion est due à une hyper-élévation simple du bras, sans traumatisme violent.

Myopathie du type juvénile ayant débuté à soixante ans. — MM. Sézary, Chenet et Jumentié présentent un homme de soixante-trois ans, atteint de myopathie du type juvénile d'Erb, c'est-à-dire frappant les muscles des bras et des épaules, avec intégrité de tous les autres muscles. Le point intéressant est que l'affection, héréditaire, quoique revêtant le type dit juvénile, a débuté à l'âge de soixante ans. Ce fait est bien en faveur de l'unicité des myopathies.

Un signe d'hémiplégie organique. — M. Léri. Lorsque, le malade étant debout, les jambes écartées, on le prie de fléchir le tronc, la jambe malade se fléchit. On a la même flexion en faisant la manœuvre du signe de Lasègue, tandis que la jambe saine garde l'extension pendant ces exercices.

La névrite optique des tumeurs est-elle d'origine toxique ou mécanique ? — M. Souques apporte un cas où l'amaurose était complète, les nerfs optiques très atrophiés, avec dégénérescence de toutes leurs fibres. Or, il s'agissait d'un anévrisme pour lequel la toxicité des cellules néoplasiques ne saurait être invoquée.

Autopsie d'un mal de Pott ancien avec gibbosité et paraplégie guérie. — M. Alquier. A la suite d'une chute, puis d'une pleurésie, survenues à vingt-neuf ans, la malade présenta un mal de Pott dorso-lombaire pour lequel elle fut maintenue dans le décubitus de vingt-neuf à trente et un ans, puis resta quelque temps sans pouvoir se servir de ses jambes. Admise à trente-deux ans à la Salpêtrière, elle recommença bientôt à marcher et put être employée à la lingerie. Dans les dernières années de sa vie, on ne constatait plus qu'une forte gibbosité dorso-lombaire, sans aucun trouble nerveux; elle ne souffrait plus du tout depuis l'âge de quarante-huit ans. Mort à soixante-douze ans. Toute la colonne dorso-lombaire fut réséquée et fixée par le formol, puis fendue dans le sens antéro-postérieur, pour en extraire la moelle qui se trouva ainsi fixée *in situ*. Il existe une forte gibbosité angu-

leuse, due à l'effondrement des corps des trois dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire, que la radiographie montre soudés ensemble sur leur moitié antérieure, la postérieure étant occupée par un foyer tuberculeux en voie de guérison avec de nombreuses esquilles osseuses formant, au niveau de la douzième dorsale, une saillie anguleuse dans le canal rachidien dont le diamètre antéro-postérieur est, à ce niveau, de 2 centimètres. Quelques minces fongosités s'étalent sur la dure-mère : la moelle, nullement élongée et très au large, présente cependant au niveau de la saillie osseuse un sillon transversal avec léger renflement au-dessus. La compression osseuse est ici indéniable ; sa persistance n'a cependant pas entravé la guérison des troubles nerveux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1909)

Pathogénie des anévrismes de l'artère pulmonaire dans la phtisie. — M. M. LETULLE. L'histogenèse des lésions de l'artère pulmonaire sous-jacente à une caverne en évolution montre que l'ectasie succède à une inflammation chronique des parois de l'artère (sclérose atrophique de la péri-artère et de la méso-artère) compliquée d'endartérite chronique, hyperplasique d'abord, puis dégénérative. La pression du sang pulmonaire coopère avec la diminution de résistance du tissu pulmonaire en voie d'ulcération et favorise la dilatation anévrismatique partielle de la paroi artérielle.

Les bacilles et leurs poisons agissent peu à peu sur la paroi vasculaire en dégénérescence hyaline et fibrinoïde et affaiblissent encore sa résistance. A un moment, la rupture de la paroi vasculaire hyaline se fait en un point souvent voisin du pôle saillant de la poche anévrismatique.

A aucun moment de ce processus dégénératif, le sang qui circule dans la cavité vasculaire ectasiée ne se coagule à la face interne de la poche et n'y forme de stratifications lamellaires comparables à celles qui comblent si souvent les anévrismes artériels proprement dits.

Tout se passe aux dépens des couches de la pulmonaire, d'abord dégénérées, puis distendues et enfin rompues par un double procédé d'effraction : le sang à l'intérieur et les bacilles tuberculeux à la surface.

Un cas de fièvre de Malte à Paris. — MM. G. GUILLAIN et J. TROISIER ont observé à Paris un cas de fièvre de Malte. Il s'agit d'un jeune homme de trente ans ayant passé l'été de 1908 en Provence, et qui fut pris après son retour à Paris de céphalée, de troubles digestifs et de fièvre, au commencement du mois de novembre 1908. Le séro-diagnostic avec les bacilles d'Eberth et les paratyphiques A et B ayant été plusieurs fois négatif et la fièvre persistant, on fit au bout d'un mois une séro-réaction avec deux races de micrococcus melitensis fournies par l'Institut Pasteur. L'agglutination fut positive au 500ᵉ. De plus, on put mettre en évidence dans le sérum du malade une sensibilisatrice spécifique, la réaction de fixation fut franchement positive en employant comme antigène une culture du micrococcus melitensis en bouillon. L'affection dura quatre mois avec les oscillations thermiques, les sueurs et les douleurs caractéristiques.

Cette fièvre de Malte qui s'est déclarée à Paris, fut contractée en Provence où le malade avait dans ses propriétés des troupeaux de moutons et des chèvres.

Diarrhées et éliminations toxi-infectieuses par la muqueuse intestinale. — MM. H. TRIBOULET et RIBADEAU-DUMAS. Au cours des grandes intoxications (urémie), des intoxications digestives chroniques (entérites chroniques des nourrissons) et surtout des grandes infections spécifiques (pneumonie, rougeole, scarlatine, diphtérie) ou non spécifiques (appendicites), il peut se produire un état de toxémie lequel aboutit, dans certains cas, à des décharges toxiques par voie vasculaire sur les divers segments de la muqueuse digestive. Sans pouvoir préciser encore au point de vue d'une spécificité topographique, en rapport certain avec la cause spécifique, les auteurs estiment que bon nombre de faits cliniques parlent déjà en ce sens. Ils croient, d'autre part, que le pronostic de certaines affections peut dépendre de la localisation de la répercussion toxique sur tel segment plutôt que sur tel autre (aggravation pour les segments supérieurs, notamment duodénum, confirmation des données de physiologie expérimentale de Falloix et de Roger).

Enfin, un symptôme capital dans la pathologie intestinale par toxémie, l'entérite hémorragique, peut être mis en évidence, quel que soit l'aspect apparent des selles, par la réaction à la phénolphtaléine, qui paraît appelée à prendre, en ce sens, une importance clinique primordiale, encore trop méconnue.

Végétaux et microbes pathogènes du sol. — MM. REMLINGER et NOURI. Il ne semble pas que les microbes pathogènes du sol puissent pénétrer à l'intérieur des végétaux. Alors même que ceux-ci sont semés dans une terre très largement souillée avec des cultures de microorganismes mobiles tels que le virus cholérique, le bacille typhique, etc., les ensemencements pratiqués demeurent rigoureusement stériles. On peut cultiver des pois ou des haricots sur de l'ouate humide et, dès que la germination a commencé, amener cette ouate, au moyen de souillures avec des matières fécales par exemple, à un degré de pollution intense. Tous les milieux nutritifs ensemencés avec la sève prélevée au centre des tiges demeurent stériles. De même, on ne trouve jamais de microorganismes au centre d'un bulbe de tulipe, quelque malpropre que soit l'eau dans laquelle plongent les radicelles. Ces faits cadrent bien avec la stérilité habituelle des ensemencements pratiqués avec le centre des divers légumes prélevés sur les marchés. Ils sont intéressants au point de vue de l'utilisation agricole des eaux d'égoûts et de l'hygiène alimentaire.

De l'édification élastique dans les artères de l'embryon. — M. BORY, après avoir rappelé sa conception du rôle actif joué par la tunique interne dans la constitution des parois artérielles, s'appuie sur ses recherches embryologiques pour montrer de quelle façon se constitue en particulier le squelette élastique des artères.

L'endothélium vasculaire primordial sécrète une membrane basale, d'abord rigide, qui bientôt s'imprègne d'élastine et prend tous les caractères physico-chimiques de cette substance. En même temps, des condensations protoplasmiques analogues se constituent en réseau dans la tunique moyenne. L'élastine les imprègne bientôt à leur tour, et comme cette imprégnation est d'autant plus tardive qu'on s'éloigne du centre du vaisseau, il est logique d'admettre que la lame élastique interne, la première en date, est aussi la source élastique du réseau de la tunique moyenne.

Réactions spécifiques des leucocytes aux extraits d'organes. — MM. ACHARD, BÉNARD et GAGNEUX ont constaté que les globules blancs, in vitro, réagissent aux extraits d'organes, d'une façon qui varie suivant le fonctionnement des organes correspondants.

Ainsi l'extrait thyroïdien n'excite pas, chez un myxœdémateux, l'activité leucocytaire, comme chez un sujet sain; mais le traitement thyroïdien fait apparaître une réaction normale. Chez le goîtreux et le basedowien, la réaction est forte et d'un type différent.

Chez les femmes privées d'ovaires, les leucocytes restent insensibles à l'extrait ovarien, en même temps qu'à l'extrait testiculaire. Chez les femmes pourvues de leurs glandes génitales, l'âge, la grossesse, la ménopause influencent la réaction.

L'extrait de mamelle provoque une réaction plus forte pendant la grossesse et la lactation.

L'extrait de rein, qui excite l'activité leucocytaire des sujets sains, est resté sans action sur ceux d'une femme néphrectomisée par erreur du côté à peu près sain et dont l'autre rein était presque détruit par les lésions tuberculeuses. De même, chez un chien, l'extirpation des deux reins a fait disparaître la réaction des leucocytes à l'extrait rénal.

L'extrait de capsules surrénales a moins excité l'activité leucocytaire chez un addisonien que chez les sujets sains.

Enfin, chez une femme atteinte de leucémie myélogène, la réaction aux extraits de moelle osseuse et de rate a été presque nulle. Mais l'interprétation de ce fait est rendue difficile par l'intervention du traitement radiothérapique qui avait amené une diminution considérable de la rate.

Ces troubles des réactions leucocytaires sont spécifiques, car ils n'existent que pour l'extrait de l'organe altéré, les extraits des autres organes provoquant des réactions normales.

Ces faits intéressent le physiologiste et peuvent éclairer le clinicien sur l'état de certains organes dont l'exploration fonctionnelle est encore très imparfaite.

Action de la bile sur les poisons putrides de l'intestin. — M. Roger. Si la bile ne produit pas de propriétés antiseptiques, elle est cependant capable d'agir sur les putréfactions intestinales. En ensemençant, avec des matières fécales humaines, deux ballons contenant l'un du bouillon pur, l'autre du bouillon additionné d'un cinquième de bile, on obtient, dans les deux cas, une rapide et abondante pullulation de microbes. Mais la flore n'est pas exactement la même et l'odeur putride est moins marquée en présence de la bile.

En injectant à des lapins, par la voie intra-veineuse, les cultures obtenues dans ces conditions, on constate que la dose mortelle, quand le développement s'est fait en bouillon pur, est en moyenne de 4 centimètres cubes par kilo. Pour amener la mort avec le bouillon additionné de bile, il faut injecter de 12 à 33 centimètres cubes, c'est-à-dire de trois à huit fois plus de liquide.

La bile agit, non en neutralisant les poisons formés, mais en empêchant leur production. Si l'on ajoute de la bile à une culture développée en bouillon pur, la toxicité loin de diminuer augmente. C'est que l'action toxique de la bile s'ajoute à l'action toxique du poison microbien.

Les substances antiputrides de la bile résistent à l'ébullition et sont solubles dans l'alcool. La cholestérine ne semble jouer aucun rôle.

Ces expériences expliquent le mécanisme de certains troubles généraux consécutifs aux obstructions du cholédoque ou d'une façon plus générale à la suppression de flux biliaire.

Septicémie à tétragène au déclin d'une fièvre typhoïde. — MM. Laignel-Lavastine et Baufle présentent les cultures d'un tétragène liquéfiant la gélatine comme le T. versatilis de Finlay et Stenberg, mais dont les cultures présentent immédiatement la coloration citrine comme celles du T. citreus de Vincenzi.

Ce tétragène provient de l'hémoculture faite chez une malade qui présenta une poussée thermique de huit jours au déclin d'une fièvre typhoïde et qui aurait pu faire croire à une rechute, s'il n'y avait eu absence de splénomégalie, d'oligurie, d'anorexie.

Lésions des ganglions rachidiens dans un cas de syndrome de Landry. — M. A. Bauer. On peut observer dans le syndrome de Landry, qu'il s'agisse de la forme polynévritique ou de la forme poliomyélitique, des lésions des ganglions rachidiens.

Ces lésions consistent essentiellement en une infiltration interstitielle plus ou moins accusée, avec lésions variables des cellules ganglionnaires et de leur capsule.

Antigènes et anticorps hydatiques. — M. Parvu a démontré autrefois que les substances qui se trouvent dans le liquide du kyste hydatique et qui dévient le complément en présence du sérum des malades atteintes d'échinococcose sont solubles dans l'alcool à 85 degrés et elles sont strictement spécifiques. Ce sont des antigènes hydatiques.

D'autre part, en filtrant les sérums échinococciques sur des sacs de collodion lavés et stérilisés à 115 degrés pendant dix à vingt minutes, il a pu constater que le sérum filtré, de même que le sérum non filtré, donne aussi bien la réaction de fixation. Les substances qui se trouvent dans le sérum des malades atteints d'échinococcose ont donc les mêmes propriétés que les vrais anticorps (cholérique, trypanococcique, les hémolysines, etc.), c'est-à-dire peuvent traverser les sacs en collodion et être strictement spécifiques.

Il s'agit en espèce de substances qui sont des vrais anticorps et qui peuvent être nommés avec raison : anticorps hydatiques.

Nouveau moyen de différenciation du bacille Perfringens et de l'anhémo-bacille du rhumatisme. — M. G. Rosenthal et Chezaram Wetzel obtiennent facilement la prolifération du bacille Perfringens dans les vieilles cultures en blanc d'œuf du bacille du rhumatisme. Ce phénomène s'explique simplement par la puissance digestive beaucoup plus grande de la variété banale du bacille d'Achalme.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS DES OTITES MOYENNES

Ce qui fait le danger très grand auquel on s'expose en négligeant une otite moyenne, ce sont les complications très graves qu'elle peut engendrer.

Sans parler des troubles d'audition que produit souvent la sclérose labyrinthique (surdi-mutité chez le nourrisson), ces complications sont dues à l'extension du processus infectieux aux cavités voisines de l'oreille moyenne, au rocher et aux organes intra-craniens.

Étiologie. — C'est surtout dans la seconde enfance qu'on les observe ; elles sont plus souvent graves chez les nourrissons. On les voit apparaître à la suite d'otites moyennes survenues généralement au cours d'une rougeole, d'une scarlatine, d'une grippe, d'une diphtérie.

Les causes qui favorisent leur développement sont les suivantes : 1° La *virulence exagérée des microbes* responsables de l'otite ; souvent on trouvera associées aux microbes pyogènes banaux des anaérobies dont le rôle est important. Parfois on aura affaire à des lésions nettement tuberculeuses.

2° Les *prédispositions du terrain* (adénoïdiens, scrofuleux).

3° Les *conditions anatomiques* : rétention facile de pus dans les cellules mastoïdiennes ; certaines dispositions individuelles pourront favoriser certaines complications (apophyses celluleuses entourant presque le sinus latéral, fissure du tegmen tympani, etc.).

4° Des *poussées de pharyngite* ou d'*adénoïdite* au cours d'une otite chronique.

5° La cause de beaucoup la plus importante, c'est l'*absence ou le défaut de traitement*. L'oreille se met à couler au décours d'une rougeole ; les parents respectent religieusement l'écoulement : l'otite d'aiguë devient chronique. Le pus ne s'évacue qu'imparfaitement, par regorgement ; l'infection gagne toutes les annexes de l'oreille moyenne, puis l'os, et s'étend par destruction de proche en proche, le plus souvent jusque dans la cavité cranienne.

Description clinique. — Nous avons donc à étudier : 1° des *complications intra-temporales* dont les plus fréquentes de beaucoup sont les mastoïdites, et 2° des *complications intra-craniennes* de fréquences variées : méningite, phlébite des sinus, abcès extra-dural, abcès encéphalique.

A. Complications intra-temporales. — I. Mastoïdites. — C'est la suite la plus banale des otites moyennes, et on comprend d'après ce que nous avons dit de la propagation de l'infection qu'elle précède généralement les autres complications. Anatomiquement il n'y a pas d'otite sans mastoïdite, la muqueuse de l'antre est toujours infectée et suppure.

La mastoïdite clinique est donc constituée par l'*ostéite mastoïdienne*.

1° Mastoïdites aiguës. — Elles peuvent apparaître : 1. au cours d'une otite aiguë : la douleur apaisée par l'écoulement reparaît avec quelques symptômes généraux et locaux ; 2. au cours d'une otite chronique.

…lentement progressif dans la plupart des cas; parfois il est marqué par un grand accès fébrile, avec vomissement et délire ; le plus souvent il n'y a que quelques poussées fugaces de fièvre vespérale, un léger malaise ; ce sont les signes locaux qui attirent l'attention.

Signes fonctionnels. — Douleur. — Elle siège derrière le conduit, irradie dans la moitié correspondante de la tête et de la nuque Elle est très vive, c'est une sensation de tension pulsatile. C'est le premier symptôme caractéristique.

Signes physiques. — 1° *Diminution de l'otorrhée*, elle indique la rétention mastoïdienne ; 2° *Gonflement rétro-auriculaire*, d'abord léger, large, il tend à détacher le pavillon (regarder comparativement les deux oreilles par derrière), le sillon rétro-auriculaire est intact, le gonflement peut être minime dans certaines apophyses éburnées; 3° *Sensibilité de la région mastoïdienne à la pression*; son maximum a un siège variable, mais on la retrouve presque toujours à la base; 4° Plus tard, si l'infection gagne le périoste du conduit auditif, on observe la *chute de la paroi postéro supérieure du conduit.*

Si l'abcès vient fuser sous le périoste, l'œdème augmente et le sillon rétro-auriculaire s'efface.

Evolution. — Si on n'intervient pas, le pus se fait jour dans des directions variées.

1. *Ouverture à la peau.* — Le plus souvent il se fait une trépanation de la table mastoïdienne externe, la collection s'étale sous le périoste puis le perfore. On a ainsi bientôt une tuméfaction fluctuante, rouge et chaude, la peau s'amincit, s'ulcère et le pus s'écoule. Aussitôt que la collection est devenue sous-cutanée, la douleur diminue beaucoup. Il persiste une fistule, la mastoïdite devient chronique.

2. *Fusée vers le cou. — Mastoïdite de Bezold.* — Surtout fréquente chez l'adulte où les cellules de la pointe sont souvent développées, elle est due à la perforation de cette pointe; le pus fuse dans la gaine du sterno-cléido-mastoïdien sous le muscle. On observe alors un gonflement fusiforme de la région du sterno descendant de la mastoïde, s'étendant en avant jusqu'à l'angle du maxillaire. Si on appuie sur cette tuméfaction, on voit s'écouler du pus par le conduit. L'abcès peut s'ouvrir à la peau en avant ou en arrière du muscle et s'y fistuliser.

3. Dans ces cas, ou même sans fusée purulente, on peut avoir de véritables *adéno-phlegmons* latéro-pharyngiens par infection lymphatique. On peut en avoir aussi de temporaux, de parotidiens.

4. Le pus peut *rester profond* (apophyses éburnées) et dans ces cas on observe souvent des complications intra-craniennes.

5. On peut observer des *rémissions* rarement définitives des accidents mastoïdiens (Luc).

6. *Chez le nourrisson*, on a fréquemment une mastoïdite sans otorrhée; l'otite passe inaperçue, la corticale de l'antre cède plus facilement devant le pus au niveau de la tache vasculaire que le tympan. L'ouverture se fait généralement rapide large et la guérison peut être spontanée.

2° Mastoïdites chroniques. — *Etiologie.* — Elles succèdent à une mastoïdite aiguë, le plus souvent après fistulisation. Celle-ci succède à l'ouverture spontanée ou à l'incision de Wilde qui se contente, ce qui est une faute, d'ouvrir simplement la collection sous-périostée sans trépaner la mastoïde.

Parfois la mastoïdite est chronique d'emblée ; l'infection au cours d'une otite chronique envahissant lentement la mastoïde.

Cliniquement elles revêtent deux formes suivant qu'il y a ou non fistule.

1° *Mastoïdites fistulisées.* — Dans ces cas l'otorrhée peut persister ou disparaître, le pus s'écoulant alors uniquement par la fistule.

La douleur est nulle ou très légère à la base de l'apophyse.

La fistule siège en des points variables.

a. La *fistule externe* est la plus fréquente, généralement vers la base de la mastoïde. Elle présente un orifice petit, rétracté, bordé entièrement par un liseré de tégument violacé et en dedans par des fongosités saignant facilement. Il en sort un pus mal lié, grumeleux, fétide. Le stylet arrive sur un os sec, creusé d'une cavité dans laquelle il peut sentir des fongosités ou des séquestres mobiles, parfois la dure-mère dénudée.

b. La *fistule antérieure* s'ouvre sur la paroi postéro-supérieure du conduit auditif et elle peut être masquée par des formations fongueuses et polypeuses. Le stylet peut par elle entrer jusque dans l'antre.

c. La *fistule interne*, consécutive à une mastoïdite de Bezold s'ouvre dans le cou plus ou moins loin de la mastoïde à laquelle elle est reliée par un trajet sinueux.

2° *Mastoïdite latente* (Luc) *sans fistule.* — Il n'y a alors superficiellement ni fistule, ni rougeur, ni sensibilité à la pression. Uniquement, une *otorrhée* fétide, noirâtre, irritante pour le conduit et très abondante que ne modifient pas les traitements habituels dirigés sur la caisse, y compris l'extraction des osselets.

Le tympan est perforé d'un ou plusieurs orifices par lesquels sortent du pus, des fongosités polypeuses et des lamelles nacrées épidermiques.

L'écoulement persiste après nettoyage complet de la caisse, curettage et lavage.

La canule courbe d'Hartmann balayant l'aditus expulse alors du pus et des produits pathologiques.

Signalons deux formes un peu spéciales : la *mastoïdite condensante névralgique* analogue à l'ostéite homonyme de Gosselin et la *mastoïdite chronique tuberculeuse*, qu'on voit chez l'enfant, souvent double, aboutissant lentement à des nécroses très vastes du temporal.

L'*évolution* est lente. Elle se fait par un envahissement progressif de l'os environnant.

Souvent elle sera interrompue par l'apparition de *complications*, soit rétention mastoïdienne, soit d'autres complications intra-temporales de l'infection, soit extension de l'infection à l'endocrane.

La *rétention mastoïdienne* due généralement à des fongosités est plus fréquente dans la mastoïdite latente que dans la mastoïdite fistulisée. Deux cas peuvent se produire :

1° La corticale externe cède devant le pus qui se fait jour à la peau avec les symptômes d'une mastoïdite aiguë;

2° Ou bien elle ne cède pas ; on a alors avec une poussée fébrile, une douleur mastoïdienne intense, profonde, continue et paroxystique exagérée par la pression à la base. Dans ce cas l'apparition de complications intracraniennes est très à craindre.

II. Autres complications intra-temporales. — Elles accompagnent souvent la mastoïdite mais peuvent être isolées; elles sont dues à l'envahissement du temporal par l'infection.

1° *Polypes, fongosités*, implantés dans la caisse ou l'antre, ils favorisent la rétention, entretiennent la suppuration et parfois donnent de petites hémorragies.

2° *Cholestéatomes*, petites masses jaunâtres, s'écrasant sous le doigt, ils agissent comme de véritables tumeurs malignes, envahissent et creusent le temporal de lacunes.

3° *Hyperostoses*, par ostéite condensante, elles peuvent rétrécir concentriquement le conduit et favorisent la rétention.

4° La *carie du rocher* peut être plus ou moins étendue, frapper l'oreille interne d'où surdité, ulcérer et comprimer les vaisseaux et nerfs, d'où

5° *Paralysie faciale*, elle n'est pas très fréquente (nerf isolé, vascularisation indépendante). Le nerf peut être détruit par suppuration. Généralement il est comprimé par le pus, les fongosités et les séquestres. La paralysie est ainsi le plus souvent fugace et légère. Elle est totale, puisque périphérique. On peut observer de la contracture, par irritation due à un séquestre (Gérard-Marchant).

6° *Hémorragies*, elles sont rares, dues à l'ulcération de la carotide interne, de la jugulaire interne ou du sinus latéral. Elles apparaissent sous forme d'otorrhée après un effort. La mort survient plus ou moins rapidement.

7° Signalons l'*otorrhée gutturale* très discutée, entraînant de la pharyngite.

8° La *périostite mastoïdienne* décrite par Duplay est rare et due à ce que le pus décollant le périoste de la paroi postérieure du conduit vient de la caisse se faire jour dans le sillon rétro-auriculaire qui s'efface. On ne la voit guère que chez les enfants, parce que leur caisse est très superficielle.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 141. — SAMEDI 11 DÉCEMBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 11 DÉCEMBRE 1909. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Variot, Sicard, Netter, Labey, Broca, Milian, Hirtz, Picqué, Boissard, qui acceptent, et Morax, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le cours d'anatomie de M. le professeur Nicolas est suspendu.

— CONCOURS DU PROSECTORAT ET DE L'ADJUVAT. — Un arrêté ministériel modifie ainsi qu'il suit les articles 4 et 18 de l'arrêté du 15 mars 1907 portant règlement pour l'adjuvat et le prosectorat à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

ART. 4. —..

2° Une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive tirée au sort.

Quinze minutes sont accordées aux candidats pour réfléchir à la question, et quinze minutes pour la traiter.

ART. 18. —..

b. Une épreuve orale sur une question d'anatomie tirée au sort.

Vingt minutes sont accordées aux candidats pour réfléchir à la question et vingt minutes pour la traiter.

....

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — La chaire de chimie organique et toxicologie de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— BORDEAUX. — M. Cassaët, agrégé, est nommé professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Un concours s'ouvrira, le 4 juillet 1910, devant l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Un concours s'ouvrira, le 4 juillet 1910, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — CONDITIONS A REMPLIR POUR CONSERVER LA DISPENSE PRÉVUE A L'ARTICLE 23 DE LA LOI DU 15 JUILLET 1889. — Les dispensés sont tenus de produire le diplôme ou titre, qui est la condition de la dispense, dans le courant du mois qui suit l'obtention et, au plus tard, avant le 1er décembre qui suit la date à laquelle ils atteignent la limite d'âge fixée par la loi (vingt-six et vingt-sept ans, suivant le cas).

Jusqu'à l'obtention du diplôme ou titre, les dispensés doivent remettre tous les ans, entre le 15 septembre et le 17 octobre, au commandant de recrutement de la subdivision où ils ont concouru au tirage, le certificat modèle G, qui leur sera délivré par le secrétariat.

Loi du 21 mars 1905. Sursis d'incorporation. — Aux termes de l'article 21 de la loi du 21 mars 1095, sur le recrutement de l'armée, des sursis d'incorporation, renouvelables, d'année en année jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, peuvent être accordés, en temps de paix, aux étudiants classés soit dans le service armé, soit dans le service auxiliaire, à la condition pour ces étudiants d'établir que, dans l'intérêt de leurs études, il est indispensable qu'ils ne soient pas enlevés immédiatement à leurs travaux.

Une instruction du ministre de la Guerre, en date du 29 décembre 1905, indique les mesures suivantes, nécessaires à l'exécution de ces dispositions :

« La demande de sursis, écrite et signée par l'intéressé, doit être appuyée d'un certificat établi, suivant la catégorie de l'étudiant et sur sa demande, par les doyens de Facultés ou directeurs d'écoles d'enseignement supérieur.

Cette demande, avec son annexe, est adressée par le postulant au maire de la commune où il a été inscrit, dès la publication des travaux de recensement.

Instruite dans les formes déterminées par l'article 21 de la loi du 21 mai 1905, elle est souverainement jugée par le conseil de revision.

Les étudiants devant fournir eux-mêmes leurs pièces, l'au-

torité militaire ne saurait être rendue responsable des retards qu'ils apporteront à cette production. »

MONUMENT PÉAN. — L'inauguration du monument érigé au docteur Péan aura lieu, en présence du Président de la République, le jeudi 16 décembre, à trois heures précises, boulevard de Port-Royal, en face de la rue de la Santé.

Les discours seront prononcés dans l'amphithéâtre de l'hôpital Péan, 11, rue de la Santé.

L'ORCHESTRE MÉDICAL. — Un groupe de confrères vient de se décider à tenter la création d'une Société symphonique, « l'Orchestre médical », uniquement composée de médecins et d'étudiants en médecine. Les dames y seront admises. Indépendamment de l'ensemble orchestral qui promet d'être imposant, la nouvelle Société comprendra des sections de quatuor et de quintettes à cordes et à vent.

On sait que des groupements artistiques analogues existent déjà à Londres, à Stockholm et à Vienne.

Les confrères instrumentistes, désireux de faire partie de l'orchestre médical, sont priés de s'inscrire chez l'un des membres du Comité d'organisation.

MM. Blondel, 103, boulevard Haussmann; Destouches, 4, rue Thénard; Duchesne, 1, rue Rossini; Richelot, 3, rue Rabelais; Vaucaire, 52, rue de la Boétie, qui donneront tous renseignements désirables.

PRATIQUE MÉDICALE

LA THÉOBROMINE

Dans sa très remarquable série d'articles sur « la thérapeutique en vingt médicaments » (1), M. Huchard insiste à nouveau sur les bienfaits de la théobromine, dont il a vulgarisé les applications voilà quatorze ans, et qu'il considère toujours comme « le plus fidèle, le plus constant, le plus inoffensif des diurétiques ».

Pour produire cette diurèse, la théobromine agit directement sur l'épithélium rénal, sans augmentation notable de la tension artérielle, sans intervention du système nerveux. La diurèse théobromique est rapide : elle se produit dès le premier jour de son administration et persiste pendant plusieurs jours après la dernière dose prescrite.

Au rebours de la digitale, qui est un tonique cardiaque fort et un diurétique faible, la théobromine n'exerce qu'une action cardiaque faible et une action diurétique forte. Il en résulte que si la digitale est le médicament spécifique de la défaillance cardiaque, la théobromine est le remède de l'imperméabilité rénale. Son action curative est particulièrement manifeste quand l'organisme est encombré de chlorures.

Néphrites aiguës et chroniques, affections valvulaires du cœur à la période d'hyposystolie, myocardites, surcharge graisseuse du cœur en particulier, cardiopathies artérielles, composent la gamme des affections où la théobromine rend chaque jour les plus signalés services.

La théobromine a été associée à de nombreux remèdes. Comme elle est insoluble, on a cherché tout d'abord à la solubiliser à l'aide de l'adjonction d'un sel sodique : benzoate, acétate, salicylate de soude. Mais M. Huchard fait toutes ses réserves pour cette dernière combinaison : le salicylate de soude est un irritant rénal dangereux. Il estime d'ailleurs qu'on a absolument tort de chercher trop souvent à solubiliser les médicaments, car leur insolubilité est presque toujours pour eux un moyen de renforcement et de prolongation de leur action thérapeutique.

La théobromine entraîne parfois des accidents toxiques, mais, comme l'a démontré M. Huchard, ces accidents son imputables aux impuretés et aux adultérations trop fréquentes du médicament. Aussi conseille-t-il de ne prescrire qu'un produit irréprochablement pur comme la *santhéose.* « La bonne préparation du remède, déclare-t-il, éloigne les risques d'intolérance. »

Rappelons à ce propos que la santhéose se présente en cachets en forme de cœur, dosés à 50 centigrammes. La dose est de 1 à 3 par jour. Chaque boîte renferme 24 cachets.

(1) HUCHARD et FIESSINGER. *Journ. des prat.*, n° 40.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 DÉCEMBRE 1909

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Gosset et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Sicard; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 21 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Jeanselme et Nobécourt; — (2e série) : MM. Chantemesse, Claude et Castaigne; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

Mercredi 22 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Nicolas, Monod et Gosset; — (2e série) : MM. Hartmann, Auget Broca et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Teissier et Desgrez.

1er (oral) : MM. Delbet, Retterer et Rieffel.

2e : MM. Gariel, Langlois et Mulon.

3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Macaigne et Couvelaire.

4e : MM. Pouchet, Wurtz et Richaud; — M. Zimmern, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Brissaud, Legry et Sicard; — (2e série) : MM. Déjerine, André Jousset et Lœper; — M. Potocki, suppléant.

Jeudi 23 décembre, à une heures. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Pozzi, Retterer et Morestin; — (2e série) : MM. Thiéry, Marion et Lenormant.

2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Launois et Maillard; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et Nicloux.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Auvray et Brumpt; — (2e série) : MM. Rémy, Demelin et Lecène; — (2e partie, 1re série) : MM. Chantemesse, Rénon et Jeanselme; — (2e série) : MM. Thiroloix, Fernand Bezançon et Castaigne.

4e (1re série) : MM. Pouchet, André Broca et Claude; — (2e série) : MM. Thoinot, Richaud et Carnot; — (3e série) : MM. Wurtz, Desgrez et Balthazard; — M. Zimmern, suppléant.

Vendredi 24 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Langlois, suppléant.

Traitement de la syphilis, par le professeur Alfred FOURNIER. 3e édit. In-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Vigot frères.

REVUE GÉNÉRALE (1)

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE L'HÉMIPLÉGIE

Par M. MILHIT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Définition. — L'hémiplégie est un *syndrome* caractérisé par l'abolition de la motilité volontaire dans une moitié du corps, s'accompagnant ou non de troubles de la sensibilité, et lié à une lésion organique ou à un trouble dynamique du faisceau pyramidal, depuis son origine jusqu'à sa terminaison.

Cette définition entraîne une première division de l'hémiplégie en *hémiplégie organique* et *hémiplégie fonctionnelle*; elle permet également de concevoir dans l'hémiplégie organique une subdivision en hémiplégies d'origine *encéphalique* et hémiplégies d'origine *médullaire*, ces dernières beaucoup plus rares que les précédentes.

On peut décrire enfin une hémiplégie *périphérique* par polynévrite périphérique (plomb, oxyde de carbone, alcool, infections).

II

Symptomatologie. — Comme type d'hémiplégie d'origine cérébrale, nous prendrons l'hémiplégie consécutive à une hémorragie cérébrale ou à un ramollissement.

Le *début* en est variable : l'hémiplégie peut s'annoncer par des prodromes (vertiges, céphalée, fourmillements dans une moitié du corps), ou s'installer progressivement, sans phénomènes apoplectiques, ou ce qui est le plus fréquent, débuter par un *ictus*.

Tous ces modes de début dépendent de la nature du processus qui va plus ou moins brusquement altérer le faisceau pyramidal, et leur description complète rentre plus dans l'histoire de la maladie causale dont ils relèvent, que dans celle de l'hémiplégie qui n'en est que l'aboutissant.

Néanmoins le début par ictus est important à bien connaître, précisément pour être en mesure devant un malade en état comateux, de diagnostiquer la cause de ce coma, de prévoir qu'il s'accompagne d'hémiplégie, et de reconnaître le côté paralysé.

Sans entrer ici dans la description de ce coma (face vultueuse, stertor, déviation conjuguée de la tête et des yeux, etc.), description clinique qui est du domaine de l'hémorragie cérébrale ou de l'embolie, il suffit en ce qui concerne l'hémiplégie, de signaler l'importance clinique de deux symptômes qui, d'après Milian (2), permettraient toujours, au cours du coma avec hémiplégie, de reconnaître le côté paralysé; c'est d'une part l'abolition du réflexe abdominal du côté hémiplégié et d'autre part surtout l'abolition du réflexe cornéen du même côté.

Une fois constituée, l'hémiplégie peut être *complète* ou *incomplète*, suivant que l'on constate une paralysie absolue ou une parésie plus ou moins prononcée, *totale* ou *partielle*, suivant que la face et les membres d'un côté sont entièrement pris, ou que l'une ou l'autre de ces parties est respectée. Elle évolue suivant une première période, dite de *paralysie flasque*, à laquelle succédera plus tard une période de *contraction*.

L'hémiplégie complète présente les caractères suivants :

La *face* est paralysée, les plis normaux sont effacés, la commissure labiale est soulevée du côté sain, la joue paralysée est affaissée et soulevée à chaque mouvement expiratoire, l'asymétrie faciale s'accuse encore quand le malade parle ou rit : il ne peut siffler; s'il tire la langue, celle-ci est déviée vers le *côté paralysé* par action du génioglosse du côté sain; il existe des troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation, à mécanisme complexe, puisqu'il n'est plus guère admis qu'une paralysie du voile puisse succéder à une paralysie faciale, l'innervation vélo-palatine se faisant plutôt par l'intermédiaire du vago-spinal; en un mot, il s'agit d'une paralysie faciale typique, ajoutons d'une paralysie qui n'intéresse que le facial inférieur, respectant le facial supérieur, témoin l'intégrité de l'orbiculaire, du frontal, du sourcillier, etc.

Telle est du moins l'opinion classique, répondant en réalité parfaitement à la clinique, et qui mérite pour cette raison d'être conservée, en signalant toutefois avec Pugliese, Miraillé, Dejerine, etc., qu'en fait, cette *intégrité du territoire du facial supérieur* est plus apparente que réelle, et qu'il y a toujours, au cours d'une hémiplégie, atteinte légère de ce facial supérieur : en étudiant de très près les phénomènes observés, on constate en effet le plus souvent que la fente palpébrale est plus ouverte du côté paralysé (parésie de l'orbiculaire), que les plis frontaux sont moins accusés de ce côté, etc., tous symptômes témoignant évidemment d'une légère atteinte de ce territoire du facial, prétendu respecté, mais attestant aussi que cette atteinte est si légère, que l'on peut en clinique continuer à conserver la formule : à paralysie faciale d'origine centrale correspond une paralysie limitée au facial inférieur.

L'hémiplégie intéresse fort peu les muscles du cou et du *tronc*. Ce sont en effet des muscles à fonctions synergiques, et la paralysie ne fait que les effleurer; l'on ne peut guère signaler à ce sujet avec Egger, qu'une légère diminution de l'ampliation thoracique du côté paralysé, dans les inspirations forcées.

Les *membres* ont perdu toute motilité volontaire : si on les soulève, ils retombent d'une seule pièce en masse : ce phénomène est surtout marqué au membre supérieur. Les *réflexes* sont abolis ou très diminués du côté paralysé. Il n'est pas jusqu'aux *membres* du côté sain qui ne présentent un certain degré de participation à la *parésie* : ce fait, bien mis en relief par Brissaud, Pitres et Dejerine s'explique anatomiquement par l'existence dans la moelle épinière d'un faisceau pyramidal homolatéral (Dejerine

---

(1) Reproduction interdite.

(2) MILIAN, *Progrès méd.*, 1er mai 1909, n° 18.

et Thomas) qui descend dans le côté homologue de la moelle sans décussation.

Les muscles des *yeux*, du *larynx* conservent en général leur motilité, au moins dans les mouvements associés (Brissaud). Il n'y a pas le plus souvent de *troubles des réservoirs* : cependant, on peut observer de la rétention d'urine ou une constipation opiniâtre. A cette période, l'examen clinique du malade comporte en outre toute une série de recherches qu'il importe de ne pas négliger. Il s'agit de symptômes de second plan intéressants surtout au point de vue étiologique et pronostique.

Ce sont : 1° les modifications de la *température* dont on connaît l'importance pronostique, depuis les travaux de Bourneville.

2° L'apparition de *convulsions et contractures* précoces, comportant une localisation ventriculaire ou corticale, et parallèlement un pronostic fâcheux. Ce sont enfin les *troubles de la sensibilité* et les troubles intellectuels, les troubles vaso-moteurs et trophiques précoces.

Les troubles de la *sensibilité* sont soit des troubles subjectifs (fourmillements, engourdissements), soit des troubles objectifs (hémi-hyperesthésie, hémianesthésie), celle-ci pouvant être complète (sensitivo-sensorielle), constatation qui a été longtemps considérée comme caractéristique de l'hystérie.

Il existe souvent de l'aphasie, en même temps que l'hémiplégie droite ; le plus souvent, il s'agit d'aphasie motrice. On peut observer des phénomènes d'amnésie, du rire et du pleurer spasmodiques, et d'une manière constante, même en l'absence de ces gros troubles, un certain déficit intellectuel.

L'on peut observer dès cette période de début des troubles *vaso-moteurs* et *trophiques*.

Du côté paralysé, la *peau* est rouge violacé, la main est froide, le pouls radial est en général moins ample ; l'on peut observer des œdèmes précoces ; une des complications remarquables de cette période est le *decubitus acutus*. Il apparaît dès le deuxième ou quatrième jour au centre de la fesse paralysée sous la forme d'une plaque érythémateuse mal limitée, plaque qui devient rapidement ecchymotique, et sur laquelle se développe une bulle, qui, rompue, fait place à une escarre. En même temps la température s'élève et le plus souvent la mort est la conséquence de cette complication.

Une fois constituée suivant la forme que nous venons de décrire, avec la totalité ou seulement une partie des symptômes que nous avons énumérés, l'hémiplégie évolue de plusieurs façons.

La *mort* peut survenir au bout de quelques jours, s'annonçant en général par une élévation de la température, des phénomènes de contracture précoce ; elle peut également succéder au decubitus acutus.

Parfois s'observera la *guérison*, et la motilité reviendra plus ou moins complètement dans le côté paralysé : exceptionnellement, ce retour de la motilité sera complet, surtout au niveau du membre supérieur. Enfin un nouvel ictus avec hémiplégie se reproduira assez souvent chez un individu qui a déjà présenté une hémiplégie.

Le plus souvent, l'hémiplégie *persiste*. Elle reste à l'état d'hémiplégie flasque, telle que nous l'avons décrite, pendant quatre à cinq semaines environ, puis elle passe à l'état d'hémiplégie avec *contractures*.

Exceptionnellement, en dehors des contractures qui accompagnent l'inondation ventriculaire, les contractures sont précoces. Elles apparaissent en même temps que la motilité revient dans les membres paralysés. Le malade s'aperçoit que les membres sont raides, difficiles à remuer, puis cette raideur s'accentue, les réflexes tendineux s'exagèrent il existe de la trépidation épileptoïde, enfin s'installe la contracture permanente. Celle-ci persiste indéfiniment sauf des cas exceptionnels lorsqu'il se produit en particulier une *atrophie musculaire* très marquée.

A la face, cette contracture est rare. Quand elle se produit, la déviation des traits se fait en sens inverse de ce qu'elle était à la première période de l'hémiplégie.

Au niveau des membres, cette contracture est annoncée surtout par l'exagération des réflexes.

Cette exagération des réflexes peut même être le seul symptôme par lequel se traduit une hémiplégie ancienne et guérie ou une hémiplégie légère et persistante.

Mais, le plus souvent, la contracture est très intense, surtout au membre supérieur ; elle se présente suivant deux types :

a. *Type en flexion* : doigts en flexion ; surtout deuxième et troisième phalanges, main en pronation et légèrement fléchie, avant-bras en demi-flexion sur le bras.

b. Beaucoup plus rare au membre supérieur, le *type d'extension* est au contraire celui qui est le plus souvent réalisé au membre inférieur. Parvenu à cette période de contracture, l'hémiplégique peut marcher ; la jambe est en extension sur la cuisse, le pied en varus équin ; il n'existe aucun mouvement dans l'articulation du genou ou du cou-de-pied, tout le mouvement se passe dans l'articulation de la hanche, le malade marche en fauchant, le pied tournant en hélice, c'est la démarche *hélicopode*. Parfois, quand il y a équinisme excessif, l'hémiplégique avance à petits pas.

Telles sont les formes de contracture le plus souvent observées.

Il importe de signaler, au niveau de ces membres contracturés, incapables d'exécuter un mouvement volontaire, l'existence de mouvements *involontaires* à l'occasion de mouvements volontaires ou passifs du côté opposé ; ce phénomène constitue la *syncinésie*. On verra tout le parti que l'on a tiré de cette constatation pour permettre le diagnostic entre l'hémiplégie fonctionnelle et l'hémiplégie organique.

Que devient cette hémiplégie ? Parfois la contracture est à peine marquée et reste telle, tantôt elle va en progressant : les articulations sont immobilisées et s'ankylosent, le malade marche de plus en plus difficilement, jusqu'au moment où il est obligé de rester confiné au lit.

L'*atrophie musculaire* est très fréquente au cours de l'hémiplégie, on peut dire qu'elle est la règle ; c'est une atrophie diffuse intéressant plus ou

moins tous les muscles des membres supérieurs et inférieurs, mais prédominant surtout dans les petits muscles des extrémités et dans ceux de la racine des membres; elle est parfois masquée par de l'adipose. Elle peut être précoce et apparaître dès les premières semaines, elle est le plus souvent tardive. Rarement, elle s'accompagne de douleurs avec réaction de dégénérescence. Le plus souvent, ce n'est que lorsqu'elle est très accentuée que l'on constate une diminution de l'excitabilité galvanique et faradique.

Cette atrophie dépend, pour certains auteurs (Charcot, Pitres, Brissaud), des lésions des cellules des cornes antérieures; pour Dejerine, de la névrite périphérique; pour Joffroy, d'une action indirecte des lésions du faisceau pyramidal sur les cellules motrices médullaires; pour Babinski, de la seule lésion cérébrale; pour Gilles de la Tourette, elle est la conséquence des arthropathies si fréquentes au cours de l'hémiplégie.

Ces *arthropathies* peuvent évoluer d'une manière précoce, elles atteignent le coude, les doigts, les genoux. L'articulation est rouge, empâtée, parfois l'arthrite peut revêtir une allure aiguë, parfois, au contraire, elle reste silencieuse et ne se traduit par de la douleur qu'à l'occasion d'un mouvement violent.

Signalons, en outre, les troubles trophiques osseux (raréfaction osseuse) que la radiographie systématique des membres chez les hémiplégiques a démontré exister plus souvent qu'on ne le croyait et l'apparition de troubles moteurs surajoutés particulièrement intéressants.

Ce sont l'*hémichorée*, décrite par Mitchell, le *tremblement* assez rare qui peut simuler le tremblement de la maladie de Parkinson, des mouvements involontaires *choréiformes*, illogiques, l'*hémi-ataxie* souvent associée à de l'hémi-anesthésie (à distinguer du syndrome thalamique), de l'hémichorée associée ou non à de l'hémiathétose, celle-ci limitée aux extrémités.

Il faut signaler l'importance des troubles vasomoteurs s'accompagnant d'œdèmes dont le type le plus caractéristique est connu sous le nom de *main succulente*; de ces troubles dépendent des modifications de la peau qui devient écailleuse (glossy skin), peu résistante, facilement présente des furoncles, des *escarres*, etc.

A ces troubles vaso-moteurs se rattachent également les ecchymoses viscérales signalées surtout sur les poumons, les plèvres, etc., créant ainsi un lieu de moindre résistance pour les microbes et favorisant l'éclosion de complications pulmonaires surajoutées.

L'hémiplégique peut *mourir* de l'exagération seule des phénomènes de déchéance qui accompagnent l'évolution de l'hémiplégie; le déficit intellectuel s'accuse de plus en plus, le malade devient complètement gâteux. Il s'alimente mal et meurt dans un état de *cachexie extrême*.

Plus souvent il est emporté par l'une des complications déjà signalées, *escarre* qui va s'infecter, érysipèle, *complications pulmonaires* (broncho-pneumonie de déglutition et surtout TUBERCULOSE PULMONAIRE).

Enfin il peut faire une *nouvelle hémorragie* avec ictus ou succomber à des convulsions épileptiformes résultant d'une *infection méningo-corticale*.

Tels sont les symptômes cliniques que présente l'hémiplégie; à dessein nous avons négligé de signaler jusqu'ici les renseignements fournis par la ponction lombaire, ainsi que le signe de toute première valeur décrit sous le nom de signe de Babinski, et qui nous serviront à établir le diagnostic positif de l'hémiplégie.

III

Diagnostic. — Le diagnostic positif de l'hémiplégie est d'abord à faire au cours du coma; dans les comas (alcoolique, diabétique, opiacé, chloroformique, etc.), il n'existe pas de déviation conjuguée de la tête et des yeux, certaines modifications de l'haleine, la présence de sucre dans les urines permettront souvent le diagnostic, bien que l'on puisse y constater du sucre et de l'albumine au cours de l'hémorragie cérébrale et que les diabétiques puissent présenter une hémiplégie.

Le diagnostic d'hémiplégie se pose au cours du coma, par la constatation de la paralysie de l'une des joues, par l'inertie des membres marquée surtout d'un côté, par la disparition du réflexe abdominal et cornéen du côté paralysé, ce dernier symptôme ayant pour Milian une valeur absolue pour permettre de désigner le côté paralysé dans les cas difficiles où il existe de la contracture précoce.

L'on ne prendra pas pour une hémiplégie certaines *névrites périphériques*, diagnostic parfois difficile cependant, celles-ci pouvant affecter le type hémiplégique ou s'accompagner d'hémiplégie vraie.

De même, l'on ne s'en laissera pas imposer par une contracture, un *hémispasme*; le diagnostic est également à faire avec la *maladie de Parkinson*, surtout au début, alors que le tremblement est peu accentué; si l'on y regarde de très près, on constate que, dans cette affection, il n'y a pas vraiment paralysie des membres.

Il faut toutefois se rappeler que l'hémiplégie vraie peut se produire chez un parkinsonien.

Il en est de même de certaines manifestations *choréiques* localisées à une moitié du corps qui, s'opposant à la marche, pourraient faire croire à une hémiplégie.

De même à la suite d'une crise d'*épilepsie* essentielle, certains phénomènes pourraient en imposer pour une hémiplégie véritable. Cependant parfois une hémiplégie vraie, par hémorragie cérébrale par exemple, peut succéder à une crise d'épilepsie.

Lorsque le diagnostic positif du syndrome hémiplégie sera posé, le premier devoir du clinicien sera de rechercher en présence de quelle variété d'hémiplégie il se trouve, s'il s'agit d'une *hémiplégie organique* ou d'une *hémiplégie hystérique*. A poser les règles de ce diagnostic fondamental s'est spécialement attaché M. Babinski.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici en les résumant, les signes indiqués par cet auteur.

Hémiplégie hystérique. — Le début de l'hémiplégie organique est *brusque*, c'est un ictus qui frappe un individu, et cet individu subitement est atteint d'hémiplégie.

Le début de l'hémiplégie hystérique est le plus souvent *lent* et *progressif*, la paralysie étant précédée par un engourdissement des membres, cependant il peut y avoir ictus; mais dans cette forme apoplectique il n'y aurait, d'après Achard, ni la respiration stertoreuse, ni la congestion du visage que l'on observe dans l'organique.

Pendant la marche, l'hémiplégique hystérique *traîne* la jambe (Todd), tandis que l'organique *fauche*. Un autre caractère distinctif très important est la conservation fréquente, dans l'hémiplégie hystérique, de la motilité dans les muscles de la face contrastant avec la paralysie des membres. Lorsqu'il existe une paralysie faciale, celle-ci se reconnaîtra facilement aux caractères suivants : *a.* elle ne s'accompagne pas d'hypotonicité musculaire; *b.* l'abaissement de la commissure n'est qu'une apparence résultant d'un soulèvement spasmodique de la commissure opposée, ou bien encore, il existe réellement, mais il est alors dû à une contraction des fibres musculaires qui abaissent la lèvre; loin d'être la conséquence d'un affaiblissement de la tonicité des muscles, il est donc, dans les deux cas, une manifestation de leur activité; *c.* absence constante de l'abaissement du sourcil et de l'effacement des plis du front; *d.* lorsque la langue est fortement déviée du côté paralysé, ce qui est exceptionnel, il s'agit de spasme et non de paralysie; *e.* la paralysie faciale hystérique est une paralysie systématique, c'est-à-dire qu'elle ne porte que sur un ou plusieurs systèmes des mouvements volontaires que les muscles de la face sont appelés à exécuter : aussi est-elle généralement bilatérale; *f.* l'évolution est capricieuse, les phénomènes spasmodiques ne succédant pas fatalement, tant s'en faut, aux phénomènes paralytiques, et les troubles étant susceptibles de s'atténuer et de s'aggraver à plusieurs reprises et de se modifier notablement d'un instant à l'autre dans leur intensité comme dans leur forme; *g.* lorsque, dans l'hystérie, il existe de l'asymétrie faciale, celle-ci est due à un spasme et non à une paralysie.

De même dans l'hémiplégie hystérique, on note parfois l'existence d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du même côté que la paralysie. L'étiologie, la recherche des antécédents héréditaires et personnels du malade fourniront également de bons renseignements.

Mais surtout Babinski insiste sur la valeur diagnostique des signes suivants : *non systématisation* des phénomènes observés dans l'hémiplégie organique, presque toujours *systématisation* au contraire dans l'hystérique; *paralysie* des mouvements volontaires conscients et involontaires inconscients ou subconscients dans l'organique, alors que, dans l'hystérique, les mouvements subconscients ne sont *pas touchés*. Se basant sur les constatations de syncinésie déjà signalées au cours de cette étude et sur l'hypotonicité musculaire propre aux paralysies organiques, Babinski décrit trois symptômes particulièrement importants, le *signe du peaucier*, la *flexion exagérée de l'avant-bras* et la flexion *combinée de la cuisse et du tronc*.

1° *Le signe du peaucier, positif* dans l'organique, consiste en ce que, dans certains actes où le peaucier entre en jeu, la contraction du muscle est plus énergique du côté sain que du côté paralysé : ce phénomène est particulièrement apparent quand le malade ouvre la bouche toute grande; il est dû à la parésie du peaucier du côté malade, apparaissant dans les mouvements synergiques que les peauciers sont appelés à accomplir. Il manque toujours (à moins de simulation) dans l'hystérie.

2° *La flexion exagérée de l'avant-bras* consiste en ce que, dans la paralysie organique, lorsqu'on imprime à l'avant-bras, placé en supination, un mouvement passif de flexion sur le bras et qu'on cherche à appliquer aussi fortement que possible ces deux segments du membre supérieur l'un sur l'autre, on constate que le degré de flexion est plus grand du côté paralysé. Ce signe n'a de valeur qu'autant que le membre paralysé n'est pas atteint d'amyotrophie.

2° *La flexion combinée de la cuisse et du tronc* est *positive* également *dans l'organique* : si, étendu sur un plan résistant horizontal dans le décubitus dorsal, le malade fait un effort pour se mettre sur son séant, du côté paralysé, la cuisse présente un mouvement de flexion sur le bassin et le talon se détache du sol; du côté opposé, le membre inférieur reste immobile ou ne se soulève que tardivement. Ce phénomène est dû à la parésie des extenseurs de la cuisse sur le bassin qui, normalement, immobilisent la cuisse lorsque le psoas, prenant son point d'appui à son extrémité, fléchit le bassin sur la cuisse. Il ne s'observe jamais dans l'hystérie où les mouvements subconscients ne sont pas troublés.

Enfin, dans l'hémiplégie hystérique, les *réflexes* (tendineux, osseux, cutanés) ne sont jamais *modifiés*.

Dans l'organique, si l'on chatouille la plante du pied, il y a *inversion du phénomène des orteils* : ceux-ci, au lieu de se fléchir, s'étendent, cette inversion n'a pas lieu dans l'hystérique. Cette inversion peut se localiser à la première phalange du gros orteil, ou s'étendre à tous les doigts de pied qui s'étalent en éventail (phénomène de l'éventail). Ce résultat peut s'obtenir par massage des muscles de la région antéro-externe de la jambe (signe d'Oppenheim).

L'évolution est soumise à des *oscillations* irrégulières, imprévues, bizarres, dans l'hystérique; les *alternatives* sont rares dans l'organique, où la marche de la maladie est régulière, la contracture succédant à la flaccidité et l'amélioration étant progressive, lorsqu'elle se produit.

Tels sont les symptômes qui permettent tout d'abord cette première grande division des hémiplégies en organique et fonctionnelle. Notons encore que la forme de la contracture peut, dans la première, ne peut pas, dans la seconde, être reproduite par une contraction volontaire des muscles.

Ajoutons dès maintenant que bon nombre d'*hémiplégies observées au cours d'intoxications* (paralysie générale, alcool, mercure, etc.), si elles ne relèvent

pas de lésions polynévritiques, reconnaissent précisément comme raison déterminante cette nature hystérique, de même que certaines hémiplégies post-traumatiques, que l'on serait tenté a priori de qualifier d'organiques, reconnaissent également une pathogénie identique, notion du plus haut intérêt en raison de l'application à ces faits de la loi sur les accidents du travail. Ainsi donc, l'hémiplégie nous apparaît-elle comme relevant soit d'une lésion indiscutable du faisceau pyramidal, c'est l'hémiplégie organique, soit comme ne reconnaissant aucune altération de ce faisceau : c'est l'hémiplégie hystérique.

Nous pensons qu'il faut décrire dans une classe à part intermédiaire à ces deux groupes certaines hémiplégies, relevant de *troubles circulatoires* non définitifs, se caractérisant en clinique surtout par leur fugacité, et s'observant soit au cours d'affections du système nerveux, soit au cours de maladies infectieuses. Parmi celles-ci, il faut signaler certaines hémiplégies observées dans la sclérose en plaques, dans la paralysie générale, le tabes, au cours de la pneumonie et de la pleurésie, surtout chez le vieillard, à la suite de certaines affections toxi-infectieuses (paludisme, diabète, grippe, fièvre typhoïde, etc.).

L'hémiplégie de la *sclérose en plaques* est brusque, apoplectiforme, elle est le plus souvent fugace, transitoire, sujette à récidives ; elle reconnaît fréquemment pour cause des troubles circulatoires.

Dans le *tabes*, on peut observer des hémiplégies organiques vraies dues à des lésions du faisceau pyramidal (hémorragie, ramollissement, etc.), mais l'on peut observer aussi, au cours du *tabes*, une hémiplégie fugace, relevant simplement des troubles circulatoires.

Il en est de même de certaines hémiplégies observées *au cours de la paralysie générale*. Dans le *diabète*, également, s'observent, à toutes les périodes, ces hémiplégies passagères, mobiles, incomplètes, sans détermination anatomique.

Les intoxications (saturnine, arsenicale, hydrargyrique), lorsqu'elles se compliquent d'hémiplégie, n'y arrivent le plus souvent que par le réveil d'une hystérie latente, et non par la production de grosses lésions encéphaliques.

L'on a invoqué une pathogénie analogue pour expliquer l'existence de certaines hémiplégies observées au cours de la pneumonie, de la pleurésie chez le vieillard, ou à la suite de grippe, ou même au cours du paludisme.

Toutes ces hémiplégies relèvent donc d'une pathogénie intermédiaire à celle des formes organiques à lésions constatables et le plus souvent définitives du faisceau pyramidal, et des formes hystériques, ne reconnaissant aucune lésion de ce faisceau.

D'ailleurs l'on peut observer des associations organo-psychiques.

Dans un chapitre spécial, il vaut mieux étudier dès maintenant l'*hémiplégie infantile*, en raison de certaines particularités cliniques trop tranchées de son histoire, qui en font en quelque sorte un syndrome à part dans la description de l'hémiplégie en général.

L'*hémiplégie cérébrale infantile* (1) se caractérise surtout par le fait qu'elle arrête d'une façon plus ou moins complète le *développement* des membres paralysés et que, se localisant presque toujours à l'écorce, elle se complique très fréquemment d'*attaques épileptiformes* et de troubles *intellectuels*.

Elle débute souvent à la *naissance* et s'annonce fréquemment par des *convulsions* ; elle est en général totale, mais elle prédomine toutefois au *membre supérieur* et au niveau des *extrémités* ; elle s'accompagne de troubles vaso-moteurs et de troubles psychiques, spécialement d'aphasie.

Une fois constituée, il est bien rare qu'elle rétrocède, elle aboutit le plus souvent soit à l'*atrophie avec contractures et déformations prononcées des membres, soit à l'athétose vraie.*

L'attitude des membres paralysés est caractéristique (v. fig. 1).



Fig. 1. — *Hémiplégie cérébrale infantile droite* (2).

Le *membre supérieur* est étroitement appliqué contre le tronc, l'avant-bras fléchi en pronation et en flexion forcée, la main déviée vers le bord cubital, les doigts tantôt fléchis en griffe, tantôt étendus.

La déformation caractéristique du membre *inférieur* est le *pied-bot équin* ou *varus équin*.

La tête est souvent inclinée du côté sain (Neurath).

Les réflexes cutanés des membres paralysés sont diminués ou abolis, les réflexes tendineux au con-

(1) V. Hutinel. *Les Maladies des enfants*, t. V.
(2) Reproduction du *Pied-bot* de Ribera (Louvre, salle Lacaze).

traire sont exagérés (signe de Babinski positif). La contracture des muscles paralysés est la règle.

Mais ce qui caractérise spécialement cette hémiplégie, ce sont les *arrêts multiples de développement* qui l'accompagnent : ces arrêts de développement portent sur tous les tissus, muscles et os.

L'intensité de la contracture et de l'atrophie explique la difficulté des mouvements volontaires.

Dans le type avec athétose vraie, il n'y a ni contracture, ni atrophie, ni troubles des réflexes ; tout se réduit à une mobilité anormale des doigts.

Les troubles intellectuels s'observent dans la presque totalité des cas.

L'*épilepsie* fait pour ainsi dire partie du tableau clinique de l'hémiplégie infantile.

Il faut ajouter l'existence possible de troubles *de la sensibilité*.

A côté de cette forme prennent place une *forme bénigne*, une *forme double* caractérisée par la prédominance des troubles paralytiques aux membres supérieurs, par la fréquence des convulsions, l'intensité des mouvements athétoso-choréiques et la constance des troubles psychiques.

L'hémiplégie infantile reconnaît comme cause les traumatismes qui accompagnent souvent l'accouchement, une infection générale (gastro-entérite, broncho-pneumonie, syphilis, etc.), des productions pathologiques diverses (tuberculose, gommes, tumeurs), se développant dans les premières années de la vie.

Son diagnostic est en général facile : chez le nourrisson, il faudra penser aux paralysies obstétricales et à la pseudo-paralysie syphilitique. Chez l'enfant plus grand, il faudra, comme chez l'adulte, éliminer l'hystérie ; il faudra différencier de cette forme d'hémiplégie spasmodique infantile les hémiplégies liées à la chorée, à la méningite tuberculeuse, les paralysies infantiles à forme hémiplégique.

Le diagnostic du siège de la lésion est à peu près impossible à tenter.

Une fois posé ce diagnostic de la variété à laquelle appartient l'hémiplégie observée, il reste à préciser, lorsqu'il s'agit d'une hémiplégie organique, le siège de la lésion, la nature anatomique de la lésion, et la cause déterminante.

LOCALISATION. — Si la lésion siège sur le *cortex*, il s'agira plutôt alors d'une monoplégie rarement isolée, plus souvent associée (facio-brachiale, brachio-crurale, etc.) s'accompagnant d'hémi-anesthésie incomplète partielle et fugace, fréquemment d'aphasie, de troubles intellectuels, et succédant souvent à une phase d'épilepsie bravais-jacksonienne. (La lésion peut être corticale, sus ou sous-corticale.) L'hémiplégie qui accompagne une lésion méningée est rarement complète et s'accompagne de convulsions et de contractures précoces. Nous verrons l'importance de la ponction lombaire dans ces cas.

L'existence d'*aphasie* permettrait, d'après la théorie classique, une localisation unique et constante.

Depuis les travaux de P. Marie, la constatation de ce symptôme entraîne la localisation d'une double lésion, au niveau du corps opto-strié et au niveau de la zone de Wernicke.

Si la lésion siège au niveau de la *capsule interne*, il s'agit alors d'une hémiplégie totale, avec association fréquente d'hémi-chorée ou d'hémi-athétose et s'accompagnant parfois d'une hémi-anesthésie dont la caractéristique, lorsqu'elle existe, est d'être complète et durable. Ces deux constatations s'expliquent par ce fait qu'au niveau de la capsule interne, les deux faisceaux moteurs et sensitifs sont côte à côte et très ramassés sur eux-mêmes.

Il faut à cette occasion rappeler cependant que, pour Dejerine, les hémianesthésies observées dans ces cas ne seraient pas dues à des lésions capsulaires, mais bien plutôt à des *lésions thalamiques*.

D'ailleurs cet auteur a décrit un syndrome spécial dit SYNDROME THALAMIQUE, relevant précisément d'une lésion siégeant au niveau de la couche optique et se caractérisant cliniquement par la symptomatologie suivante. Au début, une hémiplégie légère sans contracture, sans exagération des réflexes, disparaissant rapidement, une hémianesthésie persistante de type cérébral, diminuant de la périphérie à la racine des membres, et remplacée parfois par de l'hyperesthésie, s'accompagnant d'ataxie et d'astéréognosie, enfin de douleurs rares du côté hémiplégié et des mouvements involontaires choréo-athétosiques.

Lorsque l'hémiplégie résulte d'une *inondation ventriculaire*, les convulsions sont précoces et généralisées, l'on constate en même temps une hyperthermie progressive, et la mort ne tarde pas à survenir.

L'hémiplégie d'*origine pédonculaire* est souvent une hémiplégie purement motrice et, dans ce cas, elle est difficile à différencier de l'hémiplégie d'origine capsulaire.

Le diagnostic en est au contraire particulièrement aisé lorsque par lésion simultanée du faisceau pyramidal non encore entrecroisé, et du nerf moteur oculaire commun, est réalisé le *syndrome de Weber* dit encore *hémiplégie alterne supérieure* caractérisé par la paralysie périphérique du moteur oculaire commun du côté de la lésion et la paralysie centrale des membres du côté opposé (1) [fig. 2].

Parfois l'*hémitremblement* remplace dans ces cas l'hémiplégie, c'est le *syndrome de Benedikt*.

L'*hémiplégie protubérantielle* réalise souvent le *syndrome de Millard-Gubler* ou *hémiplégie alterne inférieure*, caractérisé par la coexistence d'une paralysie faciale à type périphérique du côté de la

(1) La paralysie *périphérique* est due à une lésion portant sur le neurone moteur périphérique, que celle-ci intéresse la grande cellule radiculaire, les racines antérieures ou les nerfs moteurs. Elle se caractérise par : *a*. l'intensité des troubles trophiques ; *b*. la flaccidité de la paralysie ; *c*. la présence de la réaction de dégénérescence. La paralysie *centrale* est due à une lésion portant sur le neurone moteur central (voie pyramidale). Elle se caractérise par : *a*. le peu d'intensité de l'amyotrophie et l'absence de certains troubles vaso-moteurs (une injection de pilocarpine, faite du côté malade, provoque la même sudation que du côté sain, tandis que, dans les paralysies de cause périphérique, cette sudation est tardive et incomplète); *b*. l'exagération constante des réflexes tendineux et la présence de la contracture ; *c*. l'absence constante de réaction de dégénérescence.

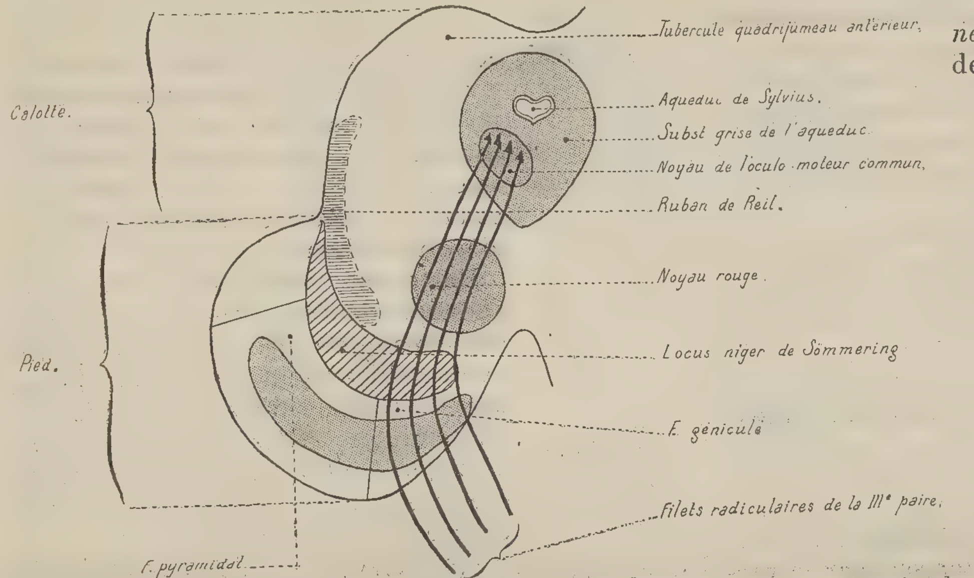


Fig. 2. — *Syndrome de Weber. Une même lésion (figurée en gris, sous forme d'une bande transversale) intéresse simultanément les fibres périphériques de la troisième paire, le faisceau pyramidal, le faisceau géniculé.*

lésion, et d'une hémiplégie centrale des membres, du côté opposé, se compliquant souvent de lésions attestant une atteinte de la sixième ou la douzième paire (fig. 3).

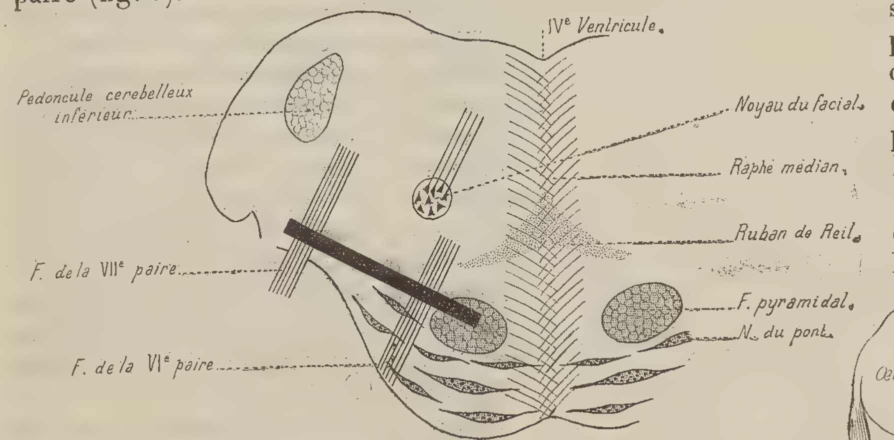


Fig. 3. — *Syndrome de Millard-Gubler : une même lésion intéresse le faisceau pyramidal et les fibres périphériques des sixième et septième paires.*

Dans certains cas, à l'hémiplégie s'associe une paralysie des mouvements de latéralité des yeux, telle que le malade ne peut plus porter ses yeux à droite et à gauche. C'est là le *type dit Foville*. Voici comment on l'explique. On sait qu'à l'état normal, lorsque le droit externe gauche se contracte, le droit interne droit se contracte synergiquement, de telle façon que les deux yeux sont en même temps déviés à gauche (fig. 4). Il y a donc association entre les troisième et sixième paires, et l'on suppose qu'un centre commun situé au-dessus des noyaux de chacune de ces paires (centre *sus* ou *supra-nucléaire*) envoie des fibres qui se rendent à la fois au droit externe d'un côté et au droit interne de l'autre (fig. 5). Dans les paralysies dites de Foville, une même lésion intéresserait le faisceau pyramidal et le centre supra-nucléaire.

Ces hémiplégies alternes peuvent être *sensitives*.

Elles peuvent être *doubles alternes* : il peut y avoir association des deux syndromes de Weber et de Millard-Gubler, par exemple hémiplégie gauche avec paralysie des troisième, sixième, septième paires droites, en rapport avec une lésion pédonculaire et bulbo-protubérantielle coexistante.

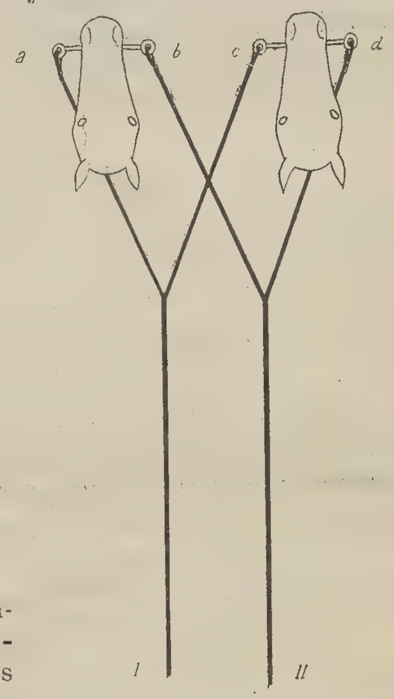


Fig. 4. — *Comparaison dite du quadrige.* — Le cocher, en tirant la rêne I, tire à gauche la tête des deux chevaux.

L'*hémiplégie bulbaire* est assez rare; elle se présente comme une paralysie labio-glosso-laryngée, avec prédomi-

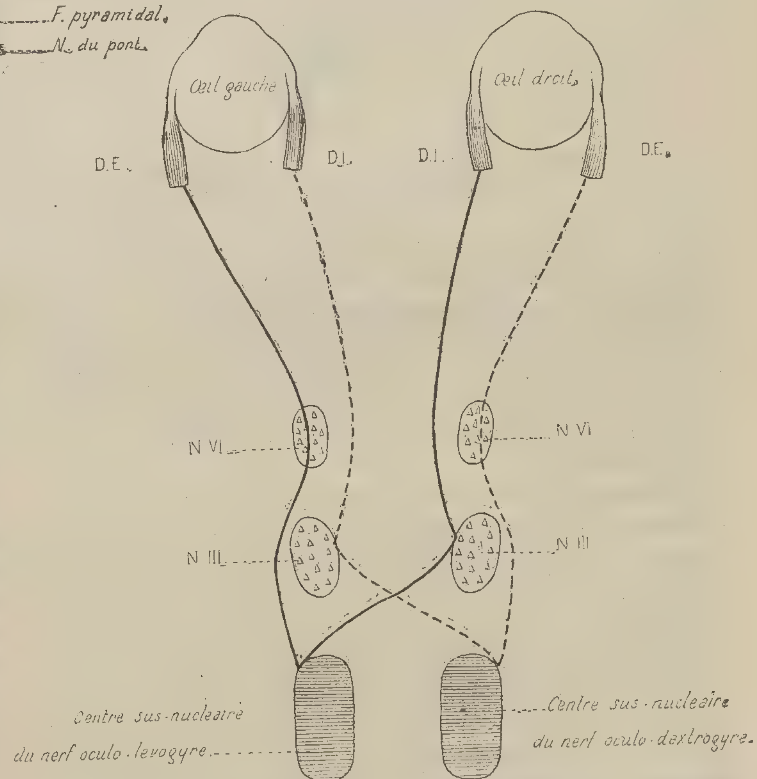


Fig. 5. — *Du centre sus-nucléaire lévogyre, partent des incitations motrices sous l'influence desquelles se contractent symétriquement le droit externe gauche et le droit interne droit.*

nance des troubles respiratoires et cardiaques.

L'*hémiplégie spinale* s'observe au cours d'affections du système nerveux, sclérose en plaques, etc., ou elle résulte d'une hémisection traumatique de la moelle : elle se caractérise par l'intégrité des nerfs craniens et par une simple hémiparaplégie, si la lésion siège au-dessous du renflement cervical; s'il

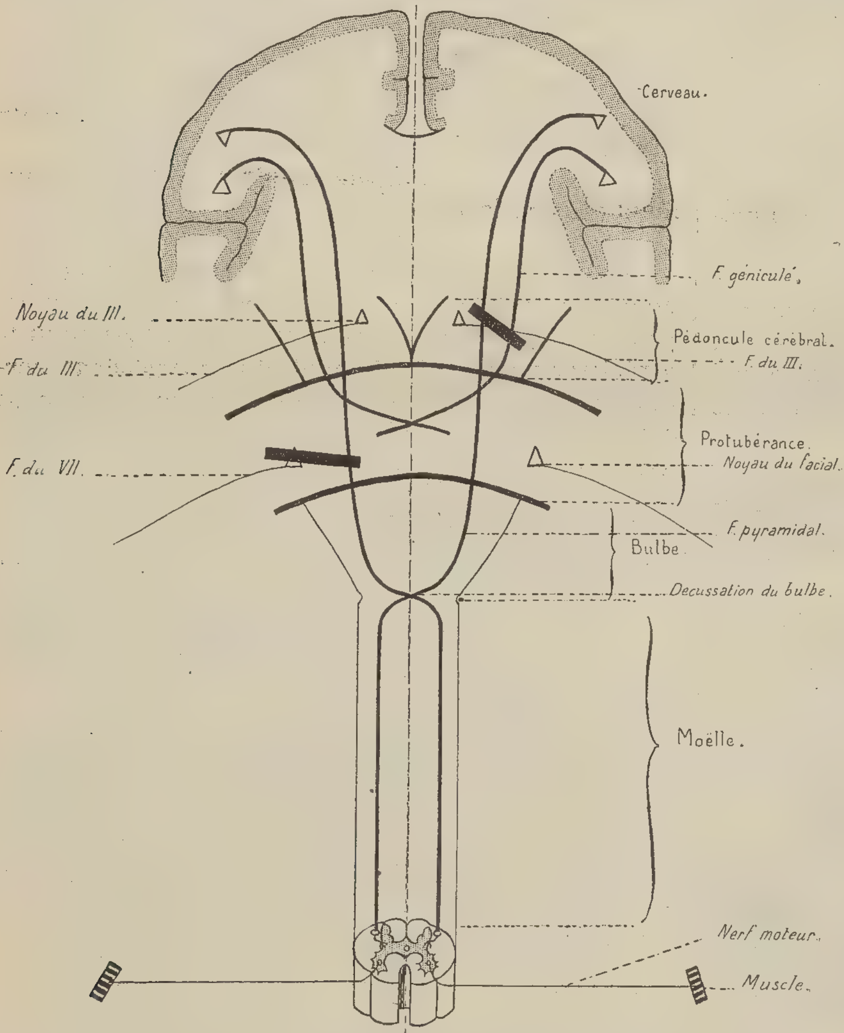


Fig. 6. — *Vue d'ensemble, sur une coupe longitudinale, des lésions déterminant les syndromes de Weber et de Millard-Gubler.*

y a hémiplégie vraie, il s'agit alors du syndrome de Brown-Séquard, paralysie des membres du côté de la lésion et hémianesthésie du côté opposé.

Exceptionnellement, la *poliomyélite antérieure aiguë* peut revêtir la forme hémiplégique. Il s'agit alors d'hémiplégie flasque qui restera toujours telle et qui s'accompagne de troubles marqués des réactions électriques.

L'hémiplégie cérébrale peut parfois être *double*; elle s'accompagne alors souvent du syndrome de paralysie glosso-labiée, dit *pseudo-bulbaire*.

Il s'agit d'hémiplégie peu marquée et inégalement développée, le malade marche à petits pas et présente le rire et le pleurer spasmodiques.

L'hémiplégie d'*origine névritique* est extrêmement rare : signalée cependant dans l'alcoolisme, le saturnisme (?), l'intoxication oxycarbonée, elle se caractérise par les douleurs qui l'accompagnent, par l'atrophie musculaire précoce, l'abolition des réflexes et la réaction de dégénérescence.

IV

Diagnostic de la nature de la lésion. — Etre en mesure de pouvoir affirmer la nature anatomo-pathologique de la lésion dont on vient de préciser le siège, c'est souvent être en mesure de préciser la cause même de cette hémiplégie, et par là même de pouvoir orienter de telle ou telle manière le traitement.

En tenant compte de la fréquence, l'hémiplégie s'observe surtout à la suite d'hémorragie cérébrale ou méningée, de ramollissement (par thrombose ou par embolie), de tumeurs cérébrales ou de méningite et les hypothèses de *syphilis*, de lésion *cardiaque* et d'artério-sclérose seront les premières invoquées pour en expliquer la cause.

L'hémiplégie de l'*hémorragie cérébrale* débute par un ictus, avec stertor, congestion du visage, etc.; elle est totale, complète; elle s'accompagne de manifestations d'ordre hypertensif (bruit de galop, dilatation du cœur gauche, etc.).

L'hémiplégie de l'*hémorragie méningée* ou de la pachyméningite est toute différente et, depuis les recherches de Chauffard et Froin sur l'importance de la ponction lombaire pour établir son diagnostic, elle s'est révélée dans une foule de cas où son existence eût, antérieurement à ces travaux, été méconnue; en général, elle s'installe peu à peu, les mouvements convulsifs et les contractures sont très fréquents, il n'est pas rare qu'elle se manifeste par un syndrome méningé vrai (signe de Kernig, ralentissement du pouls).

L'hémiplégie qui succède à *une embolie* est le fait d'une lésion cardiaque ou aortique infectieuse; elle apparaît brusquement chez un sujet le plus souvent jeune, réalise plutôt le type de monoplégie associée, s'accompagne souvent d'hyperthermie au début et d'aphasie.

L'hémiplégie par *thrombose* est importante à bien connaître, car presque toujours, sauf chez le vieillard, où elle est peut-être le résultat d'une endartérite oblitérante liée à l'artério-sclérose, elle dépend de la SYPHILIS.

Cette hémiplégie que nous appellerons volontiers SYPHILITIQUE (bien que la syphilis puisse réaliser autrement l'hémiplégie, et que, d'autre part, la thrombose ne soit pas toujours syphilitique) s'installe *progressivement* après avoir traversé trois périodes : 1° une *période de troubles fonctionnels* correspondant à l'invasion du vaisseau et se traduisant par de la *céphalée* persistante, résistante aux médicaments, des éblouissements, des bourdonnements d'oreille; 2° une période *méïopragique* ou *parétique* se traduisant par des troubles de la sensibilité (engourdissement, froid, fourmillements) vers l'extrémité du

membre, par des troubles moteurs (tremblements, trémulations faibles), enfin par de l'aphasie plus ou moins transitoire; 3° la *période paralytique*, l'hémiplégie est rarement complète d'emblée et générale; plus souvent, elle progresse peu à peu avant de devenir une hémiplégie complète, elle se constitue par étapes successives.

L'hémiplégie peut être parfois le symptôme révélateur d'une *tumeur cérébrale* ou d'un abcès, mais ordinairement la céphalée, les vertiges, les troubles intellectuels qui l'auront précédée joints aux renseignements fournis par l'examen du fond de l'œil, auront déjà fait porter le diagnostic de tumeur cérébrale.

Lorsque l'hémiplégie s'installera au cours d'une *méningite tuberculeuse* caractéristique, il ne sera pas difficile d'établir le rapport de causalité ; mais souvent, chez l'adulte surtout, cette méningite se traduira d'emblée par une hémiplégie, et, dans ce cas, le diagnostic se fera par la ponction lombaire qui permettra parfois également, par la recherche de la réaction de Wassermann s'associant à l'examen cytologique, de soupçonner une méningite syphilitique, scléreuse ou scléro-gommeuse, précoce parfois, signalée même au début de la période secondaire de la syphilis ; à cette période, la syphilis peut encore d'ailleurs provoquer l'hémiplégie par production d'exostoses craniennes parfois très précoces.

Il est des cas enfin où le diagnostic de la lésion s'impose : c'est par exemple quand l'hémiplégie apparaît à la suite d'un traumatisme cranien.

Le diagnostic de la cause doit d'ailleurs s'orienter d'abord d'après l'âge du sujet. D'une manière générale, chez l'*enfant*, on soupçonnera surtout une hémorragie méningée, une tumeur cérébrale, une méningite tuberculeuse et enfin la syphilis ; chez un adulte encore *jeune*, une fois le diagnostic d'hémiplégie organique ou fonctionnelle établi, on pensera aux *lésions cardiaques* (rétrécissement mitral surtout) et à la *syphilis* ; chez un adulte un peu plus âgé, toujours à la *syphilis*, mais aussi aux diverses causes d'*hémorragie cérébrale* et de méningite. On songera au diabète et aux autres intoxications déjà signalées.

Chez le vieillard, on pensera surtout au ramollissement, plus rarement à l'hémorragie et à l'urémie.

Il suffit en terminant de rappeler l'apparition possible d'hémiplégie organique au cours des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, diphtérie, érysipèle, variole, choléra, pneumonie, pleurésie après empyème, coqueluche, oreillons); au cours du paludisme en même temps que les accès; elle a été signalée par MM. Martin et Darré (1), au cours de la maladie du sommeil (2 cas d'hémiplégie droite avec aphasie); elle s'observe aussi au cours d'affections du système nerveux (sclérose en plaques, paralysie générale, tabes, maladie de Parkinson).

Mais souvent il est difficile, malgré l'examen clinique le plus attentif, malgré les renseignements fournis par le liquide céphalo-rachidien, l'examen du fond de l'œil, etc., d'affirmer tel ou tel diagnostic : en un mot, dans certains cas, l'étiologie *reste douteuse*.

Dans ces cas, il faudra toujours suspecter la *syphilis* et traiter énergiquement le malade. Même en cas d'échec du traitement, il ne faudra pas nier l'origine syphilitique de l'hémiplégie observée, certaines des lésions syphilitiques étant irrémédiables et ne rétrocédant pas.

Et s'il ne s'agissait pas de syphilis, l'autopsie, dans la majorité de ces cas à étiologie obscure, révélera une *tumeur*, un tubercule ou une plaque de méningite.

Ajoutons que l'autopsie montrera souvent infiniment plus de lésions que l'on n'en avait soupçonné et rarement le fait inverse.

Le *diagnostic du traitement* découle de ce que nous venons de dire. Traitement antisyphilitique, ponction lombaire favorisant la décompression utile à réaliser parfois ; traitement chirurgical dans certains cas d'enfoncement cranien, d'abcès, de tumeur à symptômes de localisation précise, etc.

(1) Martin et Darré. Forme cérébrale de la maladie du sommeil, *Soc. méd. des hôpit.*, mars 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 8 décembre 1909)

Les kystes hydatiques du foie. — M. Sieur, pendant son séjour en Algérie, a eu l'occasion d'opérer un certain nombre de kystes hydatiques du foie. Il n'a rencontré qu'un seul cas de kystes multiples. Il s'agissait d'un indigène de trente ans, bronchitique et paludéen, qui entra à l'hôpital en décembre 1903, présentant une énorme masse sous-hépatique qui avait tous les caractères d'un kyste hydatique. M. Sieur eut recours à l'anesthésie locale par la cocaïne parce que, dans un cas analogue, il avait vu le malade succomber dès les premières bouffées de chloroforme; à l'autopsie on avait trouvé des kystes multiples du diaphragme et du poumon. Craignant que, dans ce cas, il n'y eût aussi des kystes pouvant comprimer le poumon, M. Sieur n'osa pas se servir du chloroforme. Il fit une ponction qui donna issue à 300 grammes de liquide, injecta une solution formolée au centième, ouvrit la poche, en retira les hydatides et referma par un surjet. Après un mois, la poche s'était de nouveau remplie ; nouvelle ponction qui donna issue à un liquide albumineux. Après huit jours, il fallut encore une ponction et on injecta de la glycérine iodoformée. Enfin, sous l'anesthésie générale, M. Sieur fit une laparotomie et enleva six kystes disséminés dans l'épiploon et le mésentère. L'un de ces kystes siégeait dans le cul-de-sac de Douglas, ponction et formolage de ce kyste. Après huit jours, il y avait une réunion parfaite. Le quinzième jour, le malade fut pris de douleurs; sa température monta à 38 degrés. On fit une nouvelle incision, on trouva des adhérences; un fil avait suppuré. On plaça un gros drain. La température tomba. Quelques jours après le malade fut pris de hoquet, le pouls monta à 100; le ventre restait souple, aucun signe d'infection péritonéale, le malade succomba à l'affaiblissement. A l'autopsie, on reconnaît qu'il n'y avait pas d'infection. Le lobe gauche du foie était farci de kystes hydatiques; il y avait deux kystes sous le diaphragme, des kystes rénaux.

M. Sieur a observé quatre autres cas de kystes hydatiques du foie dont deux suppurés qu'il a traités par la marsupiali-

sation. Les autres ont été traités par la méthode de Delbet. En terminant, M. Sieur appelle l'attention sur certains cas de guérison spontanée des kystes hydatiques. Il en cite un exemple.

M. Lejars, depuis 1893, a opéré 38 malades pour des kystes hydatiques du foie. Deux de ces malades ayant dû être opérés deux fois, cela porte à 40 le nombre des opérations. Neuf fois les kystes étaient suppurés et ont été traités par marsupialisation. Un de ces malades est mort le lendemain de l'opération par affaiblissement. Un autre a succombé un mois après. Les 7 autres ont guéri. Dans 29 cas, il s'agissait de kystes non suppurés; 17 ont été traités par marsupialisation, 10 par la méthode de Delbet, 2 par l'extirpation. Sur les 17 marsupialisés, il y eut 3 morts; sur les malades traités par réduction sans drainage, 1 mort. Des 3 malades morts après la marsupialisation, 2 étaient très anémiées, portaient de gros kystes qui avaient été longtemps méconnus. Le troisième cas se rapportait à une femme de soixante-deux ans qui était atteinte d'un kyste moyen de la région paravésiculaire. Elle est morte sans accidents appréciables. Les 14 autres marsupialisations ont été suivies de guérison. Celle-ci s'est effectuée entre dix-neuf jours et deux mois. Il reste généralement un trajet fistuleux. La durée de la guérison est très variable et oscille entre un et six mois. Il faut tenir compte aussi de l'état du kyste, de l'état de ses parois.

M. Lejars insiste également sur les infections secondaires des cavités kystiques sans réaction fébrile, sans même suppuration. Une jeune fille de seize ans, malingre, chétive, se présenta avec une énorme tumeur de la partie inférieure du foie. Il s'agissait d'un gros kyste hydatique : ponction, formolage, puis ouverture. M. Lejars trouva des parois dures, calcaires. Il eut recours à la marsupialisation. Après six mois la guérison était complète et absolue, sans suppuration. Les kystes marsupialisés ne sont pas fatalement destinés à suppurer.

Sur les 10 opérations de Delbet, 9 ont guéri, une a été suivie de mort. Cette mort n'est pas imputable à la méthode, mais à l'opérateur. Il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans, obèse. Au cours de l'opération, le canal cystique fut sectionné. Il fallut ajouter à l'opération la cholécystectomie. La réunion sans drainage du kyste n'est donc pour rien dans ce décès. Les autres opérés ont guéri simplement, entre quatorze à quarante-cinq jours. M. Lejars, chez ces malades, a relevé deux cas d'intoxication hydatique, un grave, l'autre léger.

M. Lejars est donc partisan de la réunion sans drainage, mais il estime qu'il ne faut réunir qu'à bon escient. C'est une méthode que l'on doit désirer pouvoir pratiquer.

Actimomycose. — M. Picqué fait un rapport sur un cas d'actimomycose de la région sous-hyoïdienne avec phlegmon, présenté par M. Rouvillois. L'examen microscopique a confirmé le diagnostic.

Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. — M. Picqué analyse une observation de M. Jacob, du Val-de-Grâce, relative à un cas de résection de 40 centimètres d'intestin grêle pour une occlusion intestinale subaiguë d'origine appendiculaire. Il s'agit d'un caporal qui entra au Val-de-Grâce pour des phénomènes d'obstruction. Quatre ans auparavant ce jeune homme avait présenté tous les caractères d'une crise d'appendicite. Quand il entra au Val-de-Grâce, il était atteint de douleurs très vives dans la fosse iliaque droite; il avait 37°9, le pouls oscillait entre 80 et 120, du hoquet, des vomissements bilieux. Depuis trente-six heures, il n'avait rendu ni selles, ni gaz. L'examen du ventre était négatif. Le lendemain, il était ballonné. M. Jacob diagnostiqua une occlusion intestinale subaiguë d'origine appendiculaire. Il fit une laparotomie médiane, trouva un peu de liquide dans le ventre et de multiples adhérences des anses intestinales entre elles dans la fosse iliaque droite. Il y avait toute une masse agglomérée formée par des anses agglutinées entre elles et fixée d'un côté par une bride épiploïque et de l'autre par l'appendice. Ces brides séparées, la masse put être amenée en dehors et réséquée. Les deux portions de l'intestin furent réunies par un bouton de Murphy. Les suites furent bonnes, le malade guérit.

M. Jacob a présenté la pièce à la Société et a montré que le point de départ était le diverticule de Mœckel. C'était donc une diverticulite qui avait été l'origine de l'occlusion. Il y avait d'ailleurs une certaine complexité de lésions, puisqu'il y avait coexistence d'une lésion appendiculaire et d'une lésion du diverticule. Dans ces cas, l'intervention chirurgicale, seul moyen de guérison, doit être aussi précoce que possible.

M. Quénu apportera une observation de diverticulite ayant déterminé des accidents analogues et dont le point de départ était une ulcération d'origine épithéliale.

M. Mauclaire a observé un cas semblable d'appendicite et de diverticulite concomitantes. On ne peut savoir laquelle des deux a commencé.

Péritonite traumatique sans rupture viscérale. — M. Tuffier fait un rapport sur une observation de M. Guibal (de Béziers) relative à un cas de péritonite d'origine traumatique sans rupture viscérale. Il a pu recueillir huit observations de ce genre. Voici celle de M. Guibal. Un homme dans une chute de bicyclette tombe sous un camion qui lui passe sur le corps. Il est amené, le lendemain, à l'hôpital avec des phénomènes de péritonite. M. Guibal le voit cinquante heures après l'accident, croit à une rupture de l'intestin et opère trois heures après. Incision sus-ombilicale, les intestins s'éviscèrent d'eux-mêmes ; on n'y trouve aucune lésion. M. Guibal agrandit son incision, toujours pas de lésion. Une anse intestinale est seulement rouge sur une longueur de 0,40 centimètres et plus distendue que les autres. Il trouve une ecchymose à la racine du mésentère. De cette ecchymose part une traînée rougeâtre qui va rejoindre l'anse intestinale distendue et rouge. Il n'y a pas de lésion artérielle, pas de thrombose veineuse. Le duodénum est intact. Dans la cavité péritonéale il n'y a ni gaz, ni sang; il n'y a qu'un peu de liquide louche. M. Guibal referme et draine. Le malade meurt vingt heures après l'opération. Il n'y eut pas d'autopsie.

M. Tuffier a pu rassembler dix-huit cas de péritonite traumatique sans rupture viscérale. Il distrait de ces dix-huit cas neuf observations dans lesquelles on avait constaté une lésion de la muqueuse intestinale sans perforation. L'existence d'une petite perte de substance de la muqueuse seule peut suffire pour déterminer une péritonite. Mais une simple distension d'une anse intestinale n'est pas suffisante.

Dans les autres faits, on n'a trouvé aucune lésion. La péritonite, dans ces cas, est difficile à expliquer. M. Tuffier passe en revue ces différentes observations; il relève treize cas de péritonite localisée qui ont tous guéri. Sur les dix-huit cas de péritonite généralisée, dix-sept sont morts. Le seul cas de guérison a été communiqué par M. Michaux. Le blessé avait été opéré le jour même de l'accident.

M. Quénu pense qu'il est bien difficile d'affirmer qu'il n'y ait aucune lésion.

Le Directeur-gérant : Dʳ François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE

Exposition d'hygiène du Congrès international américain de Médecine et d'Hygiène, *à Buenos-Ayres, le 25 mai 1910*

Cette exposition a un programme des plus vastes, car il comprend toutes les branches intéressant l'hygiène sur toutes ses formes, habitations, alimentation, théâtres, sports, hydrothérapie, **ÉLECTROTHÉRAPIE, CHIRURGIE, RAYONS X, HOPITAUX, PHARMACIE**, incendie, sauvetage, etc.

Pour les programmes règlements, demandes d'admission et tous autres renseignements, s'adresser au Consulat général de la République Argentine à Paris, 91, boul. Haussmann.

N° 142. — MARDI 14 DÉCEMBRE 1909. 82e ANNÉE. MARDI 14 DÉCEMBRE 1909. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Les places vacantes en 1910 dans les services médicaux de l'Assistance publique. — Il y aura à pourvoir en 1910 aux places suivantes :

Assistants de consultation (médecine)...... 6
— (chirurgie)...... 2

(Il y a actuellement pour ces places qui sont données sans concours un nombre suffisant de candidats).

Médecins des hôpitaux.................. 3
Chirurgiens des hôpitaux................ 4
Oto-rhino-laryngologistes............... 1
Dentistes........................... 2
Adjuvat............................ 2
Médecins de l'assistance médicale........ 10

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN-ADJOINT DE BICÊTRE. — *Epreuve clinique spéciale.* — Séance du 1er décembre 1909. — MM. Barbé, 18; Camus, 19.

Consultation écrite et rapport. — Séance du 6 décembre. — MM. Camus, 27; Barbé, 29.

FACULTÉ DE PARIS. — Cours d'anatomie. — Le cours d'anatomie qui a été suspendu la semaine dernière aura lieu le mardi 14 et les jours suivants.

Les élèves de première et deuxième années seront seuls admis au cours d'anatomie sur la présentation de nouvelles cartes spéciales. Ces nouvelles cartes leur seront remises personnellement, tous les jours, au secrétariat de la Faculté, sur présentation de leur carte d'immatriculation, de neuf heures à midi et de une à trois heures.

La distribution des cartes continuera jusqu'au mardi 14 décembre à midi.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Le concours pour une place de prosecteur s'est terminé par la nomination de M. L. Arnaud, aide d'anatomie, interne des hôpitaux.

— M. le professeur Maragliano, recteur de l'Université de Gênes, fera le lundi 20 décembre, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la clinique du professeur J. Teissier, une conférence sur le traitement préventif de la tuberculose.

ACADÉMIE DE MÉDECINE (16, rue Bonaparte). — La séance annuelle aura lieu le mardi 14 décembre 1909, à trois heures.

Ordre du jour : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1909, par M. Weiss, secrétaire annuel; 2° Proclamation de ces prix, par M. Labbé, président; 3° Eloge de Th. Roussel, par M. Jaccoud, secrétaire perpétuel.

PRIX NOBEL. — Le prix Nobel, pour la médecine, a été décerné cette année à M. le professeur Théodore Kocher, l'éminent chirurgien de Berne.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — M. le médecin inspecteur général Claudot, président du comité technique de santé, est placé, à dater du 10 décembre 1909, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs généraux.

UN CONFLIT ENTRE LES EXTERNES ET L'ADMINISTRATION DES HOSPICES DE BORDEAUX. — La *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* rapporte ainsi l'incident :

« Lundi dernier, les externes avaient été convoqués à se réunir sous la présidence de M. le docteur Rabère, médecin résidant, à l'effet de procéder au choix de leurs services hospitaliers. L'article 216 de l'ancien règlement du service de santé établissant les conditions de ce choix disait : « Les externes titulaires choisissent leur service, par année et suivant l'ordre de classement au concours, *après avoir obtenu l'agrément du chef de service. Toutefois, les chefs de service peuvent, avant la répartition, disposer à leur choix jusqu'à concurrence de moitié des places d'externes qui leur sont attribuées.* »

Cette seconde partie de l'article figurée en lettres italiques a été abrogée il y a quelques années, les externes choisissent donc leur service par année et suivant l'ordre de classement au concours.

Or, cette année les élèves externes apprenant qu'un chef de service avait exceptionnellement réclamé l'inscription d'un externe et que l'administration avait cru devoir accepter cette inscription, ont refusé de choisir leurs services. Ces jeunes gens réclament l'application stricte du règlement du service de santé.

Au dernier moment on annonçait que le choix des services s'effectuerait à l'hôpital Saint-André samedi matin.

Nous espérons que ce regrettable conflit va ainsi se terminer pour le plus grand bien de tous. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Roux (de Feurs) et M. Jean Farge, externe des hôpitaux de Lyon.

ERRATUM. — Dans le n° 140, 1909, p. 1759, lire « Néri » au lieu de « Léri ».

LE TRAITEMENT DE LA HERNIE INGUINALE

CHEZ L'ENFANT

Par le docteur Ch. DAM,
Ex-assistant de chirurgie à l'hospice des Enfants-Assistés, à Bruxelles.

Lorsqu'il se trouve en présence d'un enfant atteint de hernie inguinale, le médecin hésite encore souvent sur la conduite qu'il devra suivre : bandage ou intervention.

Eh bien! disons-le tout de suite, nous croyons qu'*en tous cas* c'est à l'intervention qu'il faut donner la préférence, *quels que soient l'âge et le sexe du sujet s'il se trouve dans des conditions suffisantes de santé générale* (et cette dernière proposition elle-même souffre des exceptions comme nous le verrons plus loin).

Bien entendu, nous n'envisageons pas ici la question de la hernie, toute petite pointe, qui fait de temps à autre issue hors de l'anneau inguinal et qui guérit très bien après l'application d'un bandage pendant quelques semaines; nous voulons parler de ces persistances totales ou quasi-totales du canal vagino-péritonéal qui nécessitent le *port prolongé* du bandage pour arriver à une guérison problématique dans un très grand nombre de cas, croyons-nous.

L'accord, du reste, existe s'il s'agit d'enfants ayant atteint un certain âge (cinq à sept ans), mais où les opinions ne sont plus en harmonie, c'est quand il s'agit d'enfants du premier âge. Là, de nombreux auteurs faisant autorité tels Kirmisson, Piéchaud, Lucas-Championnière, conseillent de ne recourir à l'intervention que s'il y a des indications absolument nettes ou urgentes à opérer sans retard. Ils partent de ce principe, vrai jusqu'à un certain point, que le canal vagino-péritonéal a la tendance normale de s'obstruer, qu'il suffira donc d'aider à la production de ce phénomène pour arriver à guérison. Il est bien évident qu'on pourrait ainsi guérir pas mal de hernies, si elles se laissaient faire! Mais malheureusement, très souvent, la hernie ne se laisse pas faire et après plusieurs années de port de bandage le petit hernieux doit, malgré tout, être opéré. Pourquoi, nous dira-t-on? D'abord parce que souvent on a affaire avec un cas sérieux, chez lequel l'obstruction du canal vagino-péritonéal ne réussit pas à se faire; et surtout parce que le bandage tient mal, ne contient pas la hernie, les mouvements souvent fougueux de l'enfant n'étant pas en rapport avec la qualité du bandage peu puissant. Et cela ne serait encore qu'un demi-mal, si ce moyen de contention n'avait pas d'inconvénients. Or, nous sommes personnellement convaincus que le maigre avantage d'espérer pouvoir éviter l'intervention minime que constitue la cure radicale est absolument vaincu par les désagréments que comporte le port d'un bandage herniaire, si perfectionné soit-il, en entendant par ces mots un bandage donnant une parfaite contention quels que soient les mouvements effectués par l'enfant.

D'ailleurs pas mal de chirurgiens d'enfant sont actuellement de cet avis; ne voyons-nous pas Broca tendre de plus en plus à abaisser l'âge opératoire de ces sujets? Lorthioir n'a-t-il pas fait un plaidoyer remarquable en faveur de l'opération hâtive au dernier Congrès de la Société internationale de chirurgie? Il faut bien admettre que des maîtres aussi expérimentés ne se lancent dans une pratique que si le pour et le contre ont été bien pesés.

Nous pourrions nous contenter de renvoyer à l'excellent rapport de M. Lorthioir; mais convaincu qu'il y a encore pas mal de résistance à vaincre nous reprendrons un à un tous les arguments qu'il a fait valoir à l'appui de son opinion.

Tout d'abord chez les enfants du deuxième âge, le port du bandage amène souvent une attitude vicieuse; de plus, l'enfant ne peut se livrer aux jeux de ses compagnons ni faire de gymnastique, d'où souvent résultent de la dépression morale et aussi un retard dans son développement. Mais pour ceux-ci, comme je l'ai déjà dit, l'accord semble fait et tout le monde opère. Sur quoi il faut insister, je pense, c'est sur les conséquences locales du port du bandage, conséquences qui existent à tous les âges et quelquefois après fort peu de temps. D'abord du côté de la peau, chez le bébé, malgré tous les soins, il se produit bien souvent de l'érythème, des ulcérations même qui provoquent des souffrances continuelles; plus profondément, ne voit-on pas souvent se former des bourses séreuses qui s'enflamment parfois? Et du côté du cordon cette pression continuelle du bandage amène une irritation locale dont la conséquence est la formation d'adhérences entre crémaster, fibreuse commune, sac, éléments du cordon, formation aussi de kystes le long du cordon. Combien de fois ne nous est-il pas arrivé d'avoir de grandes peines à disséquer le sac chez de jeunes hernieux, n'ayant pourtant porté de bandage que pendant peu de temps. Et je ne parle pas de l'atrophie du cordon et du testicule, conséquences de la compression prolongée.

Ajoutez à cela, la pigmentation de la peau, la dépression de la région inguinale et vous avez le tableau des beautés du bandage!

Et j'ajouterai ici un argument qui n'a rien de scientifique, mais qui donne bien l'impression opératoire que laissent les cas opérés après port un peu prolongé du bandage. Nous avions, à l'époque où j'appartenais au service de M. le professeur Laurent, une infirmière qui était dans le service depuis plus de douze ans et, chaque fois qu'arrivait un enfant ayant porté bandage pour se faire opérer, elle nous disait : « Encore un qui a mis un bandage, ça promet du plaisir pour l'opération! » (Je n'affirme évidemment pas les termes, mais suis très affirmatif quant à leur sens.) N'est-ce pas là l'argument de simple expérience, sinon scientifique, de réelle valeur cependant, chez quelqu'un d'intelligent et ayant vu des centaines et des centaines d'interventions?

Maintenant, supposons que tout ait marché à merveille et qu'après avoir porté bien continuellement, bien longtemps un bandage idéal, ne bougeant jamais, contenant toujours la hernie à la perfection, l'enfant devenu jeune homme n'ait plus de hernie!! Eh bien! je crois encore qu'il n'est pas à l'abri d'une

récidive; au contraire, je suis plutôt disposé à croire qu'il se trouve dans toutes les conditions voulues pour faire une hernie, sans que cela lui coûte beaucoup de peine. Voici pourquoi : tout le monde est bien d'accord, je pense, pour dire qu'en dehors du fait de la persistance du canal vagino-péritonéal, il y a souvent dans la hernie congénitale une sorte d' « aplasie » musculaire (si j'ose m'exprimer ainsi), c'est-à-dire un déficit anatomique et fonctionnel du muscle au niveau des anneaux inguinaux ; dans d'autres cas c'est du rachitisme précoce, ce sont des affections gastro-intestinales qui, amenant du ballonnement du ventre, ont pour conséquence un affaiblissement de la paroi abdominale. Eh bien ! voilà du muscle de mauvaise qualité que nous allons comprimer pendant des mois, des années même ! Quel sera son état après ce traitement ? Supposez un muscle sain soumis à cette compression, ne dégénérera-t-il pas sous l'influence de cette action mécanique entravant sa nutrition ? « A fortiori », me semble-t-il, cela sera-t-il vrai pour un muscle mauvais à l'avance !

N'est-il pas bien plus logique, au contraire, de mettre tout dans un état tel qu'une bonne éducation musculaire puisse être appliquée de façon à guérir ou tout au moins diminuer une mauvaise disposition congénitale ou acquise ? Il serait assez curieux à cet égard, de faire des recherches et de voir chez les adultes, atteints de hernie de faiblesse, combien il y en a qui portèrent bandage pendant leur enfance !

En somme, le bandage a des inconvénients, non seulement au point de vue local, mais encore au point de vue général, et le nombre d'enfants opérés au second âge, le nombre d'adultes même opérés d'hernie congénitale démontrent bien que la guérison est souvent temporaire, en admettant qu'on l'ait obtenue. Les arguments nombreux, que je viens de signaler, dont personnellement j'ai eu maintes fois l'occasion de vérifier la réalité, m'amènent donc à la condamnation du traitement de la hernie inguinale de l'enfant par le port d'un bandage, et à l'intervention précoce.

Cela veut-il dire qu'il faille opérer tous les enfants hernieux ? Sur ce point, je crois qu'il ne faut pas être trop affirmatif. En effet, il est clair que certains petits cardiaques, myxœdémateux, pottiques, marastiques ne peuvent être opérés sans danger. Et ici le port d'un bandage pourra avoir des indications ; car je crois qu'il faut tâcher de relever l'état général de ces enfants avant de les opérer et qu'il vaut mieux que leur hernie soit maintenue ; c'est du reste l'avis de Broca qui se sépare, sur ce point, de Lorthioir qui préfère ne pas appliquer de bandage (1). Mais encore ce principe souffre-t-il des exceptions. Il nous est arrivé à tous de voir des nourrissons à l'état général mauvais, avec un état intestinal médiocre, porteurs de hernies volumineuses, chez lesquels, l'intervention une fois faite, tout rentrait dans l'ordre. Aussi, chez de tels sujets, n'hésité-je pas à conseiller l'intervention opératoire, si, après le port du bandage pendant quelques semaines et un traitement approprié, les progrès de la santé sont insuffisants. En fait, on conçoit facilement que l'existence d'une hernie, amenant de la stase intestinale locale, puisse favoriser l'éclosion de troubles entéritiques. En tous cas, chez ces enfants, dès que l'état général est relevé, il y a lieu d'intervenir ; jamais il ne faut prolonger la durée du port du bandage. En dehors de ce que je viens de dire, il n'y a qu'une contre-indication à l'intervention chirurgicale, c'est l'existence d'un mouvement fébrile pouvant faire supposer le début d'une affection aiguë.

Mais, m'objectera-t-on, l'opération ne présente-t-elle pas de dangers chez des nourrissons ? Eh bien ! je crois pouvoir affirmer que non ! Qu'on lise la statistique de Lorthioir dans son rapport, qu'on lise ce que dit Broca, et l'on sera convaincu ! D'ailleurs, ne pratique-t-on pas chez des nouveau-nés des opérations bien plus graves et avec succès, telles les interventions pour imperforation de l'anus ! Et l'expérience personnelle, notable déjà, que nous avons de cette question, n'a fait que nous confirmer dans les idées que nous avions du fait de ce que nous avions vu précédemment, pendant nos études. Pendant les quatre années que j'ai passées dans le service de M. le professeur Laurent, où on opère beaucoup de hernies, où pendant ce laps de temps j'ai opéré moi-même la plupart des cas qui se sont présentés (pendant une couple d'années surtout) nous n'avons enregistré qu'un seul décès et encore s'agissait-il d'un enfant marastique, chez lequel nous ne sommes intervenus que contraints et forcés, et qui est mort plusieurs semaines après l'intervention des suites de son athrepsie. Quant aux suppurations, certes il nous est arrivé d'en observer, mais c'est presque une rareté et généralement elles tarissent très facilement. Les autres complications post-opératoires, broncho-pneumonie, diarrhée verte, nous ont semblé bien rares ; et cependant, à l'époque dont je parle, tous les enfants opérés étaient repris par les parents sitôt l'intervention terminée et ramenés à la consultation chaque jour.

Maintenant que je crois avoir bien démontré que l'intervention est anodine, voyons ce qu'elle sera.

Au début de ma pratique, j'ai suivi le procédé suivant : incision longitudinale, dissection très haute du sac, résection du sac après torsion et après avoir passé un fil à travers son moignon, fil qui en même temps suturait les piliers de l'anneau (Mac Burney), réunion de la peau aux agrafes de P. Michel. Mais nous avons eu à opérer, peu de temps après, deux ou trois récidives et nous avons abandonné ce procédé, car mes collègues et moi croyions pouvoir les attribuer à ce procédé ; en effet, la fixation du moignon du sac à l'anneau crée un infundibulum d'appel *fixe*. Et je m'explique tout de suite sur ce point : lorsqu'on a réséqué le sac herniaire suffisamment haut, devant le tissu graisseux sous-péritonéal, l'élasticité du péritoine fait rentrer brusquement dans le ventre le moignon du sac et il existe alors un minimum d'infundibulum, si même il s'en forme ; de plus, il faut, je pense, tenir compte du fait que le péritoine n'est pas un organe fixe ; aussi je crois que le petit infundi-

(1) Voir à ce sujet : Discussion du deuxième Congrès de la Société internationale de chirurgie (Bruxelles, 18-25 septembre 1908), vol. II, page 416 et suivantes.

bulum, s'il existe, ne tardera pas à disparaître du fait même des mouvements du péritoine qui glisse, va et vient, sous l'influence des mouvements abdominaux et des péristaltiques intestinaux, tandis que si l'on fixe le moignon à l'anneau, on crée un infundibulum en un point fixe, infundibulum qui ne fera que s'accroître du fait du développement du canal inguinal et alors pouvant faire fonction de fossette d'appel. Aussi en sommes-nous venus à ligaturer le sac très haut et à passer un fil ou deux sur l'anneau comme Félizet. Et depuis, nous n'avons plus observé de récidives. Nous croyons que chez le nourrisson, cette technique bien simple suffit, l'opération est rapide et donne d'excellents résultats; nous ne croyons pas qu'il faille chez le petit bébé inciser le canal : en effet, le très court trajet du canal inguinal, quand il y a réellement canal, permet de faire la suture des piliers de l'anneau interne sans devoir recourir à cette incision.

Nous n'avons pas d'expérience personnelle du procédé préconisé par Lorthioir, résection haute du sac sans ligature ni suture, suture de la peau sans suture des piliers; nous l'avons vu souvent appliquer par son auteur et devons dire qu'il semble suffisant.

Toutes les craintes que nous avions, en principe, au sujet de cette plaie péritonéale intra-abdominale, s'évanouissent peu à peu et si, personnellement, nous n'avons pas encore usé de cette méthode, c'est par suite d'un reste de timidité,... par routine peut-être!

S'il s'agit d'enfants plus âgés, nous donnons la préférence au procédé de Broca qui nous a toujours entièrement satisfait, et s'il s'agit d'enfants dépassant huit ou neuf ans (c'est du reste une question de taille, de développement) nous faisons un Bassini. Nous n'insisterons pas sur les questions de nature de fils, fils perdus, pansements, notre but étant de vulgariser un principe, non une méthode. Du reste, en tout cela, chacun a de bons résultats avec des pratiques diverses.

En résumé, nous ne voyons à l'opération que des avantages : guérison rapide, le plus souvent définitive, pas de dangers sérieux; de plus, rien n'existe plus qui plus tard vienne entraver le développement normal de l'enfant. Aussi conclurons-nous avec Lorthioir : « Toute hernie chez un enfant, quels que soient son âge et son sexe, doit être opérée; le bandage herniaire inguinal est contre-indiqué; il présente, relativement à l'opération, de graves inconvénients. »

C'est parce que nous sommes absolument convaincus de la vérité de ces principes que nous avons élaboré ce petit travail, qui n'a d'autre but, répétons-le, que de vulgariser des idées que nous voudrions voir généralement adoptées, persuadés que c'est par leur application que les succès seront le plus nombreux, le plus complets, rendant ainsi le plus de services à nos petits patients.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DES MAINS

Prendre fréquemment des bains locaux émollients et porter des gants en caoutchouc.

Appliquer la pommade suivante :

Acide salicylique...............	1 gramme.
Glycérole d'amidon............	30 —

Poudrez ensuite avec :

Acide salicylique...............	1 gramme.
Oxyde de zinc..................	5. —
Poudre de talc.................	30 —

M. s. a. (*Ann. de thérap. dermat. et syphiligr.*)

LAVEMENT ALIMENTAIRE

Le lavement alimentaire recommandé par Boyd et Robinson est excellent et est composé de la façon suivante :

Jaunes d'œufs.................	N° 2.
Dextrose pure..................	30 grammes.
Sel de cuisine.................	0g50
Lait pancréatisé, quantité suffisante pour faire...........	300 grammes.

Ce lavement peut être administré quatre fois par jour jusqu'à reprise de l'alimentation par la voie normale.

(*Bull. gén. de thérap.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1909)

Un nouveau cas de fièvre de Malte contracté en France et observé à Paris. — MM. GOUGET, AGASSE-LAFONT et A. WEIL présentent un homme de quarante ans, garçon boucher, atteint de fièvre de Malte. Ce malade, à son entrée à l'hôpital, ne se plaignait que d'une vive douleur au niveau de l'épine iliaque postéro-inférieure droite, douleur qu'il attribuait à un traumatisme. Il présentait en outre une légère fièvre qui tomba les jours suivants, mais pour remonter progressivement par accès, après une phase passagère d'apyrexie. En même temps survenaient une vive céphalalgie et des sueurs profuses terminant les accès fébriles. On pensa alors à une fièvre de Malte.

L'examen du sang montra de la leucopénie avec mononucléose. L'ensemencement de 5 centimètres cubes de sang dans 250 centimètres cubes de bouillon donna en quarante-huit heures une culture assez abondante d'un coccus offrant les caractères du micrococcus militensis.

Ce coccus était agglutiné au 1/50 par le sérum d'un malade de M. Nicolle, reconnu atteint de fièvre de Malte, et, d'autre part, le sérum du malade actuel agglutinait au 1/100 le coccus précédent, ainsi que trois autres échantillons de micrococcus militensis.

Enfin, la réaction de fixation était nettement positive avec le sérum, en employant comme antigène soit une culture du coccus provenant du malade, soit une culture de micrococcus militensis fournie par le laboratoire d'hygiène de la Faculté.

En même temps le séro-diagnostic typhique se montrait négatif.

L'évolution ultérieure de la maladie fut d'ailleurs absolument celle de la fièvre de Malte.

Le malade n'a pas quitté, depuis seize ans, le centre ou le nord de la France, mais il a abattu ou dépecé de temps en

temps des chèvres, et comme il se sert pour cela du même couteau avec lequel il mange, il a pu se contaminer ainsi, mais le lieu et la date de la contamination restent absolument indéterminés.

Dans les quelques cas parisiens publiés jusqu'ici, les malades provenaient toujours du bassin méditerranéen et offraient d'emblée les signes d'une maladie infectieuse; pourtant le diagnostic exact n'a été fait qu'au bout d'un mois et plus, lorsque la longue durée et les allures de la fièvre eurent démenti tous les diagnostics portés jusque-là. Ici, malgré les symptômes trompeurs du début et l'absence de tout anamnestique précis, de tout séjour du malade dans un pays notoirement contaminé, le diagnostic exact a pu être fait dès le dixième jour après l'entrée à l'hôpital, à l'aide des seuls signes cliniques (courbe fébrile et sueurs profuses). Le diagnostic précoce est donc possible, même en France et à Paris : il suffit de penser à la maladie, et d'y penser de bonne heure.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1909)

Sur l'origine périphérique fréquente de la tuberculose chez le cobaye vivant au milieu de poussières bacillifères. — MM. J. Courmont et Lesieur (de Lyon) ont fait vivre pendant plusieurs heures des cobayes dans une atmosphère remplie de poussières chargées de bacilles bovins très virulents. La plupart de ces cobayes sont devenus tuberculeux, mais presque tous par voie périphérique, c'est-à-dire par la peau quand elle avait la plus petite ulcération (mais sans lésions tuberculeuses cutanées), par les muqueuses du nez ou de la bouche. En un mot, les poussières bacillifères paraissent, pour le cobaye, beaucoup plus dangereuses par simple dépôt sur la peau ou les muqueuses que par inhalation ou ingestion. La marche de la tuberculose ne laissait aucun doute sur le point de départ cutané ou muqueux.

La régression adipeuse du ganglion lymphatique. — MM. Rubens-Duval et Fage ont rencontré souvent chez l'adulte des ganglions presque entièrement transformés en tissu adipeux, exceptionnellement les ganglions sclérosés. Les classiques décrivent l'involution normale du ganglion lymphatique comme ressortissant à la sclérose. Pour MM. Rubens-Duval et Fage, toute sclérose serait le reliquat cicatriciel d'un état pathologique antérieur et la transformation adipeuse serait le processus normal de l'involution physiologique du ganglion. Cette transformation adipeuse du tissu lymphoïde du ganglion lymphatique est d'ailleurs en tous points comparable à la transformation de la moelle osseuse rouge en moelle osseuse jaune.

Les sérums antituberculeux. Précipito-diagnostic de la tuberculose. — M. A. Jousset. Ayant préparé longuement des animaux divers (lapins, chèvre, âne) par des injections intraveineuses ménagées de bacilles tuberculeux humains, on a obtenu chez tous ces animaux des sérums renfermant des anticorps multiples, fixant le complément sur les corps bacillaires et sur la tuberculine, agglutinant énergiquement les émulsions bacillaires et possédant en outre, vis-à-vis de la tuberculine, les qualités précipitantes reconnues dernièrement par MM. Calmette et Massol.

Malgré ce triple caractère défensif, ces sérums n'ont paru doués d'aucune action curative à l'égard de la tuberculose du cobaye ou de l'homme, mais ils ont permis par l'étude de leurs qualités précipitantes de constater les faits suivants :

1° L'égalité déjà reconnue par les auteurs précédents de toutes les tuberculines en face de ces sérums précipitants, argument de valeur pour les partisans de l'unité des tuberculoses ;

2° La thermolabilité relative de ces précipitines (58 degrés);

3° L'existence de propriétés lytiques associées à la propriété précipitante ;

4° La sensibilité des sérums-réactifs permettant de déceler jusqu'à 1/10 000 de tuberculine brute dans les mélanges les plus divers, d'où la possibilité d'une application clinique aux humeurs des tuberculeux, réalisant une sorte de précipito-diagnostic analogue au précipito-diagnostic méningococcique.

Sur 57 sujets examinés à ce point de vue, on a ainsi trouvé la réaction positive dans le sérum des phtisiques cachectiques, dans le liquide des pleurésies séro-fibrineuses, quelquefois dans le liquide céphalo-rachidien des méningites tuberculeuses, mais presque jamais dans le sérum des tuberculeux récents.

La réaction peut donc faire défaut, mais fût-elle pratiquement inutilisable qu'elle n'en aurait pas moins une importance doctrinale majeure puisqu'elle démontre chez les tuberculeux avancés l'existence de poisons circulants analogues à ceux que renferment les milieux de culture. Ainsi s'expliquerait l'indifférence des vieux phtisiques à l'égard des tuberculinisations locales ou générales qu'utilise aujourd'hui couramment le diagnostic.

Considérations sur la pulsation œsophagienne chez l'homme normal. — MM. S. Clerc et C. Esmein ont étudié la pulsation œsophagienne recueillie à l'aide d'un petit ballon fixé à une sonde et introduit dans l'œsophage. Après un certain nombre d'auteurs, ils ont constaté que, sur une zone de 5 à 6 centimètres dont la limite supérieure est située à 32 centimètres environ des arcades dentaires, il existe des battements correspondants à ceux de l'oreillette gauche; chaque battement s'inscrit sous la forme de trois ondulations. En comparant les tracés œsophagiens à ceux du pouls et de la pointe, on constate que le premier soulèvement présystolique correspond à la systole auriculaire, le second systolique à la systole ventriculaire, le troisième, en forme de dôme, à la diastole auriculaire. Les deux dernières ondes s'inscrivent toujours d'une façon positive. La première, selon les auteurs, serait positive ou négative (dépression). En réalité, chez ce même sujet, et suivant la position du sillon, elle peut être tantôt positive, tantôt négative.

Influence de la voie d'administration sur les doses mimima mortelles de colchicine. — M. Maurel a fait porter ses expériences sur la *grenouille* et le *lapin*. Il a comparé la voie gastrique avec la musculaire sur la première et en plus avec la voie veineuse sur la seconde.

Ses principales conclusions sont les suivantes :

1° Pour la grenouille, la voie gastrique est deux fois moins active que la musculaire, soit 2 grammes par kilogramme pour la première et 1 gramme pour la seconde;

2° Pour le lapin, la voie gastrique serait environ dix fois moins active que l'hypodermique, et celle-ci serait aussi active que la veineuse.

La dose minima mortelle serait de 0gr05 pour la voie gastrique et de 0gr005 environ pour les deux autres.

Sur les qualités du sérum des chevaux hypervaccinés contre la tuberculose à l'aide de bacilles humains virulents. — M. Vallée rappelle que ce sérum possède des qualités anti-infectieuses limitées mais réelles et montre qu'il jouit, en outre, de propriétés agglutinantes, d'un pouvoir précipitant très élevé à l'égard de divers extraits bacillaires, de qualités fixatrices sur les bacilles et leurs extraits et d'une action préventive évidente contre l'intoxication tuberculinique du cobaye tuberculeux.

Lésions expérimentales de la cellule hépatique. — MM. A. Mayer, F. Rathery et G. Schaeffer. L'état granuleux étant l'état normal de la cellule hépatique, les auteurs

montrent qu'une série d'altérations ont passé inaperçues ou décrites d'une façon défectueuse. Ils indiquent l'aspect des lésions de cadavérisation et décrivent deux types d'altérations cellulaires, cytolyse protoplasmique des premier, deuxième et troisième degrés et homogénéisation du protoplasma comprenant également trois stades. Ces lésions sont communes aux intoxications les plus diverses.

Lésions du foie provoquées par le chloroforme. — MM. F. Rathery et M. Saison ont étudié les modifications que subit le foie à la suite d'inhalations uniques ou multiples, d'injection intra-veineuse ou d'injection sous-cutanée de chloroforme. L'état granuleux étant l'état normal de la cellule hépatique, ils montrent l'extrême fréquence des lésions cellulaires, sous forme de cytolyse protoplasmique ou d'homogénéisation.

Les lésions sont plus marquées, lorsque le foie est recueilli un certain temps après l'anesthésie qu'immédiatement après (ce fait peut expliquer les phénomènes d'insuffisance hépatique tardive postchloroformiques).

Les altérations sont diffuses dans le lobule en cas d'inhalation, à prédominance sus-hépatique en cas d'injection intraveineuse ou sous-cutanée.

Symbiose de levure et oospora dans la langue noire pileuse. — M. P. Thaon. On tend généralement à attribuer le développement de la langue noire à la végétation sur les papilles linguales d'un parasite en forme de levure (Lucet, Roger et Weil). Mais cette levure paraît associée à un oospora et c'est à la symbiose de ces deux organismes que l'affection paraît devoir être attribuée. Il en était ainsi dans le cas rapporté par P. Thaon qui a pu observer ces deux parasites sur les papilles pigmentées et hypertrophiées et les a étudiés sur les cultures où leur tendance à vivre en symbiose était manifeste.

Communication faite à la Réunion biologique de Bordeaux (7 décembre 1909) :

Rhagades des lèvres et érythème papulo-érosif des hérédo-syphilitiques. — MM. J. Sabrazès et R. Dupérié (de Bordeaux) ont fait l'étude de pièces provenant du service de M. le professeur Moussous. L'ulcération fissuraire commissurale est revêtue d'épiderme nécrosé, croûteux, mélangé d'exsudats séreux et fibrino-hématiques. Au-dessous, les lambeaux de corps muqueux sont vacuolisés ; dans le derme et le chorion des cellules conjonctives en prolifération sont essaimées surtout autour des vaisseaux atteints d'endo-vascularite. Les spirochètes abondent dans les cellules épidermiques, au fond et sur les bords de la rhagade, tandis que la croûte superficielle plus ou moins décollée, infectée secondairement de staphylocoques, en contient peu ; les spirochètes se retrouvent plus clairsemés à tous les étages de la lèvre et jusque dans la lumière des glandes, dans les vaisseaux, dans les muscles et les filets nerveux.

L'érythème papulo-érosif hyperkératosique et riche en spirochètes sur les bords, est croûteux, spongoïde à sa surface ; mêmes altérations épidermiques et papillaires que ci-dessus, sans plasmome. L'infection secondaire intervient sur les tissus déjà adultérés par le spirochète. A noter l'extrême virulence de ces deux lésions.

VARIÉTÉS

L'ALCOOLISME ET LES MALADIES MENTALES DANS L'URUGUAY

Les rapports de l'alcoolisme et de la folie présentent un tel intérêt scientifique et social, qu'il est bon de signaler tous les documents fournis par les cliniciens sur cette question, vitale pour ainsi dire. Il est d'ailleurs curieux d'examiner si, sous d'autres climats, au sein de civilisations différentes de la nôtre, le fléau alcoolique engendre des effets superposables à ceux qu'on observe chez nous. Très instructive à ce point de vue sera donc l'étude d'un rapport officiel que vient de consacrer à l'influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales dans l'Uruguay le docteur Bernardo Etchepare, professeur de Clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Montevideo, et médecin de l'Asile national d'aliénés (1).

Le travail du professeur Etchepare est d'autant plus intéressant, que l'asile dont il est médecin est le seul qui existe dans l'Uruguay, que la presque totalité des alcooliques aliénés viennent aboutir là, et que nous aurons ainsi un état exact de l'alcoolisme mental dans cette république américaine.

Nous voyons tout d'abord que durant la décade qui s'étend de 1899 à 1908 il est entré à l'asile 2861 *aliénés hommes* de toutes catégories, sur lesquels on compte 618 alcooliques, soit une proportion de 21,60 p. 100. Pendant la même période de temps, il est entré à l'asile 1984 *aliénées femmes*, dont 52 alcooliques, soit une proportion de 2,62 p. 100.

Ces proportions sont sensiblement inférieures à celles que nous observons en France : 24 à 28 p. 100 chez les hommes et 3 à 8 p. 100 chez les femmes d'après Legrain, 33 p. 100 d'après Joffroy, 28,76 p. 100 chez les hommes et 8,52 p. 100 chez les femmes d'après Magnan.

Si maintenant l'on entre dans le détail des chiffres, et si d'autre part l'on compare le nombre des aliénés indigents et celui des pensionnaires payants, on constate que la courbe de l'alcoolisme est irrégulière au cours des dix années, et que les funestes effets de l'intoxication se font sentir principalement chez les indigents. Cette dernière constatation est générale et les causes en sont assez connues pour qu'il soit inutile d'y insister ici.

Si nous passons ensuite à l'influence de l'âge, et toujours en prenant pour base la même période de dix années, on voit que la fréquence est la suivante, par ordre décroissant, chez les hommes : de 31 à 40 ans (188 cas), de 41 à 50 (174 cas), de 21 à 30 (111 cas), de 51 à 60 (89 cas), etc. Chez la femme on trouve : de 31 à 40 ans (19 cas), de 41 à 50 (15 cas), de 51 à 60 (3 cas), de 21 à 30 (7 cas), etc. Ce parallélisme est donc presque absolu entre les deux sexes.

Le professeur Etchepare fait observer que l'alcoolisme infantile n'existe pour ainsi dire pas dans l'Uruguay, contrairement à ce qui se passe en Europe dans certains milieux. L'alcoolisme, paternel surtout, exerce malheureusement, là comme ailleurs, sa néfaste influence héréditaire pour engendrer des idiots et des épileptiques.

L'influence du mariage et du célibat apparaît très nette, mais les proportions réciproques sont renversées si l'on passe d'un sexe à l'autre. C'est ainsi que sur les 618 aliénés alcooliques hommes, il y a eu 361 célibataires, 215 hommes mariés, 28 veufs, et 14 individus dont l'état civil est inconnu à ce point de vue. La proportion des célibataires aux hommes mariés est donc comme 3 est à 2.

Chez les 52 aliénées nous trouvons au contraire 22 femmes mariées, 16 célibataires, 13 veuves, 1 dont l'état civil est inconnu. Les femmes mariées sont donc ici par rapport aux célibataires dans la proportion de 3 à 2. Ces chiffres sont analogues à ceux que l'on observe dans les autres pays ; il n'y a donc pas lieu de s'arrêter sur les causes dont ils sont l'expression.

Le professeur Etchepare nous renseigne ensuite sur l'influence de la nationalité, et pour chaque peuple il nous donne le nombre absolu d'aliénés alcooliques des deux sexes et le pourcentage qu'il représente. Malheureusement, comme nous ignorons quel est le nombre des représentants de chaque nation dans le pays par rapport à la population totale, ces données nous paraissent perdre de leur intérêt. Nous noterons cependant avec l'auteur que le parallélisme est presque

(1) *Revista Medica del Uruguay*, juin 1909, n° 6.

absolu entre les deux sexes, et que le pourcentage est le suivant : Uruguayens 39,06 p. 100 (232 hommes, 30 femmes), Italiens 28,65 p. 100 (179 hommes, 13 femmes), Espagnols 17.46 p. 100 (114 hommes, 3 femmes), Français 3,13 p. 100, etc., etc.

Le professeur Etchepare n'a rencontré dans ces dix années que dix-neuf nègres alcooliques, mais il ne faudrait pas en conclure à une supériorité de la race noire sous ce rapport, cela vient tout simplement de ce qu'elle est en train de disparaître de l'Uruguay.

Passons maintenant à l'influence des diverses professions. C'est le journalier, l'ouvrier qui fournit de beaucoup le plus fort contingent; on en rencontre en effet 256 sur les 618 aliénés alcooliques de sexe masculin. Et à ce propos M. Etchepare écrit les lignes suivantes qui valent la peine d'être méditées : « J'ai parlé plus haut de l'influence du paupérisme sur le cabaret et vice versa. Mais je dois signaler ici que depuis quelques années il est impossible de dire que c'est l'excès de travail qui pousse à rechercher dans l'alcool le tonique réparateur des forces perdues ; la plupart des corps de métier ont en effet obtenu depuis un certain temps un horaire de travail qui est loin d'être pénible et long. Malheureusement, nos ouvriers demeurent inactifs en dehors de ces heures de travail, sans chercher d'autre emploi pour leur capital d'énergie. »

Après l'ouvrier des villes viennent les agriculteurs, mais en proportion bien moins considérable puisqu'on n'en trouve que 53 sur les 618 aliénés alccoliques. Puis viennent par ordre de fréquence décroissante 31 négociants, 28 employés, 25 militaires, 16 cordonniers, 16 marins, etc. Les cuisiniers ne figurent dans la liste qu'avec sept cas, alors qu'en Europe c'est une des professions les plus éprouvées par l'alcoolisme ; mais ce n'est là qu'une apparence due à ce que dans l'Uruguay il y a peu de cuisiniers hommes.

Dans le groupe des femmes on note 29 femmes de ménage sur les 52 aliénées alcooliques de la décade, mais le professeur Etchepare fait remarquer que ce métier est souvent fictif « car beaucoup de femmes qui vivent hors de la morale courante changent de nom et de profession en entrant dans un asile ou un hôpital, pensant y être ainsi mieux traitées ».

Les cuisinières fournissent, elles aussi, un contingent de 7 cas, comme les cuisiniers, mais c'est 7 sur 52 au lieu de 7 sur 618. La prédominance numérique très considérable des cuisinières sur les cuisiniers, dans l'Uruguay, explique clairement le fait.

L'influence saisonnière ressort très nette des tableaux qui s'y rapportent, et le parallélisme est parfait entre les deux sexes. La fréquence de l'aliénation mentale prise en bloc présente son maximum, dans l'Uruguay, en décembre et janvier, et son minimum en mai et juin. Cette courbe correspond, mais renversée comme le cours des saisons, à celle que Garnier a établie pour la France.

Elle en diffère cependant sur un point. La courbe de l'alcoolisme, dans les deux sexes présente deux maximums ; un premier grand maximum correspond au mois de décembre, c'est-à-dire à la fin du printemps, avant les grandes chaleurs ; un second maximum, mais beaucoup moins élevé, correspond au mois d'août, c'est-à-dire à la fin des grands froids. Le premier, maximum estival, est d'ordre général et il est inutile d'y insister ; mais l'explication du second demande à être recherchée. Pour M. Etchepare elle existe dans ce fait que le manque de confort, et notamment l'ignorance de l'art du chauffage, ont toujours été très grands dans l'Uruguay, de sorte que dans ce pays, qui n'appartient pas cependant à ceux de basse température, on souffre du froid comme s'il était de latitude élevée. Et c'est malheureusement une habitude chère aux ouvriers, tant à la ville qu'à la campagne, de lutter contre le froid au moyen des breuvages alcooliques.

Les événements politiques retentissent sur la fréquence de l'aliénation mentale en général, et sur les troubles mentaux dus à l'alcoolisme eux-mêmes. C'est ainsi qu'en 1904, année de guerre pour l'Uruguay, le professeur Etchepare remarque que l'asile reçut moins d'aliénés en général, et moins d'alcooliques. Il rappelle d'ailleurs que pareil fait fut noté en France en 1789, en 1848 et en 1870-71. Selon le clinicien de Montevideo la puissante dérivation d'activité que détermine une guerre, et la sobriété forcée qu'impose la vie des camps seraient la cause du phénomène observé. Il en voit une preuve dans ce fait qu'il ne concerne que les hommes et que nulle diminution ne s'est produite dans le groupe des femmes en 1904.

Quant aux formes cliniques revêtues chez les malades auxquels a trait l'étude du professeur Etchepare, elles se divisent comme suit.

Sur les 618 aliénés alcooliques hommes, il y a eu 330 cas subaigus, 160 chroniques, 5 aigus et 4 suraigus. Dans 17 cas l'alcoolisme a contribué à l'éclosion de la paralysie générale, et dans 102 autres cas l'alcoolisme était associé à de la dégénérescence mentale, la manie, la mélancolie, la démence sénile, l'épilepsie et, dans quelques cas, à la syphilis cérébrale.

Chez les 52 aliénées alcooliques, il y eut 41 cas subaigus, 6 chroniques, 1 aigu. Trois fois l'alcoolisme s'accompagnait de paralysie générale, une seule fois il était associé à une autre affection psychique.

Il reste maintenant à examiner ce qu'il est advenu de ces deux groupes d'aliénés alcooliques. Pour celui des hommes nous voyons que 358 ont été guéris, 115 sont morts, 38 ont été réclamés par leur famille, 4 se sont enfuis, 103 sont demeurés à l'asile.

Pour le groupe des femmes, 35 ont été guéries, 14 sont mortes, 3 ont été réclamées par leur famille. Il n'en reste donc aucune à l'asile.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

PRATIQUE MÉDICALE

CONSTIPATION HABITUELLE ET ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Il est aujourd'hui admis comme démontré avec les travaux de Schmidt (1), complétés et vulgarisés en France par Paul Carnot (2), Bardet (3) et Nepper, que la constipation habituelle n'est le plus souvent que le résultat d'un trouble dans la digestion intestinale, consistant essentiellement en une déshydratation plus ou moins complète du bol fécal, dont la progression ou l'expulsion se trouvent ainsi plus ou moins entravées.

Cette conception nouvelle de la constipation a eu pour effet d'entraîner une modification complète dans les habitudes du praticien qui a, pour ainsi dire, touché du doigt l'erreur qu'il commettait en prescrivant à ses malades un laxatif ou un purgatif, méthode dont il avait du reste aperçu, depuis longtemps, les inconvénients.

L'exonération une fois obtenue, le constipé, non seulement n'était pas guéri mais souvent aggravé, quelque ingéniosité que pouvait mettre son médecin à varier les formules.

Les recherches de Schmidt, en même temps qu'elles éclairaient d'un jour nouveau la pathogénie de la constipation, indiquaient en même temps la voie à suivre. Il fallait trouver un produit capable d'augmenter le volume des fèces et de les hydrater, sans exercer aucune action irritante sur la muqueuse intestinale.

(1) SCHMIDT. *Münch. med. Wochens.*, 1905, nº 41.

(2) Paul CARNOT. La gélose et les mucilagineux dans le traitement de la constipation, *Progrès méd.*, nº 42, 17 oct. 1908, p. 507.

(3) BARDET. Direction logique du traitement de la constipation, *Bull. gén. de thérap.*, 8 juillet 1908.

Ces indications se trouvent réalisées par les mucilagineux dont le type le plus commode est celui qui est connu sous le nom de thaolaxine.

La thaolaxine n'est en effet autre chose que de l'agar-agar soigneusement sélectionné auquel a été incorporé une très faible proportion d'extrait de diverses rhamnées. Très avide d'eau dont elle absorbe quinze ou seize fois son poids, cette substance gonfle aisément, augmentant ainsi le volume des fèces auxquelles elle communique sa mollesse et son onctuosité, rendant en même temps efficaces les contractions intestinales. Sous son action, on voit au bout de quelques jours, les garde-robes redevenir faciles et régulières et, après un temps variable, l'intestin récupérer son péristaltisme normal.

Malgré la très faible proportion de rhamnées que contient la thaolaxine, quelques intestins très irrités par l'abus des purgatifs réclament un agar sans addition. Ce produit, connu sous le nom de laxagarine, a été préparé sur les indications du docteur A. Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, qui l'emploie pur ou mélangé en proportions variables à la thaolaxine, ou imprégné de différentes substances médicamenteuses, belladone, etc.

Quoi qu'il en soit, la thaolaxine expérimentée aujourd'hui dans tous les hôpitaux de Paris est considérée par la plupart des auteurs — Paul Carnot, Louis Rénon (1), Paul le Gendre (2), Martinet (3), etc. — comme le moyen le plus pratique d'administrer la gélose aux constipés et de les guérir.

Mais il est une variété de constipés qui n'entrent point dans la catégorie de ceux qui sont visés par la théorie de Schmidt. Ce sont ceux qui sont atteints d'entéro-colite muco-membraneuse.

On sait aujourd'hui [professeur Roger (4), Nepper (5) et Riva, Hallion] que cette affection et les symptômes si pénibles qui l'accompagnent sont dus à l'insuffisance de la sécrétion biliaire.

A ceux-là la thaolaxine ne conviendra que comme adjuvant; il faudra lui préférer ou lui associer un extrait de bile capable de restaurer la fonction compromise.

L'une des meilleures préparations de ce genre est la choléokinase qui est constituée par l'association des principes essentiels de la bile, isolés par un procédé spécial, avec des traces de kinase active.

En l'employant aux doses convenables, quatre à six ovoïdes par jour, nous avons vu les membranes très abondantes au début du traitement, et les mucosités disparaître peu à peu. les garde-robes se régulariser, le syndrome de l'entérite s'atténuer.

Toute la thérapeutique intestinale se trouve ainsi heureusement résumée en deux produits, thaolaxine et choléo-kinase, qui se recommandent par leurs effets réguliers à l'attention du praticien.

(1) Louis Rénon. *Bull. de la Soc. de thérap.*, 24 juin 1908, p. 305.
(2) Paul Le Gendre. *Journ. des prat.*, 8 mai 1909, p. 295.
(3) Martinet. *Presse méd.*, 5 déc. 1908, p. 792.
(4) Professeur Roger. *Alimentation et digestion*, Paris 1907.
(5) Nepper. Th. de Paris, 1905.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 DÉCEMBRE 1909

THÈSES

Mercredi 22 décembre, à une heure. — M. Maupas. Des abcès sous-phréniques d'origine gastrique. (MM. Lannelongue, président; Reclus, Mauclaire et Ombrédanne.) — M. Aynaud. Le globulin des mammifères. (MM. Lannelongue, président; Reclus, Mauclaire et Ombrédanne.) — M. Maurel. Essai sur le pansement au sérum artificiel. (MM. Reclus, président; Lannelongue, Mauclaire et Ombrédanne.) — M. Sabatier. Contribution à l'étude du traitement de la bartholinite. (MM. Gaucher, président; Roger, Pierre Marie et Marcel Labbé.) — M. Le Cacheux. L'indosé organique urinaire chez les diabétiques. Essai de dialyse. (MM. Roger, président; Gaucher, Pierre Marie et Marcel Labbé.) — M. Vouzelle. Contribution à l'étude de la linite plastique de nature cancéreuse. (MM. Pierre Marie, président; Gaucher, Roger et Marcel Labbé.) — M. Fage. Recherches sur les réactions et les néoformations lymphoïdes au cours des épithéliomas non ulcérés du sein (tumeurs et ganglions). (MM. Pierre Marie, président; Gaucher, Roger et Marcel Labbé.) — M. Lew. La réaction hémolytique de Bordet et la recherche des opsonines en chirurgie. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Proust.) — M. Routier. Tuberculose des organes génitaux de la femme d'origine ascendante. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Proust.) — M. Chassat. Des cysthématomes menstruels post-opératoires. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Proust.) — M. Chambrette. Tuberculose chirurgicale infantile chez des hérédo-spécifiques et traitement mercuriel. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Proust.)

Jeudi 23 décembre, à une heure. — M. Vernière. Contribution à l'étude de l'astasie-abasie. (MM. Dieulafoy, président; Raymond, Chauffard et Gouget.) — M. Baghdassarian. Cardiospasme idiopathique avec dilatation consécutive de l'œsophage. (MM. Raymond, président; Dieulafoy, Chauffard et Gouget.) — M. Lamare. Rapports pathologiques du foie et de la rate : hépatites d'origine splénique. (MM. Chauffard, président; Dieulafoy, Raymond et Gouget.) — M. Du Castel. Recherches sur le rachitisme. La réaction des organes lymphoïdes. Importance étiologique des toxi-infections chroniques. (MM. Chauffard, président; Deulafoy, Raymond et Gouget.) — M. Baussay. Du ramollissement cérébral dans les cardiopathies infantiles acquises. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Bar et Nobécourt.) — M. Monges. Valeur séméiologique de la coprologie. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Bar et Nobécourt.) — M[lle] Lempert. De l'influence de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum sur la tuberculose pulmonaire. (MM. Bar, président; Hutinel, Gilbert et Nobécourt.) — M. Prieur. Essai sur la mydriase traumatique au point de vue clinique et médico-légal. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, Hartmann et Brindeau.) — M. Kuss. Les rétrécissements péri-coliques pelviens (péri-recto-sigmoïdiens) principalement chez la femme. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Hartmann et Brindeau.) — M[lle] Ossipoff. Recherches sur la formule hémoleucocytaire dans les affections annexielles. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Hartmann et Brindeau.) — M[lle] Krutchenkoff. Recherches sur les variations des globules sanguins au cours de la menstruation. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Hartmann et Brindeau.) — M. Virlogeux. Radiographie des calculs de l'uretère et erreurs d'interprétation. (MM. Hartmann, président; de Lapersonne, Quénu et Brindeau.) — M. Chanoine-Davranches. Le nystagmus calorique dans les suppurations auriculaires. (MM. Alb. Robin, président; G. Ballet, Pierre Marie et Jeannin.) — M. Fauvet. Recherches des lésions viscérales dans la méningite cérébro-spinale. (MM. G. Ballet, président; Alb. Robin, Pierre Marie et Jeannin.) — M. Jaugeas. Les rayons de Röntgen dans le diagnostic et le traitement des tumeurs hypophysaires du gigantisme et de l'acromégalie. (MM. Pierre Marie, président; Alb. Robin, G. Ballet et Jeannin.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 36, 9 sept. 1909.) Krönig : Sur l'auto-infection en obstétrique. — Payr : Sur la pathogénie, les indications et le traitement de l'ulcère rond de l'estomac. — Rothe et Meinicke : Sur la présence de vibrions dans le contenu intestinal et les déjections de l'homme. — Bychowski : Sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de l'hypophyse. — Schnitter : Recherche et signification des bacilles tuberculeux dans le sang des phtisiques. — Schulz : Sur la forme granuleuse du virus tuberculeux dans l'expectoration. — Hugel : Sur l'opération radicale des hernies inguinales d'après Kocher. — (N° 37, 16 sept.) Verworn : Sur la narcose. — Cramer : Les troubles nerveux et psychiques de l'artério-sclérose. — V. Monakov : Observations générales sur la localisation de l'aphasie motrice. — Jendrassik : Sur la conception de la neurasthénie. — Ribbert : L'adénome malin du foie. — Einhorn : Sur l'ulcère du duodénum et son traitement. — Payr : Sur la pathogénie, les indications et le traitement de l'ulcère rond de l'estomac. — Xylander : Deux cas d'ulcère gonococcique serpigineux chez l'homme. — Harmel : Un cas de maladie de Mikulicz. — V. Scheven : Recherche des bacilles isolés dans les crachats. — Voigt : Variolo-vaccine. — (N° 38, 22 sept.) Th. Ercherich : L'état actuel de la doctrine de la scrofulose. — Bramann : Le traitement de l'hydrocéphalie par la ponction du corps calleux. — Monakov : Observations générales sur la localisation de l'aphasie motrice. — Vulpius : Dans quels hôpitaux le traitement des blessés par accident est-il le mieux conduit ? — Schertschewsky : Expériences actuelles avec les cultures du spirochæte pallida. — Riedel : Contribution à l'invagination intestinale. — Jankowsky : Iléus par étranglement à la suite d'adhérences par appendicite. — Bauer : Sur la biologie du colostrum. — Durlacher : Sur l'anophtalmie congénitale bilatérale. — Sternberg : Olfactomètre compendieux quantitatif pour recherches cliniques. — (N° 39, 30 sept.) Schauta : Les résultats durables de l'extirpation totale de l'utérus par voie vaginale dans le cancer du col. — Risel : Contribution à l'oblitération thrombosique et à la transformation caverneuse de la veine porte. — Hackenbruch : Excision de goitres sans anesthésie locale. — Heymann : Sur les corpuscules du trachome. — Heuser : Dysenterie bacillaire atypique dans un asile d'aliénés. — Weinstein : Sur l'importance de la réaction de Wassermann en rhino-laryngologie. — Dreyer et Meyrowski : Recherches sérologiques chez les prostituées. — Kudlek : Le diagnostic différentiel du rein mobile et des tumeurs mobiles de l'abdomen. — Offergeld : Luxation latérale du genou survenue dans un accouchement par le siège par arrachement du ligament collatéral tibial. — Wohlhauer : L'influence des rayons Röntgen sur le tissu pulmonaire. — Asher : Un cas de mydriase artificielle en groupe dans une famille. — Schmey : Sur un cas de glycérinisme.

Journal des praticiens. — (N° 42 *bis*, 20 oct. 1909.) Gaucher : Le prurigo chronique. — Valude : Traitement de la blépharite. — Rénon : La balnéation dans la tuberculose pulmonaire. — (N° 43, 23 oct.) Legueu : Les ectopies du testicule. — Darier : Les lupus. — (N° 44, 30 oct.) Castaigne : Les régimes systématiques dans les néphrites. — L. Rénon : Le bloquage du cœur. — Lemaire : Les savons chirurgicaux. — (N° 45, 6 nov.) G.-H. Lemoine : L'addition des antiseptiques aux aliments et le Congrès pour la répression des fraudes alimentaires. — Trousseau : Note sur la fulguration dans les cancers des orbites. — Bordier : Ce que peut la radiothérapie dans le traitement des fibromes interstitiels, ménopause artificielle précoce, atrophie de la tumeur.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 26 sept.) Deycke et Much : Bactériolyse et bacilles tuberculeux. — Saathoff : Expériences avec la réaction de Wassermann en médecine. — Grosser : Rôle de l'albumine dans la nutrition du nourrisson. — Heinzmann : Résultats durables dans la cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Girard. — Schümann : Sur la gangrène présénile à la suite d'artérite oblitérante. — Walthard : L'étiologie psychogène et la psychothérapie du vaginisme. — Widmer : Nouvelles expériences sur le terrain de l'héliothérapie. — Baeyer : Sur le traitement de la douleur métatarsienne. — Knoke : Contribution à la thérapeutique conservatrice des blessures graves des extrémités et de la gangrène menaçante. — Forkel : Un cas de tuberculose unilatérale ascendante de l'appareil uro-génital. — Kondoleon : Sur un cas de prostatectomie suprapubienne extra-vésicale. — Paschen : Sur la méthode d'Errug pour la recherche des corpuscules de vaccine. — Dessauer : Le clinoscope, un nouvel appareil de recherche radiologique. — Meyer : Suspensoir pour gonorrhée avec poche. — (N° 40, 5 oct.) Saathoff : Diagnostic et traitement par la tuberculine avec recherches sur les échanges dans la réaction à la tuberculine. — Lust : Sur la substance anti-protéolytique dans le sérum des nouveau-nés sains et malades. — Merzbacher : Le gliome réactif. — Prorok : Sur la chimie de l'expectoration des tuberculeux. — Schumm et Hegler : Sur la réaction pancréatique de Cammidge. — Kreuter : Sur les tumeurs inflammatoires chroniques de la paroi abdominale après les opérations de hernie. — Kœlsch : Abcès sous-phréniques et pérityphlite. — Reinhardt : Une intoxication par les graines d'ellébore non mûres. — Mœrcuse : L'emploi thérapeutique des applications froides sur la nuque. — Emmerich : Remarques sur la recherche du poison cholérique. — Ziegenspeck : Un perforateur amélioré en forme de ciseaux. — (N° 41, 12 oct.) Grasmann : Sur le traitement des blessures graves du poumon par coup de feu au moyen de la suture. — Reinhardt : Expériences avec la réaction de Wassermann. — Liefmann : Sur le mécanisme de la séro-réaction de la syphilis. — Nitsche, Schlimpert et Dunzelt : La réaction d'empêchement de Much chez les aliénés. — Hecker : Sur le diagnostic précoce de la rougeole. — Tausch : Sur les douleurs du pied. — Funck : Sur la glycosurie alimentaire dans l'entérite chronique. — Steinitz : Expériences thérapeutiques avec le médinal et la combinaison homologue du dipropyl. — Freund : Le traitement de la tuberculose osseuse par l'irradiation. — Fink : Cinquième rapport sur l'influence de la cure de Carlsbad sur la lithiase biliaire. — Heller : Sur un cas de formation de vésicules sous l'influence de l'hypnotisme. — May : Un cas de dilatation diffuse de l'œsophage. — Hauptmann : Menstruation vicariante sous forme d'hémorragies labiales. — Althoff : Hémorragie mortelle par les vaisseaux du cordon ombilical chez une enfant de douze jours d'une famille hémophile. — Flesch : Sur l'hyperémèse des femmes enceintes. — Müller : Instrument pour le prélèvement de sang dans un but bactériologique. — Williamson : La distribution géographique du diabète sucré. — Reh : Calcul de la vraie grandeur des organes d'après la grandeur de l'ombre Röntgen.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Variot, Sicard, Netter, Labey, Broca, Milian, Hirtz, Picqué, Boissard et Morax.

— La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 20 décembre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès onze heures et demie.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN-ADJOINT DE BICÊTRE. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. le docteur Paul Camus. Nous sommes heureux d'adresser nos bien vives félicitations à notre collaborateur et ami.

HOTEL-DIEU D'AMIENS. — Un concours pour les fonctions de chirurgien suppléant de l'Hôtel-Dieu d'Amiens s'ouvrira le 23 juin 1910, à onze heures du matin, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu.

Epreuves. — Les épreuves sont au nombre de trois: 1° une épreuve écrite sur un sujet de pathologie externe; quatre heures seront accordées aux candidats; 2° une épreuve de clinique sur deux malades de chirurgie; vingt minutes seront accordées pour l'examen des deux malades et vingt minutes pour l'exposition des maladies, après dix minutes de réflexion; 3° une épreuve de médecine opératoire, comprenant deux opérations.

Conditions d'admission au concours. — Les candidats devront : 1° se faire inscrire au secrétariat des hospices, rue de Beauvais, 127, avant le 8 juin 1910; passé ce délai, aucune inscription ne sera admise; 2° et déposer leur diplôme de docteur en médecine, ainsi que les pièces constatant qu'ils sont Français ou naturalisés Français. Le concours est public. Les fonctions de suppléant sont gratuites.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Mairet, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses, est nommé doyen de la Faculté de médecine pour une nouvelle période de trois ans.

LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS et la **SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS** se réuniront à nouveau le jeudi 16 décembre, à neuf heures du soir, rue de Seine, 12, pour continuer la discussion de la question : « Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques. »

PRIX A DÉCERNER PAR LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON. — 1° Un prix annuel de 100 francs est décerné à l'interne des hôpitaux qui aura fait les meilleures présentations dans l'année scolaire, de novembre à juillet inclus.

2° La Société décerne tous les deux ans un prix de 400 francs (qui pourra être partagé) sur un sujet de médecine, chirurgie ou accouchements.

Les prix décernés portent le nom du donateur.

Le prochain prix de 400 francs (prix Rieux) sera décerné dans la première séance de janvier 1911.

Le sujet de médecine proposé est le suivant :

« La chlorose doit-elle continuer à être envisagée comme une anémie primitive et protopathique ? »

Les mémoires devront être remis au secrétaire général, au plus tard le 31 octobre 1910.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Barjon, secrétaire général de la Société.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1804.*)

ARTHROPATHIES AUTO-TOXIQUES

DANS UN CAS

D'HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE

Par MM. Léon TIXIER et Jean TROISIER.

(Travail du laboratoire du professeur Hutinel.)

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* dans le cours duquel apparurent des manifestations articulaires comparables à celles de la maladie du sérum.

Voici le résumé de l'observation clinique et des analyses biologiques qui ont été pratiquées.

Observation. — P. J..., dix-sept ans, de constitution assez robuste, a toujours eu le teint d'un cholémique. La mère a une excellente santé. Le père eut à différentes reprises des coliques hépatiques suivies d'ictère. Renseignements vagues sur les antécédents personnels : crises douloureuses depuis plusieurs années mises sur le compte soit d'entéro-colite, soit d'appendicite, soit de coliques hépatiques. Le seul souvenir précis est la constatation, au moment des crises abdominales, d'urines rares et foncées; l'hémoglobine n'a d'ailleurs jamais été recherchée.

Maladie actuelle. — Le 31 juillet 1909, à la suite d'un violent exercice physique en pleine chaleur, le malade accuse un refroidissement. Aussitôt après, malaises, sensation de fatigue extrême, élévation de la température, anorexie.

Du 1er au 3 août, la température oscille entre 38 et 39 degrés; selles fétides et hypercolorées; douleurs articulaires (genou droit et articulations des phalanges). Le médecin traitant prescrit le régime lacté, du benzoate et du salicylate de soude.

Le 4 août, le malade est examiné pour la première fois par l'un de nous. Le teint est subictérique, les sclérotiques sont jaunes. La langue est saburrale, la région épigastrique est un peu douloureuse à la palpation, le foie déborde légèrement les fausses côtes, le lobe droit semble un peu gros. La rate est normale.

Le genou droit est tuméfié, la synoviale contient une certaine quantité de liquide; l'articulation phalango-phalanginienne du médius droit est également gonflée et très douloureuse. La température est de 39 degrés. Les selles hypercolorées contiennent beaucoup de stercobiline. Les urines sont rares, de couleur bière brune. Elles renferment environ 2 grammes d'albumine par litre; une grande quantité d'urobiline. A l'examen spectroscopique on constate les deux bandes d'absorption caractéristiques de l'hémoglobine; à l'examen cytologique, on ne trouve ni globules blancs, ni cylindres, mais seulement quelques ombres d'hématies.

Le 5 août, amélioration notable; les douleurs sont moins vives, la température est de 37°5.

Le 6 août, le malade souffre de l'épaule droite, tandis que les fluxions articulaires du genou et des doigts sont en régression, la température atteint de nouveau 38°8.

Le 7 août, amélioration se traduisant par l'atténuation de la teinte subictérique, la disparition des douleurs articulaires, la sensation de faim; les urines sont pour la première fois de teinte sensiblement normale. Il persiste toutefois une grande faiblesse.

Le 9 août, le malade se sent tout à fait bien, il est cependant très pâle et on trouve encore des traces d'albumine dans les urines.

Le 10 août, la convalescence se précise; toute trace d'albumine a disparu dans les urines.

M. P. J... est adressé vers la fin de septembre 1909 à Vichy. Le docteur Therre (de Vichy) a bien voulu nous adresser les renseignements suivants sur l'incident de cure survenu au neuvième jour du traitement.

Le 26 septembre 1909, à la suite d'une fatigue musculaire, il est pris de malaises, de douleurs lombaires; la nuit le sommeil est agité et le lendemain matin le malade ressent une violente courbature. Les selles sont molles, fétides, les urines peu abondantes, de coloration bière brune. Pas d'élévation de la température.

Le 28 septembre, les urines contiennent de l'albumine et de l'hémoglobine, sans éléments histologiques. Température normale, pouls régulier, congestion douloureuse des lobes moyen et gauche du foie. Sensibilité plus exagérée au niveau de la zone vésiculaire. Rate normale.

Le 29 septembre, fin de la crise et reprise du traitement exclusivement composé d'eau de Chomel en boisson. Les urines sont encore légèrement teintées.

L'état cholémique est manifestement moindre au retour de Vichy.

Le 4 novembre 1909, nouvelle crise d'hémoglobinurie. A la suite d'une promenade de deux heures en automobile découverte par un temps frais, douleurs de reins, anorexie. Les urines foncées contiennent un peu d'albumine et de l'hémoglobine. Le malade ressent quelques douleurs dans l'articulation phalango-phalanginienne de l'annulaire droit, l'articulation est un peu tuméfiée. Disparition complète de tous les accidents le 8 novembre 1909.

Le 21 novembre, le malade est examiné par le professeur A. Chauffard qui conclut, comme nous, à des crises d'hémoglobinurie paroxystique.

Le 27 novembre 1909, en dehors de toute crise, un examen des urines est pratiqué. On trouve un peu d'urobiline, mais on ne peut déceler ni traces d'albumine, ni traces d'hémoglobine (réaction de Meyer négative).

Examens du sérum sanguin. — L'examen du sang a été pratiqué à trois reprises le 6 août, le 10 août et le 27 novembre.

Le premier examen (6 août) permet de déceler une autolysine dans le sérum en modifiant quelque peu la technique de Donath et Landsteiner. L'épreuve préconisée par ces auteurs consiste à mettre en contact du sérum d'un individu avec ses propres globules lavés; le mélange est laissé une demi-heure à 0 degré, puis deux heures à 37 degrés. Avec un sérum normal, on n'obtient aucune destruction globulaire, tandis qu'avec le sérum de l'hémoglobinurie paroxystique, l'hémolyse est intense dans la plupart des cas. Chez notre malade, il semblait à première vue que l'épreuve était négative; cependant cinq heures après le début de l'expérience, l'hémolyse était totale, tandis que des sérums témoins conservés dans les mêmes conditions étaient rigoureusement intacts. Ces phénomènes autolytiques ne se produisaient que lorsque le mélange hématies et sérum était exposé à 0 degré dans la première partie de l'expérience.

Le sérum prélevé le 10 août et examiné dans les mêmes conditions ne donna par contre que des résultats négatifs.

Il en fut de même avec le sérum du 27 novembre. Dans cette dernière expérience, nous nous sommes assurés que le sérum était riche en complément. Ce n'était donc pas par insuffisance ou absence de complément que l'épreuve de Donath-Landsteiner restait négative comme dans le cas de Moro, Noda et Benjamin.

La réaction de Gmelin était positive, seulement avec le sérum du 6 août.

La réaction de Wassermann pratiquée par le docteur Weinberg est restée négative.

La résistance des hématies, éprouvée à chaque examen, nous a paru normale (hémolyse initiale à 0,44 NaCl p. 100 d'eau).

Examens du sang. — Examen de sang du 5 août 1909 (cinq jours après le début de la première crise). — *Numérations* :

Globules rouges	5 240 000
Globules blancs	15 000
Hémoglobine (Tallqvist)	95 p. 100.

Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	72
Polynucléaires éosinophiles	1,5
Grands mononucléaires	6,5
Mononucléaires moyens	16
Lymphocytes	4

Aucune forme cellulaire anormale.
Sang sec : Globules rouges normaux.

Examen de sang du 27 novembre 1909 (en dehors de toute crise). — Sang prélevé à la pulpe du médius dans les conditions normales, le doigt n'étant nullement cyanosé.
Numérations :

Globules rouges (1)	6 304 000
Globules blancs	6 200
Hémoglobine (Tallqvist)	98 p. 100.

Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	60
Polynucléaires éosinophiles	3,5
Grands mononucléaires	9
Mononucléaires moyens	22,5
Lymphocytes	5

Aucune forme cellulaire anormale.
Sang sec : Globules rouges normaux.

*
* *

En résumé, nous étions en présence d'un cas typique d'hémoglobinurie paroxystique, accompagné d'ictère et d'arthropathies.

On sait que l'ictère n'est pas un symptôme exceptionnel dans cette maladie. Il doit sans doute son origine aux phénomènes hémolytiques contemporains de la crise. Cet ictère présentait d'ailleurs les caractères cliniques essentiels des ictères hémolytiques.

Une conséquence moins connue sous la dépendance indirecte de l'hémolyse est la polyglobulie que nous avons constatée dans l'intervalle des crises. M. Pel (2) a signalé une polyglobulie de même ordre (8 et 9 000 000 globules rouges) chez un hémoglobinurique. Ce fait ne saurait nous surprendre, car on sait qu'à faibles doses les substances hémolysantes les plus diverses sont douées de propriétés excito-hémopoïétiques.

Nous insisterons davantage sur les manifestations articulaires qu'a présentées notre malade.

Les arthropathies constituaient par leur intensité la dominante clinique et simulaient une crise de rhumatisme articulaire aigu. L'irrégularité de la courbe thermique, l'absence de modifications sudorales, l'insuccès de la médication salicylée sont autant d'arguments qui plaident contre l'hypothèse de rhumatisme articulaire aigu. L'apparition de deux nouvelles crises moins violentes d'hémoglobinurie avec arthropathies atténuées nous permet d'éliminer également les pseudo-rhumatismes infectieux.

(1) Numération faite avec un appareil Thomas-Zeiss numérant le même jour pour l'un de nous 4 800 000 globules rouges et pour un malade convalescent de fièvre typhoïde 3 740 000 globules rouges.

(2) Pel. Hémoglobinurie paroxystique avec polyglobulie, *Nederlandsch. Fydssch. v. Geneeskunde*, juin 1907.

Les allures cliniques de ces arthropathies peuvent se comparer aux arthropathies aiguës de la *maladie du sérum*. On sait que les principaux accidents consécutifs aux injections de sérum hétérogène sont variables suivant les cas; ce sont des douleurs articulaires, des exanthèmes, de l'albuminurie, des modifications de la formule sanguine ou de l'hyperthermie. Ces symptômes traduisent la sensibilisation de l'organisme à l'égard d'un produit toxique indéterminé (anaphylaxie de Richet).

Sans insister sur l'interprétation pathogénique de ces phénomènes, ne peut-on pas être frappé que, dans ces deux groupes de faits, les arthropathies, l'élévation de la température et l'albumine suivent une marche parallèle et cyclique. Dans la maladie du sérum, les accidents sont consécutifs à l'injection de sérum hétérogène; dans notre cas d'hémoglobinurie paroxystique, ils paraissent dus à la présence de substances *autotoxiques* dans le sang du malade. Par l'expérience de Donath et Landsteiner, nous avons pu d'ailleurs déceler une autolysine dans le sérum au cours de la première crise.

Nous rapprocherons de ces arthropathies (1) le fait très intéressant signalé par Moro, Noda et Benjamin, d'une éruption urticarienne survenue au cours d'une crise d'hémoglobinurie paroxystique. Cette constatation permet de comparer d'une façon encore plus étroite les accidents de la maladie du sérum et les accidents de l'anaphylaxie autotoxique.

*
* *

Nous pensons qu'il y a lieu de distraire les arthropathies que nous avons observées du cadre général des arthropathies infectieuses (pseudo-rhumatisme infectieux) pour les ranger dans le groupe des arthropathies toxiques. MM. Fernand Bezançon et S. I. de Jong (2) ont proposé une interprétation analogue chez un malade atteint de pleurésie tuberculeuse qui présenta douze jours après la thoracentèse des manifestations articulaires fébriles, des œdèmes, de l'albuminurie, de l'éosinophilie sanguine. L'observation de ces auteurs présente une portée générale très instructive, mais elle est assez complexe, puisqu'il s'agit d'un tuberculeux; il est, dès lors, bien difficile d'écarter d'une façon absolue, dans le déterminisme des arthropathies en particulier, l'action du bacille de Koch ou de ses toxines.

Les données positives sur lesquelles repose notre observation et surtout la constatation dans le sérum d'une autolysine au cours d'une crise d'hémoglobi-

(1) *Münch. med. Woch.*, 1909, n° 11, 16 mars, p. 545. — Le fait n'est d'ailleurs pas nouveau, il est signalé par A. Hénocque (*Dict. Dechambre*, art. hémoglobinurie, p. 279). Cet auteur cite les faits de Mackensie, de Forest, de Lichtheim et de Kuessner.

(2) Fernand Bezançon et S. I. de Jong. Accidents rhumatoïdes avec leucopénie, éosinophilie et albuminurie au cours d'une pleurotuberculose primitive. Comparaison avec la maladie du sérum, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 29 oct. 1909, p. 470.

nurie paroxystique, nous autorisent à parler d'arthropathies *autotoxiques*. Ces phénomènes articulaires doivent être rangés dans le groupe nosographique des arthropathies toxiques à côté des manifestations articulaires de la maladie du sérum.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1909)

Digestibilité du lait stérilisé par surchauffage. — M. Armand GAUTIER. En présentant à l'Académie le *Traité d'hygiène de l'enfance* de M. Variot, M. Gautier attire l'attention sur un résultat inattendu en montrant que le surchauffage du lait à 108, 110 degrés, destiné à le stériliser, est un grand progrès pour sa digestibilité et son assimilation par l'intestin du nourrisson.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 14 DÉCEMBRE 1909)

M. WEISS lit le rapport général sur les prix, paie un tribut d'éloge aux membres décédés et souhaite la bienvenue aux nouveaux élus.

M. JACCOUD, secrétaire perpétuel, prononce, avec son talent habituel, l'éloge de Théophile Roussel : « Telle est, dit-il en commençant, l'infinie grandeur des bienfaits conférés par les lois dues à M. Théophile Roussel que le législateur fait trop souvent oublier le médecin. »

Le médecin, cependant, avait dès longtemps conquis une légitime célébrité par d'importants travaux. M. Jaccoud nous montre Roussel étudiant surtout certaines maladies dans le but d'en atteindre la prophylaxie; c'est là sa constante préoccupation, et l'orateur rappelle les travaux de Roussel sur la pellagre, le phosphorisme, les maladies des ouvriers travaillant dans les mines de mercure. « Or cette œuvre, dit-il, qui déjà méritait pour son auteur le titre enviable de bienfaiteur, était parachevée, avant que le médecin, devenu législateur, entreprît la noble tâche d'associer à la protection efficace par la prophylaxie la protection tutélaire par la loi. »

M. Jaccoud nous retrace l'histoire des travaux de Roussel sur la pellagre (1845, 1847), sur le phosphorisme (1846), ses travaux sur l'Espagne, l'Andalousie, sur le roman de Don Quichotte (1849), sur les maladies professionnelles.

Député républicain en 1849, après le coup d'état il rentre dans son pays et redevient médecin de campagne. Il devient la providence de sa contrée, le père des orphelins, il ennoblissait « son action bienfaisante par les qualités qui distinguent la philanthropie vraie des dehors intéressés qui la simulent, je dis le silence et la modestie ».

Membre de l'Assemblée nationale en 1871, il se met aussitôt à combattre les progrès de l'alcoolisme.

En 1872, avec son collègue Morvan, il dépose une proposition de loi ayant pour objet l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes. Il propose également la revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

C'est donc, déjà célèbre comme médecin et législateur, qu'il entreprend la préparation de la loi protectrice de l'enfance, dont la prise en considération a été votée le 8 novembre 1873; la loi elle-même a été votée le 23 décembre 1874 et elle a pris le nom de loi Roussel sous lequel « elle est honorée dans le monde entier ». Rappelons-en le principe et le moyen par les deux articles dont l'un proclame les droits de l'enfant à la protection et dont l'autre sauvegarde par un minimum de temps les droits de l'enfant à l'allaitement féminin.

« Telle est l'arme dont Roussel a pourvu la puériculture, cette science d'origine essentiellement française. »

« A cet homme de bien qui arrivait à la vieillesse autant chargé de ses bienfaits que de ses années, la reconnaissance publique devait un témoignage ; elle l'a donné sous la forme la plus significative et la plus délicate, le 20 décembre 1896, en fêtant le quatre-vingtième anniversaire de sa naissance. Inspiré par la sincérité, cet hommage prit l'éclat d'une apothéose. »

Retiré dans son château d'Orfeuillettes, non loin de son village natal, Roussel s'y est éteint le 27 septembre 1903, à l'âge de quatre-vingt-sept ans, « laissant à sa famille le plus glorieux des héritages ».

Quatre ans après, le 5 juin 1907, on inaugurait sa statue, en présence du Président de la République.

Quel est le principe qui a guidé toute la carrière de Théophile Roussel ?

« A cette question, dit en terminant M. Jaccoud, un souvenir en moi s'éveille et m'incite à répondre par un parallèle. Gœthe, dans son Faust, fait enseigner par le démon : la force donne le droit.

Roussel, dans son œuvre, fait enseigner par ses créations : la faiblesse donne le droit.

Voilà son guide, voilà son principe directeur, lumineuse synthèse d'une vie qui fut vouée tout entière à la défense contre le mal, à la protection de l'enfance, à la sauvegarde des humbles et des opprimés, à l'assistance sociale, et qui servit ainsi, avec une puissance effective, les nobles causes du progrès, de la patrie et de l'humanité. »

PRIX DÉCERNÉS EN 1909

PRIX DE L'ACADÉMIE (1 000 francs). — Question : *Pathogénie des œdèmes pulmonaires.* — Le prix est décerné à MM. les docteurs Hallion, directeur adjoint du laboratoire de physiologie pratique des Hautes-Etudes au Collège de France, et Nepper, chef dudit laboratoire.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY [Brésil] (800 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Leclercq (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Marcel Claret, chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine de Paris; M. Charles Périneau, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX APOSTOLI (600 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs A. Zimmern, professeur agrégé, et S. Turchini, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (un titre de 24 000 francs de rente). — Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde : un encouragement de 2 000 francs à MM. G. Moussu, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort et le docteur Ch. Mantoux, médecin consultant à Cannes; un encouragement de 500 francs à M. le docteur Louis Rénon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX BARBIER (2 000 francs). — L'Académie partage le prix également entre MM. les docteurs G. Levaditi et J. Roché (de Paris); P. Coyne, correspondant national de l'Académie, professeur d'anatomie pathologique, et B. Auché, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs René Leriche, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon ; Rabot et Sargnon (de Lyon); Barlatier (de Romans); Lévy-Bing (de Paris); A. Rodiet, médecin en chef de la colonie de Dun-sur-Auron; E. Lallemant, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon; J.-Ch. Roux, assistant de consultation spéciale à l'hôpital Saint-Antoine; Pierre Kouindjy (de Paris).

PRIX MATHIEU BOURCERET (1 200 francs). — Le prix est décerné à M. Léon Frédéricq, professeur à l'Université de Liège. Des mentions très honorables sont accordées à M. le docteur J. Mollard, médecin des hôpitaux de Lyon; M. Max Kollmann, agrégé des sciences naturelles, préparateur au Muséum d'histoire naturelle. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Maurice Villaret (de Paris).

PRIX HENRI BUIGNET (1 500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur H. Guilleminot (de Paris). Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs Cl. Regaud, professeur agrégé, G. Dubreuil, préparateur à la Faculté de médecine de Lyon, et J. Blanc, médecin stagiaire au Val-de-Grâce; MM. Ch. Porcher, professeur, et Ch. Hervieux, chef de travaux à l'école vétérinaire de Lyon;

MM. les docteurs H. Guillemard et R. Moog, préparateurs à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Capuron (1 000 francs). — Question : *Radio-activité des eaux minérales*. Pas de mémoire présenté.

Prix Marie Chevallier (6 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur H. Gougerot (de Paris). Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs Kuss, médecin en chef du sanatorium Villemin à Angicourt (Oise) ; Gabriel Batier, médecin aide-major de deuxième clase à l'hôpital militaire de Lille ; A.-F. Plicque (de Meaux).

Prix Chevillon (1 500 francs). — Pas de mémoire présenté.

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *De l'anorexie hystérique*. L'Académie décerne le prix à M. J. Tinel, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Clarens (400 francs.) — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Troussaint, médecin principal de deuxième classe, médecin chef de l'école supérieure de guerre. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Etienne Ginestous (de Bordeaux).

Prix Daudet (1 000 francs). — Question : *De la sérothérapie dans le traitement des tumeurs cancéreuses*. Un mémoire a été présenté. Le prix n'est pas décerné.

Prix Desportes (1 300 francs). — L'Académie décerne un prix de 1 000 francs à M. le docteur G. Stodel, préparateur au laboratoire de physiologie de la Sorbonne ; un prix de 300 francs à M. le docteur Pariset, directeur des services hydrothérapiques à l'établissement thermal de Vichy. Des mentions honorables sont accordées à Mme le docteur Jeanne Bourguignon (de Paris) ; MM. les docteurs Albert Landrin (de Paris); André Vullien, interne à l'hôpital civil français de Tunis.

Concours Vulfranc-Gerdy. — L'Académie a accordé, en 1908, à MM. les stagiaires : Une récompense de 300 francs à M. Ameuille, pour son rapport de mission ; une récompense de 200 francs à M. Feuillié, pour son rapport, et une somme de 1 500 francs pour sa mission ; une récompense de 500 francs à M. Parturier, pour son rapport, et une somme de 1 500 francs pour sa mission; une récompense de 500 francs à M. Glénard, pour son rapport, et une somme de 1 500 francs pour sa mission.

Prix Ernest Godard (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Louis Wickham, médecin de Saint-Lazare et Degrais, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, Paris.

Prix Pierre Guzman. — Un titre de rente de 1 328 francs. — Un encouragement de 1 000 francs est accordé à M. le docteur Louis-Albert Amblard (de Paris).

Prix Théodore Herpin [de Genève] (3000 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs P. Lejonne et Lhermitte (de Paris) ; une mention très honorable est accordée à M. le docteur Paul Camus (de Paris).

Prix Itard (2 400 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Louis Rénon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Laborie (5 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur P. Redard (de Paris).

Prix du baron Larrey (500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Gerbaud, directeur du bureau d'hygiène de Montpellier. Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs Broquin-Lacombe (de Troyes); Jean Camescasse (de Saint-Arnoult).

Prix Laval (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Parturier, interne des hôpitaux, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Henri Lorquet (300 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs R. Benon, interne de la clinique des maladies mentales, médecin-adjoint des asiles publics, et P. Froissard, interne de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, Paris.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2 600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Terrien (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur E. Nicolas, vétérinaire en premier de l'armée, au dépôt de remonte d'Alençon. Une mention honorable à MM. les docteurs Henry Coullaud, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Constantine, et Etienne Ginestous, oculiste de l'hôpital suburbain de Bordeaux.

Prix Adolphe Monbinne (1 500 francs). — Un prix de 750 francs est accordé à M. le docteur Arthur Chervin, membre de la Commission des voyages et missions et du Comité des travaux historiques et scientifiques au ministère de l'Instruction publique. Une subvention de 750 francs est accordée à M. le docteur F. Geay (de Paris). Une mention honorable est en outre accordée à M. le docteur A. Billet, médecin principal de deuxième classe, à l'hôpital Saint-Martin, Paris.

Prix Nativelle (300 francs). — Pas de mémoire présenté.

Prix Oulmont (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Vincent, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Les tumeurs du corps thyroïde, anatomie pathologique et pathogénie*. L'Académie décerne le prix à M. Gabriel Petit, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort. Une mention très honorable est accordée à MM. le docteur L. Bérard, professeur agrégé, et Hugues Alamartine, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon.

Prix Philippe Ricord (600 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs E. Emery, médecin de Saint-Lazare, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, et A. Chatin, médecin des eaux d'Uriage. Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Lévy-Bing (de Paris); P. Delmas, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier; Giovanni Franceschini, directeur du dispensaire celtique gouvernemental de Vicence (Italie).

Prix Tarnier (6 750 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur J.-L. Faure, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Une mention extrêmement honorable est accordée à M. le docteur Xavier Bender, chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Vernois (700 francs). — L'Académie décerne un prix de 350 francs à M. J. Lemercier, juge au tribunal civil de la Seine, membre de la Commission des fraudes; un prix de 350 francs à M. le docteur P. Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople. Des mentions très honorables sont accordées à M. le docteur Broquin-Lacombe (de Troyes); M. Maurice Piettre, chef de laboratoire du service vétérinaire sanitaire de la Seine; M. le docteur Coullaud, médecin-major de deuxième classe, à l'hôpital militaire de Constantine.

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé et, par son arrêté du 3 février 1909, M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder des récompenses, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1907. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 17, p. 205.)

— L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France pendant l'année 1908 :

1° *Médaille d'or à :* M. Laborde, préparateur au laboratoire de Mme Curie.

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Bardet (de Paris) ; Fleig (de Montpellier).

3° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Binet (de Saint-Honoré-les-Bains) ; Piatot (de Bourbon-Lancy).

4° *Médaille d'argent à :* M. Biquard, chef du service des essais industriels au conservatoire des Arts et Métiers.

5° *Médaille de bronze à :* M. le docteur Salignat, médecin consultant à Vichy.

Service des épidémies. — L'Académie a proposé et, par son arrêté du 17 décembre 1908, M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder des récompenses pour le service des épidémies en 1907.

1° *Médaille d'or, à :* M. le docteur Hoël, directeur du bureau d'hygiène de Reims.

2° *Rappel de médaille d'or à :* M. le docteur Dubrulle, médecin principal de première classe à l'hôpital militaire de Villemanzy à Lyon.

3° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Dubief, médecin inspecteur principal des épidémies à Paris; Römer, médecin en chef de l'hôpital de Médan (Sumatra).

4° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs

André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse; Gorez (de Lille); Lestocquoy (d'Arras).

5° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Blarez, professeur, et Barthe, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux; Decouvelaere (d'Hazebrouck); Lasnet, médecin-major de première classe des troupes coloniales; Montel, médecin des épidémies à Saïgon; Nicolle et Cassuto, à l'Institut Pasteur de Tunis; Rouyer, médecin-major de deuxième classe à la direction du service de santé du 6e corps à Châlons-sur-Marne.

6° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Devé (de Beauvais); Gagnière (de Vaulx-Milieu); Legros (de Rochefort-sur-Mer); Moreau (de Sens); M. Rambaud, pharmacien en chef des hôpitaux de Poitiers.

7° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Castan (de Pignan); Corson (de Guinguamp); Martin, médecin-major de deuxième classe au 1er chasseurs d'Afrique à Blida; Mouret, inspecteur départemental de l'Assistance publique à Grenoble; Taquoy (de Chartrettes); Torkomian, membre du Conseil d'hygiène de la préfecture de Constantinople.

8° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Alirol (du Puy); Guérin (de Blois); Hirigoyen (de Bordeaux); Sandras, médecin-major de deuxième classe au 10e cuirassiers à Lyon; Tranchant, médecin-major de deuxième classe au 91e d'infanterie à Mézières.

— L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder pour le service des épidémies en 1908 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

2° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Blanquinque (de Laon); Chabenat (de La Châtre); Hoël (de Reims).

3° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Mathieu (de Wassy); Moreau (de Sens).

4° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Boquin (d'Autun); Foucault (de Fontainebleau); Ollé (de Saint-Gaudens).

5° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Lobéac (de Gourin); Thibaudet (de Châtillon-sur-Chalaronne).

6° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Catrin (de Valenciennes); Cavaillon (de Carpentras); Guibert (de Saint-Brieuc); Reumaux (de Dunkerque).

7° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bessette (d'Angoulême); Castel et Laffont, au laboratoire de bactériologie de l'île de Saint-Maurice; Devy, médecin municipal à Pnom-Penh (Cambodge); Fleig (de Montpellier); Folly, médecin-major de deuxième classe au 22e dragons à Reims; Gardon (d'Alger); Goyon, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales; Hémery, médecin aide-major de première classe au 14e dragons à Sedan; Lapierre (de Sedan); Lorimy (de Coulommiers); Malteste (de Ruffec); Masbrenier (de Melun); Rajat (de Vichy); Richerolles (de Montluçon); Sahut (de Gannat).

8° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Brion (de Meaux); Corson (de Guingamp); Dupard, médecin principal de deuxième classe à Limoges; Guiol (de Toulon); Omont (de Pont-Audemer); Pillot (d'Auxerre); Piot (d'Aiguebelle).

Service de la vaccine. — L'Académie accorde pour le service de la vaccine en 1908 :

1° *Médaille d'or* à : M. le docteur Goldschmidt (de Strasbourg).

2° *Rappels de médaille d'or* à : MM. les docteurs Courtade (d'Outarville), Frémicourt (de Jaulgonne).

3° *Médailles de vermeil* à : MM. les docteurs Gallay, médecin principal de première classe des troupes coloniales; Gauducheau, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales.

4° *Rappels de médaille de vermeil* à : MM. les docteurs Cazal, médecin de la maison dépositaire des Enfants assistés de Toulouse; Creutz, médecin de colonisation, à Aïn-Temouchent.

5° *Médailles d'argent* à : MM. les docteurs Cartron, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Joyeux, médecin de l'assistance indigène en Afrique occidentale; Raynaud, chef du service sanitaire maritime à Alger.

6° *Rappels de médaille d'argent* à : MM. les docteurs Dupont, médecin de l'assistance médicale indigène en Afrique occidentale française; Genglaire (de Coucy-le-Château), Malafosse, médecin-major de première classe au 41e d'infanterie, à Rennes).

7° *Médailles de bronze* à : MM. les docteurs Broquet, à l'Institut Pasteur de Saïgon; Vincent, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Médailles d'or* à : MM. les docteurs Lelimouzin, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure, à Nantes; Rouveyre, inspecteur départemental de l'Ardèche, à Privas.

2° *Rappel de médaille d'or* à : M. Delage, inspecteur départemental du Rhône, à Lyon.

3° *Médailles de vermeil* à : MM. les docteurs Gagnière, médecin de la protection de l'enfance, à Vaulx-Milieu; Laurent, médecin de la protection de l'enfance, à Saint-Saulge; Mazoyer, médecin de la protection de l'enfance, à Villefort; Merveilleux, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales; Vivien, médecin de la protection de l'enfance, à Vienne.

MM. Blanc, inspecteur départemental d'Indre-et-Loire, à Tours; Drimon, inspecteur départemental de la Haute-Vienne, à Limoges; Drouilly, inspecteur départemental de l'Eure, à Evreux; Grèges, inspecteur départemental de la Vienne, à Poitiers; Menneret, inspecteur départemental de l'Aube, à Troyes; Sarraz-Bournet, inspecteur départemental de la Savoie, à Chambéry.

Mme Moll-Weiss, directrice de l'Ecole des Mères, à Paris.

4° *Rappels de médailles de vermeil* à : MM. les docteurs Auvert, inspecteur départemental du Cher, à Bourges; Benoist, inspecteur départemental du Morbihan, à Vannes; Denizet, médecin de la protection de l'enfance, à Château-Landon; Durand, médecin de la protection de l'enfance, à Saint-Martin-d'Auxigny; Ginestous, oculiste de l'hôpital suburbain des enfants, à Bordeaux; Hamel, inspecteur départemental de la Sarthe, au Mans; Lehec, médecin de la protection de l'enfance, à Châtillon-sur-Indre.

MM. Augé, inspecteur départemental des Basses-Pyrénées, à Pau; Cannet, inspecteur départemental d'Ille-et-Vilaine, à Rennes; Féraudi, inspecteur départemental des Alpes-Maritimes, à Nice; Fleury, inspecteur départemental de Saône-et-Loire, à Mâcon; Martin-Dupont, inspecteur départemental de la Haute-Savoie, à Annecy.

5° *Médailles d'argent* à : MM. les docteurs Bosc, médecin de la protection de l'enfance, à Guignes-Rabutin; Cassoute, médecin des hôpitaux, à Marseille; Ducournau, médecin de la protection de l'enfance, à Benesse-Maremne; Genglaire, médecin de la protection de l'enfance, à Coucy-le-Château; Guillermin, médecin de la protection de l'enfance, à Chambéry; Prieur, à Château-Thierry; Raffali, médecin de la protection de l'enfance, à Seillans; Robert-Simon, à Paris; Roger-Mesnil, médecin de la protection de l'enfance, à Bernay.

MM. Couret, inspecteur départemental de la Charente, à Angoulême; Descorps, inspecteur départemental de la Manche, à Saint-Lô; Desmot, inspecteur départemental de la Mayenne, à Laval; Tissot, inspecteur départemental du Loir-et-Cher, à Blois.

6° *Rappels de médailles d'argent* à : MM. les docteurs Heurteau, médecin de la protection de l'enfance, à Fay-aux-Loges; Truffet, médecin de la protection de l'enfance, à Seyssel.

MM. Bernis, inspecteur départemental de l'Hérault, à Montpellier; Carré, inspecteur départemental de l'Aisne, à Laon; Dupont, inspecteur départemental de la Nièvre, à Nevers; Guillon, inspecteur départemental de l'Ain, à Bourg; Lardet, inspecteur départemental de Vaucluse, à Avignon.

7° *Médailles de bronze* à : MM. les docteurs Ciaudo, à Nice; Denys, à Charly; Hantraye, à Avranches; Pierron, à Nantes; Rajat, directeur du bureau d'hygiène, à Vichy; Bouvier, inspecteur départemental de la Vendée, à la Roche-sur-Yon; Chaury, sous-inspecteur départemental de Saône-et-Loire, à

Mâcon; Mérat, inspecteur départemental de la Haute-Saône, à Vesoul; Roy, sous-inspecteur départemental de Meurthe-et-Moselle, à Nancy; Bragard, pharmacien à Coupy; Lainé, chef du bureau d'hygiène de Vichy.

8° *Rappel de médaille de bronze* à : M. Lavaurs, inspecteur départemental des Landes, à Mont-de-Marsan.

CONDITIONS COMMUNES A TOUS LES CONCOURS. — Les ouvrages destinés aux divers concours de l'Académie de médecine doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et parvenir directement au secrétariat, francs de port, reliés ou brochés, avant le 1er mars de l'année où le prix doit être décerné, avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel ils sont présentés.

Il ne sera tenu aucun compte des demandes ou des écrits envoyés après cette date, alors même que les envois seraient regardés par les auteurs comme des additions, ou des compléments, ou des rectifications à un travail qu'ils auraient adressé dans les délais de rigueur.

Prix pour lesquels l'anonymat est obligatoire. — Académie, Alvarenga, Capuron, Civrieux, Daudet, Falret, Herpin (de Metz), Lefèvre, Louis, Mège, Orfila, Portal et Pourat.

Pour ces prix, les travaux doivent être manuscrits, entièrement inédits, paginés, suivis d'une table et brochés.

Chaque manuscrit devra porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté joint à l'ouvrage et contenant les nom et adresse de l'auteur. Tout concurrent à l'un des prix ci-dessus qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Prix pour lesquels l'anonymat est facultatif. — Amussat, Apostoli, Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Louis Boggio, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell-Dupierris, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Pierre Guzman, Théodore Herpin (de Genève), comte Hugo, Huguier, Laborie, baron Larrey, Jules Lefort, Clotilde Liard, Henri Lorquet, Magitot, Meynot, Monbinne, Anna Morin, Nativelle, Perron, Rebouleau, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois.

Pour ces prix, l'anonymat étant facultatif, les travaux pourront être manuscrits ou imprimés. Ces derniers devront être envoyés au nombre de deux exemplaires.

Prix n'acceptant que des travaux imprimés. — Marie Chevallier, Itard, Jacquemier, Potain, Ricord et Roger.

Les prix Gerdy, Laval, Oulmont et du XIIIe Congrès international de médecine de Paris, de 1900, sont l'objet de conditions particulières.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier, Roger et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus. Après la proclamation des prix, les auteurs des manuscrits auront la faculté d'en faire prendre copie dans les bureaux et à leurs frais, avec l'autorisation du Conseil.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1910

(Les concours seront clos fin février 1910. — Les lettres *p. i.* placées après le montant du prix indiquent « partage interdit », *p. a.* « partage autorisé ».)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Physiologie et pathologie de l'hypophyse.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX AMUSSAT. — 1000 fr., *p. a.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés. — Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

PRIX APOSTOLI. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED. — Un titre de 24000 francs de rente 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

PRIX BAILLARGER. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. — Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

PRIX DU BARON BARBIER. — 2000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

PRIX LOUIS BOGGIO. — 4300 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à encourager et à récompenser les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose.

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

PRIX ADRIEN BUISSON. — 10500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS. — 2300 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

PRIX CAPURON. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Influence de l'hérédo-syphilis sur la genèse des anomalies et des monstruosités fœtales.*

PRIX CHEVILLON. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des signes fournis au diagnostic des maladies mentales par l'examen du liquide céphalo-rachidien.*

PRIX CLARENS. — 400 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

PRIX DAUDET. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De la leucoplasie dans ses rapports avec le cancer.*

PRIX DESPORTES. — 1300 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

PRIX FALRET. — 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Traumatismes cérébraux et troubles intellectuels, au point de vue clinique et médico légal.*

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — M. Vulfranc-Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5500 francs en faveur de deux élèves ayant été attachés en qualité d'internes au service des hôpitaux de Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger. Ces élèves seront institués pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France et de l'étranger; ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales, et présenteront à l'Académie un

rapport annuel sur leurs observations médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements, les conditions hygiéniques et climatériques de la localité.

L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1910. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1911. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur mémoire sur la pathologie interne et sur la pathologie externe. — Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante.

En 1910, pathologie interne.

PRIX PIERRE GUZMAN. — Un titre de rente de 1328 fr. 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées. — En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX HERPIN (de Metz). — 1200 fr., *p. a.* (Quadriennal.) — Question : *Traitement abortif, soit à leur début, soit dans la période d'incubation, des maladies causées par les trypanosomes.* — A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles, qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles.

PRIX HUGUIER. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés : seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

PRIX JACQUEMIER. — 1700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important. — Les travaux devront avoir au moins six mois de publication avant l'ouverture du concours.

PRIX LABORIE. — 5000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

PRIX LAVAL. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix devra être décerné à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX LOUIS. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Des méthodes hémostatiques internes.*

PRIX MAGITOT. — 1000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, paru dans les deux années précédentes sur une question de stomatologie ou d'odontologie, plus spécialement d'odontologie. — Par question de stomatologie ou d'odontologie, le testateur a entendu celles qui sont relatives à la bouche, aux mâchoires, aux dents, aux sinus, à la voûte palatine, au voile, etc., s'en rapportant pour le reste à l'appréciation de la Commission académique. — Au cas où le prix ne serait pas décerné, il serait ajouté deux ans plus tard à l'autre somme qui s'élèverait ainsi à 2000 francs et ainsi de suite.

PRIX MÈGE. — 900 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De l'insuffisance thyroïdienne, moins le myxœdème.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

PRIX MONBINNE. — 1500 fr., *p. a.* (Annuel.) — M. Adolphe Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs destinée « à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence) des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ». — Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie ; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

PRIX NATIVELLE. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIX ORFILA. — 6000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *De l'épuration des eaux usées des villes et des eaux résiduaires des usines.*

PRIX OULMONT. — 1000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PERRON. — 3800 fr., *p. a.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine.

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Recherches expérimentales sur le cancer.*

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 fr., *p. i.* — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX SAINTOUR. — 4400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX TARNIER. — 4500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

PRIX VERNOIS. — 700 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1911

(Les Concours seront clos fin février 1911.)

(Pour les prix Alvarenga, Apostoli, Barbier, Bourceret, Buignet, Chevillon, Clarens, Desportes, Herpin (de Genève), Laborie, Larrey, Laval, Lorquet, Monbinne, Nativelle, Ricord et Vernois, voir ci-dessus, les prix proposés pour 1910).

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'influence des inflammations antérieures sur le développement du cancer.*

PRIX DU MARQUIS D'ARGENTEUIL. — 6800 fr., *p. i.* (Sexennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté pendant cet espace de temps aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, mais dans ce cas seulement, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

PRIX CAPURON. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Pathogénie de l'éclampsie gravidique.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *La démence organique.*

PRIX DAUDET. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des épithéliomas envisagés uniquement dans les rapports pouvant exister entre leur apparition, leur développement et l'acte de fumer du tabac.*

CONCOURS VULFRANC GERDY. — (Voir plus haut, p. 1800.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1911. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1912. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe. (Voir plus haut, p. 1801.)

PRIX DU COMTE HUGO. — 1000 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

PRIX LEFÈVRE. — 1800 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX OULMONT. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat (médecine).

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique de l'appendicite.*

PRIX REBOULEAU. — 1700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à récompenser des travaux et des découvertes concernant la guérison de l'asthme.

PRIX TARNIER. — 5250 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1912

(Les Concours seront clos fin février 1912.)

(Pour les prix Alvarenga, Amussat, Apostoli, Baillarger, Barbier, Boullard, Bourceret, Buignet, Campbell-Dupierris, Chevillon, Clarens, Desportes, Herpin (de Genève), Laborie, Larrey, Laval, Lorquet, Magitot, Monbinne, Nativelle, Saintour et Vernois, voir, ci-dessus, les prix proposés pour 1910.)

Prix de l'Académie. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Pathogénie des affections parasitaires (non microbiennes) du foie chez l'homme.*

Prix Capuron. — 1 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Étude des eaux minérales d'une ou plusieurs colonies françaises.*

Prix Marie Chevallier. — 6 000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des différentes variétés de sciatique.*

Prix du XIIIe Congrès international de médecine de Paris de 1900. — 3 400 fr., *p. i.* — Ce prix sera mis à la disposition du président du Congrès international pour être décerné par ce Congrès sous forme de prix unique.

Prix Daudet. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Étude expérimentale de l'étiologie du cancer chez les animaux.*

Concours Vulfranc Gerdy. — (Voir plus haut, p. 1800.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1912. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1913. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne. (Voir plus haut. p. 1801.)

Prix Itard. — 2 400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Clotilde Liard. — 3 600 fr., *p. i.* (Triennal). — Ce prix sera décerné au savant ayant apporté le plus de perfectionnement dans le traitement de la diphtérie.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

Prix Oulmont. — 1 000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

Prix du baron Portal. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique du thymus.*

Prix Potain. — 2 400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de clinique médicale paru dans chaque période triennale.

Prix Tarnier. — 3 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 10 décembre 1909)

Contagion de la diphtérie aviaire pour l'homme. — M. Thomas communique l'observation d'une femme qui a présenté au pouce une affection ressemblant à un panaris. L'examen bactériologique a permis de trouver dans la fausse membrane examinée par frottis des bâtonnets prenant le Gram, groupés en amas et qui semblaient être des bacilles de Lœfler. La malade a guéri par des lavages à l'eau phéniquée et des badigeonnages matin et soir à la teinture d'iode.

Contrairement à l'opinion admise jusqu'ici, l'auteur croit pouvoir affirmer que l'affection d'origine diphtérique avait été communiquée par une poule atteinte de diphtérie.

Le pouls lent temporaire dans le rhumatisme articulaire aigu. — M. Thomas cite trois observations de pouls lent temporaire observé chez des malades atteints de rhumatisme articulaire aigu et qui ont présenté ce symptôme curieux au moment même où ils auraient dû, d'après les données universellement admises, présenter un pouls fréquent et une température élevée.

L'utilité de cette communication paraît résider surtout en ce fait que le pouls lent temporaire peut être considéré comme un des premiers, sinon le premier signe, qui doit au cours du rhumatisme attirer l'attention du médecin sur le cœur.

M. Léopold-Lévi. Le pouls ralenti et inégal n'est pas exceptionnel dans les convalescences des maladies aiguës. M. Léopold-Lévi l'a lui-même constaté dans le rhumatisme articulaire aigu. Son pronostic est régulièrement favorable. En ce qui concerne la pathogénie du pouls ralenti, il y a lieu d'invoquer la théorie thyroïdienne, étant donnée l'action du corps thyroïde sur la tachycardie de la maladie de Basedow, la brachycardie du myxœdème et la surfonction thyroïdienne dans le rhumatisme articulaire aigu mise en avant par M. Vincent et à laquelle succède parfois une sous-fonction se traduisant en particulier par l'apparition du rhumatisme chronique.

Assemblée générale. — Lecture du rapport du secrétaire général. Adoption des rapports du trésorier et de la commission des comptes.

Elections. — Le bureau est ainsi constitué pour 1910 : président, M. Boursier; vice-présidents, MM. Cayla, Bourdel, Carron de la Carrière; secrétaire général, M. Paul Guillon; secrétaire général adjoint, M. Dubar; secrétaires des séances, MM. Blanche, Blondin, Gigon, Mortier; trésorier, M. Monel; trésorier adjoint, M. Nigay; MM. Buret et Butte sont nommés membres du Conseil d'administration, et M. Letulle, membre du comité de publication.

ANALYSES

MÉDECINE

Syphilome testiculaire chez le lapin après inoculation avec le virus syphilitique. (D. Mezincescu. *Deuts. med. Wochens.*, 8 juillet 1909, n° 27, p. 1188.) — Hoffmann, Löehe et Mülzer ont montré que l'on peut provoquer chez le lapin et le singe l'apparition d'un accident primitif par inoculation d'une grande quantité de virus dans le testicule : ils ont signalé en même temps une tuméfaction du testicule mais sans insister sur la nature de cette lésion.

Mezincescu a vu également qu'en injectant dans le testicule des lapins de la sérosité aspirée au niveau d'une papule syphilitique, il se développe au bout de trente à quarante jours, au siège de la piqûre, une ulcération. Celle-ci repose sur une base indurée et renferme de nombreux spirochètes. Cette ulcération guérit au bout de vingt-cinq jours. Le testicule correspondant parait de volume normal et libre dans la séreuse.

Mais en l'examinant après ablation, on a pu voir qu'il présentait en un point une zone infiltrée avec centre caséeux et en tout point semblable à une gomme syphilitique.

Les coupes colorées par la méthode de Levaditi montrèrent une quantité innombrable de spirochètes : ceux-ci devenaient beaucoup plus rares au pourtour du nodule gommeux, au centre duquel ils faisaient défaut.

Des examens plus attentifs ont montré que le premier siège de la multiplication des spirochètes est la tunique vaginale. Ensuite se développent des lésions d'orchite interstitielle, frappant uniquement l'albuginée et les septa intercanaliculaires.

Buschke et Fischer ont observé également de semblables lésions testiculaires chez le singe mais sans pouvoir y déceler le spirochète.

Ajoutons enfin que Mezincescu a vu chez un lapin, inoculé dans le testicule, cinquante jours après la guérison de l'accident primitif se développer une double kératite parenchymateuse avec de nombreux spirochètes. A. Lemierre.

MÉDECINE INFANTILE

Les réflexes dans la chorée de Sydenham. (L. Babonneix. *Arch. de méd. des enf.*, déc. 1908, p. 816.) — L'étude des réflexes dans la chorée de Sydenham a donné jusqu'ici des ré-

sultats assez discordants. M. Babonneix a examiné chez vingt et un enfants choréiques tous les réflexes tendineux, cutanés, muqueux et pupillaires. Sur ces 21 cas, il y en eut 7 où les réflexes étaient absolument normaux. Pour les 14 autres cas, on constatait dix fois de l'anesthésie conjonctivale et pharyngienne ou l'une des deux seulement; cinq fois une exagération et deux fois un affaiblissement des réflexes tendineux; deux fois le signe de Babinski bilatéral et deux fois l'extension des orteils d'un seul côté. Les réflexes pupillaires étaient toujours normaux.

De ces recherches, M. Babonneix tire les conclusions suivantes :

Les réflexes tendineux sont le plus souvent normaux; ils sont parfois un peu modifiés, exagérés ou diminués. Leur diminution, abstraction faite des chorées molles, ne saurait, en aucun cas, être considérée comme caractéristique des chorées sévères.

Parmi les réflexes cutanés, le plus important est le réflexe plantaire; M. Babinski a constaté l'extension des orteils dans la chorée, ce qui aurait pour conséquence de la faire rentrer dans le groupe des affections organiques du névraxe. Le signe de Babinski n'est pas constant, il est même relativement rare (4 cas sur 21); aussi lorsque le diagnostic hésite entre une chorée vraie et une chorée arythmique d'origine hystérique, l'existence du signe de Babinski permettra d'affirmer la chorée vraie, mais de son absence on ne pourra tirer aucune conclusion.

Les réflexes muqueux sont très fréquemment abolis, ce qui établit, une fois de plus, l'existence d'affinités étroites entre la chorée et l'hystérie. Mais il faut alors distinguer, ce qui n'est pas toujours facile, une chorée vraie avec hystérie surajoutée d'une chorée arythmique liée à l'hystérie.

Les réflexes pupillaires ont toujours été normaux dans cette série de vingt et un malades. M. BRELET.

NEUROLOGIE

L'atrophie du type Charcot-Marie. (P. ALESSANDRINI. *Riv. d. patol. nerv. e ment.*, 1908, pp. 553-581; 3 fig.) — L'auteur relate cinq cas observés dans la même famille : les caractères communs des quatre premiers sont : l'hérédité, le début, à l'âge adulte, d'une atrophie débutant par l'extrémité des membres supérieurs, progressant très lentement, et pouvant envahir les membres inférieurs, ou les respecter. En haut, l'atrophie s'arrête brusquement; les réflexes tendineux manquent dans le domaine des muscles les plus atrophiés, il y a des troubles trophiques, sans tremblement ni secousses fibrillaires. Le caractère le plus important est l'existence de troubles constants de la sensibilité objective, correspondant topographiquement aux altérations musculaires. Ces altérations particulières de la sensibilité, variables dans certaines limites d'un cas à l'autre, existent dans la cinquième observation. L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

Sur le choix de l'agent spécifique dans le nouveau traitement local abortif de la syphilis. (HALLOPEAU et L. BRODIER. Société de thérapeutique, 24 novembre 1909.) — Ces auteurs ont utilisé cinq médicaments différents en injections sous le fourreau de la verge, l'atoxyl, l'arsacétine, l'hectine, le bibromure de mercure et l'amalgame connu sous le nom d'arquéritol. Les deux premiers sont actifs et bien supportés aux doses quotidiennes de 10 et 20 centigrammes, mais on a vu des doses minimes provoquer après un petit nombre d'injections des troubles graves de la vision; aussi n'y avons-nous recours qu'exceptionnellement. L'hectine à la dose quotidienne de 20 ou 10 centigrammes donne les meilleurs résultats; c'est surtout avec elle que les auteurs ont réussi à faire avorter presque tous les cas de syphilis chancreuse qu'ils ont observé. Le bibromure d'Hg si bien toléré dans la région fessière ne l'est pas sous le fourreau; il donne lieu à une induration cylindroïde dans presque toute la longueur de l'organe; elle est douloureuse et persiste pendant plusieurs semaines. Il en est de même avec l'amalgame désigné sous le nom d'arquéritol; à la dose minime de 2 centigrammes on a vu produire la même réaction qu'avec le bibromure : il faut donc renoncer aux mercuriaux dans ce traitement local intensif. Les auteurs arrivent à conclure que pour le traitement abortif de la syphilis, l'hectine est l'agent qui mérite la préférence. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Psycho-physiologie de la douleur (1), par Mlles les docteurs IOTEYKO et STÉFANOWSKA.

Le temps n'est plus où l'étude d'un phénomène psycho-physiologique, comme la douleur, ne reposait que sur les analyses et les conceptions des psychologues. Une connaissance vraiment scientifique ne doit se baser que sur les données de l'observation et de l'expérimentation.

A côté des cinq sens, seuls admis jusqu'ici, peut-on aujourd'hui, du chaos des sensations désagréables qui accompagnent l'excès ou la déviation de nos fonctions, extraire et grouper un certain nombre de sensations bien définies qui constitueraient le sens de la douleur? Ces sensations sont-elles communes à tous les éléments anatomiques : la douleur n'est-elle fonction que de l'intensité de l'excitation, ou bien y a-t-il là un sens véritablement spécial? C'est à la solution de ce problème que les auteurs s'attachent tout particulièrement. Avec nombre d'arguments, ils se prononcent nettement pour l'existence et l'individualité propre de ce sens. Ils montrent que celui-ci possède des organes périphériques, des voies de conduction et des centres, en un mot tout un appareil nerveux distinct. La réalité des nerfs dolorifères, seuls capables de donner lieu à la sensation spécifique de douleur, leur paraît aujourd'hui solidement établie. L'expérimentation moderne, pratiquée à l'aide des excitateurs punctiformes, en même temps qu'elle en apportait la démonstration éclatante, permettait aux auteurs de réaliser leurs intéressantes recherches algométriques.

En des chapitres fort bien documentés sont ensuite décrits les signes, la mimique et les différentes modalités de la douleur suivant les individus et les états pathologiques. Après l'exposé et la critique des classifications et du mécanisme des excitations douloureuses, les auteurs proposent une théorie toxique de la douleur. Puis ils passent en revue les grands caractères physiologiques et psychologiques de la douleur. Ils terminent enfin l'ouvrage par des considérations intéressantes sur la place et le rôle phylactique de la douleur en biologie générale. PAUL CAMUS.

La Pratique des anesthésiques, par Rowland COLLUM et **Technique chirurgicale générale** (2), par H. M. GRAY.

Ce livre est le premier de la série médico-chirurgicale publiée par J. Bale, Sons et Danielson, éditeurs à Londres, et qui comprendra ensuite l'histoire des maladies chirurgicales du tube digestif, de ses annexes, la gynécologie.

Ce premier volume, édité avec un grand soin, comporte dans sa première partie, la plus volumineuse, un traité pratique de l'anesthésie générale. Après un bref historique, l'auteur décrit les propriétés chimiques et les impuretés des anesthésiques, la physiologie générale du sommeil artificiel, puis les préparatifs nécessaires à une anesthésie. Dans un

(1) In-8 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) In-12, reliure souple, de 382 pages et 103 figures (en anglais).

long et très détaillé chapitre, il décrit ensuite le choix de l'anesthésique selon la condition du malade, la nature de l'opération à pratiquer, ou même l'emploi de l'anesthésie dans certaines affections médicales. Il passe ensuite à une minutieuse description de l'administration des anesthésiques ou mélanges usuels, ainsi que des appareils employés en Angleterre à cet usage. Il termine par la description des complications que l'on peut observer et les moyens d'y porter remède. Ce Manuel nous montre de façon fort complète la technique suivie actuellement par les anesthésistes de l'autre côté du détroit, et fourmille pour nous d'enseignements.

La deuxième partie du volume plus brève, un peu brève même selon nous, contient des données précises, éclairées par de nombreuses figures sur la préparation du chirurgien, des aides, de la salle d'opération, du matériel de pansement, des fils, sur le drainage, les différents modes de pansement, sur les soins anté et post-opératoires, sur l'installation des maisons de santé, la responsabilité du chirurgien et du médecin. Enfin un chapitre est consacré aux principales opérations d'urgence et de petite chirurgie.

Sous un très faible volume, il contient de façon succincte les notions de chirurgie générale indispensables à tout praticien.

M. LANCE.

Traité d'hygiène maritime. Première partie : L'hygiène dans la navigation de commerce (1), par MM. A. CHANTEMESSE, BOREL et DUPUY.

Il nous est difficile d'analyser en quelques lignes cet important ouvrage ; il traite en effet de questions qui, bien qu'elles aient un intérêt national de premier ordre, sont peu connues et ont été d'ailleurs jusqu'ici beaucoup trop négligées. En effet, l'hygiène de la marine de commerce vient seulement de naître avec la loi de 1907 et les règlements de 1908 la font entrer dans le domaine de l'application. Le *Traité d'hygiène maritime*, publié par M. le professeur Chantemesse, avec la collaboration de deux directeurs de circonscription sanitaire maritime, devra être consulté par les armateurs, ingénieurs des constructions navales, officiers de la marine de commerce et médecins sanitaires maritimes, car ceux-ci demanderont désormais à ceux-là non plus seulement de leur donner des navires qui puissent naviguer, mais aussi des navires où ne soient pas complètement méconnus les préceptes de l'hygiène individuelle et collective.

L. BABONNEIX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE, sur la proposition de son président honoraire M. E. Cacheux, met au concours cette année la question de l'eau.

« Fourniture d'eau potable aux habitants des maisons individuelles. — Evacuation des eaux usées et des vidanges produites dans une petite propriété. »

Plusieurs prix, dont une médaille de vermeil offerte par M. Cacheux, seront affectés aux lauréats.

Les mémoires devront être inédits, écrits en français et ne pas dépasser 36 pages in-8.

Ils devront être adressés sous forme académique avant le 1er novembre 1910, dernier délai, au siège social de la Société, 28, rue Serpente, Paris.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE. — Trente-cinq commerçants ont comparu devant le tribunal correctionnel de Verviers (Belgique) pour avoir vendu une spécialité pharmaceutique préparée par un industriel non diplômé.

(1) In-16. — Paris, Doin et fils.

Ces commerçants ont été condamnés chacun à 100 francs d'amende ou un mois de prison avec sursis d'un an et aux dépens. Quant aux préparateurs de la spécialité incriminée, ils ont été condamnés à la moitié des dépens et à payer au syndicat pharmaceutique, qui se portait partie civile, 300 francs de dommages-intérêts.

CRÈCHES POUR ENFANTS DE SOLDATS. — M. Lachaud, député, vient de déposer à la Chambre une proposition tendant à affecter un crédit de 100000 francs à la création dans les grands centres de crèches pour les enfants des soldats mariés.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-huitième semaine, 912 décès, au lieu de 950 pendant la semaine précédente et au lieu de 940, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 184 décès, au lieu de 159 pendant la semaine précédente (moyenne 166).

La phtisie pulmonaire a causé 154 décès (moyenne 200). Il y a eu 1 décès par méningite cérébro-spinale. Les cas nouveaux signalés sont au nombre de 3.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXI, n° 12, 16 sept. 1909.) George G. SEARS : Sur les rapports entre la vraie et la fausse angine de poitrine. — James Warren SEVER : Sur les formes larvées du spina bifida (avec 7 fig.). — Charles A. PRATT : Un cas d'infiltration graisseuse du foie chez un enfant de trois mois. — Michael KELLY : Le praticien et la pédiatrie. — E. A. CODMAN : Sur l'importance de distinguer l'ulcère simple du duodénum des ulcères ronds atteignant le pylore ou siégeant au-dessus de lui (fin du n° 11, p. 355). — (N° 13, 23 sept.) William Evelyn PORTER : Quelques idées pratiques pour les examens d'assurance sur la vie. — W. B. CANNON : La responsabilité du praticien de médecine générale pour la liberté des recherches médicales (vivisection). — Frederick P. GAY : Le séro-diagnostic de la syphilis. — M. A. CUMMINGS : Le travail de laboratoire et le médecin de campagne. — Arthur L. CHUTE : Sur la péricystite suppurée (suppurations périvésicales).

Bulletin de laryngologie, oto et rhinologie. — (N° 1, 1er oct. 1909.) CASTEX : Traitement opératoire des tumeurs malignes du pharynx ; — Tumeurs kératinisantes du larynx. — M. DAVID : Actualités dans le traitement de l'ozène.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 40, 2 oct. 1909.) AUBERTIN et BORDEL : Sur l'action des rayons X sur le thymus. — (N° 41, 9 oct.) SCHLIPPERS : Sur l'utilisation du dosage volumétrique de l'albumine d'après J. Tsuchyia. — (N° 42, 16 oct.) EICHHORST : Sur l'occlusion intestinale

intermittente. — (N° 43, 23 oct.) GOTTLIEB : Recherches avec la neraltéïne. — (N° 44, 30 oct.) ZICKGRAF : Sur l'excrétion d'acide phosphorique dans la réaction à la tuberculine. — (N° 45, 6 nov.) A. JOLLES : Sur la recherche des acides glycosuriques dans l'urine. — (N° 46, 13 nov.) KLIENEBERGER : Sur un cas de septicémie à para-coli-bacilles.

Journal des praticiens. — (N° 47, 20 nov. 1909.) HUTINEL : Le milieu hospitalier et la clinique des Enfants-Malades. — KIRMISSON : Les formes cliniques de la scapulalgie.

Lyon chirurgical. — (N° 5, 1er oct. 1909.) M. GANGOLPHE : Contribution à l'étude du traitement conservateur dans les sarcomes présumés malins des os longs (6 fig.). — E. VILLARD : Des rétrécissements inflammatoires du pylore et spécialement des formes tuberculeuses. — E. DESTOT : Variations sur l'anatomie et la physiologie du pied (23 fig.). — R. LERICHE et G. COTTE : Traitement chirurgical de la symphyse du péricarde et de la médiastino-péricardite (2 fig.). — (N° 6, 1er nov.) L. BÉRARD et A. CHOLIER : Etude critique de la dérivation préalable, temporaire ou définitive, des matières dans le traitement chirurgical du cancer du rectum. — SARGNON et BARLATIER : Le traitement des corps étrangers des voies respiratoires. — E. DESTOT : Variations sur l'anatomie et la physiologie du pied (4 fig.). — H. VIOLET : Les hernies pré et rétro-utérines dans la constitution des prolapsus (*fin*). — GANGOLPHE : Contribution à l'étude du traitement conservateur dans les sarcomes présumés malins des os longs (18 fig.).

Lyon médical. — (N° 41, 10 oct. 1909.) BAUFFRE : Aiguille à surjet. — (N° 42, 17 oct.) BALVAY et ARCELIN : Tuberculose pulmonaire. — (N° 43, 24 oct.) LANNOIS : Tic douloureux de la face de forme aiguë et curable par M. Lannois. — J. GAREL : Une révolution dans la rhinoscopie postérieure par le pharyngoscope de Harnold Hays. — (N° 44, 31 oct.) MAURICE : Contribution à l'étude du phénomène localisé de la chair de poule. — (N° 45, 7 nov.) PIÉRY : Valeur séméiologique de l'hémoptysie dans la tuberculose pulmonaire. — (N° 46, 14 nov.) GALLAVARDIN et DELACHANAL : Du phlegmon séreux rhumatismal.

Marseille médical. — (N° 20, 15 oct. 1909.) AUDIBERT : Bromure et épilepsie. — SAUVAN : Des perforations du voile du palais (*suite*). — (N° 21, 1er nov.) SEPET : Examen de la famille du paralytique général. — RISS : L'avortement dans les vomissements incoercibles. — SAUVAN : Des perforations du voile du palais en dehors de la syphilis (*fin*). — (N° 22, 15 nov.) IMBERT et DUGAS : Présentation d'un malade atteint de mélanose. — REYNAUD : Géophages et géophagie. — LIVON : Dimensions et poids de l'hypophyse. — HAHN : Acné. Rayons X et effluves.

Medizinische Blætter. — (N° 37, 11 sept. 1909.) LÖW : Sur la valeur de l'examen des fèces pour le diagnostic des affections gastriques et intestinales. — (N° 38, 18 sept.) PITHA : Sur l'étiologie et le traitement de la rétroversion congénitale de l'utérus. — (N° 39, 25 sept.) POLAK : Sur l'importance de la gastro-entero-anastomose. — (N° 40, 2 oct.) SOFER : La lutte contre la malaria en Europe. — (N° 41, 9 oct.) SOFER : Le traitement de la malaria en Europe. — (N° 42, 16 oct.) HAUDEK : Progrès dans le traitement de la scoliose. — (N° 43, 23 oct.) BARANY : Paralysie des faisceaux d'empêchement vestibulaires dans un cas de paralysie du regard. — (N° 44, 30 oct.) HAUDEK : Progrès dans le traitement de la scoliose. — PITHA : Le drainage dans les opérations gynécologiques abdominales et l'iléus post-opératoire. — (N° 45, 6 nov.) WEAWER : Traitement par la tuberculine. — (N° 46, 13 nov.) WEAWER : Traitement par la tuberculine. — (N° 47, 20 nov.) SLAJMER : Contribution à l'anesthésie lombaire par la tropacocaïne. — (N° 48, 27 nov.) KUTSCHERA : Epidémiologie du crétinisme.

Montpellier médical. — (N° 40, 3 oct. 1909.) L. RIMBAUD : Un cas de boulimie hystérique, guérison après expulsion d'un tœnia imaginaire. — (N° 41, 10 oct.) GANJOUX et Ed. BOSC : Etude anatomique de deux gliomes circonscrits du cervelet. — J. NONY : Les sarcomes des gaines tendineuses. — (N° 42, 17 oct.) VIRES : Sur un hémiplégique. — PHÉLINE : Les accidents de la sérothérapie antidiphtérique chez l'enfant.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS DES OTITES MOYENNES (1)

B. Complications intra-craniennes. — Les étapes de l'infection sont généralement les suivantes (Luc) : abcès extra-dural, thrombo-phlébite des sinus, abcès encéphalique, leptoméningite. On observe d'ailleurs souvent ces complications associées de façons diverses.

La propagation de l'infection se fait soit par voie naturelle : capillaires ou veines intra-osseuses, aqueduc de Fallope, labyrinthe; soit par destruction progressive de l'os.

L'infection intra-cranienne est plus fréquente entre dix et trente ans, chez l'homme, et du côté droit.

Elle survient plus souvent au cours de suppurations chroniques réchauffées; la méningite et l'abcès extra-dural seraient plus fréquents dans les cas aigus.

I. ABCÈS EXTRA-DURAL. — C'est une pachyméningite externe suppurée. Elle siège souvent au voisinage du sinus latéral, et par suite presque toujours dans l'étage postérieur du crâne. Plus ou moins vaste, il communique généralement avec le foyer osseux.

Le *début* est généralement très insidieux; il peut rester complètement latent. Parfois un peu de céphalée, de la fièvre et une faiblesse générale, persistant malgré l'ouverture chirurgicale de la mastoïde.

La *céphalalgie* est le gros symptôme, elle est unilatérale, bien localisée au siège, spontanément et à la pression, s'exagérant la nuit.

Elle peut s'accompagner de vertiges, de nausées et de vomissements.

Les *signes de compression* peuvent survenir quand la collection augmente : ralentissement du pouls (moindre que dans l'abcès encéphalique); plus rarement, quand il atteint la zone motrice : hémiplégie croisée, aphasie, épilepsie jacksonienne.

Parfois les symptômes sont beaucoup plus bruyants : accès comateux, convulsions épileptiformes généralisées; accidents qui cèdent d'ailleurs à une ouverture large.

L'*évolution* peut exceptionnellement se faire par évacuation spontanée à travers la brèche mastoïdienne. Généralement il y a aggravation et apparition de symptômes plus inquiétants qui annoncent l'infection des sinus, de l'encéphale ou des méninges.

Le pronostic est donc très grave si on n'intervient pas.

II. THROMBO-PHLÉBITE DES SINUS. — C'est une des complications les plus fréquentes, puisqu'elle comprend près de la moitié des cas d'infection endo-cranienne d'origine otitique.

Anatomie. — Tous les sinus peuvent s'infecter, mais généralement c'est d'abord le sinus latéral; puis l'infection s'étend d'un côté vers les autres sinus, sinus caverneux par l'intermédiaire des pétreux, pressoir d'Herophile par le sinus latéral, de l'autre côté dans la jugulaire interne déterminant soit une pyohémie généralisée, soit des abcès métastatiques par embolies septiques détachés dans la circulation.

Le sinus latéral peut s'infecter : 1° par *voie extra-veineuse* : propagation de proche en proche, ostéite, abcès extra-dural, périphlébite, phlébite; 2° par *voie intra-veineuse* : endophlébite des veines mastoïdiennes ou labyrinthiques.

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 140, p. 1761.

La paroi du sinus est épaissie, infiltrée ; la coagulation peut être oblitérante ou pariétale.

Parfois on observe des phlébites isolées des veines mastoïdiennes.

Symptômes. — Ils sont très divers, résultant en effet : 1° de l'infection sanguine ; 2° de l'irritation des centres nerveux et des nerfs voisins ; 3° des troubles de circulation veineuse ; 4° des lésions métastatiques.

Le *début* est généralement bruyant, soit d'emblée au cours d'une otorrhée évoluant depuis longtemps, soit après quelques symptômes vagues pouvant faire songer à un abcès extra-dural en évolution. Il est marqué par de la céphalée et de la fièvre.

La *céphalée* éclate soudain, surtout intense à la partie postérieure de la région mastoïdienne.

Les *signes généraux* traduisent l'infection sanguine. C'est une *fièvre* intense, intermittente, ce qui est caractéristique. Pendant les *frissons* qui se répètent, la température monte à 40, 41 degrés, puis sensation de chaleur intense, sueurs profuses, et la température redescend ensuite à la normale. Les frissons sont irrégulièrement espacés.

Le teint est terreux, subictérique, le facies abattu, le malade maigrit vite.

La langue est blanche, visqueuse, plus tard sèche et rôtie ; il y a anorexie absolue, presque toujours des nausées, des vomissements, de la diarrhée.

A la fin on observe une augmentation de la matité de la rate. Tous ces signes de pyohémie apparaissent plus ou moins vite, mais la fièvre existe dès le début. Elle peut dans d'autres cas être rémittente, d'aspect typhique, surtout chez l'enfant.

Les *signes physiques* apparaissent aussitôt que la thrombose oblitère le sinus latéral et s'étend à la jugulaire ou aux sinus. C'est dire qu'ils sont très variables suivant les lésions.

L'*extension à la jugulaire interne* se traduit par l'apparition dans le cou d'un cordon dur, épais, douloureux sous le sterno-cléido-mastoïdien ; puis par suite de la périphlébite, le cou augmente de volume, s'œdématie ; il y a de la raideur douloureuse, puis des troubles du côté de la jugulaire externe, gonflement de la veine, œdème de la face.

Cela peut aboutir à un véritable phlegmon du cou.

Si *les nerfs* du trou déchiré postérieur et le grand hypoglosse sont comprimés on peut observer des troubles divers : dyspnée, troubles vocaux, ralentissement du pouls (par irritation du pneumogastrique plus souvent pris que le glosso-pharyngien, le spinal ou le grand hypoglosse).

Quand *les sinus* se prennent, d'autres signes peuvent apparaître, surtout quand c'est le sinus caverneux : un peu d'exophtalmie, paralysie du moteur oculaire externe, œdème des paupières et de la partie inférieure du front souvent bilatéral. Lermoyez signale une dilatation considérable des veines du cuir chevelu correspondant à la thrombose du sinus longitudinal supérieur. L'*examen du fond d'œil* révèle souvent de la turgescence des veines de la papille, de l'œdème rétinien et même de la névrite optique.

Plus rarement on observera des phlébites des veines faciales, de la veine mastoïdienne (signes physiques inconstants d'après Lermoyez), un phlegmon de l'orbite.

L'*évolution* est assez variable : 1. Localement, elle peut aboutir à la suppuration, mais ce sont les accidents métastatiques et l'infection sanguine qui sont le plus à craindre.

2. La fièvre continue avec grands frissons et au bout de quelques jours (la marche est relativement lente) se font des embolies. Presque toujours dans cette forme avec thrombose, l'embolie s'arrête dans le poumon et on a une *gangrène pulmonaire* : point de côté, dyspnée, expectoration sanglante puis purulente et fétide, signes souvent assez frustes chez l'enfant ; à rechercher quand l'état général semble mauvais.

Une pleurésie putride peut accompagner la gangrène.

Exceptionnellement, on a des accidents emboliques de la grande circulation. La mort survient presque toujours à la suite de ces accidents pulmonaires.

3. Dans d'autres cas, la mort survient plus rapidement dans le coma, par *œdème cérébral.*

4. Parfois on aura affaire à une *forme septicémique* avec ictère, hémorragies multiples et profuses, albuminurie, anurie, dyspnée, forme grave.

5. Körner a décrit une forme de *pyoémie sans thrombophlébite du sinus*, caractérisée : 1° par des signes d'infection sanguine, sans symptômes locaux, grands accès de fièvre répétés ; 2° par des *abcès métastatiques multiples et extra-pulmonaires* cette fois, surtout fréquents dans les muscles et les tissus péri-articulaires. Broca a signalé des abcès musculaires évoluant en quelques heures sans douleur (abcès soudains des anciens auteurs).

Cette forme pyémique est au contraire de la forme thrombosante assez bénigne ; elle guérit après avoir fait des abcès multiples.

6. Enfin, très souvent, l'infection s'étend encore vers le crâne et aboutit à un abcès encéphalique ou à une méningite.

III. Abcès encéphaliques. — Les abcès encéphaliques sont loin d'être rares, qu'ils soient isolés ou précédés de thrombo-sinusite ou d'abcès extra-dural.

Ils sont beaucoup plus fréquents dans les suppurations chroniques ; souvent préparés par une dénudation de la dure-mère qui semble jouer un rôle important dans leur formation et leur localisation. Parfois on les voit se développer après un traumatisme opératoire, surtout si la désinfection du foyer extra-cranien n'a pas été complète.

L'abcès est généralement *unique* ; il siège *au contact du foyer osseux* presque toujours ; on le trouvera donc suivant les cas dans le lobe temporo-occipital plus ou moins en arrière, ou dans la partie antérieure du cervelet. L'abcès cérébral est plus fréquent que celui du cervelet chez l'adulte.

Exceptionnellement, on a des abcès multiples et siégeant à distance du foyer ; ce sont des abcès métastatiques d'origine sanguine (thrombo-sinusite).

Dans tous les cas, l'abcès peut être diffus ou enkysté.

Symptômes. — Le *début* est insidieux, marqué seulement par une céphalée irrégulière dont parfois la fixité attirera l'attention. On notera surtout un *malaise général* vague, de l'anorexie, du dépérissement, parfois un peu de fièvre vespérale.

A la *période d'état*, les symptômes se précisent. La *céphalée* devient intense, migraineuse, souvent localisée dans une moitié de la tête, parfois au siège de l'abcès, elle s'accompagne parfois de photophobie.

Cette céphalée est constante ; c'est un des plus gros symptômes ; à la percussion, il y a parfois un peu de douleur.

On note aussi un *état nauséeux* continuel, des vomissements bilieux, un état vertigineux.

Puis survient une *somnolence* progressive ; l'affaiblissement des facultés intellectuelles aboutit peu à peu à l'indifférence, au délire tranquille, enfin au coma. La douleur s'atténue ainsi avec la conscience.

La *température* est très souvent *normale*, si l'abcès ne s'accompagne pas d'autres complications infectieuses.

Le *ralentissement du pouls* est presque constant, précoce, tombant jusqu'à 45, régulier d'ailleurs et bien frappé, accompagnant une respiration calme et profonde, malgré le coma où est plongé le malade.

Enfin, dans certains cas, peuvent s'adjoindre à ces symptômes d'hypertension cranienne des *signes de localisation* suivant la région atteinte. Ils sont très inconstants. Ce sont des paralysies surtout, parésies plutôt, accompagnées de tremblements et de spasmes : hémiplégie, paralysie de la troisième paire dans l'abcès temporal ; hémi-anesthésie, hémianopsie quand l'abcès est temporal postérieur ; aphasie quand il siège à gauche.

L'*abcès du cervelet* présente des signes très analogues. Il faudra y penser quand la céphalée sera occipitale. Les signes de localisation seront parfois de la démarche ébrieuse, du vertige giratoire. Picqué et Mauclaire ont signalé une amaurose complète. Mais ces signes de localisation sont beaucoup plus rares que dans l'abcès cérébral (Luc).

L'*évolution* se fait vers le coma progressif. La mort survient par exagération de la compression intra-cranienne ou par ouverture dans les ventricules : cyanose brusque et convulsions épileptiformes, parfois par des troubles de paralysie bulbaire (abcès cérébelleux). (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 144. — SAMEDI 18 DÉCEMBRE 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 18 DÉCEMBRE 1909. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le mardi 15 février 1910, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, du lundi 17 janvier au samedi 31 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures, dimanches et fêtes exceptés.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le cours d'anatomie de M. le professeur Nicolas est définitivement suspendu à la suite des manifestations qui se sont produites depuis la rentrée.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Un concours s'ouvrira, le 11 juillet 1910, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de chimie (enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles), à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— REIMS. — Après concours, sont nommés :

Prosecteur, M. Netter. — Aide d'anatomie, M. Fontaine. — Préparateur d'hystologie, M. Jeudy. — Préparateur du cours de chimie, M. Thomas. — Préparateur des travaux pratiques de chimie, M. Grel. — Préparateur de pharmacie et matières médicales, M. Pergent.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Sont classés par ordre de mérite candidats aux emplois de professeur adjoint à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille (1909) :

Pour la chaire de bactériologie : MM. les médecins-majors de deuxième classe Kérandel et Bernard.

Pour la chaire de chimie : M. le pharmacien-major de deuxième classe Bloch.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 13 décembre 1909 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Jette, est chargé du service médical à la place et à la prison militaire de Lyon; Barbès, passe à l'hôpit. milit. de Cambrai; Manoha, à l'hôpit. milit. Villemanzy, à Lyon; Arnould, aux sapeurs-pompiers de Paris.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Leclerc, passe au 20e esc. du train des équipages; Lévy, à l'hôpit. milit. de Toulouse (bactériologie).

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Delpy, passe au 126e d'inf.; Schickelé, au 153e d'inf.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — M. Debombourg, passe au 2e tirailleurs algériens; Surin, au 7e cuirass.; Lafforgue, au 11e d'inf.; Doniol, au 86e d'inf.

DIPLOMES DE DOCTEURS EN MÉDECINE ET D'OFFICIERS DE SANTÉ DÉLIVRÉS PAR LES FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1908-1909. — Pour comparer avec l'année scolaire précédente, voir *Gaz. des hôpit.*. 1909, n° 2 :

FACULTÉS ET ÉCOLES	OFFICIERS de SANTÉ	DOCTEURS EN MÉDECINE		TOTAL des THÈSES
		DIPLOME D'ÉTAT	DIPLOME D'UNIVERSITÉ	
Paris	»	440	26	466
Bordeaux	»	120	»	120
Lille	1	32	1	33
Lyon	»	144	5	149
Montpellier	»	99	12	111
Nancy	»	29	4	33
Toulouse	»	47	»	47
Beyrouth	»	25	»	» (a)
Rennes (école de plein exercice)	1	»	»	»
Dijon (école prép.)	1	»	»	»
TOTAUX	3	936	48	959

(a) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chancet (de Vosne-Romanée) et Lambrecini, médecin-major, du 22e d'artillerie, mort victime du devoir professionnel.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXI, n° 14, 30 sept. 1909.) Horace ARNOLD : Un tableau pratique de régime (avec deux modèles). — G. A. LELAND : Le rôle joué par les affections nasales et naso-pharyngiennes dans l'étiologie des affections de l'oreille. — Cleveland FLOYD et Willston W. BARKER : Le diagnostic de la phtisie et son association avec certaines affections la simulant. — G. L. WALTON : La distinction entre les psychoneuroses n'est pas toujours nécessaire. — Francis P. Mac CARTHY : Quelques observations d'ophtalmo-tuberculine réaction. — Roland O. MEISENBACH : Une modification de la clef de Thomas pour le traitement du valgus rigide (avec 2 fig.). — (N° 15, 7 oct.) John B. HAWES : Etude sur les corpuscules réticulés du sang par les méthodes de colorations vitales. Leurs relations avec la polychromatophilie et le pointillage (avec 4 planches). — Langdon FROTHINGHAM : Le diagnostic après la mort et l'efficacité du traitement préventif de la rage (étude sur quatorze années). — C. F. WITHINGTON : Quelques observations de rage chez l'homme. — Henry Melville CHASE : Les veines variqueuses de la jambe (avec 2 fig.). — J. C. HUBBARD : Description d'un cas d'anastomose artério-veineuse pour gangrène sénile.

Bulletin médical. — (N° 90, 13 nov. 1909.) KIRMISSON : Les différents aspects de la chirurgie infantile suivant les âges. — (N° 91, 17 nov.) LE DENTU : Faux cancers et tumeurs inflammatoires du ventre. — (N° 92, 20 nov.) A. CHAUFFARD et Guy LAROCHE : Œdème aigu pneumococcique du larynx avec pneumonie et septicémie pneumococcique consécutives.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 42, 19 oct.) TRUMPP : Viscosité, hémoglobine et teneur en albumine du sang des enfants. — CAAN : Sur le traitement par le radium des tumeurs malignes. — MENDEL : Sur la thrombophilie et le lever précoce des accouchées et des laparotomisées. — VEIEL : L'influence des bains à quatre cellules sinusoïdaux sur le travail du cœur. — HÖRMANN : Expériences sur les narcoses en cas de circulation artificiellement diminuée. — THOREL : Communication sur un lien musculaire entre la cave supérieure et le faisceau de His. — CASPER : Sur la néphrite. — SEDDIG : Vue d'ensemble sur les méthodes gastriques pour l'enregistrement des bruits du cœur. — BUBENHOFER : Nouvelles expériences avec l'alypine comme anesthésique local. — HIMMELHEBER : Sur l'amaurose dans la grossesse. — REICHE : Sur la casuistique des anévrismes du tronc de l'artère pulmonaire avec remarques sur les souffles dans ce vaisseau. — RUSSLACH : Sur une tumeur intra-ventriculaire du cerveau avec absence de réflexe cornéen. — BRUHN : Protection des oiseaux dans les hôpitaux. — WAUER : Assouan, séjour d'hiver idéal, particulièrement pour les brightiques. — (N° 43, 26 oct.) SCHLAYER et TAKAYASU : Recherches sur les fonctions du rein malade. — ENGELMANN et STADE : Sur l'importance de l'extrait de sangsue pour le traitement de l'éclampsie. — BEYER : Sur l'action activante du sérum humain sur le venin de cobra et sur le mécanisme de l'hémolyse par venin de cobra. — SCHEIDEMANDEL : Sur le traitement par le sérum et ses dangers. — LIPPMANN : La recherche des bacilles tuberculeux dans le sang circulant des phtisiques. — EBER : Nouvelles preuves expérimentales sur la proche parenté des bacilles tuberculeux humain et bovin et sur la possibilité d'une transformation des bacilles tuberculeux humains en forme bovine. — MANDELBAUM : Nouvelles méthodes pour la recherche de ferments protéolytiques et leurs anti-ferments. — BUCURA : Sur le traitement des troubles climatériques et de la dysporcunie. — WEINBERGER : Sur le calcul des doses de tuberculine. — BREWITT : Sur la question de la protection de la plaie dans la césarienne extra-péritonéale avec quelques remarques techniques sur cette opération. — MAYER : Les dangers du tamponnement du naso-pharynx. — AUDERNACH : Un cas d'hystérie avec œdème bleu et différence du phénomène. — WEINBRENNER : Sur l'iléus duodénal post-opératoire. — ARNDT : Appareil pour fixation et inclusion automatique des préparations microscopiques.

Nord médical. — (N° 360, 1er oct. 1909.) DANTHUILE : Quelques notions d'anatomie de l'appareil visuel au début du XVIIIe siècle. — GAEHLINGER et TILMANT : A propos d'un cas d'éléphantiasis congénital.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (Nos 37, 12 sept., et 38, 19 sept. 1909.) DONATH : La valeur du chlorure de calcium dans le traitement de l'épilepsie. — (N° 39, 26 sept.) GOLDZICHER : La pathogénie du trachome. — (N° 40, 3 oct.) GOLDZICHER : La pathologie du trachome. — SZABO : Procidence des extrémités. — (N° 41, 10 oct.) SZABO : Procidence des extrémités à côté de la tête.

Presse médicale. — (N° 80, 6 oct. 1909.) PAISSEAU et TIXIER : Diagnostic de l'échinococcose par la réaction de fixation. Ses causes d'erreur. — (N° 81, 9 oct.) A.-B. MARFAN : Une forme de paralysie spasmodique d'origine hérédo-syphilitique chez l'enfant. — F. TRÉMOLIÈRES et A. GALLAIS : Contribution à l'étude de l'atrophie numérique.

Revue de chirurgie. — (N° 10, 10 oct. 1909.) COUTEAUD : Traitement des fractures de la clavicule par la position (5 fig.). — P. MOCQUOT et J. CARAVEN : La marche directe dans les fractures de jambe (méthode du professeur Pierre Delbet) (13 fig.). — P. LE DAMANY : Les luxations congénitales de la hanche. A quelles époques de la vie se font-elles ? Quelles en sont les variétés pathogéniques ? (15 fig.) — A. PIROVANO : Nouveau procédé de sutures artérielle et veineuse (procédé à lambeaux) (1 fig.). — (N° 11, 10 nov.) Ch. LENORMANT et M. VERDUN : La lipomatose symétrique à prédominance cervicale et son traitement chirurgical (4 fig.).

Revue de médecine. — (N° 10, 10 oct. 1909.) LAEDERICH et RUBENS-DUVAL : La mycose de Gilchrist, blastomycose ou odiomycose des Américains. — E. LONG : Le traitement prolongé de l'épilepsie par les bromures et l'hypochloruration alimentaire (méthode de Richet et Toulouse). — MOULONGUET et V. COURTELLEMOMT : Les scléroses rénales d'origine tuberculeuse (2 fig.). — (N° 11, 10 nov.) A. CHAUFFARD et J. TROISIER : Actinomycome cervico-rachidien. Evolution clinique et biologique. Guérison. — VIRES et ANGLADA : Le syndrome de Hogdson. Etude de séméiologie et d'anatomo-clinique. — MOSNY et MALLOIZEL : Splénopneumonies.

Revue neurologique. — (N° 18, 30 sept. 1909.) A. GORDON : Pathogénie des arthropathies tabétiques. A propos d'une étude anatomo-clinique de deux cas. — PÉCHIN : Atrophie optique sympathique. — GOLDSTEIN (de Bucarest) : Deux cas de syndrome de Basedow traités par l'adrénaline. Considérations sur les rapports entre le corps thyroïde et les capsules surrénales. — (N° 19, 15 oct.) ROUX (de Saint-Etienne) : Kyste du cervelet. — LAFFORGUE : Réflexions à propos de deux cas d'hémianesthésie hystérique dont l'un avec paramyoclonus. — (N° 20, 30 oct.) BAUER et GY : Gomme de la protubérance chez un myxœdémateux amaurotique acromégale mort de pleurésie. — Giunio CATOLA : Le processus de la myélinisation de la moelle épinière dans trois fœtus trijumeaux.



Sirop Roche
Sirop Roche au Thiocol
Ch. Weiss
COMPRIMES DE THIOCOL ROCHE
Prix 2f.

REVUE GÉNÉRALE (1)

PATHOGÉNIE DE L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

Par M. Jean FERRAND,
Ancien chef de clinique de la Faculté.

I

Il y a peu de temps encore, tout le monde était assez sensiblement d'accord pour ranger sous trois rubriques les conditions pathogéniques de l'hémorragie cérébrale. On distinguait ainsi :

1° Les altérations de la paroi des vaisseaux du cerveau;

2° La diminution de la résistance du parenchyme cérébral;

3° L'augmentation de la pression sanguine dans les vaisseaux.

Mais on était loin d'accorder à ces trois propositions la même valeur et de les placer sur le même plan d'importance. Depuis un certain temps déjà, on tend à n'attribuer une réelle influence qu'au premier de ces termes, à l'altération des parois vasculaires. Sous l'influence des travaux de Charcot et Bouchard on considère que la lésion artérielle, synthétisée du reste dans l'anévrisme miliaire est la seule intéressante, que la rupture de cette poche artérielle est presque l'unique cause des épanchements sanguins intra-cérébraux. Et l'on a presque complètement cessé de s'occuper des deux autres conditions pathogéniques. Il était du reste séduisant de mettre sur le compte d'une seule et même cause toutes les hémorragies cérébrales quelles qu'elles fussent : une telle généralisation satisfait toujours l'esprit.

Mais c'est peut-être aller un peu vite. Il nous paraît également certain que la première place revient de droit à la lésion artérielle ; mais nous indiquerons pour quelles raisons les autres conditions pathogéniques méritent d'être prises en considération : nous montrerons que l'hémorragie cérébrale ne se résume pas dans l'anévrisme miliaire. Il importe toutefois de commencer par leur étude.

II

Anévrismes miliaires. — Avant Charcot et Bouchard quelques observateurs avaient vu les dilatations anévrismales du cerveau. Dès 1836 Cruveilhier les décrit et les figure dans son atlas. Calmeil les cite en 1859 et la même année Gull leur attribue un cas d'hémorragie cérébrale. Virchow et Meynert les signalent sans leur reconnaître leur valeur. Mais c'est incontestablement des travaux de Charcot et de Bouchard en 1868 que date l'importance des anévrismes miliaires.

« Ces anévrismes, disent ces auteurs, sont visibles à l'œil nu ; ils apparaissent comme de petits grains globuleux de deux dixièmes de millimètre à un millimètre et plus appendus à un vaisseau également visible à l'œil nu ; une simple coupe suffit du moins pour les voir nettement. Le diamètre du vaisseau peut varier d'un tiers de dixième de millimètre à un quart de millimètre et même plus. La couleur de ces anévrismes varie suivant l'état du sang qu'ils contiennent et suivant l'état de la paroi. Quand la paroi est mince, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, l'anévrisme est d'un rouge violacé plus ou moins foncé si le sang qu'il renferme est liquide ; si au contraire, le sang concrété depuis longtemps s'est déjà transformé en hématoïdine, l'anévrisme est rouge brun ou ocre ou même noirâtre. »

Leur consistance est variable. Ils sont mous ou durs comme les grains de sable. On les trouve dans toutes les régions de l'encéphale avec prédominance cependant pour certains sièges : en premier lieu dans les circonvolutions soit à la surface, soit dans la profondeur de la substance grise. On les rencontre avec une égale fréquence dans les corps opto-striés, dans la couche optique, puis avec une rareté croissante dans la protubérance, le cervelet, le bulbe, les pédoncules cérébraux et le centre ovale.

Il est assez facile de les isoler, on peut les saisir avec des pinces ou des aiguilles fines et les dissocier ainsi du tissu périphérique. Arraché avec la pie-mère qui l'entoure, l'anévrisme laisse une dépression cupuliforme dans le parenchyme cérébral ; en regardant par transparence le feuillet séreux ainsi arraché on l'aperçoit très bien et l'on reconnaît ses connexions avec un capillaire auquel il semble appendu comme un fruit.

A l'autopsie d'un sujet mort d'hémorragie cérébrale, il est souvent beaucoup plus difficile de dépister les anévrismes qui se trouvent au niveau du foyer sanglant. Pour y parvenir les auteurs indiquent une série de manipulations indispensables à faire. Nous devons les citer car nous verrons justement en quoi elles sont critiquables. Une coupe de l'hémisphère étant faite et passant par le foyer hémorragique, on débarrassera d'abord celui-ci de tous les caillots qui l'encombrent en laissant couler un filet d'eau sans trop de violence. Une fois la cavité bien détergée, on placera dans l'eau les deux moitiés hémisphériques séparément et l'on renouvellera l'eau à diverses reprises en laissant les fragments immergés.

Au bout d'un certain laps de temps on verra du foyer s'élever une série de filaments échevelés qui essaieront de devenir flottants dans le liquide, mais seront retenus au fond du caillot par une de leurs extrémités. En débarrassant avec soin ces petites masses de la fibrine qui les entoure au moyen d'aiguilles à dissocier, on se rend compte que les filaments les rattachant à la lésion sont des artérioles. C'est sur leur trajet que se trouvent les anévrismes miliaires. Ils paraissent alors comme des boules sphériques, à parois minces et parfois éclatées suspendues le long des artérioles. Tantôt ils sont isolés, tantôt réunis en groupe comme des grains de chapelet sur un côté du capillaire, tantôt enfin ils se montrent comme des dilatations fusiformes comprenant toute la paroi vasculaire.

Examinée microscopiquement, cette dilatation artérielle présente tous les caractères classiques des poches anévrismales. Le sang qu'elle contient est généralement liquide et la circulation n'y est pas assez interrompue pour que des caillots aient pu s'y former. La tunique musculaire est celle dont la disparition est la plus importante. Assez marquée au-dessus et au-dessous de la dilatation ampullaire, elle manque complètement à son niveau, s'arrêtant à la hauteur du collet de l'anévrisme. La poche est donc formée par une mince lame conjonctive tapissée intérieurement par la membrane sous-endothéliale et l'endothélium vasculaire. Extérieurement cette lame est en connexion intime avec la gaine lymphatique à laquelle elle adhère plus ou moins. Aussi en raison de la fragilité de ces diverses tuniques, de la disparition à ce niveau des fibres musculaires, peut-on considérer la mince membrane séreuse péri-artérielle comme le meilleur soutien de la poche anévrismale. Du reste une irritation locale peut très bien amener une hypertrophie des éléments conjonctifs et augmenter ainsi l'épaisseur de la poche : toute circulation lymphatique s'interrompt alors autour d'elle, les diverses tuniques se soudent les unes aux autres et sont même le siège d'un développement de fins rameaux vasculaires. La poche serait ainsi définitivement consolidée et isolée.

III

Tel est l'aspect macroscopique et histologique des anévrismes miliaires tels qu'ils furent décrits pour la première fois. Reste à se demander pourquoi et comment de telles altérations peuvent arriver à se produire dans les artères cérébrales. Il ne semble pas d'abord que le monopole en soit exclusivement réservé aux vaisseaux de l'encéphale. On admet que sous des influences générales, probablement toxiques ou infectieuses, des altérations se font sentir dans le système artériel tout entier. Les recherches de Liouville sur la généralisation des anévrismes miliaires ont eu pour but de démontrer la présence de lésions analogues dans les autres parenchymes, particulièrement dans la muqueuse œsophagienne et dans les parois du cœur.

On est assurément d'accord sur l'origine toxi-infectieuse de ces anévrismes, mais on discute davantage sur leur histogénèse. Charcot et Bouchard montrent qu'ils sont le résultat d'un processus très lent et insidieux qui attaque la totalité du système artériel avec prédominance sur les artères cérébrales. Les premières lésions en date sont d'après eux celles de la tunique externe. Une prolifération nucléaire considérable a lieu dans la tunique adventice et dans la gaine lymphatique de l'artère. Cette production aboutit à la suppression de la tunique musculaire ; dès lors l'anévrisme est constitué par une hernie de la membrane sous-endothéliale, à travers la tunique moyenne raréfiée et dans l'épaisseur de l'adventice dont la prolifération est exagérée.

Il s'agit donc d'une péri-artérite primitive et non d'une artérite interstitielle. Ce processus est très différent de celui qui amène la dégénérescence sénile des artères et même de l'athérome dont l caractéristique est dans la dégénérescence de la tunique moyenne par un début sous-endothélial. Les deux lésions ne sont donc pas incompatibles mais ne sont pas identiques. Aussi conçoit-on qu'elles coïncident rarement chez un même individu comme coïncident exceptionnellement l'hémorragie et le ramollissement. Cette hypothèse de début par péri-artérite a encore l'avantage d'expliquer la production de la lésion à tous les âges de la vie, elle ne se limite pas à la vieillesse, on la rencontre chez des adultes, des adolescents, il en existe même quelques exemples dans des cas d'hémorragie cérébrale infantile (Dejerine).

Ce processus par péri-artérite n'est cependant pas admis sans contestation. Même parmi ceux qui ne discutent pas la réalité et la valeur de l'anévrisme miliaire, Zencker, Eichler et Grasset pensent que la réalisation en est due plutôt à une endartérite primitive. Il semble à MM. Brissaud et Souques assez difficile de se prononcer entre les deux opinions extrêmes.

En tous cas, quelle que soit l'histogénèse de la lésion, la démonstration de Charcot et Bouchard a été presque universellement admise ; elle fut classique dès le début et comme toutes les opinions acceptées d'emblée on ne chercha plus jamais à en vérifier la réalité. Le terme d'anévrisme miliaire fut certainement équivalent d'hémorragie cérébrale dans l'esprit de beaucoup d'observateurs qui avaient vu des foyers d'épanchement sanguin dans le cerveau, mais n'avaient jamais recherché la rupture d'une poche anévrismale.

IV

Il y a lieu cependant de se demander si l'anévrisme miliaire est bien aussi constant qu'on l'admet. De timides hésitations se sont fait jour à ce sujet. Il est vrai que les auteurs y avaient répondu par avance puisqu'ils se défendent d'avoir voulu attribuer toutes les hémorragies cérébrales à la rupture d'un anévrisme miliaire. « Pareille exagération n'est jamais entrée dans notre pensée », disent-ils dès les premières pages de leur travail. En fait, ces réserves furent certainement dans la pensée de Charcot et de Bouchard, mais les protagonistes de leur opinion la généralisèrent à l'excès. C'est à eux seuls que s'adressent les critiques qui vont suivre.

Ziegler et Löwenfeld ont déjà formulé certaines réserves, ils invoquent un argument important : c'est qu'on ne trouve pas toujours d'anévrisme miliaire chez les sujets qui succombent à l'hémorragie cérébrale. On leur répond, il est vrai, que le fait de ne pas découvrir la lésion artérielle n'implique pas la preuve de son absence. On sait en effet combien elle peut être difficile à mettre en évidence, il suffit pour cela de se reporter aux précautions indiquées par Charcot et Bouchard eux-mêmes afin de les découvrir dans les caillots d'hémorragie cérébrale.

Nous avons personnellement apporté sur ce sujet quelques travaux et une statistique. Le rapprochement des uns et de l'autre nous paraît assez significatif. En étudiant dans notre *Essai sur l'hémiplégie des vieillards* le rôle des lacunes de désintégration

cérébrale, nous avons été forcément amené à envisager leurs rapports avec l'hémorragie cérébrale. Sans insister actuellement sur ce rôle même des lacunes, nous avons entre les mains les pièces de 88 cas de lacunes de désintégration; parmi ceux-ci 15 étaient morts d'hémorragie cérébrale. Ne retenons pas ici pour le moment cette proportion considérable, mais seulement le fait de l'examen de ce grand nombre de pièces.

La plupart de ces cerveaux ont été recueillis, examinés macroscopiquement et histologiquement par nous-même : cet examen a été pratiqué aussi bien pour les cas d'hémorragie cérébrale que pour les lacunaires morts de toute autre cause. Dans ce grand nombre d'examens et de coupes, il ne nous a jamais été donné d'apercevoir un seul anévrisme miliaire. Non seulement nous n'en avons pas vu dans les caillots d'hémorragie, au niveau de ces lésions où ils sont très difficiles à retrouver, non seulement nous n'en avons pas aperçu autour des foyers hémorragiques sur les parties saines des mêmes cerveaux, mais jamais il ne nous a été possible d'en apercevoir *aucun* sur un encéphale de lacunaire.

Or quand on considère la fréquence avec laquelle se produisent les hémorragies cérébrales chez les lacunaires, les altérations scléreuses de tout le système artériel chez eux, on est conduit à penser que les anévrismes miliaires devraient se trouver là bien plutôt qu'ailleurs. En tous cas en ne tenant compte que des cas d'hémorragie cérébrale mortels, 15 furent ainsi observés et pas une seule fois il ne fut possible de découvrir ni dans le foyer ni autour un anévrisme miliaire.

D'autre part, si l'on examine la manière dont les auteurs conseillent le traitement des pièces anatomiques pour y mettre en relief ces poches anévrismales, on est surpris par la multiplicité des manipulations qu'ils recommandent. On ne met pas impunément sous un courant d'eau un hémisphère cérébral non fixé pendant plusieurs heures, même quand cet hémisphère est sain. A fortiori, quand il s'agit de lésions aussi délicates qu'un caillot sanguin dans une région encéphalique où beaucoup d'éléments sont déjà altérés, ramollis et dilacérés, ne traumatise-t-on pas tout ce qui constitue l'hémisphère normal et pathologique sans y produire des lésions accidentelles.

Ceci posé, dans quelle mesure les anévrismes miliaires peuvent-ils être considérés comme des erreurs de technique? C'est ce qu'on ne saurait affirmer avec certitude. Toutefois il est certain qu'après avoir pendant plusieurs heures lavé sous un courant d'eau un hémisphère cérébral, quand on décolle la pie-mère (ce qui se fait alors assez facilement) on brise une foule de petits vaisseaux qui ne sont devenus apparents qu'après ces manipulations. Si alors, ayant isolé un fragment pie-mérien et l'examinant par transparence, on exerce sur ses bords des tractions un peu trop fortes, on réalise sur les vaisseaux contenus dans cette membrane des lésions de rupture qui ne portent pas toujours sur l'ensemble des tuniques. Il n'en faut pas davantage quand on connaît la fragilité de tous ces éléments constitutifs des centres nerveux pour produire des anévrismes miliaires. Enfin on conçoit encore mieux cette réalisation quand on se sert pour isoler les vaisseaux cérébraux d'aiguilles à dissocier et qu'on cherche à les débarrasser soit des méninges, soit des caillots de fibrine qui les masquent.

Depuis que des techniques plus précises ont permis d'étudier l'anatomie pathologique du système encéphalique, on sait l'inconvénient de semblables procédés et les erreurs d'interprétation auxquelles ils peuvent conduire. On ne doit donc considérer comme valables que les examens de pièces histologiques pratiqués seulement après un durcissement bien conduit et non extemporanément. C'est ce qui a été fait dans les nombreux cas étudiés par nous.

Il nous faut cependant faire remarquer que tous les cerveaux examinés de la sorte provenaient de sujets très âgés. Nous n'avions en vue que l'étude des encéphales de vieillards. Aussi ne venons-nous pas nier la possibilité de la présence des anévrismes miliaires chez *l'adulte* ou même chez les adolescents. Ce que nous pouvons affirmer, c'est son absence chez *les vieillards*. Il est fort possible que, les conditions qui règlent les lésions artérielles étant très différentes suivant les âges envisagés, les dilatations anévrismales soient de règle chez les adultes syphilitiques par exemple. On sait en effet combien la syphilis aime à se traduire par des ectasies artérielles. Mais rien de tel n'existe sur les vaisseaux athéromateux ou simplement scléreux des vieillards.

Il nous paraît donc évident que, tout au moins chez les sujets âgés, il faut chercher ailleurs que dans la rupture de l'anévrisme miliaire la pathogénie des hémorragies cérébrales. Voyons si on peut la trouver dans l'examen d'autres lésions.

V

Dégénérescences vasculaires. — On a voulu faire jouer à la dégénérescence des tuniques artérielles un rôle important dans leur rupture. La dégénérescence *amyloïde* quoique fréquente, quoique débutant par les vaisseaux ne se localise guère aux artères du cerveau. De plus elle n'est dans aucun viscère l'origine d'un processus hémorragique. Son rôle est donc assez effacé dans la pathologie cérébrale.

La dégénérescence *hyaline* serait plus dangereuse. On sait qu'elle consiste dans la disparition de tous les éléments cellulaires. Le début s'en fait par les noyaux. Ceux-ci disparus, il ne reste bientôt plus qu'une membrane amorphe, remplaçant les tuniques vasculaires et possédant une grande affinité pour toutes les matières colorantes. Ce processus dégénératif n'a rien qui soit spécial à l'encéphale : on le rencontre dans tous les viscères et même dans les artères des membres. Le tissu hyalin envahit d'emblée tout un territoire artériel. On devrait donc relever de semblables altérations autour des caillots d'hémorragie cérébrale. Comme on ne les voit guère signalées il est peu vraisemblable que leur rôle soit bien important.

La première place doit revenir toutefois à la *sclé-*

rose des artères du cerveau. A ce point de vue, il ne faut pas envisager d'ensemble la totalité des vaisseaux de l'encéphale. On rencontre en effet des lésions athéromateuses en plaques volumineuses sur les grosses branches cérébrales extra-parenchymateuses, sur les branches de l'hexagone, sur les artères cérébrales antérieure, moyenne et postérieure. Ces altérations étendues et très visibles existent souvent à l'état isolé sans être accompagnées de sclérose des petits vaisseaux. Si les deux coexistent souvent, on observe inversement la sclérose des artérioles du parenchyme cérébral, sans athérome des gros troncs. Or la dégénérescence scléreuse des petits vaisseaux est la seule qui nous intéresse au point de vue de l'hémorragie cérébrale. Sa production est intimement liée aux lacunes de désintégration cérébrale qu'il nous reste à envisager.

VI

Les lacunes de désintégration cérébrale. — Nous posons en principe que la plupart des hémorragies cérébrales survenues chez les vieillards (et par ce terme nous entendons tout sujet dont les artères sont scléreuses) doivent leur production aux conditions anatomiques réalisées par la lacune telle que nous l'avons décrite.

Ces conditions sont de trois sortes et elles correspondent parfaitement aux trois éléments pathogéniques considérés depuis longtemps comme les causes immédiates de l'hémorragie cérébrale, c'est-à-dire une lésion artérielle, une diminution de la résistance du tissu nerveux et une rupture de l'équilibre circulatoire. Il importe d'examiner ces trois éléments : nous avons vu au début que beaucoup d'auteurs admettaient la nécessité de leur réunion pour produire l'hémorragie cérébrale ; cet ensemble est réalisé par la lacune.

Sans entrer dans le développement complet de l'anatomie des lacunes il faut en étudier le vaisseau central. Celui-ci est habituellement une artère de volume moyen; ce peut être une artériole mais les parois en sont toujours très élargies. Dans un cerveau normal on peut distinguer aux artérioles les trois tuniques caractéristiques des artères à l'état de grande simplicité, c'est-à-dire une tunique interne réduite à l'endothélium avec ou sans limitante interne, une tunique moyenne surtout composée de fibres musculaires lisses et de fibres conjonctives et enfin une tunique externe ou adventice de tissu conjonctif représentée par des cellules fusiformes ou étoilées.

Dans un cerveau de vieillard normal n'ayant ressenti les atteintes d'aucune maladie grave, on constate déjà certaines transformations qui tiennent uniquement à l'âge de l'artère. Ces modifications portent principalement sur la tunique moyenne dans laquelle l'élément musculaire tend de plus en plus à disparaître pour être remplacé par l'élément conjonctif. Mais cette substitution se fait avec lenteur, sans infiltration leucocytaire appréciable, sans phénomènes indiquant une réaction inflammatoire dans les tuniques artérielles. Ce phénomène commun à toutes les artères normales est désigné depuis Léger et Boy-Teissier sous le nom de *xérose* ou évolution conjonctive de l'artère qui vieillit normalement.

L'artère centro-lacunaire est toujours perméable, fait important encore en la circonstance puisque sa rupture pourra ainsi amener une hémorragie. Mais de plus ses parois sont très altérées, leur étude est facile. Déjà la méthode osmio-chromique révèle en quelques cas la présence de corps granuleux dans l'épaisseur des tuniques vasculaires. Ceci a lieu quand les altérations sont de date récente. Le plus souvent les parois sont épaissies au point de rendre la lumière vasculaire très petite. La tunique externe semble bourrée de corps granuleux; on est donc en présence de phénomènes de péri-artérite. Bien que les lésions ne soient pas toujours aussi nettement réparties, l'endartérite ne nous a paru que très rarement en cause : le début et le maximum des altérations se font certainement au niveau de la périphérie de l'artère.

Les tuniques vasculaires ne sont pas également lésées sur toute la circonférence : il en résulte que l'artère est souvent déformée, mais le maximum d'épaississement fibreux appartient toujours à la tunique moyenne; ses fibres musculaires sont peu à peu remplacées par des fibres conjonctives, si bien qu'elle prend de plus en plus d'analogies avec la tunique adventice. On ne voit du reste dans les artères jamais de dépôt ni de formation calcaire, tout se borne à une artérite inflammatoire.

La gaine lymphatique participe, bien entendu, aux lésions de la lacune. Sous des aspects très différents, elle perd sa place normale. Tantôt complètement décollée de la paroi artérielle, elle est reportée à la périphérie de la lacune, tantôt adhérant par places à l'artère et par endroits au tissu encéphalique, elle décrit des festons variés. Dans les espaces libres elle entoure de nombreux éléments leucocytaires inflammatoires, mais elle est souvent rompue, disloquée, on en trouve des fragments partout, elle présente somme toute des lésions que l'on peut caractériser de péri-vaginalite.

VII

Telles sont les altérations scléreuses que nous montrent les artères des lacunes. Elles sont donc suffisantes pour réaliser la première condition d'une hémorragie cérébrale : l'*altération artérielle.* La sclérose est, en effet, une condition d'hémorragie assez fréquente dans tous les tissus et les viscères. Mais dans le parenchyme cérébral elle est aidée par les *altérations du tissu nerveux* qui se réalisent forcément tout autour d'elle et sont sous sa dépendance immédiate.

En effet, dans la lacune, autour d'un vaisseau malade, une raréfaction plus ou moins étendue du tissu se manifeste; on observe du reste plusieurs degrés dans cette lésion. Dans un premier degré, le vaisseau central n'est pas isolé; il y a bien disparition des éléments nobles du tissu, mais presque tout ce qui constitue la charpente utile de soutien du parenchyme et des vaisseaux, la névroglie et le tissu conjonctif sont intacts. Aussi ce degré d'altération lacunaire présente-t-il relativement peu d'intérêt ici.

Les degrés plus accentués des lacunes de désintégration sont plus fructueux à observer. En effet que voyons-nous en examinant une coupe transversale d'une lacune? Au centre un vaisseau malade déjà décrit; à la périphérie les bords de la lacune déchiquetés, infiltrés de cellules rondes, siège de la désintégration sans intérêt encore en ce qui concerne l'hémorragie. Mais entre ces bords et le vaisseau malade, sur un espace souvent de plusieurs millimètres et presque toujours visible à l'œil nu, il n'y a *rien*. C'est la cavité lacunaire plus ou moins comblée par un magma semi-liquide, des détritus de fibres nerveuses, des macrophages, des leucocytes, des hématies, etc., bref sans aucun élément de soutien.

Il existe à ce niveau une *cavité réelle* et non virtuelle tout autour de ce vaisseau déjà malade. Celui-ci, sur un espace de plusieurs millimètres, quelquefois d'un centimètre, traverse par conséquent une cavité au niveau de laquelle ses tuniques déjà altérées ne sont plus en contact avec aucun élément ni nerveux, ni conjonctif. Il y a par suite là au premier chef un *locus minoris resistentiæ*. Il ne semble pas possible de trouver réalisée mieux nulle part ailleurs la seconde condition requise pour la production des hémorragies cérébrales, soit l'*insuffisante résistance du parenchyme nerveux*.

Or, sur ce petit espace qu'est la lacune, nous trouvons réunis une artère malade qui ne demande qu'à se rompre et tout autour un espace vide qui n'offre à ses tuniques aucun appui. Mais il y a plus encore et nous allons rencontrer chez le lacunaire l'*augmentation de la pression sanguine* dans les vaisseaux, troisième condition pathogénique requise pour amener une hémorragie cérébrale. Que sont en effet les lacunaires? Ce sont de vieux scléreux, dont tout le système artériel est malade, dont le rein présente très souvent les lésions de la néphrite interstitielle, dont le muscle cardiaque s'est laissé dilater et hypertrophier avec toutes les apparences de la myocardite scléreuse. Aussi leur tension artérielle est-elle presque toujours élevée : un certain nombre sont urémiques et chez eux le ralentissement du pouls est la règle. Cette bradycardie ne va pas sans doute sans une augmentation de la pression sanguine. Elle se traduit du reste cliniquement par tous les prodromes artériels d'usage : étourdissements, bruits auriculaires, vertiges, etc.

Il est donc impossible de supposer une lésion anatomique réalisant mieux que la lacune toutes les conditions pathogéniques posées au début de cette revue.

VIII

Que nous apprend maintenant à ce sujet la statistique et l'examen des malades? D'abord la fréquence de l'hémorragie cérébrale a l'âge préféré par les lacunes. Ici encore nous sommes en complet accord avec Durand-Fardel; pour lequel l'hémorragie survient surtout de cinquante-cinq à soixante-quinze ans. En second lieu le siège de prédilection des deux lésions est le même : ce sont les noyaux centraux avec prédominance dans le segment externe du noyau lenticulaire. Les vaisseaux sclérosés autour desquels se forment les lacunes sont les lenticulo-striés et les lenticulo-optiques : ce sont ceux qui se rompent le plus souvent. Ce sont des artérioles fragiles, terminales comme toutes les artères centrales du cerveau où par conséquent la pression est de ce fait encore surélevée.

De plus, elles présentent ce caractère particulier d'être très courtes et de se détacher toutes, quoique très petites, d'un seul tronc assez volumineux. Cette condition anatomique tend encore à y relever la pression sanguine.

Enfin si nous ne tenons compte que des exemples observés par nous, nous relevons sur 88 cas de lacunes 15 morts par hémorragie cérébrale. Cette proportion qui atteint 17 p. 100 est bien importante pour refuser à de tels exemples toute relation de cause à effet. A toutes les autopsies de vieillards morts d'hémorragie cérébrale on trouve des lacunes, soit dans l'hémisphère siège de l'épanchement, soit dans l'autre hémisphère et quelquefois dans les deux. Les unes et les autres occupent les noyaux gris et malgré les grands délabrements résultant ainsi d'hémorragies volumineuses avec inondation ventriculaire on voit toujours des lacunes autour de ces foyers. Il est vrai qu'il est impossible de retrouver celle qui a été le siège de la rupture artérielle, d'autant plus que chez ces vieillards on est presque toujours en présence d'épanchements abondants entraînant très rapidement la mort (voy. fig. 1).



Fig. 1. — *Coupe du cerveau horizontale.* — Cette figure montre une hémorragie dans les noyaux gris de l'hémisphère droit et de multiples lacunes surtout dans les noyaux lenticulaires des deux côtés.

Cet exemple est le type de ce que l'on rencontre à chaque autopsie d'hémorragie cérébrale chez le vieillard.

Pour toutes ces raisons les lacunes de désintégration cérébrale paraissent jouer un rôle primordial dans la production des hémorragies cérébrales des vieillards.

IX

Conclusions. — On peut résumer cet exposé pathogénique de la façon suivante : les hémorragies dans les centres nerveux se produisent suivant des modalités diverses. On pensait autrefois que trois conditions pathogéniques étaient nécessaires pour réaliser cet accident et l'on avait raison. Longtemps on a attribué à la première seule de ces conditions une valeur absolue : sous l'influence de Charcot et de Bouchard l'anévrisme miliaire avait accaparé toute l'attention des observateurs. Il est bien probable que beaucoup d'hémorragies chez l'adulte et l'adolescent ne reconnaissent pas d'autre cause. Mais il est évident que leur rôle a été exagéré.

L'état du parenchyme cérébral et les troubles de la circulation générale interviennent certainement dans la production des épanchements sanguins du cerveau. Or il existe une lésion qui réunit à elle seule ces trois conditions pathogéniques. C'est la lacune de désintégration cérébrale. De plus l'expérience prouve son rôle dans la rupture des vaisseaux lacunaires chez le vieillard : elle prouve aussi chez lui l'absence d'anévrismes miliaires. On est donc en droit d'affirmer que la plupart des hémorragies cérébrales des vieillards sont dues à la rupture d'un vaisseau artériel dans une lacune de désintégration, étant bien spécifié que ce fait est particulier à la pathologie du vieillard.

X

Déductions. — A vrai dire, toute la pathogénie que nous venons d'exposer est le fruit de déductions tirées d'études cliniques et anatomiques dans le détail desquelles nous ne voulons pas entrer ici. Mais cet exposé étant fait nous pouvons renverser la proposition et, cette pathogénie étant connue et admise, indiquer quelques-unes des conséquences cliniques et pronostiques que l'on en peut tirer :

1° Il existe un type *clinique* de l'hémorragie cérébrale du vieillard. Cette forme est précédée de tous les signes de l'existence des lacunes. Le début en est brusque, par un ictus profond avec hémiplégie complète et totale. Le sujet ne sort guère du coma et la mort survient au bout de trois jours au maximum. L'inondation ventriculaire et la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien sont fréquentes. En tous cas, la caractéristique est celle-ci : il s'agit d'un gros foyer à point de départ lacunaire et incompatible avec l'existence ; la maladie n'a pas le temps de passer à la période hémiplégique.

2° Tout à fait au début, le *diagnostic* est à faire surtout avec celui de lacune. En effet celle-ci se produit aussi chez des vieillards : elle est annoncée par les mêmes prodromes et débute également par un ictus. Mais cette attaque est bien moins marquée et n'atteint jamais le coma ; l'hémiplégie qui l'accompagne est toujours incomplète, partielle et transitoire.

3° Enfin quand il s'agit d'un vieillard, il y a un intérêt majeur à faire le diagnostic de cette forme d'hémorragie ou de l'ictus lacunaire à cause du *pronostic* très différent de ces deux affections. La première tue en quelques jours au plus, la seconde guérit la plupart du temps, tout au moins s'améliore de façon à permettre une survie parfois longue. Il importe donc de pouvoir le plus tôt possible renseigner l'entourage du malade sur la gravité ou la bénignité des symptômes auxquels on assiste.

Ces diverses considérations découlent de la pathogénie précédente et justifient bien l'hypothèse d'une pathologie spéciale au vieillard.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 15 décembre 1909)

Hypospades. — M. Quénu, à propos de la présentation faite dans la dernière séance par M. Tuffier, communique l'observation d'une personne de onze ans et demi, présentant tous les attributs extérieurs d'une fille et qui semblait atteinte d'une hernie inguinale. Au moment d'en faire la cure radicale, M. Quénu s'aperçut qu'il s'agissait d'un testicule ectopié. Il le rentra dans le ventre et examina plus attentivement le sujet qui présentait une dépression vaginale de 2 centimètres et demi des grandes et des petites lèvres, un hymen. Cependant il n'y avait aucun doute sur la présence des testicules.

MM. Broca et Delbet ont observé des cas identiques.

M. Hartmann voit un jour arriver chez lui un homme à barbe blonde qui se plaignait du ventre. L'ayant examiné, il trouva une tumeur qui ressemblait, en tous points, à un fibrome de l'utérus. Lui ayant demandé de faire le toucher rectal, il trouva une certaine résistance de la part du malade qui finit cependant par se laisser faire. M. Hartmann trouva un vagin et un utérus qui était bien le siège de la tumeur.

M. Ricard donne sur ce personnage des détails complémentaires intéressants. Il l'a vu aussi chez lui et, l'ayant examiné, lui dit : « Monsieur, si vous étiez une femme, je dirais que vous avez un fibrome de l'utérus. » Ce à quoi le malade répondit, en rougissant, qu'il en était une. Il lui raconta alors qu'il était marié et même père de famille. Légère surprise de M. Ricard qui apprit alors que, ne se croyant pas le droit de priver sa femme des joies de la maternité, il lui avait lui-même procuré un mâle.

M. Ricard opéra ce curieux sujet et trouva un sarcome diffus de l'utérus qui récidiva et entraîna la mort dix-huit mois après.

Obstruction par diverticulite. — M. Walther, à propos du rapport de M. Picqué sur l'intéressante observation de M. Jacob, émet quelques doutes sur la question de savoir s'il s'agissait bien, dans ce cas, du diverticule de Mœckel comme point de départ des accidents. Il a souvent constaté des obstructions de ce genre déterminées par des brides intestinales dans des foyers inflammatoires autour de vieilles appendicites.

M. Picqué répond qu'il ne semble pas y avoir de doute dans le cas de M. Jacob.

Kystes hydatiques du foie. — M. Auvray résume un travail qu'il a fait avec Terrier en 1907. Ayant relevé tous les cas publiés de kystes hydatiques du foie, il est arrivé à cette conclusion qu'il y avait 20 p. 100 de kystes multiples. Il pensait, avec Terrier, qu'il valait mieux dans ces cas traiter chaque kyste séparément par des incisions indépendantes. L'énucléation et l'extirpation doivent être considérées comme des méthodes d'exception. M. Auvray en a relevé 53 cas avec 48 guérisons et 4 décès, un de ces malades ayant été opéré deux fois. Sa statistique personnelle de réduction sans drainage lui a donné, sur 58 cas, 57 guérisons et 1 mort. M. Au-

vray termine en fournissant quelques indications sur la technique suivie par son maître Terrier.

M. ROUTIER, sur 45 cas de kystes hydatiques du foie, a trouvé 7 fois des kystes multiples; sur ces derniers cas, il a eu 2 morts. Il relate ces deux observations. Deux cas traités par la ponction et l'opération ont donné 2 guérisons; 41 cas avec laparatomie ont donné 5 morts. Les cas traités par marsupialisation ont tous guéri; 9 malades traités par la méthode de Delbet ont tous guéri. Une seule fois, il y a eu de la suppuration. C'est à la méthode de Delbet que M. Routier donne la préférence chaque fois qu'elle est applicable.

Traitement des angiomes érectiles par la radiumthérapie. — M. LE DENTU fait un rapport sur une communication de MM. Wickam et Desgrez sur les très beaux résultats, obtenus dans cinq cas par la radiumthérapie dans le traitement des angiomes érectiles.

Pancréatite. — M. GUINARD analyse une observation de M. Lapeyre (de Tours) relative à un cas d'hémorragie pancréatique, opérée et suivie de mort.

Le diagnostic reste toujours incertain et difficile et cependant M. Guinard, qui a étudié ces faits, arrive à diagnostiquer des pancréatites aiguës. Pour la pancréatite chronique, c'est plus difficile.

Le malade de M. Lapeyre était un homme de soixante-quatre ans, sans aucune tare, qui fut pris de crises douloureuses intenses ressemblant à des crises angineuses. Le malade était très amaigri, basané. On sentait dans la région sus-ombilicale une tumeur lisse, très mobile de droite à gauche, mate. A l'opération, on donna issue à une énorme quantité de caillots noirs. Il s'agissait du pancréas. On marsupialisa et le malade succomba le soir.

Pour diagnostiquer cette affection, M. Guinard fait ressortir le grand avantage de l'insufflation de l'estomac.

ANALYSES

MÉDECINE

Effets de la piqûre du quatrième ventricule sur le rein. (*Il Policlinico* (section médicale), fasc. IV et V, 1909.) — D'une longue étude expérimentale, le docteur Achille CAPOGROSSI tire les conclusions suivantes :

Après la piqûre du quatrième ventricule, on observe très souvent chez le lapin comme première manifestation une légère albuminurie (séro-albumine). En même temps, et selon les cas, il peut y avoir de la polyurie ou de l'oligurie ou de la glycosurie. Dans le sédiment urinaire se rencontrent souvent quelques cylindres hyalins disséminés et de rares globules blancs, très exceptionnellement des érythrocytes.

Sur des préparations de rein enlevé après la piqûre, on observe avant tout des altérations portant sur les cellules des tubuli contorti et des anses de Heule. Du côté de la lumière de ces conduits, les cellules ne sont pas nettement limitées et se montrent parfois sous un aspect très frangé, jusqu'à former un réticulum à larges mailles dans la lumière du conduit. En second lieu, on voit que la substance corticale subit une intense hyperémie active et que les glomérules sont distendus et pleins de sang. Quelquefois on observe en outre des hémorragies capillaires punctiformes dans la substance corticale, par suite de l'augmentation soudaine de la pression sanguine intrarénale.

L'hyperémie active du rein ne produit pas constamment de la polyurie, et il y a même des cas avec oligurie. Il est donc nécessaire d'admettre que par suite de la piqûre du quatrième ventricule le système nerveux exerce une action directe sur la sécrétion urinaire. L'hypothèse que cette action s'exerce au moyen d'une modification transitoire de l'absorption normale de l'eau dans les canalicules urinaires, est fortifiée par les altérations des tubuli contorti et des anses de Henle que l'on rencontre constamment.

De même, l'albuminurie ne peut être une conséquence de l'hyperémie active du rein, mais elle est due vraisemblablement à une action directe du système nerveux sur la nutrition des épithéliums rénaux, étant admis cependant qu'elle puisse dépendre d'une modification transitoire de la crase sanguine.

La piqûre du quatrième ventricule peut diminuer la tolérance du rein du lapin vis-à-vis de l'ovoalbumine introduite dans l'estomac ou sous la peau.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le corps thyroïde des tuberculeux. Recherches histologiques et chimiques. (Georges GIRAUD. Th. de Paris, 1908; G. Steinheil, édit.). — L'infection tuberculeuse exerce son action sur le corps thyroïde comme sur tous les autres organes. A l'autopsie des individus morts de tuberculose, on trouve, mais très rarement, des nodules tuberculeux typiques; ce qu'on constate le plus souvent, c'est une diminution de volume de la glande, s'accompagnant de lésions de sclérose.

La sclérose est d'autant plus intense, que la marche de la maladie a été plus longue. Dans les cas à évolution très lente, la sclérose affecte tantôt le « type ogival » de Roger et Garnier, tantôt est disposée sous forme de travée, épaisses et tout à fait irrégulières. Dans les cas à évolution subaiguë ou aiguë, la sclérose est très jeune, fibrillaire, ou peut même quelquefois manquer totalement.

Les vésicules thyroïdiennes lui a paru en général peu modifiés. Dans les cas de sclérose on peut assister à l'étouffement de certaines d'entre elles par le tissu conjonctif. Dans les cas aigus ou subaigus, elles semblent dilatées, et la matière colloïde y est très abondante et très fortement colorée. Dans un seul cas l'architecture de la glande s'est montrée totalement modifiée et les vésicules très petites et déformées ne contenaient le plus souvent qu'une substance grenue et mal colorée.

Le dosage de l'iode contenu dans ces corps thyroïdes a donné à l'auteur des résultats intéressants. Dans 10 cas sur 24 la quantité d'iode est très diminuée (moins de 1 milligr.) : ce sont les cas où la maladie a eu une évolution lente et où la sclérose est abondante. Dans 6 cas la quantité d'iode est très augmentée (de 8 à 26 milligr.) et ce sont les cas où la maladie a eu une évolution rapide et où la sclérose manque. Les données chimiques se superposent donc aux données histologiques, pour permettre de mieux apprécier le rôle du corps thyroïde dans la défense de l'organisme contre l'infection tuberculeuse. Il semble, en effet, que dans les cas aigus, il y ait hypersécrétion thyroïdienne (vésicules dilatées, augmentation de l'iode), et que dans les cas chroniques, l'activité thyroïdienne soit diminuée (sclérose, diminution de l'iode). C'est ce qu'a confirmé, au point de vue histologique du moins, la reproduction expérimentale de la tuberculose chez le lapin.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Occlusions intestinales dues à un volvulus avec adhérences de l'anse sigmoïde. (Joseph C. BLOODGOOD. *Ann. Surg.*, vol. XLIX, n° 3, fév. 1909, p. 161-182.) — Bloodgood rapporte 5 cas de cette forme plutôt rare d'obstruction intestinale. A Johns Hopkins Hospital, il n'a eu que 2 de ce type sur 103 occlusions intestinales. Kuhn en a vu 9 dans la clinique de Garré. Scudder à Boston en a vu 2 sur 121 occlusions. Par contre, Philipowicz en a vu 32 sur 98 obstructions. Et comme il a une confiance trop grande dans le tube rectal et n'opère pas ou trop tard, sa mortalité est énorme (66 p. 100).

Bloodgood veut surtout attirer l'attention sur la forme chronique à rechutes qui est souvent méconnue ou diagnosquée constipation chronique ou névrose abdominale. Un de ses cas en est un type fort intéressant. Un homme de qua-

rante-sept ans est laparotomisé en 1890 pour volvulus aigu que l'on réduit. Pendant les seize années suivantes, il eut trente-deux rechutes qui cédèrent à l'emploi de la sonde rectale poussée très loin, le patient étant en position genu-pectorale. En 1906, attaque plus grave. Laparotomie, résection d'une anse sigmoïde géante. Guérison permanente.

Il y a généralement des adhérences dans ces cas et l'auteur croit ces adhérences responsables de tous les désordres, au moins au début, avant que le mésosigmoïde n'ait subi la rétraction cicatricielle. D'où la ligne de conduite. Il faut opérer ces cas de constipation chronique avec crises récurrentes douloureuses à gauche aussi bien que l'on opère les appendicites chroniques. Il ne faut pas s'attarder à l'emploi de la sonde rectale si elle ne réussit pas d'emblée. Il ne faut pas réséquer l'anse sigmoïde d'emblée non plus, à moins qu'il n'y ait gangrène. Il faut libérer les adhérences et péritoniser. Les quatre cas ainsi opérés ont donné à Bloodgood quatre succès.

F. GARDNER.

Epithélioma végétant du rein simulant une tumeur du bassinet. (Pierre MERLE. *Bull. de la Soc. anat.*, 1908, p. 185, 3 fig.) — La tumeur, grosse comme une petite noix, est contenue dans une poche, limitée par une mince membrane, faisant saillie dans le bassinet, dont elle est, en réalité, indépendante. Elle est, histologiquement, constituée par un épithélioma, né aux dépens des tubes rénaux, et offrant des analogies avec l'adénome végétant de Sabourin, des néphrites chroniques, d'autant plus que le rein est atteint de néphrite interstitielle surtout prononcée au voisinage du néoplasme.

L. ALQUIER.

PRATIQUE MÉDICALE

PRÉPARATION DES EXTRAITS D'ORGANES. LEUR VALEUR THÉRAPEUTIQUE

La médication opothérapique utilise, comme l'on sait, divers modes d'administration des organes : le plus pratique est celui qui emprunte la voie digestive.

Dans le but d'assurer le plein effet thérapeutique, on conseille notamment l'ingestion d'organes frais, préalablement réduits en pulpes ; or, il importe de remarquer que, fort souvent, ce moyen répugne aux malades et amène de l'intolérance. De là est venue l'idée de remplacer les pulpes d'organes, soit par des extraits, soit par des principes isolés de ces organes.

Les principales recherches effectuées dans cette direction sont dues à MM. Gilbert et Carnot (1) qui ont étudié de nombreux extraits, aqueux, glycérinés, alcooliques, chlorurés, alcalins, pepsiques, etc., ainsi que divers composés résultant de la dissociation des organes, tous produits préparés à leur demande par M. Choay (2). Ces auteurs concluent que l'on doit, sous peine d'assister à l'émiettement des propriétés thérapeutiques, recourir exclusivement aux « extraits totaux », c'est-à-dire aux extraits résultant de la simple dessiccation des pulpes.

Toutefois, il n'est pas indifférent de pratiquer cette dessiccation par n'importe quelle méthode. M. Choay a, en effet, montré toute l'importance que peut avoir le mode de préparation sur l'activité des extraits opothérapiques (3) : des deux procédés habituellement suivis dans l'industrie, dessiccation à l'étuve, dessiccation dans le vide partiel, à 40-50 degrés, sous une pression réduite à quelques centimètres seulement, il déclare que le premier doit être absolument rejeté et que le second, quoique plus satisfaisant, fera place à un troisième qui, à son avis, répond à toutes les exigences. Par ce dernier procédé, on opère la dessiccation dans le vide profond, la pression étant réduite à 1 ou 2 millimètres, sans chauffage, et vers 0 degré.

M. Choay base ses conclusions sur les résultats des expériences suivantes :

1° Il réduit des pancréas de porcs en pulpe bien homogène ; de celle-ci, il fait plusieurs lots qui sont desséchés par les procédés énumérés plus haut ; puis il compare les pouvoirs protéolytique, amylolytique et stéaptasique des extraits obtenus. Les nombreuses mesures enregistrées montrent manifestement que, de ces divers extraits, le plus actif est celui qui a été obtenu, à froid, dans le vide profond. Non seulement il dissout une plus grande quantité de matières protéiques, mais il les peptonise encore plus rapidement ; ses pouvoirs amylolytique et stéaptasique sont respectivement quadruple et double de ceux de l'extrait préparé à l'étuve.

2° Des foies de porcs pulpés sont divisés en deux lots et desséchés l'un, à froid, dans le vide profond ; l'autre, à l'étuve à 40 degrés. La détermination des pouvoirs amylolytiques montre encore que l'activité de l'extrait préparé à froid est environ le triple de celle de l'extrait obtenu à l'étuve.

Comparé enfin à un extrait pris dans le commerce, l'extrait hépatique préparé à froid, ci-dessus, accuse un pouvoir amylolytique qui dépasse le quadruple de celui de l'extrait commercial.

Les chiffres donnés par M. Choay, dans son mémoire, traduisent nettement la fragilité des diastases, notamment de l'amylase, sous l'influence de l'air et de la chaleur ; ils expliquent, par cela même, les médiocres résultats thérapeutiques obtenus dans la plupart des cas.

Voici donc prouvée la supériorité des extraits préparés à froid ; il restait à démontrer qu'ils sont, de plus, équivalents aux organes frais dont ils proviennent. A cet effet, M. Choay a divisé une pulpe de pancréas en deux portions dont l'une, seulement, fut desséchée dans le vide, à froid ; puis il a effectué des mesures d'activités diastasiques sur parties aliquotes de la pulpe réservée et de l'extrait fourni par la partie soumise à la dessiccation : les chiffres obtenus dans les deux cas sont absolument concordants.

En conséquence, il y a bien équivalence entre l'organe frais et le produit de sa dessiccation à froid, dans le vide profond.

D'ailleurs, cette équivalence s'explique aisément puisque, en raison même des conditions opératoires — vide presque absolu, absence de source de chaleur — on réalise une rapidité d'opération et un abaissement de température tels que les trois principaux agents modificateurs des organes, savoir l'air, la chaleur, l'autolyse, ne peuvent entrer en jeu.

La part de l'autolyse est non moins importante que celles de l'air et de la chaleur : les extraits d'organes autolysés contiennent, en effet, plus de principes solubles ; leur acidité est beaucoup plus marquée ; leur dégradation moléculaire est plus avancée (1). Au cours de celle-ci apparaissent des produits ultimes toxiques, dont l'action sur le cœur et les centres vaso-moteurs a été maintes fois signalée. On sait, en outre, que les extraits acquièrent des propriétés hémolytiques, sous l'influence de l'autolyse.

En résumé, pour toutes médications opothérapiques, on remplacera avantageusement les organes pulpés par leurs extraits totaux, sous la réserve expresse de préparer ceux-ci dans le vide profond et surtout sans chauffage, vers 0 degré. A cette condition seulement, les extraits auront même valeur thérapeutique que les organes dont ils dérivent.

(1) GILBERT et CARNOT. Etat actuel de l'opothérapie, *Congrès de méd. de Montpellier*, avril 1898.

(2) GILBERT, CARNOT et CHOAY. Sur la préparation des extraits hépatiques, *Soc. de biol.*, 1897, p. 1028.

(3) CHOAY. Influence du mode de préparation sur l'activité des extraits opothérapiques, *Soc. de thérap*, 24 juin 1908 ; — *Soc. de pharmacie*, 1er juillet 1908.

(1) CHOAY. Sur les extraits d'organes autolysés, *Soc. de pharmacie*, 6 oct. 1909 ; — *Soc. de thérap.*, nov. 1909.

ACTUALITÉS

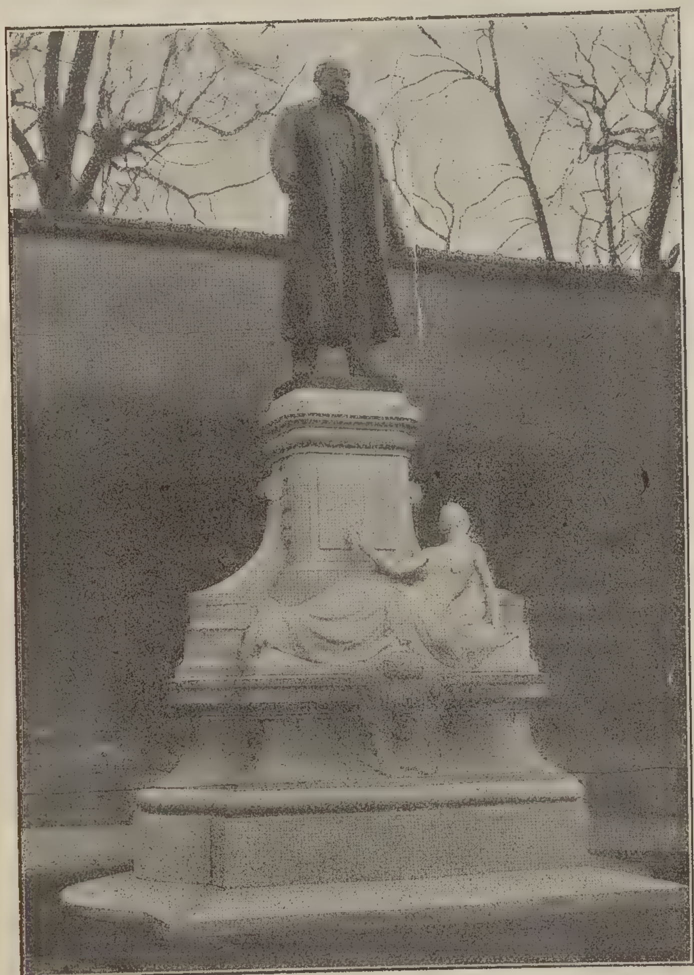
INAUGURATION DU MONUMENT PÉAN

L'inauguration du monument élevé à Péan, boulevard Port-Royal, en face la rue de la Santé, a eu lieu jeudi à trois heures, en présence de M. le Président de la République.

Aussitôt l'arrivée de M. le Président qui a été reçu, au pied de la statue, par les membres du Comité présidé par M. Mézières, le voile du monument est tombé et on a pu apprécier l'œuvre de MM. Gauquié, sculpteur, et Guillaume, architecte.

On s'est ensuite rendu, en cortège, à l'hôpital Péan où les discours ont été prononcés.

Aux côtés du Président avaient pris place : MM. Mézières, président du Comité, Caron, président du Conseil municipal, de Selves, préfet de la Seine, Lampué, président du Conseil général, Labbé, président de l'Académie de médecine, Pozzi, membre de l'Académie de médecine, Delorme, médecin inspecteur général de l'armée, Nélaton, chirurgien des hôpitaux, Lancereaux, Duguet, Empis, Maurice de Fleury, membres de l'Académie de médecine.



Devant M. le Président se trouvait Mme Vve Péan, ayant à sa droite Mme Fallières et toute sa famille.

M. Mézières, au nom du Comité, a remis le monument à la ville. MM. Caron, président du Conseil municipal, et de Selves, préfet de la Seine, ont pris chacun la parole et ont fait l'éloge de Péan. M. le professeur Pozzi, au nom de l'Académie de médecine, a passé en revue toute l'œuvre chirurgicale du maître. M. Brochin a surtout insisté sur la lutte que Péan a eu à soutenir pendant de longues années pour imposer le progrès et a montré un Péan intime, moins connu. Enfin, M. Delaunay a envisagé le maître à l'hôpital, d'abord à Saint-Louis, puis à l'hôpital qu'il a fondé; il a rappelé quel souci il avait de l'instruction de ses internes qu'il faisait, de bonne heure, opérer sous son contrôle. Il a insisté aussi sur la bienfaisance inépuisable et discrète de Péan à l'égard des malades hospitalisés.

Avant de se retirer M. le Président de la République a remis les palmes académiques à M. Décorio Saint-Clair, le sympathique directeur de l'hôpital, gendre de Péan, et a fait remettre une somme de 300 francs pour les malades.

L'assistance était fort nombreuse et toute la cérémonie a été empreinte d'un caractère de sympathie et de cordialité qui a rendu fort touchant cet hommage rendu à la mémoire du grand chirurgien.

A. B.

LIVRES NOUVEAUX

Essai sur les soins pré et post-opératoires dans les laparotomies (1), par le docteur A. Faix (de Tours).

Après un avant-propos où le docteur Faix nous montre la lacune qui existe dans notre littérature médicale moderne française au sujet de ces questions de thérapeutique chirurgicale, il entre immédiatement dans le sujet et s'occupe des soins pré et post-opératoires dans la chirurgie abdominale.

Il consacre d'abord un chapitre au traitement moral et il n'hésite pas à dire que bonté et fermeté sont deux qualités qui contribuent aux succès du chirurgien.

Le cœur et le poumon de l'opéré devront également attirer son attention, et il lui faudra par un traitement approprié les ramener dans la mesure du possible à leur état normal, et à ce propos l'auteur signale l'importance de l'examen du sang.

La préparation de l'appareil digestif mérite des soins non moins importants, M. Faix n'est pas partisan du jeûne prolongé qui affaiblit le malade, il conseille simplement une réduction du régime carné et une purgation la veille de l'opération. Il insiste également sur la nécessité de tenir libres toutes les voies d'élimination, la peau (par des bains), le rein (après examen des urines, lavage du filtre rénal).

L'auteur aborde alors la question des soins à donner à certains malades et il formule avec beaucoup de jugement la conduite à tenir vis-à-vis des albuminuriques, diabétiques, rénaux, hépatiques, pour entreprendre l'opération avec le plus de chances de succès possibles. Il nous rapporte les récentes discussions sur l'emploi de la scopolamine; pour sa part, il préfère renoncer à des produits aussi dangereux et il termine ce très intéressant chapitre en étudiant les anti-hémorragiques préventifs et leur emploi.

La préparation du champ opératoire est tout à fait mise au point, les plus petits détails de toutes les techniques y sont exposés avec une très grande netteté.

Sans être partisan des longues préparations ou des méthodes trop rapides, l'auteur conclut avec Moore pour une méthode moyenne en trois temps, enfin les soins du vêtement et du couchage sont minutieusement décrits.

Le rôle de l'opérateur terminé, les soins chirurgicaux commencent, c'est tout d'abord le pansement, on nous expose les divers modes de pansement, comment on doit le poser et quel jour après l'opération on doit le retirer, puis le soin des sutures, sutures en un plan, en plusieurs plans, le choix des matériaux, la manière de les mettre et de les retirer, tout est discuté avec grand soin.

Dans un très intéressant chapitre, M. Faix traite du drainage, drainage de sûreté (appendicite mal refroidie, adhérences douteuses au point de vue septique), drainage de nécessité (suppuration), il envisage tous les cas qui peuvent se présenter (sérosité, pus) et pour finir énumère les princi-

(1) In-8 de 322 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Jouve.

paux drains employés avec leurs avantages et leurs inconvénients.

L'alitement est très discuté en Allemagne particulièrement; bon nombre de chirurgiens font lever leurs malades dès le premier jour ; sans aller aussi loin, le lever précoce dans certaines opérations (que l'auteur cite) permet de provoquer un retour vers la vie normale au quinzième jour et il a l'énorme avantage, entre autres, d'éviter la neurasthénie post-opératoire.

L'auteur fait une longue étude de la sérothérapie qui a pris une si grande importance en thérapeutique chirurgicale; après avoir rappelé les pouvoirs des divers sérums, il indique ce que l'on peut en obtenir tant avant l'intervention que pendant et après, leurs modes d'introduction dans l'économie et tout spécialement la technique de l'injection intra-veineuse et la transfusion du sang d'après la méthode de Crile.

Mais voici le malade opéré, adoptant la division de Guinard en journées, M. Faix suit jour par jour les soins à donner à l'opéré, en même temps que les complications qui peuvent survenir et le moyen d'y remédier. Se plaçant alors à un point de vue plus particulier, il étudie les soins spéciaux pour les opérés de l'estomac (gastrostomie, gastro-entérostomie, gastrectomie), de l'intestin (anus artificiel, sutures), du foie, etc.

Nous trouvons ensuite une excellente étude clinique du schok opératoire qu'il faut tâcher d'éviter d'abord en opérant vite sans pour cela rien négliger, et qu'il faut combattre s'il se produit par l'atropine, l'adrénaline dans du sérum et en réchauffant le malade; le délire post-opératoire qui survient surtout chez des alcooliques peut se dissiper, mais il peut aussi devenir une véritable crise de delirium tremens qu'il faut combattre sous peine de voir mourir rapidement le malade.

Voici enfin plusieurs chapitres très documentés sur les complications qui peuvent survenir après l'opération. C'est en premier lieu l'hémorragie qui peut survenir immédiatement, par une artère oubliée, une ligature qui a glissé; ou plus tardivement les hémorragies secondaires, terreur des anciens chirurgiens, mais heureusement rares de nos jours; l'auteur indique le traitement de ces accidents. Il passe à l'éventration aiguë et expose tous les accidents de la suture (hématome, phlegmon, abcès, sphacèle).

Pour les escarres, M. Faix en attribue une bonne part soit à la malpropreté, soit à l'irritation par les antiseptiques au moment de l'opération, et il cite l'escarre nerveuse reconnue par quelques auteurs; il conseille pour éviter cette fâcheuse complication de mettre sous le malade des peaux de chamois et enfin l'isolement local.

Les complications les plus importantes et les plus nombreuses sont certainement les complications pulmonaires, nous trouvons un exposé des principales causes et une belle étude clinique de leurs formes ; une fois survenues, leur traitement est médical, il se trouve très bien résumé.

Parmi les complications vasculaires, c'est la thrombose qui est la plus importante, l'auteur nous dit fort bien chez quels malades on doit la redouter et comment on doit la traiter.

Il n'est pas rare non plus de voir survenir chez des opérés la rétention d'urine plus ou moins persistante, pour la combattre il faut faire le cathétérisme, mais il faut prendre bien soin de le faire aseptique.

Enfin, pour terminer, M. Faix énumère en les étudiant à fond les complications du côté de l'appareil digestif (parotide, foie), et il insiste longuement sur la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.

Citons enfin l'infection péritonéale et l'infection généralisée qui font l'objet des deux derniers chapitres de cette thèse très intéressante et très instructive à tous les points de vue.

L. GAYARD.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 JANVIER 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Legry et Lœper; — (2e série) : MM. Roger, Marcel Labbé et André Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 4 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Lecène; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant; — (2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 5 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Rieffel et Pierre Duval.

1er (oral) : MM. Nicolas, Monod et Ombrédanne.

2e : MM. Gariel, Langlois et Mulon.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Delbet, Retterer et Potocki; — (2e série) : MM. Hartmann, Branca et Couvelaire; — (2e partie) : MM. Roger, Sicard et André Jousset.

4e : MM. Pouchet, Pierre Marie et Macaigne; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 6 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Morestin et Lecène.

1er (oral) : MM. Remy, Thiéry et Auvray.

2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Launois et Nicloux; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et André Broca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Pozzi, Retterer et Jeannin; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Brumpt.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. Desgrez, suppléant.

Vendredi 7 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Langlois, suppléant.

Samedi 8 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Brumpt, suppléant.

THÈSES

Mercredi 5 janvier, à une heure. — Mlle PÉTROVSKAIA. Sur les mijases produites chez l'homme par les œstrides (gastrophilus et rhincestues. (MM. Blanchard, président; Reclus, Segond et Marcel Labbé.) — M. ABRAHAM. Contribution à l'étude de la tuberculose primitive du sein. (MM. Reclus, président; Blanchard, Segond et Marcel Labbé.) — M. AUGIER. Contribution à l'étude de la prostatectomie transvésicale. (MM. Segond, président; Blanchard, Reclus et Marcel Labbé.)

Jeudi 6 janvier, à une heure. — M. JAGOT-LACOUSSIÈRES. Contribution à l'étude chimique des laits homogénéisés et stérilisés purs dans leurs rapports avec le scorbut infantile. (MM. Pouchet, président; Hutinel, Maillard et Nobécourt.) — M. ROUSSET. Varicelle et scarlatine. (MM. Hutinel, président; Pouchet, Maillard et Nobécourt.) — Mlle GURWITZ. Les cantines maternelles. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau.) — M. DE NAYVILLE. Evolution et traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau.) — Mme LIPSKEROF. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement médical de l'éclampsie puerpérale. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Bar, Demelin et Brindeau.) — M. LENIEF. Thrombus superficiel pédiculé du vagin. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Bar, Demelin et Brindeau.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 145. — MARDI 21 DÉCEMBRE 1909. 82e ANNÉE. MARDI 21 DÉCEMBRE 1909. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Nous publierons, comme l'an dernier, un carnet destiné aux candidats à l'internat. Ce carnet sera adressé à titre gracieux aux candidats abonnés au journal.

Tous les étudiants pourront se le procurer au prix de 20 centimes aux bureaux du journal et dans les librairies.

Nous nous ferons un plaisir de l'adresser gracieusement à ceux de nos abonnés qui nous en feront la demande.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le concours s'est ouvert aujourd'hui lundi 20 décembre.

Questions données : « Muscles intrinsèques du larynx. — Hémorragies et perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. »

Questions restées dans l'urne : « Rapports de la vessie chez l'homme. — Signes et diagnostic de l'ostéomyélite aiguë. » — « Artère iliaque externe. — Formes cliniques de l'urémie. »

CONFLIT AUX HOPITAUX DE ROUEN. — Un interne et un externe des hôpitaux de Rouen ayant été frappés de peines disciplinaires parce qu'ils n'avaient pas salué un administrateur qu'ils ne connaissaient pas, l'association des internes et externes des hôpitaux avait décidé de cesser toutes relations avec l'administration des hospices.

A la suite de ce conflit, le maire de Rouen a réuni la commission des hospices, et les étudiants ayant déclaré que s'ils avaient connu l'administrateur, ils l'auraient salué et qu'ils s'en excusaient, la punition a été levée et il a été décidé qu'à l'avenir aucun étudiant ne serait frappé d'une peine disciplinaire sans avoir été préalablement entendu.

Cette décision a mis fin au conflit ; internes et externes ont repris leur service.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du professeur Brissaud. Cette perte sera vivement ressentie par tout le corps médical, mais elle sera particulièrement sensible à tous ceux qui l'ont connu et qui ont pu apprécier cette nature si droite et si bonne. Ce n'était pas seulement un neuropathologiste éminent, un professeur émérite, un clinicien consommé, c'était aussi un brave et honnête homme qui sera vivement regretté. A. B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE. — Composition du bureau pour 1910 : M. le docteur Vallon, président; M. le conseiller Dubost et M. le docteur Thoinot, vices-présidents ; M. Charles Constant, avocat à la Cour d'appel, secrétaire général ; MM. les docteurs Briand et Granjux, secrétaires; Lebrun, trésorier; G. Brouardel, archiviste.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-neuvième semaine, 908 décès, au lieu de 912 pendant la semaine précédente et au lieu de 940, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La rougeole a causé 11 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 170, au lieu de 137 précédemment (moyenne 144).

La diphtérie a causé 9 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 71, au lieu de 60 pendant la semaine précédente (moyenne 66).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 154 décès, au lieu de 184 pendant la semaine précédente (moyenne 166).

La phtisie pulmonaire a causé 166 décès (moyenne 200).

On a signalé en outre 3 cas de méningite cérébro-spinale, dont 1 décès.

RENSEIGNEMENTS

NOUVELLE DIVISION

DES

DYSPEPSIES GASTRIQUES

Par le docteur Léon RABINOVICI (de Bucarest),
De la Faculté de médecine de Paris, médaillé de l'Assistance publique de Paris.

La division des dyspepsies gastriques a suscité bien des théories jusqu'à présent, provoquant beaucoup de discussions et presque chaque auteur proposant une division à part. Dans le présent travail, nous allons exposer brièvement les plus principales de ces théories et divisions, en montrant, en même temps, comment nous sommes arrivé à une nouvelle division, qui pourrait être adoptée par tous les praticiens.

*
* *

Pour Hippocrate et ses successeurs, Celse, Arétée, Galien, la dyspepsie est le résultat d'un travail chimique. La digestion est une action qui peut être entravée ou retardée. L'estomac est comme la mer, il « donne » à tous les organes et « reçoit » de tous les organes. Ces idées règnent jusqu'au commencement du xviiie siècle.

F. Hoffmann, Bœrhave, van Swieten décrivent l'inflammation de l'estomac.

En 1768, Sauvages avait fait une entité clinique de chaque symptôme particulier de l'estomac. Au lieu de grouper tous les symptômes et d'étudier la dyspepsie dans son ensemble, il en a fait autant de maladies qu'il y avait de symptômes.

Le terme « dyspepsie » est employé pour la première fois par Jean de Borris, Vogel, van Helmont, Cullen. Pour ce dernier, la dyspepsie est, ou bien idiopathique, due à une perte de ton des fibres musculaires de l'estomac, ou bien symptomatique secondaire à une altération d'autres organes et surtout des centres nerveux.

Au xixe siècle, Broussais soutenait que l'inflammation était le grand fait anormal qui prédomine la pathologie. Il voit de la gastrite partout. Il n'y a pas de maladie d'autres organes sans que l'estomac y prenne part: il y voit même le point de départ pour toutes les autres maladies; il y voit l'origine de l'irritation du poumon, du cerveau, etc. L'estomac ne peut être douloureux sans être enflammé. Il appelle sa théorie : doctrine physiologique.

A la suite des travaux de Johnson, de Smidtmann, et de Barras, on appelle *gastralgie* toute souffrance de l'estomac. Il ne restait plus que les gastrites toxiques et traumatiques. Une véritable confusion régnait en dyspepsie. Barras considère la dyspepsie comme un trouble non de l'état gastrique, mais d'un état nerveux général.

Jaccoud, Leven père, Niemeyer, Lecorché tendent à donner à l'inflammation la place prédominante parmi les causes de la dyspepsie, qui reconnaît presque toujours une origine alimentaire.

Chomel, adepte des idées de Barras, assigna aux dyspepsies leur place importante en montrant leurs réactions sur l'état général, mais il retomba dans les erreurs de Sauvages, en considérant chaque symptôme comme une maladie à part.

Beau considère aussi la dyspepsie comme une maladie essentielle sans lésions. L'estomac prépare les matériaux qui servent à la répartitition du sang; la dyspepsie comprendra donc, en dehors des symptômes gastriques, d'autres symptômes.

D'après lui la dyspepsie évolue en trois étapes : la première purement gastrique; la seconde comprend les symptômes en série névropathique et hémopathique ; la troisième liée à l'affaiblissement de l'organisme. Il montra les conséquences des dyspepsies: troubles nerveux, nutritifs, etc. Il a eu le grand mérite d'avoir indiqué l'importance des troubles nerveux dans la dyspepsie.

Entre temps, Mialhe décrit la dyspepsie salivaire et Pidoux place tous ces phénomènes sous l'influence de l'herpétisme.

Pour Trousseau, les maladies de l'estomac ne sont que des altérations dans la fonction physiologique de l'organe. Les phénomènes gastriques peuvent être la conséquence de certaines altérations de la muqueuse stomacale et d'autres sont d'origine fonctionnelle, idiopathiques ou plus souvent symptomatiques. « La dyspepsie, dit-il, est un phénomène commun à un grand nombre de maladies, bien plutôt qu'une maladie. »

Brinton soutient qu'un jour on trouvera dans la dyspepsie des lésions de structure qui expliqueront des troubles que l'on considérait fonctionnels. Il se demande si une analyse minutieuse des matières vomies ne permet pas de grouper les dyspepsies d'après les faits autres que les seuls phénomènes subjectifs. Il admet que la dyspepsie vraie est un trouble purement fonctionnel; il se demande si elle est réellement une maladie de l'estomac.

Lasègue revient aux idées de Barras et considère les dyspepsies comme des états morbides semblables aux névroses. Il montre l'irrégularité de la dyspepsie, ses bizarreries d'allures, etc. Dans la préface du *Traité* de Brinton, Lasègue écrit : « Il existe en pathologie une case énorme où sont provisoirement déposés des symptômes vrais, des fragments de maladie... la dyspepsie et la gastralgie restent dans les limbes où jadis étaient également reléguées les hydropisies et les paralysies. La dyspepsie n'est qu'un terme provisoire, mais le temps n'est pas encore venu où il disparaîtra par les progrès de notre savoir. »

Gübler, adepte de Barras et de Lasègue, considère la dyspepsie comme une affection nerveuse de l'estomac. Leube décrit la dyspepsie nerveuse.

Leven père, dans son *Traité*, avait soutenu les idées de Broussais; dans des travaux ultérieurs, il considère la dyspepsie comme relevant de l'irritation du plexus solaire.

En Allemagne, les idées de Broussais se maintiennent : la dyspepsie est un catarrhe de l'estomac.

En Angleterre, Handfield Jones et William Fox soutinrent la théorie de la gastrite dont ils donnèrent des descriptions histologiques intéressantes.

Bouchard montra la fréquence, chez les dyspeptiques, de la dilatation et de l'atonie gastrique.

Glénard montra les troubles occasionnés par les ptoses viscérales.

Le cathétérisme explorateur et l'examen du suc gastrique ont fait faire à l'étude des gastropathies de grands progrès.

Reichmann, Bouveret et Devic décrivent la gastrosuccorrhée, Leyden les crises gastriques périodiques, Rossbach le gastroxynsis appelé encore gastroxie par Rosenthal et Lépine.

*
* *

A cause de ces théories très diverses qui cherchaient à expliquer la pathogénie des dyspepsies gastriques, chacune partant d'un point de vue différent, un grand nombre de divisions des dyspepsies sont nées.

Ainsi certains auteurs, comme Germain Sée qui soutenait que « les dyspepsies sont chimiques ou elles ne le sont pas », adoptèrent une division chimique.

D'autres, adeptes de Lasègue qui soutenait que « souffrir et se plaindre, telles sont les deux conditions sans lesquelles on ne peut être dyspeptique », donnèrent plus d'importance à la sensibilité.

D'autres accordèrent à la motilité gastrique une place prédominante.

D'autres adoptèrent une classification symptomatique, d'autres une anatomique, physiologique, fonctionnelle, étiologique, clinique et thérapeutique, chacun partant d'un point de vue différent.

Dans le tableau ci-contre on trouvera les divisions proposées à diverses époques par les auteurs.

Parmi les divisions proposées, les divisions de M. le professeur Albert Robin et celle de M. le professeur Hayem sont les plus usitées. Il est évident que la meilleure de toutes est celle qui se place au point de vue thérapeutique.

Nous avons donc cherché à rapprocher ces deux divisions, à faire une entente entre les deux écoles, en créant une nouvelle division des dyspepsies gastriques qui puisse être adoptée par tous les médecins.

D'autre part, une nouvelle notion est entrée dernièrement en pathologie gastrique, c'est celle de l'aérophagie. Nous avons donc fait prendre place dans notre nouvelle division à ce nouveau trouble morbide.

Nous avons donc divisé les dyspepsies d'abord en trois :

1° Les *hyperpeptosthénies gastriques* qui correspondent à l'hypersthénie, à l'hyperpepsie, à l'hyperchlorhydrie, etc.;

2° Les *hypopeptosthénies gastriques* qui correspondent à l'hyposthénie, à l'hypopepsie, à l'hypochlorhydrie, à la dyspepsie sensitivo-motrice, etc.;

3° Les *apeptosthénies gastriques* qui correspondent à l'apepsie, à l'anachlorhydrie, à l'achilie gastrique, etc.

Toutes ces trois sortes de dyspepsies peuvent être accompagnées de *fermentations gastriques* ou bien parfois d'*aérophagie*.

A ces trois sortes de dyspepsies, il faut en ajouter deux autres :

4° Les *dyspepsies nerveuses* observées dans l'hystérie, la neurasthénie, les psychoses, etc.;

5° Les dyspepsies par *ptoses viscérales*.

Le tableau suivant résume très bien notre nouvelle division des dyspepsies :

DYSPEPSIES
- Avec ou sans aérophagie — Avec ou sans fermentations gastriques :
  - 1° Hyperpeptosthénies;
  - 2° Hypopeptosthénies;
  - 3° Apeptosthénies.
- 4° Dyspepsies nerveuses;
- 5° Dyspepsies par ptoses viscérales.

Tableau des diverses divisions des dyspepsies d'après les différents auteurs.

Gallien. — 1° Bradypepsie et 2° apepsie.

Cullen. — Dyspepsies : 1° essentielles; 2° symptomatiques et 3° sympathiques.

Nonat. — Dyspepsie : 1° simple ou atonique; 2° gastralgique; 3° flatulente; 4° acide; 5° par irritation.

Gubler. — Dyspepsie : 1° douloureuse ou spasmodique; 2° atonique; 3° catarrhale; 4° inflammatoire.

Trousseau. — 1° Gastrite chronique; 2° boulimique; 3° flatulente; 4° acide.

Germain Sée. — 1° *Hyperchlorhydrie* et 2° *hypochlorhydrie*, puis : 1° par défaut d'acides; 2° par défaut de pepsine efficace ou dissoute; 3° par immixtion de mucus au suc gastrique; 4° par alimentation excessive (par peptones en excès dans l'estomac); 5° par inanition.

Dujardin-Beaumetz. — Dyspepsies : 1° chimiques; 2° nerveuses; 3° motrices; 4° buccales; 5° intestinales.

Leared. — Dyspepsies : 1° *accidentelle*; 2° *habituelle* : *a.* simple; *b.* acide; *c.* douloureuse; *d.* avec éructations fétides; *e.* avec phénomènes cérébraux.

Chomel et Moreau. — Dyspepsie : 1° gastralgique; 2° acide; 3° flatulente; 4° des liquides; 5° intestinale.

Durand-Fardel. — Dyspepsie : 1° acide; 2° pituiteuse; 3° gastrorrhéique; 4° flatulente; 5° avec vomissements; 6° avec rumination; 7° secondaire à la chlorose, à l'hypocondrie, etc.

Bouveret. — 1° *Hyperchlorhydrie*; 2° *hypersécrétion* : *a.* protopathique; *b.* deutéropathique; 3° *névroses* : *a.* de la motilité; *b.* de la sécrétion; *c.* de la sensibilité; *d.* de la vasomotricité; 4° *dyspepsies nerveuses.*

Stiler. — Dyspepsies : 1° *idiopathiques*; 2° *réflexes*; 3° *névropathiques* par excès ou par défaut de la : *a.* motricité; *b.* sensibilité; *c.* sécrétion.

Leo (H.). — Névroses de la : 1° sensibilité; 2° motricité; 3° sécrétion; 4° dyspepsie nerveuse ou neurasthénie gastrique.

Von Mering. — 1° Achylia gastrica; 2° hyperchlorhydrie; 3° gastro-succorrhée ou maladie de Reichmann; 4° anomalies de position.

Einhorn. — I. Maladies fonctionnelles avec lésions variables : 1° *hyperchlorhydrie*; 2° *gastro-succorrhée continue périodique*; 3° *gastro-succorrhée continue chronique*; 4° *achylie gastrique*; 5° *isochimie.* — II. Anomalies concernant la dimension, la forme et la position de l'estomac : 1° *dimensions anormales de l'estomac*; 2° *formes anormales de l'estomac*; 3° *positions anormales de l'estomac.* — III. Affections nerveuses de l'estomac; *névroses gastriques* : 1° *sensorielles*; 2° *motrices*; 3° *sécrétoires.*

Mathieu et Rémond. — Dyspepsies : 1° hyperchlorhydrique; 2° nervo-motrice; 3° avec hyperacidité organique et stase alimentaire.

Debove et Rémond. — Dyspepsie par troubles : 1° de la

sensibilité (la gastralgie); 2° de la motilité; 3° de la sécrétion.

HUCHARD. — Dyspepsies : I. *chimiques* : *a.* hyperchlorhydrique ; *b.* hypochlorhydrique. — II. *Motrices* : *a.* (par excès) gastralgie spasmodique ; *b.* (par défaut) dilatation primitive ou secondaire.

COLLET. — I. Suivant les caractères : 1° hyperchlorhydrie ; 2° hypochlorhydrie ; 3° atonie ; 4° dilatation ; 5° flatulente ; 6° douloureuse. — II. Suivant la cause : dyspepsies chez les : 1° cardiaques ; 2° urinaires et brightiques ; 3° alcooliques ; 4° goutteux ; 5° tuberculeux ; 6° chlorotiques ; 7° dyspepsie nerveuse.

LYON. — 1° *Gastrite hyperpeptique* : *a.* avec sécrétion abondante, sans dilatation ; *b.* avec sécrétion abondante et dilatation ; *c.* avec sécrétion pauvre et digestion courte ; 2° *hypopepsie* : *a.* sans dilatation ; *b.* avec dilatation ; 3° *apepsie* ; 4° *dyspepsies nerveuses* : *a.* à symptômes gastriques ; *b.* forme centrale.

MATHIEU. — 1° *Hyperchlorhydrie* : *a.* latente ; *b.* gastroxysmes ; *c.* hypersécrétion intermittente (discontinue) à paroxysmes quotidiens ; *d.* hypersécrétion à périodes d'exacerbation ; *e.* hypersécrétion chlorhydrique continue sans stase alimentaire ; *f.* hypersécrétion chlorhydrique continue avec stase alimentaire ; 2° *dyspepsie sensitivo-motrice* : *a.* bénigne ; *b.* flatulente ; *c.* douloureuse ; *d.* grave.

ROUX (J.-Ch.). — Dyspepsies : 1° consécutives aux fautes d'hygiène alimentaire ou à l'ingestion de substances irritantes ; 2° nerveuses ; 3° secondaires à une autre affection.

SOUPAULT et LEVEN. — Dyspepsies : 1° *primitives* (d'origine intra-gastrique) ; 2° *secondaires* (d'origine extra-gastrique). Les 2 variétés pouvant être : *a.* simples (sans troubles moteurs et sécrétoires) ; *b.* compliquées de : hyperchlorhydrie, hypochlorhydrie, anachlorhydrie, stase, dilatation, sténose pylorique, gastrite, ulcère, cancer.

HAYEM. — Gastrites subaiguës et chroniques : 1° *hyperpepsie* : *a.* avec hypersécrétion et dilatation ; *b.* avec hypersécrétion sans dilatation ; *c.* avec diminution de la sécrétion et évacuation précoce ; 2° *hypopepsie* : *a.* fausse ou médicamenteuse ; *b.* vraie avec dilatation ; *c.* vraie sans dilatation ; 3° *apepsie*.

ROBIN (Albert). — 1° *Dyspepsies prémonitoires* ou alimentaires ; 2° *dyspepsies hypersténiques* : *a.* aiguës paroxystiques ; *b.* aiguës transitoires ou intermittentes ; *c.* permanentes ; 3° *dyspepsies hyposthéniques* et par insuffisance gastrique : *a.* primitives et fonctionnelles ; *b.* secondaires ; *c.* insuffisance gastrique avec lésion matérielle ; 4° *fermentations* ou perversions gastriques : *a.* primitives ; *b.* secondaires.

RABINOVICI. — 1° Hyperpeptosthénies ; 2° hypopeptosthénies ; 3° apeptosthénies (avec ou sans fermentations gastriques, avec ou sans aérophagie) ; 4° dyspepsies nerveuses ; 5° dyspepsies par ptoses viscérales.

BIBLIOGRAPHIE

BEAU. *Traité des dyspepsies*, Paris 1886. — BOURGET. *Mal. de l'estomac*, 1907. — BOUVERET. *Mal. de l'estomac*, 1893. — BOUVERET et DEVIC. *Mal. de Reichmann*, Paris. — BRINTON. *Mal. de l'estomac*, 1870.

DEBOVE et RÉMOND. *Mal. de l'estomac*, Paris. — DUJARDIN-BEAUMETZ. *Traité des mal. de l'estomac*, 1893. — DURAND-FARDEL. *Union méd.*, 1866.

EINHORN. *Mal. de l'estomac*, 1901.

GLÉNARD. *Lyon méd.*, 1885.

HAYEM et LION. *Mal. de l'estomac*, in *Traité* Brouardel-Gilbert.

LEARED. *Med. Times and Gaz.*, avril 1860. — LEUBE. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Bd. XXIII, 1876 ; — *Berl. klin. Wochens.*, mai 1884. — LEVEN. *Traité des mal. de l'estomac*, 1879. — LEYDEN. *Zeitz. f. klin. Med.*, t. IV, 1882. — LYON. *Mal. de l'estomac*, 1909. — LEO. *Diagnostik der Krankheiten der Bauchorgane*, Berlin 1895.

MATHIEU (Alb.). *Mal. de l'estomac*, 1901. — MOREAU. Th. de Paris, 1863.

ROBIN (Alb.). *Mal. de l'estomac*, 1904.

SOUPAULT. *Mal. de l'estomac*, 1906.

HOSPICE GÉNÉRAL DU HAVRE

(Service du docteur LENORMAND.*)*

UN CAS D'ANÉVRISME DE L'AORTE

Par J. LAVOINE,

Interne en chirurgie.

Le nommé P..., âgé de quarante ans, était entré dans un service de médecine de l'Hospice général pour dyspnée et douleurs intercostales, lorsqu'on lui découvrit, à la région dorsale, une tumeur pulsatile de la grosseur d'un œuf située du côté gauche entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale. Le malade souffrant beaucoup de cette tumeur, on le fit passer en chirurgie, salle Saint-André, dans le service du docteur Lenormand le 20 juillet.

Voici les quelques renseignements que nous avons pu obtenir. En 1905 ce malade, qui était cuisinier à bord d'un bateau, fut soigné au Chili pour une pleurésie purulente gauche qui dura assez longtemps et qui fut certainement ponctionnée. En 1908 il se marie. Sa femme nous a certifié qu'à ce moment déjà il présentait cette tumeur à caractère pulsatile, ce qu'elle exprime en disant que, depuis qu'elle le connaît, « il a le cœur dans le dos », et ajouta qu'en appliquant la main sur cette région elle sentait très nettement les battements du cœur. En février 1909 il part pour la Martinique. Mais il fut malade pendant tout le voyage. Accès de toux sèche, brève, saccadée. Douleurs au creux épigastrique, pas d'appétit. A son retour, il entre à l'hôpital parce qu'il souffrait de crises d'oppression et de douleurs intercostales. Aucune trace de syphilis qu'il nie avoir jamais eue. Renseignements moins précis en ce qui concerne le paludisme. A son arrivée dans le service le malade est amaigri, facies terreux. Il se plaint de douleurs au niveau de cette tumeur, douleurs qui s'irradient dans les espaces intercostaux du côté gauche. Par moments, le soir surtout, il ressent les douleurs angoissantes de l'angine de poitrine. Parfois aussi il a le hoquet. Sa voix est légèrement voilée, mais il ne présente pas de troubles du côté de son appareil digestif. Néanmoins les aliments consistants sont difficilement absorbés aussi ne prend-il que du lait, prétendant que cela passe plus facilement. Au point de vue pulmonaire on trouve aux deux sommets de la submatité et une diminution du murmure vésiculaire. A part cela le poumon droit est normal. Mais du côté gauche on trouve partout, aussi bien au niveau de la tumeur qu'à la base du poumon, de la matité nette, presque absolue et une disparition à peu près complète du murmure vésiculaire. Dans la région dorsale, entre le bord interne de l'omoplate gauche et le rachis, au niveau des quatrième et cinquième côtes existe une tumeur arrondie grosse comme un poing d'enfant, plus étalée qu'en relief, au niveau de laquelle on voit se produire les mouvements d'expansion. La main y perçoit très nettement des battements isochrones avec ceux du cœur. A l'auscultation de cette tumeur le premier bruit est assez bien frappé. Le second est un peu sourd et peut-être accompagné d'un bruit de souffle qui n'est pas très net. Si on examine le pouls radial ainsi que le pouls fémoral, ils sont isochrones des deux côtés ; on remarque toutefois que la pulsation radiale est affaiblie. Après avoir examiné le malade, si on se souvient qu'il a eu une pleurésie purulente il y a quatre ans et que depuis il a toujours été souffrant, plusieurs diagnostics pouvaient se soutenir, trois au moins

étaient plausibles, ce sont ceux auquels on a pensé : anévrisme de l'aorte, abcès osseux, empyème pulsatile. Anévrisme de l'aorte descendante à sa partie tout à fait supérieure; en effet cette tumeur est douloureuse, présente des mouvements d'expansion, s'accompagne de battements réguliers analogues à ceux du cœur. Le malade a de la dyspnée, de la toux quinteuse et un certain degré de dysphagie. Abcès pulsatile : il fallait y penser, car une ostéite costale ou costo-vertébrale aurait pu donner naissance à un abcès ossifluent, en bouton de chemise. qui se serait développé d'une part sous les tissus qu'il soulève et d'autre part sous la plèvre qu'il décolle. Cette collection pouvait être placée de façon à subir le contre-coup du choc cardiaque, ainsi les battements seraient transmis. Cette hypothèse répond bien à la lenteur de l'évolution et à la douleur bien localisée à ce niveau. Enfin il fallait penser à l'empyème pulsatile étant donnés les antécédents, une nouvelle collection purulente de la plèvre ayant pu se faire jour vers l'extérieur à travers un espace intercostal.

Le 23 juillet, le docteur Lenormand fit une ponction mais ne ramena rien et décida de faire le lendemain une incision exploratrice. La tentative était scabreuse en présence d'un anévrisme possible. C'était d'autre part le seul traitement indiqué s'il s'agissait d'une collection purulente osseuse ou pleurale. Le malade étant endormi au chloroforme, après avoir incisé la peau en fer à cheval, le chirurgien dissèque prudemment les plans successifs jusque vers la poche qui, à un moment donné, se rompit brusquement d'elle-même dès que la masse musculaire ne fut plus assez résistante pour maintenir le contenu. Aussitôt il s'échappa de la plaie de gros caillots noirâtres et un jet de sang qui précisa dès lors le diagnostic. Rapidement le docteur Lenormand tamponna la plaie avec de la gaze, et sutura la peau par-dessus pour assurer une compression efficace. Pansement ouaté fortement serré et on remet le malade dans son lit. Son état reste sensiblement le même après l'intervention, sans élévation de température, sa faiblesse augmente progressivement et il meurt quatorze jours plus tard, assez brusquement, le 6 août 1909.

A l'autopsie, après avoir ouvert la cage thoracique, nous avons trouvé le poumon gauche fortement rétracté vers son hile; sa place était occupée par un caillot de sang mou, de formation récente, pesant 1k500 qui s'était formé dans la plèvre gauche. Le cœur n'offrait rien d'anormal comme dimensions, mais l'aorte présentait un énorme anévrisme dans toute sa portion thoracique, anévrisme fusiforme commençant au niveau des valvules sigmoïdes, dilaté surtout en haut et en arrière au point où l'aorte va devenir descendante et se terminant à deux centimètres au-dessus de l'orifice diaphragmatique. Sur tout ce parcours, les parois de l'aorte étaient épaissies et présentaient çà et là des plaques d'athérome. En arrière, au niveau où l'aorte s'incline pour devenir descendante, sa partie postérieure était adhérente à la cage thoracique dans presque toute sa longueur, sauf dans les trois derniers centimètres qui la séparent du diaphragme. Nous avons essayé en vain de disséquer cette vaste poche que nous avons rompue sur plusieurs points. Il s'était fait là un travail d'ostéite raréfiante qui avait amené la résorption du tissu osseux d'une grande partie de la quatrième vertèbre dorsale, de la partie inférieure de la troisième, de la partie supérieure de la cinquième, de la tête et la partie postérieure de la quatrième et cinquième côtes qui étaient rongées presque complètement. A ce niveau la poche anévrismale communiquait avec une poche secondaire de la grosseur du poing située extérieurement entre la cage thoracique et la masse musculaire et qui correspondait à la tumeur incisée.

En somme, ce qui est particulièrement intéressant dans cette observation, ce n'est pas seulement l'ostéite costo-vertébrale très étendue provoquée par l'anévrisme, mais encore la formation d'une vaste collection sanguine extra-thoracique due à la rupture spontanée de la poche anévrismale au niveau des côtes. Dans le cas où le malade aurait survécu plus longtemps, la tumeur dorsale se serait nécessairement accrue davantage, traversant peu à peu les plans musculaires pour devenir immédiatement sous-cutanée. Par voie de conséquence cet anévrisme de l'aorte se serait finalement rompu à l'extérieur, fait assez rare, étant donnée la fréquence relative des ruptures dans les organes voisins.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1909)

Traitement du syndrome de Maurice Raynaud par les douches d'air chaud. — M. Bensaude a soumis aux douches d'air chaud à 50 degrés quatre malades atteints de maladie de Raynaud.

L'un de ces malades ne présentait que des crises de syncope locale aux mains, le second avait une induration notable de la peau des mains et des plaques de sphacèle superficiel à la pulpe des doigts, le troisième une cyanose extrême avec œdème des deux pieds, gangrène superficielle et phlyctènes à l'extrémité des orteils, la quatrième avait une gangrène de toute la dernière phalange du petit doigt gauche et de l'index droit.

Sur ces quatre malades M. Bensaude a obtenu, ainsi qu'on peut le voir, une amélioration légère chez le deuxième malade qui a suivi le traitement très irrégulièrement et depuis peu de temps. Les trois autres sont remarquablement améliorés, presque guéris.

L'air chaud a diminué ou fait cesser les crises de syncope locale, a supprimé la cyanose, calmé la douleur et empêché la gangrène lorsqu'elle était imminente. Il a facilité la chute de l'escarre en laissant une cicatrice souple et parfaite chez notre quatrième malade.

Sans doute cette méthode a des inconvénients, elle nécessite des instruments spéciaux et surtout elle n'agit que très lentement.

Il a fallu trois mois pour obtenir un bon résultat chez les malades nos 3 et 4 et encore étaient-ils obligés de rester chaque jour de deux à quatre heures sous la douche d'air. Malgré ces inconvénients, il semble que cette méthode est supérieure aux autres procédés de traitement local proposés dans la maladie de Raynaud.

Ictère infectieux bénin hématogène au cours d'une septicémie para-coli-bacillaire. — MM. F. Widal, A. Lemierre et René Benard rapportent une observation d'ictère infectieux bénin à forme typhoïde au cours duquel l'hémoculture a permis de déceler à deux reprises un para-coli-bacille dans le sang circulant. L'ictère ne s'est montré au cours de cette septicémie que comme un phénomène épisodique bien qu'il ait été intense et se soit accompagné de décoloration presque complète des matières fécales. Après la disparition de cet ictère la température s'est maintenue pendant quelques jours encore entre 39 et 40 degrés avant de descendre en lysis et c'est pendant cette période anictérique que la deuxième hémoculture a permis d'isoler à nouveau l'agent pathogène. La première avait été positive trois jours après l'apparition de la jaunisse.

Dans ce cas l'ictère résulte évidemment d'une localisation

au niveau de l'appareil hépato-biliaire de l'agent pathogène apporté par voie sanguine.

Il faut du reste considérer aujourd'hui les ictères infectieux bénins protopathiques comme la conséquence le plus souvent d'une infection générale secondairement localisée au foie, par voie descendante. Les microbes qui en sont la cause réalisent avant de toucher la glande hépatique soit une bactériémie transitoire difficile à déceler, soit une septicémie plus tenace révélée par l'hémoculture, appréciable cliniquement avant l'apparition de l'ictère et pouvant se poursuivre après la disparition de ce symptôme. Bien des espèces microbiennes sont sans doute capables de réaliser un pareil syndrome. Cependant les bacilles du groupe colityphique semblent posséder pour cela une aptitude spéciale, sans doute parce qu'ils ont une tendance naturelle à être éliminés par le foie et les voies biliaires quand ils envahissent la circulation sanguine.

Cette élimination ne provoque du reste le plus souvent aucun symptôme et l'ictère se montre surtout chez les prédisposés, particulièrement les alcooliques.

Un cas de tachycardie paroxystique avec autopsie et lésion du « faisceau primitif » du cœur. — MM. Vaquez et Esmein. Une théorie récente, due à Mackenzie, prétend trouver la cause encore inconnue de la tachycardie paroxystique dans l'altération d'une région du cœur, indispensable à la coordination des mouvements de l'organe, le « faisceau primitif » dont fait partie le faisceau de His. Les tachycardies de cette origine se reconnaîtraient cliniquement à ce qu'elles transforment inévitablement le rythme cardiaque, en rendant des battements auriculaires synchrones aux battements ventriculaires (rythme nodal ou ventriculaire). Cette conception, appuyée par la clinique et l'expérimentation, manque encore presque complètement de preuves anatomiques. Or, chez une femme morte dans un paroxysme de tachycardie présentant le caractère nodal, MM. Vaquez et Esmein ont reconnu, en l'absence de toute altération du système nerveux, l'existence de lésions étendues, atteignant le faisceau primitif à la fois dans son origine et dans sa partie moyenne (faisceau de His). Les lésions en question, purement irritatives, étaient essentiellement propres à exagérer les aptitudes fonctionnelles des régions où elles siégeaient. Leur existence constitue un argument important en faveur de la doctrine de Mackenzie.

Sur la bradycardie transitoire isolée ou alternante avec la tachycardie paroxystique. — MM. Ch. Laubry, Ch. Esmein, G. Foy rapportent trois observations de bradycardie transitoire, isolée dans deux d'entre elles, alternant avec une crise de tachycardie paroxystique dans le troisième. Ils ont en effet constaté chez un malade porteur d'une lésion aortique sujet à des crises d'angine de poitrine une bradycardie (44 pulsations à la minute) avec dissociation auriculo-ventriculaire qui a été suivie d'une crise de tachycardie paroxystique (130-140 pulsations à la minute) d'une durée de trente-six heures. Puis le pouls est redevenu lent (44) pour revenir bientôt à la normale. Dans les deux autres observations, ils rapportent deux cas de bradycardie d'origine myocardique, apparue brusquement au cours d'une crise syncopale dans la première et suivie bientôt du retour du pouls à la normale, apparue au cours de crise d'angine de poitrine dans la deuxième, disparaissant dans l'intervalle de deux crises angineuses pour s'établir définitivement permanente et avoir tous les caractères de la véritable maladie de Stokes-Adams.

Les auteurs montrent qu'avec les données actuelles sur le rôle anatomique et physiologique du faisceau de His, il est possible de rattacher ces différents phénomènes cliniques aussi opposés en apparence que bradycardie et tachycardie à une lésion du même faisceau atrio-ventriculaire. On connaît bien aujourd'hui la bradycardie permanente due aux troubles de conductibilité du faisceau de His. Plus récemment l'attention a été attirée sur certaines autres formes de bradycardie rattachables non plus à des troubles de conductibilité, mais à des troubles de l'excitabilité de ce même faisceau (bradycardie nodale et par extra-systole atrio-ventriculaire). Il semble enfin, après les travaux de Mackenzie et Hay, que l'on soit en droit de rattacher également la tachycardie paroxystique à un trouble d'excitabilité de ce même faisceau.

Dans les trois observations rapportées plus haut, les deux phénomènes de bradycardie transitoire et de tachycardie paroxystique semblent causés par une lésion du faisceau de His concomitante soit à une lésion d'aortite puisque deux des malades présentent des crises d'angine de poitrine, soit à une irritation inflammatoire, congestive ou toxique, toutes lésions qui produisent des troubles passagers dans la conductibilité (bradycardie) et des troubles dans l'excitabilité de ce faisceau auriculo-ventriculaire (tachycardie paroxystique).

Un cas de diabète avec insuffisance pancréatique. — MM. Marcel Labbé et Georges Vitry présentent une malade de vingt-sept ans atteinte d'un diabète grave dont ils suivent l'évolution depuis deux ans. Il s'agit d'une femme maigre, très affaiblie aujourd'hui, atteinte depuis deux mois d'une double cataracte; la glycosurie est apparue chez elle il y a deux ans sans aucune raison apparente : elle a atteint plus de 200 grammes par jour, mais peut être réduite par un régime convenable; la tolérance pour les aliments hydro-carbonés est assez faible, mais positive (30 grammes environ). L'étude du bilan nutritif montre qu'il y a une diminution azotée légère et passagère. Mais l'intérêt de cette observation réside surtout en ce fait que les auteurs ont vu apparaître chez cette malade, postérieurement à la glycosurie, tous les signes cliniques d'une insuffisance de la sécrétion pancréatique externe; les matières fécales sont très abondantes et graisseuses (stéarrhée); elles renferment des fibres musculaires non digérées; l'examen chimique montre que 75 p. 100 des graisses et 50 p. 100 de l'azote ingérés se retrouvent intacts dans les matières fécales. Il s'agit donc là bien probablement, devant toute constatation anatomique, d'un diabète maigre, d'origine pancréatique.

Manifestations syphilitiques multiples. — M. Milian présente une malade atteinte de multiples manifestations syphilitiques, traitée et guérie par une préparation purement arsenicale, l'ectyl, sans adjonction d'aucune préparation mercurielle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 18 décembre 1909)

Réaction précipitante sur la tuberculine exercée par le liquide céphalo-rachidien de méningites tuberculeuses. — MM. H. Vincent et E. Combe. Ainsi que l'a montré l'un d'eux, il existe, dans le liquide rachidien des malades atteints de méningite tuberculeuse, une précipitine capable d'agir sur la tuberculine et de la précipiter. Cette constatation a été confirmée par Jousset.

Leurs examens ont porté sur les liquides de 21 malades atteints de méningite tuberculeuse confirmée; la réaction précipitante a été toujours positive avec le mélange d'une goutte de tuberculine brute et cent gouttes de liquide céphalo-rachidien, porté à l'étuve. Il se forme un louche plus ou moins accusé après dix à douze heures. Le chauffage à 68 degrés, l'insolation, le vieillissement, atténuent ou détruisent la précipitine. L'existence de microbes étrangers, pathogènes ou non, nuit à la réaction ou la rend contradictoire. La sécrétion d'anticorps précipitant peut être très précoce. Dans un cas, elle a été constatée dans le liquide rachidien extrait dix-sept heures après le début des symptômes, dans un cas de méningite tuberculeuse suraiguë.

Il n'a pas été trouvé de précipitine dans le liquide céphalo-rachidien d'un tuberculeux pulmonaire à la période de cachexie, ni dans de nombreux cas de méningites diverses ou de réactions méningées, tumeur cérébrale, hydrocéphalie, etc.

Toutefois, et malgré sa constance dans la méningite tuberculeuse, la réaction précipitante n'est pas entièrement spécifique, car les auteurs ont constaté la formation du trouble avec les liquides rachidiens de syphilis cérébro-spinale (tabes, paralysie générale, etc., 9 fois sur 10); d'un typhoïdique sur deux; d'un paratyphoïdique B, de deux cas de méningite méningococcique sur quatorze. Il semble donc que chez les tuberculeux, les syphilitiques, les typhoïdiques, etc., il existe des anticorps précipitants à propriétés assez voisines, agissant sur la tuberculine.

La réaction précipitante pourra néanmoins apporter, en clinique, un appoint très utile à un diagnostic hésitant, car son absence sera en faveur d'une méningite non tuberculeuse.

Sur la caractérisation de l'acétone dans l'urine. — MM. Ch. Porcher et Ch. Hervieux renouvellent leur critique de la réaction de Lefal, selon le procédé d'Imbert-Bonnamour et recommandent l'emploi de la paranitrophénylhydragine qui donne avec l'acétone une hydrazone bien caractéristique et de l'orthonitrobenzaldéhyde en milieu alcalin qui aboutit à la formation d'indigo bleu.

Action antitoxique de la bile sur les toxines microbiennes de l'intestin. — M. H. Vincent. Mise en présence de macérations filtrées de matières fécales putrides ou de cultures complexes, également filtrées, de matières fécales dans le bouillon, la bile diminue sensiblement leur toxicité. Un centimètre cube de bile neutralise, en moyenne, trois doses mortelles pour le lapin.

L'action neutralisante n'est pas immédiate. C'est seulement après une ou deux heures, à la température ordinaire, ou après trente minutes, à température de 50 degrés, que le mélange a perdu sa toxicité. Ces résultats sont donc très analogues à ceux qu'il a signalés à propos de la toxine tétanique.

Chacun des principaux éléments constitutifs de la bile participe aux propriétés antitoxiques de celle-ci. Le mélange de cholestérine et de savons biliaires est particulièrement actif.

La bile joue donc un rôle antitoxique vis-à-vis des produits solubles sécrétés par l'intestin. Cependant c'est aux sécrétions physiologiques du pancréas et de l'intestin (suc pancréatique activé par l'entérokinase) que revient la plus grande part dans cette destruction des poisons et toxalbumines qui prennent naissance dans l'intestin sous l'influence des bactéries qui y foisonnent.

Influence de la voie d'administration sur la diarrhée produite par la colchicine sur le lapin. — D'après les expériences de M. Maurel, la colchicine donnée au lapin par la voie gastrique ne produit la diarrhée qu'à la dose de 0g04 par kilogramme d'animal; celle de 0g03 ne produit que des crottes molles et celle de 0g02 ne modifie pas leur consistance. Or, en donnant la colchicine par la voie hypodermique ou par la voie veineuse, la diarrhée apparaît même avec la dose de 0g003 et celle de 0g002 donne encore des crottes molles. On ne saurait donc expliquer la diarrhée produite par la colchicine donnée par la voie hypodermique et la voie veineuse par une action de contact sur la muqueuse intestinale au moment de son élimination par cette veine. M. Maurel est conduit à la même hypothèse que pour l'arséniate de soude, c'est-à-dire que cette diarrhée serait due à la suppléance du rein par la muqueuse digestive. Il s'agirait encore là d'une diarrhée d'élimination et on peut se demander, d'abord si certaines diarrhées survenant pendant les infections et les auto-intoxications ne pourraient pas recevoir la même interprétation ; et, de plus, comme la colchicine constitue un véritable purgatif, si ce n'est pas seulement après sa pénétration dans l'organisme qu'elle exerce son action purgative, l'organisme augmenterait ses sécrétations digestives pour l'éliminer.

Les bases scientifiques de la bactériothérapie par les ferments lactiques. Bacille bulgare contre bacille pyocyanique. — M. G. Rosenthal. La symbiose du bacille bulgare et du bacille perfringens n'arrête pas la culture de la bactérie anaérobie, sauf si le bacille bulgare a une préséance d'au moins quarante-huit heures. Dans tout autre cas, les deux germes se développent côte à côte. Toutefois, à cause de l'acidification du milieu, il y a, in vitro, suspension du pouvoir tryptique du bacille perfringens (variété banale du bacille d'Achalme).

Diagnostic opsonique. — MM. Achard et Foix se sont demandés si l'incertitude des résultats obtenus par l'application des opsonines au diagnostic n'était pas due à l'intervention d'une propriété banale et variable du sérum, le pouvoir leuco-activant, qui masquerait l'effet de l'opsonine spécifique.

Ils ont affaibli artificiellement le pouvoir leuco-activant en introduisant, dans le milieu où s'opère la réaction, du sérum de cheval, moins favorable à la phagocytose. La prédominance de la propriété banale du sérum s'est trouvée abolie et la propriété spécifique est apparue avec netteté.

Dans dix cas de fièvre typhoïde avec séro-agglutination positive, ils ont obtenu, par ce procédé, des indices opsoniques élevés, compris entre 3 et 9. Dans un onzième cas, avec hémoculture positive mais agglutination négative, au quatrième jour, l'indice n'était que de 1,01.

Pour vérifier la spécificité de la réaction, ils l'ont comparée chez deux chiens infectés l'un de bacille d'Eberth, l'autre de bacille paratyphique. Or, la spécificité s'est manifestée pour l'opsonisation comme pour l'agglutination.

Ils ont également appliqué cette technique à l'infection pneumococcique. Dans quatre cas de pneumonie, ils ont trouvé des indices opsoniques compris entre 2,8 et 4,1.

Il est à remarquer qu'un indice élevé peut coexister avec un pouvoir leuco-activant faible et inversement. Le pouvoir leuco-activant a une valeur pronostique ; l'indice opsonique, une valeur diagnostique.

La pulsation œsophagienne dans les maladies mitrales. — MM. A. Clerc et C. Esmein. La pulsation œsophagienne ne donne pas de tracé caractéristique de la maladie mitrale. En cas de lésion bien compensée, le tracé ne diffère guère du tracé normal ; en cas d'insuffisance cardiaque, œsophagienne (auriculaire) tend à disparaître, et le tracé se rapproche du cardiogramme recueilli à la pointe. Sans voir la possibilité d'une paralysie auriculaire, les auteurs croient que l'aspect spécial du tracé est dû, en grande partie, à l'hypertrophie cardiaque, les ventricules venant s'appliquer contre l'œsophage et venant se substituer à l'oreillette qu'il repousse en avant.

Dans les cas considérés, l'orthodiagraphie est venue confirmer cette hypothèse.

Sur la paralysie infantile expérimentale. — MM. Levaditi et Landsteiner ont poursuivi leurs recherches sur la transmission de la poliomyélite aiguë aux singes et sur les caractères du virus de la paralysie infantile. Ils ont constaté que le virus est actif pour le singe lorsqu'il est introduit dans la chambre antérieure de l'œil, dans le cerveau ou la cavité péritonéale; il paraît inoffensif lorsqu'on l'injecte sous la peau ou quand on le dépose sur le revêtement cutané préalablement sacrifié. Le virus peut se propager le long des nerfs : un sang inoculé dans le nerf médian a montré tout d'abord une paralysie du bras correspondant, paralysie qui s'est généralisée ensuite. Si le liquide céphalo-rachidien n'est pas virulent, par contre les glandes salivaires contiennent le microbe de la poliomyélite ; il semble donc possible que la maladie se

propage par l'intermédiaire de la salive. Le virus est des plus résistants; il se conserve au moins pendant onze jours à la glacière et la dessiccation ne lui fait pas perdre son activité. Des moelles conservées suivant le procédé appliqué aux moelles rabiques se sont montrées virulentes après neuf jours. Le microbe de la poliomyélite doit être classé parmi les parasites capables de traverser les filtres; l'émulsion de moelle, filtrée à travers des bougies Berkfeld et Chamberland, a conféré la maladie après une incubation plus longue que celle qui précède l'infection engendrée par le virus non filtré. Enfin, il paraît impossible de vacciner pendant la période d'incubation, à l'aide de moelles desséchées, suivant le procédé employé dans la vaccination antirabique. Cependant, il y a une analogie frappante entre le virus de la poliomyélite aiguë et celui de la rage.

Elections. — M. Pettit est nommé secrétaire général à la place de M. Gley, nommé vice-président avec M. Letulle. M. Nicloux est nommé archiviste.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ALIMENTATION DANS LA GRIPPE

Par M. le docteur A. Rouzil.

Pendant le cours de l'infection grippale il est habituel d'instituer un régime alimentaire sévère et dont la base est représentée par le lait.

A un moment aussi critique, c'est-à-dire à un moment où l'économie tout entière est infectée de toxines, où les émonctoires ont déjà bien assez de difficultés pour lutter et éliminer les poisons, le médecin s'efforce de ne pas introduire de nouvelles sources d'infection et il préconise une diététique prudente.

Que cette façon d'agir soit logique et même indispensable dans les formes graves, ataxo-adynamiques, sidérantes, nul ne saurait le contester. Que cette thérapeutique soit encore des plus utiles dans les formes digestives, pas de conteste non plus. Mais dans les formes thoraciques pures, sans grande fièvre, dans les formes banales de la grippe, où l'intoxication de l'organisme est peu profonde, allons-nous laisser, par une diététique purement lactée, s'affaiblir le malade et, dans une affection aussi asthéniante, laisser s'implanter la neurasthénie ou la tuberculose?

Assurément non! Laissons donc au lait toute son utilité et sa prédominance, laissons-le même et lui seul dans les premiers jours, où la fièvre, l'abattement et le mauvais état gastrique nous commandent la prudence, mais dès que nous le pourrons, joignons à son action diurétique et alimentaire les effets reconstituants et nutritifs, des albumines par exemple.

A un grippé qui tousse, atteint seulement de bronchite, mais fort affaibli, on doit donner sans hésitation quand le thermomètre l'autorise, 2 à 3 cuillerées à soupe de Nutrigène, deux fois par jour, dans du bouillon dégraissé. Il y a plusieurs années, on proscrivait systématiquement de la thérapeutique le bouillon. C'était le « bouillon de culture » et on voyait en lui un agent d'intoxication. Le bon sens et certains de nos maîtres actuels ont fait justice de ces exagérations et le bouillon bien fait, léger, c'est-à-dire dégraissé, tenant en solution une dose suffisante de Nutrigène représente assurément un puissant moyen alimentaire, sans nocivité, et sans dangers pour l'estomac.

Les grippés l'absorbent avec plaisir, et comme l'albumose-peptone de viande sélectionnée est *prédigérée*, elle communique à son véhicule sa digestibilité particulière. Ainsi, peut être réalisée chez ces malades une alimentation azotée surnutritive et reconstituante, capable de lutter efficacement contre l'asthénie, et permettant à l'organisme de triompher nettement de la grippe, c'est-à-dire de se débarrasser des séquelles persistantes et qui assombrissent l'avenir des malades qu'on a laissé par trop s'anémier.

A cette alimentation azotée, il est bon de joindre *dès qu'on le pourra*, 2 cuillerées à café par jour de neurogénol. Cette association de phosphates purs, naturels et sans sucre représente dans la médecine actuelle un des meilleurs agents dynamiques et excito-nervins.

LIVRES NOUVEAUX

Clinique hydrologique, par les docteurs Baraduc (de Châtel-Guyon), Félix Bernard (de Plombières), M.-E. Binet (de Vichy), Cottet (d'Evian), Furet (de Brides-Salins), Piatot (de Bourbon-Lancy), Sersiron (de la Bourboule), Simon (d'Uriage), Tardif (du Mont-Dore).

Voici un ouvrage qui comble une lacune. Depuis de longues années, il n'avait pas été publié de travail d'ensemble sur la thérapeutique hydro-minérale qui a pris une si grande importance aujourd'hui. Préciser et éclairer les indications cliniques de cette thérapeutique spéciale, tel est le but de ce livre.

La *Clinique hydrologique* comprend une première partie consacrée aux généralités physico-chimiques et cliniques. Dans la seconde partie, de beaucoup la plus importante, les auteurs passent en revue les diverses affections tributaires de la médication hydriatique, et, partant du malade et non pas de la station, s'appliquent à dégager, pour chaque type morbide, l'indication hydro-minérale que motivent la tare diathésique et le trouble fonctionnel du sujet en cause. C'est là surtout ce qui fait l'originalité de ce livre.

Il se recommande encore, au point de vue pratique, par les renseignements précis qu'il fournit sur les propriétés des eaux minérales françaises, On trouvera ces renseignements condensés dans des tableaux gradués de thermalités, de radioactivité, d'altitudes, etc., ainsi que dans l'index de toutes les stations thermales qui termine le volume.

Médecins exerçant dans des villes d'eaux différentes, les auteurs se sont réunis en nombre suffisant pour que toutes les grandes médications hydro-minérales fussent représentées par leur groupement. Grâce à cette collaboration collective, ils ont pu parler, d'après leur propre expérience, de ces diverses médications, dont l'ensemble ne saurait être embrassé par un seul; et, d'autre part, ils se sont mis en garde, par un contrôle réciproque, contre la tendance que chacun aurait pu avoir, en restant isolé, d'étendre indûment le domaine thérapeutique d'une station aux dépens d'une autre.

C'est dans cet esprit, qu'évitant les considérations d'ordre trop doctrinal ou scientifique, ils ont entrepris l'inventaire des ressources que, sans sortir de notre pays, la pratique hydriatique met à la portée du médecin.

A celui-ci, ils se sont efforcés d'épargner, en limitant judicieusement les indications cliniques, l'embarras du choix où le met la prétention qu'ont trop souvent maintes stations de soigner avec succès toutes les maladies. Contre cette erreur, mère du scepticisme, ils ont pensé qu'on ne saurait trop réagir, dans l'intérêt tant des malades que des stations.

Expression réfléchie d'une pensée commune, leur livre s'applique donc à tracer impartialement les grandes routes qui permettront au praticien de ne pas s'égarer dans le domaine si accidenté et si vaste de la thérapeutique hydro-minérale.

L. GAYARD.

(1) In-8 de la Bibliothèque de thérapeutique clinique, de x-636 p. — Prix : 7 francs. — Paris, Masson et Cie.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 7 oct. 1909.) BAUMGARTEN : Quel mode d'infection joue le rôle le plus important dans la tuberculose humaine. — GARRÉ : Sur la transplantation des vaisseaux et des organes. — BRAMANN : Sur l'implantation du corps thyroïde dans le myxœdème et le crétinisme. — KLAPP : Le traitement conservateur de la tuberculose chirurgicale. — SELLHEIM : Un symptôme usuel du placenta prævia. — LANG : Le traitement du lupus vulgaire avec considérations sur sa pathogénie. — SCHAUTA : Les résultats durables de l'extirpation vaginale totale étendue de l'utérus dans le cancer du col. — PLEHN : Tuméfaction familiale de la rate et du foie avec anémie et évolution favorable. — GIEMSA : Sur la coloration de préparations fraîches avec ma méthode par l'éosine azur. — ZANFROGNINI : Nouvelle méthode colorimétrique pour le dosage de l'adrénaline. — HESSE : Un cas de vitiligo à étiologie intéressante. — LÖWE : Sur la question de l'opération de l'hypophyse. — PESCATORE : Quelques exercices respiratoires. — MEHLHORN : Une bande pour opération et accouchement simple.

Medical Record. — (Vol. LXXV, n° 11, 13 mars 1909.) Howard FOX : Les principes et la technique de la réaction de Wassermann et ses modifications. — Robert H. PORTER : Le problème de l'épilepsie. — (N° 12, 20 mars.) George Emerson BREWER : Quelques remarques sur la néphrectomie avec 53 observations personnelles. — Stephen J. MAHER : Le purpura hémorragique est-il causé par le bacterium coli? — (N° 13, 27 mars.) Statistique de 300 cas traités par une culture de bactéridie lactique. — A. A. BERG : Transfusion directe du sang; sa technique et ses indications. — (N° 14, 3 avril.) Eugène F. MC CAMPBELL : Anaphylaxie et immunité. — Edward QUICK : Tuberculose rénale. — O. C. MULOT : L'auto-intoxication intestinale est-elle une maladie ou un symptôme ? — (N° 15, 10 avril.) Francis P. KINNICUTT : La réaction de Cammidge dans les maladies du pancréas. — Byron ROBINSON : Les trois isthmes de l'urètre. — George Frederich LAIDLAW : L'histoire de la tuberculose. — (N° 16, 17 avril.) George T. JACKSON : La réfrigération comme moyen thérapeutique; l'air liquide et la neige carbonique. — Willard J. STONE : Le diagnostic précoce de la syphilis et la technique de la recherche du spirochæte pallida. — (N° 17, 24 avril.) A. JACOBI : Quelques remarques sur la pratique de la médecine. — (N° 18, 1er mai.) J. W. MC LANGHLIN : Une théorie catalytique de l'infection et de l'immunité. — Walter T. DANNREUTHER : Traitement conservateur de quelques traumatismes des extrémités. — (N° 19, 8 mai.) J. Ralph. JACOBY : La rééducation thérapeutique dans l'ataxie locomotrice. — Henry HULOT : Examen des poumons par les rayons Röntgen. — Paul H. BIKLE : Relation entre l'anévrisme de l'aorte et le tabes dorsalis. — (N° 20, 15 mai.) Thomas E. SATTERTHWAITE : Nouvelle conception des arythmies cardiaques; leur traitement. — I. R. PELS : Note sur la méthode de Bénédict pour la recherche quantitative dans l'urine. — (N° 21, 22 mai.) William Leland STOWELL : La mortalité infantile autrefois et aujourd'hui. — (N° 22, 29 mai.) E. G. JANEWAY : L'étiologie de la douleur. — William Wesley CARTER : La fièvre des foins et les autres causes de l'asthme. — (N° 23, 5 juin.) O. KILIANI : Les injections d'alcool dans les névralgies, en particulier dans le tic douloureux. — Henry R. HARROWER : Etude de l'acidité urinaire. — Beutley SQUIER : L'état actuel de la prostatectomie. — (N° 24, 12 juin.) Maurice FISHBERG : Inconvénients du traitement de la tuberculose dans le sanatorium. — D'ORSAY HECHT : Traitement de la syphilis et de la parasyphilis du système nerveux. — (N° 25, 19 juin.) W. C. GORGAS : La conquête des tropiques par la race blanche. — Allen STARR : La maladie des caissons. — Abdullah K. SALLMON : L'étiologie du carcinome.

Revue de la tuberculose. — (N° 5, oct. 1909.) S. ARLOING et F. DUMAREST : Sur les indications et le mode d'emploi des tuberculines en thérapeutique. — E. MOSNY et STERN : De la fièvre et des hémoptysies menstruelles chez les tuberculeuses.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 40, 7 oct. 1909.) ALBREGHT : Sur les anomalies congénitales de position de l'appendice et la prédisposition congénitale à l'appendicite. — TORNAI : Contribution à la doctrine de la pathogénie de l'angio-sclérose. — EWALD : Sur la commotion cérébrale. — HABERER : Sur la question de l'évacuation des collections infectieuses et particulièrement du contenu intestinal dans l'iléus. — RANZI : Sur la question de la recherche d'un corps réactif spécifique anaphylactiqne dans le sang des cancéreux. — PFEIFFER : Même sujet. — MÜLLER : La réaction de Wassermann; sa technique, sa valeur, sa nature. — (N° 41, 14 oct.) KRAUS et STENITZER : Sur la question de la sérothérapie étiologique de la dothiénentérie. — ALBANUS, CHAMITINA, KREWER, ZEIDLER et KERNIG : Sur le traitement du choléra avec le sérum antitoxique de R. Kraus. — BARANY : Nouvelles méthodes d'examen par le diapason et leur importance clinique. — HECHT : Le chimisme intestinal en cas d'invasion par les coli étrangers; — Les acides gras dans le contenu gastrique. — MARSCHIK et VOGEL : Corps étrangers dans les voies respiratoires et digestives supérieures avec considération particulière de l'œsophagotomie. — COLOMBANI : La maladie à échinocoques. — (N° 42, 21 oct.) RANZI : Sur la suture des vaisseaux chez l'homme. — GOBIET : Contribution à la suture des artères. — JIANU : Sur l'épreuve du sérum sanguin dans l'échinococcose. — JAWORSKI et LAPINSKI : Sur la disparition de la réaction de Wassermann dans les affections syphilitiques. — REICHENSTEIN : Glycosurie et grossesse. — LINDEN : Recherche sur l'influence des années de disette sur la fréquence de la tuberculose. — (N° 43, 23 oct.) J. HOCHENEGG : En mémoire d'E. Albers. — ALBRECHT : Sur la clinique et le traitement de la pancréatite. — VON HALASZ : Sur les modifications du pancréas chez les diabétiques avec remarques sur les facteurs étiologiques et l'évolution clinique. — SELLEÏ : L'immunisation active dans l'acné, la furonculose et le sycosis. — WINKLER : Apparition d'une réaction cutanée dans l'introduction électrolytique de tuberculine. — SMOLER : Sur l'opération des tumeurs de l'hypophyse par voie nasale. — (N° 44, 4 nov.) R. PARK et C. WOLFF : Rapports entre les sécrétions internes et la chirurgie. — JONAS : Sur les stades évolutifs ds la sténose pylorique. — KREN et SCHRAMEK : Sur la sporotrichose. — RANZI : Sur les corps étrangers de la cavité abdominale. — HERZ : Sur un perfectionnement de la mesure de l'hémoglobine par l'appareil de Fleisch. — BERND et PREISS : Sur la thermopénétration. — EITNER et BERND : Sur la thermopénétration.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.




OVULES "ROCHE"
AU
THIGENOL
dosés à 30 %
préparés par Ch. WEISS, Pharmacien de 1re Classe
30, Boulevard Magenta - PARIS
VENTE EN GROS
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7, rue Saint-Claude, Paris
Prix : 4 Fr.
F. Hoffmann-La Roche & Cie PARIS
Fabrique de


F. Hoffmann-La Roche & Co.
FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Thigénol Roche
PARIS
100 gr.

N° 146. — JEUDI 23 DÉCEMBRE 1909. 82e ANNÉE. JEUDI 23 DÉCEMBRE 1909. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Répartition des jurys.* — Anatomie. — MM. les docteurs Variot, Sicard, Picqué, Labey et Boissard.

Pathologie. — MM. les docteurs Hirtz, Netter, Milian, Broca et Morax.

Ordre de lecture. — Anatomie. — Du n° 1 à 463.

Les séances auront lieu les lundis, jeudis, vendredis, à quatre heures et demie, à l'hôpital de la Charité, amphithéâtre Velpeau.

La première séance aura lieu le jeudi 23 décembre.

Pathologie. — Du n° 233 à 463, puis du n° 1 à 232.

Les séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures et demie, et le samedi à trois heures et demie à la salle des Saints-Pères, 49, rue des Saints-Pères.

La première séance aura lieu le mercredi 22 décembre.

Ordre de lecture des copies. — 1. MM. Desaux, Hischmann, Berne-Lagarde (de), Vignal, Lebas, Gutmann, Wiart, Lanos, Ducastaing, Powilewicz,

11. Gautier (Philippe), Mignot, Desplas, Chauvet, Philardeau, Renard, Bricaire, Bontemps, Vilfroy, Durand (Gustave),

21. Dedet, Rousseau (Ferdinand), Majour, Mlle Bouderlique, MM. Netter, Bourdeau, Cavaillon, Amaudrut, Garcin (André), Labourdette,

31. Bertrand, Pollet, Boutet, Mercier, L'Hirondel, Meurisse, Mlle Albessard, MM. Bouvier, Langlet, Pineau,

41. Butel, Gardies, Mallet (Lucien), Fitte, Chabert, Rousselot (H.), Hertz, Mairesse, Richard (G.-Aug.), Chatelin,

51. Malarte, Pinault (André), Mlle Lévy, MM. Aujay de la Dure, Galop, Massart, Weissenbach, Girod (F.), Bloch (René), Berlioz,

61. Cambessédès, Vignes, Vincent (Max), Renaud (Jean), Pierquien, Mougenc de Saint-Avid, Monod (Robert), Larroque, Pignot, Sécheret,

71. Malet (Ch.), Bruel, Monod (Lorenz), Schneider, Girault (Albans), Baille, Pilatte, Godlewski, Périn (Lucien), Lévy (Alfred),

81. Ribo, Buquet, Françon, Lévi-Franckel, Juin, Masselot, Pellissier, Feil, Testard, Leroy (Maxime),

91. Lefranc (Victor), Narcy, Daniel, Larcher, Léchelle, Dupradeau, Gillard, Miégeville, Wilmet, Girard,

101. Sebillotte, Jacquet, Ducamp, Devaux, Berthod, Lépine, Monod (André), Prigent, Brenot, Bloch (André),

111. Alexandre, Thouvenin, Camboulives, Delivet, Madier, Lacau Saint-Guily, Bailleul, Tissier, Guillaume, Collet,

121. Danton, Mlle Dons-Kaufmann, MM. Amat, Maleyx, Casalis, Barthélémy, Desbouis, Ramadier (Henri), Penet, Darrieux,

131. Legal-Lasalle, Mersey, Leblanc, Durand (Albert), Morisson-Lacombe, Meaux-Saint-Marc, Huguet, Weber (Georges), Gautruche, Vallerant,

141. Dubois (Robert), Champs de Saint-Léger (de), Papillon, Roy, Besançon, Richon, Ohanianz, Faveret, Marcorelles, Sédillot,

151. Rol, Lucas-Championnière, Mlle Delage, MM. Vayssières, Héricourt, Onfroy de Bréville, Strauss, Baisoïu, Mouradian, Lamare,

161. Foissy, Hébrard, Durand (Henri), Morancé, Petit (Charles), Michaux, Bloch (Sigismond), Dauphin, Castex, Gougelet,

171. Paraf, Rousseau (Emile), Ferrand, Herisson-Laparre, Audebert, Mazzoléni, Mlle Sabin, MM. Baudouin (Emile), Cleisz, Lenoir,

181. Raymondaud, Dujarric de la Rivière, Briault, Minvielle, Mlle de Pfeffel, MM. Saxe, Galland, Morigny, Lory, Bilbault,

191. Cologne, Routier, Huyghues de Beaufond, Mlle de Jong, MM. Brun, Bollack, Vinay, Mlle Hertz, MM. Thibierge, Parcheminey,

201. Audain, Mlle Leven, MM. Patenostre, Debray, Weber (André), Rousseau (Fernand), Dumas, Boivin, Genil-Perrin, Cassard,

211. Bobrie, Alary, Mlle Lempert, MM. Arnaudon, Cuny, Chaisemartin, Renault (Charles), Broussolle, Marqueste, Pierret,

221. Gallas, Caux, Chatellier, Le Maux (René), Deron, Guelfucci, Pernet, Larue, Floquet, Lehmann (Paul),

231. Béraud, Lorreyte, Ramadier (Jacques), Portret, Moineau, Monbrun, Stréhaiano, Fouret, Huard, Pompaneau,

241. Marchand, Gassier, Barie (de), Bodineau, Bouttier, Petit (Antoine), Fey, Berthomieu-Lamer, Vosy, Leroy (René),

251. Ghiorghiu, Kubelski, Desvaux de Lyf, Imbert, Salès, Blum, Le Grand, Bion, Bergès, Balland,

261. Maurel, Réchad, Lelièvre, Eudel, Lefèvre, Philippon, Virenque, Avezou, Fourrière, Coppin,

271. Moulonguet, Escalle, Besnard (Jean), Busson, Philip, Thibon de Courtry, Benoiste-Pilloire, Bordet, Baude, Cumont (de),

281. Gouguet de Girac, Vincentelli, Bideaux, Ville (Albert), Weisweiller, Rouffiac, Achard, Bel, Moreau, Moricand,

291. Gyamard, Noël, Mlle Monbiot, MM. Pruvost (Pierre), Jumon, Baumgartner, Pataud-Devalencienne, Buc, Villette, Rabourdin,

301. Murga, Sourdille, Feldstein, Pottecher, Vaudescal, Maréchal, Vaquette, Chichmanian, Luquet, Guillemet,

311. Lefranc (Pierre), Dogny, Teisset, Parin, Prunier, Vincent (René), Bougot, Rudelle, Angot, Devineux,

321. Paley, Mlle Athanassiu, MM. Lamy, Ferté, Tison, Morlot, Thiers, Chataing, Touchard, Durœux,

331. Viel (Emile), Troisset, Villechaise, Usse, Huber, Lavalée, Lœwy (G.-Alf.), Croissant, Gouverneur, Guerrero,

341. Rœhrich, Denet, Delot, Bloch (Jacques), Vinçotte, Dufourmentel, Lehmann (Pierre), Tzanck, Goret, Lambert,

351. Gautier (Claude), Escallier, Delort, Pézon, Piot, Mossé, Giraud (Jean), Dubois (Jean), Butin, Mériel,

361. Truffert, Devillers, Guillermain, Krebs, Haguenau, Chabrol, Frette, Barat, Bonnet (Flavien), Barêty,

371. Wallimann, Michel, Kœchlin, Monod (Raoul), Jacquemin (Alfred), Gauchery, Nadal, Ziélinski, Brisset-des-Nos, Poirot-Delpech,

381. Boulan, Sidoun, Porak, Mlle Landesmann, MM. Monnier, Vilbort, Bardon, Besset, Bourgeois, Sartre,

391. Jacob, Richard (G.-Henri), Chomanet, Jamin, Beloux, Boë, Richard (André-G.), Turquety, Rouffignac, Bruslé,

401. Parlitch, Maurer, Rouillard, Adler, Petit (Henri), Kemhadjian, Mlle Lang, MM. Bergeret, Plaisant, Gilson,

411. Colombe, Eissen, Mlle Blanchier, MM. Cuvillier, Tribes, Mlle Pouzin, M. Delagenière, Mlle Lévi-Alvarès, MM. Vallery Radot Pasteur, Lévy-Isaac,

421. Richard (André), Rouèche, Schoofs, Petit (Louis), Roubeau, Barraud, François, Dutheillet de Lamothe, Dragatzis, Colanéri,

431. Petit-Dutaillis, Defins, Photiadès, Mlle Condat, MM. Dufour, Toutey, Greyfié de Bellecombe, Jacquemin (Paul), Queroy, Dietz,

441. Nabias (de), Marchak, Peroni, Brouet, Massé, Couinaud, Rougeulle, Latif, Paris, Heuyer,

451. Bisson, Baudouin (Roger), Théry (Louis), Mlle Trélat, MM. Parisis, Duval, Trifaud, Schmutz, Legrain, Dupré,

461. Donzelot, Mlle Peltier, M. Lavaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — M. le docteur H. Caubet, agrégé, est chargé pendant l'année scolaire 1909-1910, d'un cours de médecine opératoire, pendant la durée du congé accordé sur sa demande et pour raisons de santé à M. le docteur Bauby, chargé du cours.

M. le docteur H. Caubet, agrégé, est nommé, pour l'année scolaire 1909-1910, chef des travaux de médecine opératoire en remplacement de M. le docteur Desforges-Mériel, agrégé, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — *Prix accordés pour l'année 1908-1909.* — Médecine (première année), prix : réservés. — Mention honorable : M. Desanti. — (Deuxième année), 1er prix : M. Barbe; 2e prix (*ex æquo*) : MM. Bergondi, Perrin; 1re mention honorable : M. Broca; 2e mention honorable : M. Rainaut. — (Troisième année), 1er prix : M. Moiroud ; 2e prix : M. Folliero de Luna; mention honorable : M. Nalin. — (Quatrième année), néant.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or est décernée à M. le docteur Avirагnet, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Des médailles en bronze sont décernées à MM. Bailly, Chamard-Bois, Froget, d'Halluin, Jolivet, Macé de Lépinay, Marie, Passot, Périneau, Vernes et Mascré, internes des hôpitaux de Paris; Balland, Blanches, Bobeau, Chassin, Catellier, Hanriot, Lavallée et Monguilan, externes des hôpitaux; Durand, interne à Brévannes; Brousseau, étudiant en médecine.

L'HYGIÈNE AU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA GIRONDE. — Le Conseil général de la Gironde, dans une de ses dernières séances, a adopté le vœu suivant :

« Que le livret de famille remis au moment du mariage contienne une notice indiquant les symptômes et les dangers de l'ophtalmie purulente. »

M. le docteur Dupeux a complété ce premier vœu par la proposition de ce second, également adopté par le Conseil général :

« Que la même notice soit remise au moment de la déclaration de naissance d'un enfant. »

Avis très favorable est donné par cette Assemblée aux vœux ci-après :

« Que le service d'inspection médicale des écoles soit organisé sérieusement dans tout le département. »

M. le docteur Dupeux demande pour compléter ce vœu :

« Que, toutes les fois que la chose sera possible, des médecins spécialistes soient attachés à ce service. »

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 13 décembre 1909, des récompenses honorifiques pour les soins ou les médicaments qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles :

Lettres d'éloges officiels (délivrées après dix années au moins de soins gratuits : MM. Fort (de Draveil), Millet (de Meudon), Thieux (d'Asnières), Rosembaum (de Paris), Branthomme (de Villiers-le-Bel), Trotin (de Bourg-la-Reine), Olive (de Pantin), Bruel (de Louvres), Gagnières (de Thiais), Decroix (de Chevreuse), Latruffe-Colomb (d'Asnières), Beauxis-Lagrave (d'Aulnay-les-Bondy), Joly (de Maisons-Laffitte), Denys (de Charly), Caplet (de Chauny), Niquet (de Huppy), Courtois (de Rouen), Méheux (de Doudeville), Lainé (de Touques), Paumelle (de Goderville), Laurent (de Bretteville-l'Orgueilleuse), Lemoine (de Mézidon), Paté (de Pont-d'Ouilly), Rondel (de Saint-Fromond), Wagner (de Déville-lès-Rouen), Petit (de Quincampoix), Vassaux (de Saint-Saëns), Dézon (de Blangy-sur-Bresle), Louvel (de la Ferté-Macé), Hamon (de Fougerolles-du-Plessis), Larigaudry (de Nocé), Estrabaud (d'Ecommoy), Halbout (de Précigné), Baret (de Sillé-le-Guillaume), Margoulis (d'Aubigné), Stavaux (de Salbris), Barbier (de Toucy), Prévost (de Renvez).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gargam (de Rouen), Louis Lecoq (de Couy), Pantaloni (de Marseille) et Malassez, membre de l'Académie de médecine.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE (série exceptionnelle). — M. Pierre Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, fera, avec le concours de ses assistants de l'hôpital Lariboisière, une série exceptionnelle de conférences de médecine opératoire en dix leçons, sur le nez, les sinus, le larynx, les oreilles, le pharynx et la bouche, qui commencera le lundi 10 janvier, à deux heures et demie, et aura lieu les lundi, mercredi et vendredi, à la même heure.

L'accès à ces conférences est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Le droit d'inscription est de 100 francs pour les docteurs en médecine et de 50 francs pour les étudiants.

Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — SERVICE DE M. LE DOCTEUR ALBERT MATHIEU. — I. *Cours de séméiologie gastro-intestinale.* — Conférences et exercices pratiques par MM. Laboulais, J.-Ch. Roux, Moutier, Taillandier, Friedel, Goiffon.

Examen extérieur, chimisme et motricité gastriques, coprologie clinique, rectoscopie, etc.

Première série : 8 au 28 novembre 1909.

Deuxième série : 15 janvier au 5 février 1910.

Chaque cours comprendra 15 leçons.

II. *Conférences cliniques.* — Jeudi dix heures : salles Barth et Chomel.

Vendredi dix heures : à la consultation.

Mardi de dix heures à midi : examen des malades de la consultation.

Pour le cours de séméiologie, se faire inscrire le matin, de neuf à onze heures, au laboratoire, 20, rue de Citeaux.

CLINIQUE CHIRURGICALE

UN CAS D'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE

Par M. MAUCLAIRE (1),

Agrégé, chargé de cours de clinique annexe à l'hôpital de la Charité.

Je vais vous parler aujourd'hui de l'épilepsie bravais-jacksonienne. Il s'agit d'un malade que M. Oulmont fit passer dans mon service et dont je vais d'abord vous résumer l'observation.

Ce malade est âgé de quarante-deux ans, buveur modéré, et dans ses antécédents on relate seulement un chancre de la verge, contracté à l'âge de vingt-deux ans, et dont la nature syphilitique est au moins douteuse car, examiné médicalement, il ne fut pas soumis au traitement spécifique.

C'est en mai 1908 que cet homme commence à s'apercevoir d'une faiblesse du membre inférieur droit absolument spontanée. A cette gêne des mouvements succède au bout d'un mois une crise nette d'épilepsie jacksonienne annoncée par un vague malaise, et débutant par le membre supérieur droit, pour gagner, comme c'est la règle, le côté correspondant de la face, puis le membre inférieur du même côté.

Depuis lors les crises, et vous verrez qu'elles sont nombreuses, présentées par ce malade se reproduisent suivant ce type à début brachial, sauf toutefois, et j'insiste sur ce point qui présente, au point de vue diagnostique et thérapeutique, comme d'ailleurs au point de vue de la compréhension de l'affection, une importance capitale dans quelques cas où les mouvements épileptiques occupèrent au contraire le côté gauche.

Quoi qu'il en soit, toutes ces crises se présentent avec les caractères de l'épilepsie jacksonienne, l'absence de cri initial, d'écume des lèvres, d'incontinence d'urine, de morsure de la langue, et laissent après elles une sensation de faiblesse avec légère obnubilation mentale.

En juin, c'est-à-dire un mois après le début des accidents, le malade devient hémiplégique du côté droit, mais la paralysie, notez bien ce fait, respecte absolument la face.

Au bout de huit jours les mouvements reviennent peu à peu.

En juillet, il entre à la Pitié où on assiste à une de ses crises, et, pour la première fois seulement on constate de l'*aphasie*, phénomène de première importance pour la localisation de la lésion, mais celle-ci disparaît en quelques jours.

C'est en septembre qu'il entre à la Charité dans le service de M. Oulmont où son observation est prise en détail, par M. Haller, interne du service.

Dans l'intervalle de ses crises on constate une parésie du membre supérieur et du membre inférieur droits, sans atrophie musculaire et sans troubles du côté des réflexes.

Il marche en fauchant légèrement.

Il n'existe pas la plus légère trace de paralysie faciale.

La sensibilité est absolument intacte, mais la parole est un peu gênée.

On assiste à une crise d'épilepsie à peu près toutes les semaines.

La ponction lombaire révèle une légère hypertension du liquide céphalo-rachidien mais aucune augmentation du nombre des eléments cellulaires. Enfin l'examen ophtalmoscopique révèle à gauche de la congestion du fond de l'œil et de la stase papillaire.

M. Oulmont soumet le malade au traitement antisyphilitique intensif, lui fait pratiquer deux séries de piqûres intra-musculaires, des frictions mercurielles, et il lui fait absorber 6 grammes d'iodure de potassium par jour.

C'est devant l'insuccès de ce traitement médical que M. Oulmont me passe ce malade, hésitant entre les deux diagnostics les plus probables : tumeur cérébrale ou adhérences méningées siégeant au niveau de la zone rolandique gauche.

Vous le voyez, le diagnostic étiologique n'était qu'une hypothèse, mais le diagnostic de l'affection elle-même était évident : il s'agissait d'épilepsie jacksonienne et non d'épilepsie essentielle ; je vous ai déjà dit pour quelles raisons tirées de l'aspect même des crises, mais aussi en raison de la date du début des accidents, car vous savez qu'il est de règle que l'épilepsie vraie débute dans le jeune âge.

Le 19 mai 1909, j'opère ce malade, ou plus exactement je pratique le premier temps de l'intervention suivant en cela la technique conseillée par Horsley et qui consiste, pour diminuer le shock opératoire, à scinder l'opération en deux temps, le premier consistant dans la taille du lambeau ostéo-cutané suivie de l'examen de l'os et de la dure-mère, le deuxième consistant dans l'exploration méningo-encéphalique elle-même.

Je taille donc sur le côté gauche du crâne, au moyen de quatre trous de trépan réunis ensuite par des traits de scie, un lambeau quadrangulaire ostéo-cutané à la Wagner, de la largeur de la paume de la main, et, ce lambeau une fois soulevé, je regarde s'il n'existerait pas à la face interne de l'os une esquille ou une hyperostose. Je ne trouve absolument rien. Rien non plus d'anormal dans l'aspect de la dure-mère.

Le malade fut si peu shocké par ce temps préliminaire de l'intervention que le lendemain même, très agité, il alla se promener au jardin, et deux jours après, un examen du fond de l'œil fait par M. Burnier montre une diminution marquée de la stase papillaire en rapport avec la décompression produite par l'ouverture du crâne.

C'est le 26 mai, sept jours par conséquent après ce premier temps, que j'exécute le second, l'exploration méningo-encéphalique. J'incise la dure-mère. Aucune adhérence ne la fixe au cerveau. J'examine toutes les circonvolutions mises à nu par le volet, c'est-à-dire toute la zone rolandique et au delà, elles ne présentent aucune anomalie. Je pratique successivement et vainement une douzaine de ponctions dans la substance cérébrale au moyen d'une longue

(1) Leçon rédigée par M. LAMOUROUX, interne du service.

aiguille capillaire, car plusieurs fois on découvrit ainsi des kystes inclus dans l'encéphale, mais je dois vous dire que déjà je considérais mon exploration comme négative, car il est exceptionnel que les tumeurs « intra-cérébrales » donnent lieu au syndrome jacksonien, contrairement aux tumeurs superficielles, qu'elles soient osseuses, méningées ou cérébrales.

Donc, cette série d'explorations nous conduisait à un résultat négatif. Quinze jours après le malade présente une crise suivie de quelques autres.

Retourné dans le service de M. Oulmont, il a été quelque temps sans crises, mais celles-ci sont reparues presque aussi fréquentes qu'auparavant, mais elles seraient moins intenses.

Quoi qu'il en soit, ce cas est des plus instructifs pour nous, car il nous démontre une fois de plus qu'il est parfois impossible de découvrir macroscopiquement la cause de ce syndrome jacksonien, sur lequel je vais maintenant vous donner quelques détails.

C'est à la suite des traumatismes du crâne, ce qui n'est d'ailleurs pas le cas chez notre malade, qu'il s'observe peut-être le plus fréquemment.

Cette fréquence est d'ailleurs très discutée, puisque suivant les statistiques consultées, l'épilepsie jacksonienne se verrait, suivant les statistiques, entre 13 p. 100 ou 26 p. 100 des cas de traumatismes craniens violents, mais sachez qu'on l'a observée à la suite de traumatismes minimes, et après un délai des plus variables.

Cette épilepsie traumatique, la plus intéressante pour le chirurgien, reconnaît d'ailleurs des mécanismes multiples.

Fréquemment elle est liée à la fréquence d'une *esquille*, détachée de la table interne de l'os et qui irrite ou traumatise la substance corticale. J'ai eu l'occasion d'observer personnellement un cas de ce genre dans ce service, chez un maçon qui avait eu la voûte fracturée et enfoncée par une brique.

Ce peut être également une *hyperostose* qui soit la cause de ce syndrome, et, à ce sujet, sachez que le processus d'ossification peut avoir son origine non dans l'os lui-même mais dans la dure-mère, périoste interne du crâne, qui peut, chez l'adulte dans certaines circonstances, au cours de la grossesse, par exemple, proliférer et produire du tissu osseux.

Enfin les accidents peuvent être liés à la présence du corps étranger traumatisant, projectile de revolver en l'espèce, et j'ai encore eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu un cas où l'épilepsie était en rapport avec les débris d'une balle qui s'était fragmentée en huit ou dix morceaux, comme le montra la radiographie.

En dehors de ces cas d'épilepsie traumatique, le syndrome jacksonien reconnaît pour causes les diverses variétés de *tumeurs cérébrales*, dont quelques-unes d'ailleurs, comme certains kystes ou foyers hémorragiques, sont encore des reliquats de traumatisme.

C'est ainsi qu'on a signalé des sarcomes développés aux dépens du tissu conjonctif périvasculaire, des gliomes, ces tumeurs névrogliques, qui au début de leur évolution auraient donné lieu à des phénomènes d'épilepsie jacksonienne; de même ces gros *tubercules* localisés, presque énucléables que l'on trouve chez l'enfant, dans la zone du lobule paracentral; les *syphilomes*, le *kyste hydatique* dont plusieurs observations ont été publiées, notamment dans la République Argentine; les *abcès du cerveau*, mais ici encore, les abcès encéphaliques de la zone rolandique sont le plus souvent en rapport avec un traumatisme du crâne.

Indépendamment de ces tumeurs nées dans la substance cérébrale ou les méninges, il va sans dire que les lésions d'origine osseuse, toutes les *ostéites* peuvent donner lieu au syndrome.

Enfin je ne fais que vous signaler les cas tout à fait rares où l'épilepsie jacksonienne est en rapport avec une lésion occupant un point quelconque de l'organisme comme une cicatrice englobant un nerf, un corps étranger.

Au point de vue clinique l'épilepsie jacksonienne est un syndrome assez bien différencié.

En effet elle se caractérise d'abord par la fréquence des *auras*, ces phénomènes qui précèdent immédiatement la crise, et qui, toujours identiques chez le même sujet, permettent au malade de voir venir sa crise et quelquefois de la prévenir ou d'en atténuer les conséquences.

L'aura peut être d'ailleurs de nature très diverse. Une des variétés les plus communes est l'aura motrice, consistant par exemple dans la convulsion du gros orteil ou du pouce.

Elle peut être sensitive (consistant en une douleur en un point donné).

Sensorielle, c'est par exemple le cas de la sensation de chute d'eau, de sifflet de locomotive, un éblouissement, la perception d'une douleur.

Enfin l'aura peut être un phénomène vaso-moteur, comme les bouffées de chaleur ou les sensations de froid, ou encore un phénomène psychique, c'est à ces cas qu'on a donné le nom de délire préépileptique.

L'accès épileptique survient immédiatement après l'aura. Il passe par une phase tonique très courte, à laquelle succède au bout de dix à vingt secondes la phase clonique qui aboutit quelquefois au bout de trois à cinq minutes à une phase de coma.

Il se présente d'après le mode de début sous trois types :

Le type à début facial, dans lequel les mouvements après la face gagnent le membre supérieur, puis le membre inférieur.

Le type à début brachial, celui de notre malade, et le plus fréquent d'ailleurs, où les convulsions se propagent après le bras à la face, puis au membre inférieur.

Enfin le type à début crural où les convulsions gagnent après le membre inférieur, le membre supérieur, puis la face en dernier lieu. La crise terminée, au bout de quelques minutes, laisse une fatigue avec obnubilation et quelquefois une paralysie fugace dans les territoires musculaires qui ont pris part à l'accès.

A ces caractères il faut en ajouter d'autres, d'ordre négatif, mais qui sont d'une importance capitale pour différencier le syndrome jacksonien de l'épilepsie vraie.

Ce sont l'inconstance de la chute, due à ce que le malade assiste au début de sa crise; l'absence de cri initial, de morsure de la langue, d'écume aux lèvres et l'incontinence d'urine.

Pour en finir avec ce court exposé clinique, sachez qu'on a signalé des formes frustes de l'épilepsie jacksonienne, comme la forme tonique de Charcot, ou la forme à type de migraine ophtalmique par exemple.

Il résulte de la netteté des caractères de l'épilepsie jacksonienne que le *diagnostic* en est des plus faciles dans la plupart des cas. Mais malheureusement, le diagnostic qui présenterait le plus d'intérêt, le diagnostic causal en est très souvent impossible, l'observation qui fait le fond de cette leçon en constitue une preuve de plus. Pour ma part, en effet, j'ai eu l'occasion d'opérer quatre malades de ce genre qui m'étaient envoyés par des neurologues avec le diagnostic probable de tumeur cérébrale; or dans aucun de ces quatre cas je n'ai trouvé de tumeur, soit qu'il n'en existât pas, soit qu'il y eût une erreur de localisation.

Le seul cas donc où on soit autorisé à préjuger de la cause du syndrome est celui d'épilepsie traumatique, et encore ne peut-on que se livrer à des hypothèses sur la nature même de la lésion, cause des accidents.

Aussi, en présence de telles difficultés, Neisser et Oppenheim n'ont-ils pas hésité à ponctionner le cerveau à travers le crâne, en évitant évidemment l'artère méningée moyenne dont le trajet est facile à tracer au moyen de points de repère connus.

Oppenheim notamment put ainsi trouver des kystes du cerveau et en évacuer le contenu.

Je dois vous dire que la plupart des chirurgiens, avec Fedor Krause (de Berlin), se sont montrés moins audacieux que ce neurologue, et déconseillent pareille exploration, ils préfèrent la craniectomie exploratrice.

La ponction lombaire, autrement bénigne, devait être utilisée, mais elle n'a donné aucun résultat, ne pouvant, par l'examen cytologique seul, préciser la nature syphilitique ou tuberculeuse, par exemple, d'une lésion.

Je ne vous citerai que pour mémoire la percussion du crâne, certains auteurs ayant cru trouver une différence du son de percussion entre les deux côtés du crâne [Knapp (1)].

On a encore essayé d'utiliser la transmission des ondes sonores par la paroi cranienne, et on a cru pouvoir localiser la lésion dans le côté où les vibrations d'un diapason étaient moins bien perçues par le malade (Knapp).

Mais, de tous les procédés d'investigation, celui qui peut rendre quelques services c'est la radiographie, quand il s'agit de cas traumatiques. Les progrès considérables de la radiographie cérébrale permettent journellement de bien préciser le siège d'une balle, d'une hyperostose; mais ce procédé a même permis à Fedor Krause de déceler des tumeurs intra-craniennes calcifiées, variété assez rare, il est vrai. M. Infroit m'a montré récemment des radiographies de tumeurs de la selle turcique, très visibles sur des radiographies prises de profil.

(1) Knapp. *Münch. med. Woch.*, 1908, n° 19.

Le *pronostic* de l'épilepsie jacksonienne est extrêmement grave et plusieurs neurologues affirment n'en avoir jamais vu un cas de guérison « définitive ». C'est qu'en effet il ne faut pas se laisser impressionner par les améliorations qui suivent les interventions même purement exploratrices, comme chez notre malade. Il faut pour pouvoir juger un cas, voir l'opéré trois ans après l'intervention et le professeur Raymond recule même, par expérience, cette limite à cinq ans.

Que faut-il conclure de ces cas où, malgré l'ablation d'une lésion locale nette, la récidive survient au bout d'un temps plus ou moins long ou bien quand des troubles psychiques conduisent le malade dans un asile d'aliénés, comme j'ai eu maintes fois, étant chirurgien des asiles, l'occasion de le constater?

C'est vraisemblablement que la substance cérébrale qui a été lésée subit une altération profonde et irrémédiable qui survit au traitement de la lésion causale.

Ce pronostic, d'ailleurs toujours sombre, dépend avant tout de la nature de la lésion. Il est, par exemple, certain que les cas d'épilepsie jacksonienne par hyperostose sont relativement favorables, alors que le pronostic est déplorable dans les cas liés à des adhérences méningées diffuses ou à des tumeurs malignes [Duret (1)].

La question du TRAITEMENT semble donc être peu avancée; en effet, on discute beaucoup, et, vous allez le voir, moins sur les résultats possibles que sur les indications mêmes du traitement.

Il est une question qui se pose, en premier lieu, c'est celle du traitement préventif. Certains chirurgiens, comme Sédillot, il y a déjà longtemps, et comme M. Picqué, frappé, en sa qualité de chirurgien des asiles d'aliénés, par des cas d'épilepsie avec troubles mentaux consécutifs à des traumatismes très anciens, n'hésitent pas à conseiller la trépanation exploratrice au cours de tous les traumatismes craniens, dans l'espoir de traiter la lésion, cause future des accidents, avant que la substance cérébrale soit irrémédiablement lésée.

D'autre part tout le monde est à peu près d'accord pour intervenir quand il existe un enfoncement.

Il est vraiment difficile de prendre parti, d'autant que l'on connaît des cas où il existait au moment du traumatisme un enfoncement et qui n'ont été compliqués d'aucun accident ultérieur; je m'en rappelle deux cas personnels bien typiques.

Le traitement antisyphilitique, associant aux injections intra-musculaires de sels de mercure l'iodure à doses de 10 à 12 grammes par jour, n'a jamais donné de résultats probants, pas plus que les ponctions lombaires.

(1) Duret. *Rapport au Cong. franç. de chir.*, 1903.

Aussi le vrai traitement semble-t-il devoir être la trépanation exploratrice.

En France, c'est Lucas-Championnière qui a perfectionné la technique opératoire; à l'étranger il faut citer Bergmann, Horsley, Fédor Krause et Cushing, etc., qui ont publié des statistiques importantes.

L'intervention, vous le comprenez, exige avant tout une localisation nette de la lésion, diagnostic qui se base d'abord sur le type même de début de l'accès qui permet par exemple de localiser la lésion au niveau du centre des mouvements du membre supérieur, si l'accès est à début brachial, au niveau de la circonvolution de Broca et de son voisinage si le malade présente de l'aphasie; diagnostic qui se base encore sur l'examen extérieur du crâne qui peut montrer un reliquat de traumatisme, quelquefois, a-t-on prétendu, une simple cicatrice des parties molles dont l'ablation aurait suffi à faire cesser les phénomènes.

L'intervention elle-même se fait presque toujours en deux temps, comme je vous le disais au sujet de notre malade. Vous savez maintenant comment on taille le lambeau ostéo-cutané à la Wagner.

Il faut que je vous dise un mot des diverses explorations utilisées dans le deuxième temps et dont je ne vous ai pas parlé à propos de l'opération de notre malade car, vous vous le rappelez, tous les tissus étaient sains en apparence.

Il peut se faire que, déjà au cours du premier temps, le cerveau fasse saillie par les orifices de trépan indiquant un excès de tension intra-cranienne, faisant penser à l'existence d'une tumeur, ou que la dure-mère ne soit pas animée de ses battements normaux.

Au cours du deuxième temps, à l'ouverture de la dure-mère, on regarde d'abord s'il n'existe pas à la surface du cerveau aucune modification de coloration, aucune congestion, si on ne remarqne pas de taches jaunâtres; on recherche par la palpation s'il n'existe pas une modification de consistance du parenchyme cérébral. Enfin si on ne trouve rien, et je vous ai dit que c'était possible, on ponctionne le cerveau comme je l'ai fait.

On admet aujourd'hui la possibilité de réséquer le territoire cérébral suspect, car des suppléances ne tardent pas à s'établir. Mais on est allé plus loin et Horsley n'hésite pas, dans les cas où ne se révèle aucune lésion apparente, à rechercher au moyen de l'excitation électrique le centre correspondant au type convulsif et à le réséquer sous forme d'un cube de matière cérébrale.

Quels sont les *résultats opératoires*.

Ici il y a lieu de distinguer absolument les *résultats immédiats* et les *résultats tardifs*.

Il semble en effet que la majorité des malades opérés soient améliorés et d'autre part la mortalité post-opératoire a certainement diminué dans des proportions considérables en rapport avec les perfectionnements de la technique, au point que mon collègue Auvray (1), en tenant compte des travaux récents, la prétend abaissée à 6 p. 100.

(1) Auvray. Art. crane, *Traité de clinique chirurgicale et opétoire*, 1909, 2e édit.

Mais ce sont les résultats tardifs qui sont peu encourageants. C'est ainsi que le professeur Raymond (1) à la Salpêtrière, sur 31 cas comprenant des exemples pourtant relativement favorables où les accidents étaient dus à des hyperostoses, n'en a vu que 3 pouvant être considérés comme guéris au bout de trois ans. Le seul résultat obtenu pour les autres malades était un espacement des crises.

Ajoutez à cette statistique le cas qui m'est personnel d'un malade qui, après avoir paru guéri pendant dix-huit mois, a vu ses crises reparaître au bout de ce laps de temps. Beaucoup de ces malades finissent dans des asiles d'aliénés, comme l'ont montré MM. Picqué (2), Violet (3) et Roncagli (4).

Tels sont les résultats éloignés de l'intervention dans l'épilepsie jacksonienne; peut-être l'opération précoce nous réserve-t-elle un avenir meilleur!

LE TRAITEMENT DU CANCER
PAR LES FERMENTS PANCRÉATIQUES

[Le Comité de recherches scientifiques de *l'Hôpital pour le cancer*, à New-York, vient de publier le résultat d'une enquête sur le traitement du cancer par les ferments pancréatiques. Il nous a paru utile pour le praticien de connaître les résultats d'une enquête aussi sérieusement menée par les dix médecins du Comité afin de les mettre en garde contre des publications faisant montre d'un enthousiasme au moins prématuré pour ce traitement.] — (*Note de la Réd.*)

Depuis quelques années le problème de la nature du cancer a porté l'attention sur les phénomènes intimes de la cellule cancéreuse. Un des faits que l'on a ainsi constatés est qu'il existe une autolyse beaucoup plus intense dans le néoplasme que dans le reste de l'organisme, et ceci grâce à la présence de ferments dans la tumeur. Cette véritable sécrétion interne jouerait un rôle dans la cachexie des cancéreux (Blumenthal et Wolff, *Med. klin.*, 22 janvier 1905).

On a pensé que, soit en favorisant l'exagération de cette auto-digestion, soit en introduisant dans l'organisme des substances cytolytiques d'origine hétérologue, on arriverait à la disparition totale du néoplasme.

La cure du cancer par les applications de radium qui semble avoir à son actif de beaux succès paraît être du type des méthodes auto-diastatiques.

Les méthodes qui introduisent dans l'organisme des substances cytolysantes hétérologues sont multiples; citons seulement les tentatives d'injections de sang humain (sang placentaire), sang d'espèces animales diverses, abandonnées à cause de leur danger (voir discussion : *Soc. de méd. berlinoise*, in *Semaine méd.*, 8 juillet 1908). Mais ce sont surtout les injections de ferments (papaïne, extrait hépatique, suc pancréatique) qui ont eu un moment de

(1) Raymond. *Arch. de neurol.*, 1901.
(2) Picqué. *Travaux sur la chirurgie des aliénés*, 1905 et suiv.
(3) Violet. Th. de Paris, 1905.
(4) Roncagli. *Il policlinico*, 1906.

vogue, et parmi eux surtout le traitement par la trypsine.

John Beard (d'Edimbourg) préconisa le premier ce traitement qu'il a indiqué également pour l'éclampsie (*Med. Record.*, 23 juin 1906). Il y avait été amené par des considérations générales sur la nature du cancer exposées dans de nombreux travaux (*Lancet*, 21 juin 1902, 29 octobre 1904, 4 février 1905; *Med. Presse and circular*, 20 décembre 1905; *Brit. med. Journ.*, 20 janvier 1906) et que l'on peut résumer ainsi :

Le cancer est d'origine embryonnaire. La cellule cancéreuse est un germe latent, aberrant, qui n'a pas été modifié comme il aurait dû l'être au cours de l'évolution de l'embryon. Vers la sixième semaine de la vie embryonnaire, à une époque critique de l'existence, le suc pancréatique détruit normalement ces cellules germinatives, et s'il en subsiste en des points divers de l'organisme, elles deviennent des germes latents de cancer.

De là naquit pour lui cette idée de chercher à détruire les cellules cancéreuses par l'introduction dans l'organisme des principaux principes du suc pancréatique : trypsine, amylopsine. Cette méthode eut d'abord un certain renom, particulièrement en Angleterre et en Amérique. Des essais nombreux furent tentés (Middlesex Hospital, Shaw, Mackensie, von Leyden, Bergell); des articles élogieux parurent, quelques cas de guérison même furent publiés (C. W. Saleeby. *Harper's Weekly*, 3 mars 1906, et *Mac Clure's Magazine*, août 1906; Clarence C. Rice, *Semaine méd.*, 5 décembre 1906), et surtout l'article de W. J. Morton (*Med. Record N.-Y.*, 8 décembre 1906) eut un grand retentissement : sur 30 cancers inopérables soignés par la trypsine, Morton avait obtenu 3 guérisons (2 cancers de la face et surtout une récidive de cancer du sein opéré, avec examen histologique de la pièce). Cette dernière observation fut d'ailleurs l'objet d'une rectification du chirurgien opérateur et la malade finit par succomber à l'affection (voir Bainbridge, *Edinburgh med. Journ.*, mai 1907). D'autres auteurs firent au contraire le procès de la méthode l'accusant d'être douloureuse, d'amener des troubles généraux et surtout d'activer la cachexie (W. A. Pusey, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 9 juin 1906).

Puis le silence se fit autour de la méthode. Au Congrès de Bruxelles en 1908, M. Tuffier qui l'a expérimentée la juge sévèrement : sur une série de biopsies successives du néoplasme, on ne trouve aucune espèce de modification. De plus, dans les fragments prélevés, le glycogène reste au même taux avant, pendant et après la cure. La méthode est inactive.

Enfin, il vient de paraître un travail extrêmement important sur la question : *The Enzyme treatment for Cancer*, New-York 1909, par W. Seaman Bainbridge, chirurgien de l'hôpital pour le cancer à New-York, avec le concours du Comité de recherches scientifiques de l'hôpital.

Ce travail comprend d'abord le résultat de l'enquête du Comité. Sur les 3000 médecins questionnés sur l'emploi de la trypsine dans le cancer, 780 réponses furent reçues (l'auteur écarte comme peu sérieuses certaines réponses de médecins ayant employé la méthode dans plus de 100 cas qui ont tous guéri !); 304 n'avaient pratiqué aucun essai; 476 avaient expérimenté la méthode sur un total de 949 malades; avec 248 améliorations passagères terminées ensuite par décès, on trouve seulement 13 guérisons.

Sur ces 13 cas, 4 fois le diagnostic n'a été posé que cliniquement, et il reste un doute sur la malignité de la tumeur. Dans 1 cas le diagnostic est douteux pour le médecin lui-même. Les 9 derniers cas sont encore en traitement et leur guérison incomplète.

Presque tous ces cas de guérisons supposées sont des cancers de l'estomac qui, en même temps que la trypsine, avaient été soumis à un régime, un traitement général qui suffisent à expliquer une amélioration considérable.

Mais la partie la plus importante du travail de Bainbridge est le résultat de ses essais personnels faits avec le plus grand soin pendant trois années consécutives sur 100 cancéreux. La méthode suivie a été celle indiquée par Beard, c'est-à-dire :

1° Ingestion par voie buccale : α. une heure avant le repas une capsule d'Holadin (extrait de pancréas contenant tous les ferments pancréatiques); β. chaque soir une ou deux pilules de fiel de bœuf (mélange de bile, extrait de pancréas, extrait de noix vomique) pour maintenir la tonicité intestinale.

2° Localement : sur les ulcérations néoplasiques, deux fois par jour, après un lavage à l'eau bouillie, une application de lotion pancréatique (extrait glycériné de pancréas) pure ou coupée d'eau.

3° Traitement hypodermique : injection quotidienne dans la fesse de trypsine (extrait glycériné) qui, selon Beard, amènerait la mort de la cellule cancéreuse. La maison Fairchild en fournit quatre solutions de force croissante depuis 2 p. 100 jusqu'à 20 p. 100. Au début on injectera 6 centigrammes, augmentant la dose de 3 centigrammes par jour jusqu'à 24 centigrammes.

Si l'injection produit des abcès véritables, ils sont dus à une faute de technique. Les abcès par trypsine sont formés par de la trypsine non absorbée, mélangée à des débris cellulaires.

L'injection de trypsine est suivie d'injection d'amylopsine (extrait glycériné) destiné à digérer les cellules cancéreuses détruites par la trypsine. L'injection d'amylopsine débute à 6 centigrammes augmentant de 3 centigrammes à chaque injection jusqu'à 24 centigrammes. Cette injection ne se fait que tous les deux jours, la trypsine étant continuée dans le jour intercalaire.

L'auteur montre comment, bien que les injections soient douloureuses, on peut arriver à en faire tolérer des doses considérables.

Les effets de la médication ont été suivis avec un soin extrême, non seulement l'état de la tumeur a été noté, mais des examens répétés de sang et d'urine ont été pratiqués. Voici les principales conclusions que l'auteur tire de ce consciencieux travail :

La médication interne pratiquée stimule la diges-

tion et l'excrétion. Localement, les lotions d'extrait pancréatique nettoient bien les surfaces ulcéreuses. Ce régime, joint au repos et à un bon traitement général, diminue la rapidité de croissance des tumeurs et, dans les cas témoins où ce régime a été appliqué avec des injections de glycérine et d'eau stérilisées seulement, les résultats ont été comparables aux cas où on injectait des ferments.

Dans certains cas, les injections de trypsine amènent au centre de la tumeur une liquéfaction du tissu, mais la périphérie continue à proliférer. Cette désintégration peut entraîner des complications : ulcération de gros vaisseaux, de viscères, mise en circulation de produits toxiques qui augmentent la cachexie.

Ces injections sont assez douloureuses pour que quelquefois le malade s'y refuse absolument.

Dans quelques cas les injections d'amylopsine ont semblé diminuer la cachexie.

Les modifications du sang pendant le traitement sont peu nettes : dans quelques cas il y a eu au début une amélioration de l'hémoglobine, parfois une légère augmentation de polynucléaires, des éosinophiles ; mais la leucocytose traduit d'ordinaire l'apparition d'une complication.

Il ne semble pas que l'emploi de la trypsine ait déterminé l'apparition d'albumine et de cylindre dans les urines ; s'ils existaient au début du traitement, celui-ci en exagérait la quantité. Il ne semble pas prouvé que la trypsine passe dans les urines.

En résumé, le très consciencieux travail de Bainbridge et de ses collaborateurs conclut que, dans la méthode indiquée par Beard, le traitement local et le régime peuvent améliorer le malade, mais que le traitement destructeur par la trypsine et l'amylopsine n'empêche pas la progression du mal, ne prévient pas les métastases, en un mot *ne guérit pas le cancer.*

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1909)

Sur la déshydratation de l'organisme par les voies pulmonaire et cutanée, et ses variations avec l'altitude. — MM. H. GUILLEMARD, R. MOOG et G. REGNIER. Les observations des auteurs, faites comparativement à Paris, et à l'observatoire Vallot, au Mont-Blanc, leur ont montré que la perte de poids du corps et la perte d'eau sont plus faibles en montagne qu'en plaine.

D'autre part, ils ont constaté comme symptôme constant du mal de montagne une oligurie notable, la quantité de liquide ingéré étant au moins égale à ce qu'elle était en plaine. Il sont donc amenés à considérer l'oligurie du mal de montagne comme un symptôme d'une véritable auto-intoxication ; il y a bien, en effet, rétention d'eau par l'économie, car à la période d'oligurie qui dure quelques jours succède une phase de polyurie, véritable crise urinaire qui marque la fin des accidents morbides.

Sur les gaz des sources thermales. — MM. Ch. MOUREU et A. LEPAGE concluent que la présence de deux gaz, le crypton et le xénon, comme celle de l'argon, de l'hélium et du néon est générale dans les gaz des sources thermales.

Transformation partielle des matières grasses alimentaires en mannites par les digestions pepsique et pancréatique in vitro. — M. E. GAUTRELET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1909)

La mort de M. Brissaud. — En annonçant cette mort à l'Académie, M. le président LABBÉ, bien que Brissaud ait exprimé la volonté formelle qu'aucun honneur public ne lui fût rendu à ses obsèques, qu'aucun discours n'y fût prononcé, croit devoir rappeler à ses collègues la brillante carrière du professeur que l'Académie a reçu il y a quelques semaines. Elève de Charcot et de Bouchard, Brissaud s'est, de bonne heure, montré digne de prendre place aux côtés de ces maîtres.

Nommé médecin des hôpitaux en 1884, agrégé à la Faculté en 1886, professeur en 1899, il laisse de nombreux et importants travaux. Neuro-pathologiste éminent, il n'en avait pas moins l'esprit ouvert à toutes les investigations et il s'est intéressé à toutes les branches de la médecine. Il a pris une part importante à la rédaction du *Traité* de Charcot et Bouchard.

M. Labbé rappelle les travaux de Brissaud sur les tuberculoses locales de la peau, du foie ; sur le myxœdème, les pneumonies massives, l'asthme, la syphilis du poumon, etc., ses recherches si importantes sur les centres nerveux.

Auteur des plus productifs et des plus estimés, professeur émérite, plein de chaleur et d'entrain, sachant faire aimer la science, clinicien consommé, Brissaud avait une intelligence ouverte à tout, aussi bien aux choses de la science qu'aux choses de la littérature.

Passionné d'art, sa vie s'est passée tout entière entre la science et l'art.

Sa physionomie respirait la bonté, la droiture et l'honnêteté. Il savait aussi avoir la reconnaissance du cœur. Nous avons fait, dit en terminant M. Labbé, une grande perte.

Lui qui s'est tant occupé des affections du système nerveux c'est à une de ces affections qu'il a succombé. Il laisse trois fils, dont l'un est interne des hôpitaux et saura soutenir le renom de son père. Que cette famille éplorée reçoive l'expression des regrets de l'Académie.

Sur le retour d'âge de l'homme. — Nous avons entendu, sur ce sujet, une intéressante communication de M. MAURICE DE FLEURY. Existe-t-il, chez l'homme, quelque chose d'analogue à ce qui se passe chez la femme au moment où cesse chez elle la fonction ovarienne ? Assurément non, et, cependant, il arrive assez fréquemment que l'homme, entre quarante et cinquante ans, soit pris de troubles de la nutrition et de phénomènes nerveux qui donnent à l'observateur le sentiment d'une crise d'âge. Cet ensemble de phénomènes neuro-arthritiques, avec prédominance de neurasthénie, dépressive, l'auteur l'a étudiée chez 201 malades. Chez eux, l'état de tristesse, de découragement, de crainte, d'indécision, d'incapacité intellectuelle, de parésie de la volonté, n'est point *primitif*, mais secondaire à des troubles physiques dont la réalité objective n'est pas niable. Résumant les observations et les analyses d'urine de ses malades, l'auteur montre qu'on les améliore et qu'on les guérit, non par la cure morale, mais par le traitement médical (régime alimentaire, traitement tonique. amélioration de la nutrition), car les névroses de l'âge mûr sont sous la dépendance de troubles très marqués de la nutrition et de phénomènes d'auto-intoxication, survenant soit chez de gros mangeurs, soit chez des personnes qui mènent la vie sédentaire et n'éliminent qu'imparfaitement. Il y a des névroses

à point de départ mental. Il y en a d'autres à point de départ somatique. La neurasthénie vraie est du nombre, et notamment celle de l'homme mûr. Certes, les neurologistes se doivent d'être de bons psychologues, mais dans des cas comme ceux-ci ils doivent ne pas se déshabituer de penser et d'agir en médecin.

Les dernières recherches sur l'homme fossile. — M. Capitan expose à l'Académie la portée générale et la signification, au point de vue de l'histoire de l'homme primitif, des découvertes qu'il a faites cet été en Dordogne avec son élève et collaborateur Peyrony.

Il montre d'abord que chaque période préhistorique a laissé les traces de sa vie (débris divers, silex taillés de formes caractéristiques à chaque âge, os d'animaux mangés et variables aussi suivant l'époque). Les couches ainsi constituées se superposent exactement. — De la plus ancienne : *chelléenne*, nous n'avons aucun os humain. De la suivante : *acheuléenne*, seulement la fameuse mâchoire de Mauer, près d'Heidelberg, publiée cette année même par Schötensack. De l'époque du Moustier, qui suit l'époque acheuléenne, il n'existait que les deux squelettes découverts l'année dernière à La Chapelle-aux-Saints (Corrèze) et au Moustier même. Dans ce niveau moustérien, nous avons recueilli, disent M. Capitan et son collaborateur, en septembre dernier, au lieu dit le Pech de l'Azé, près de Sarlat, un crâne d'enfant écrasé et à la Ferrassie, près du Bugue, un squelette entier couché dans un foyer de ses contemporains, les moustériens inférieurs.

Comme au-dessus de lui se superposent très exactement quatre couches, correspondant à quatre habitats successifs de populations quaternaires différentes, il s'ensuit que son âge est nettement établi.

Anatomiquement, il semble présenter les mêmes caractères que les deux autres squelettes moustériens : os épais, trapus, avec insertions musculaires très marquées; front bas, fuyant, avec arcades sourcillères très saillantes du type dit néanderthaloïde.

C'est, en somme, une pièce d'une valeur documentaire considérable. Elle sera étudiée en détail par les auteurs lorsqu'elle aura été réparée et montée, et le résultat de leurs observations sera communiqué à l'Académie.

Prophylaxie de la fièvre typhoïde. (*Suite de la discussion.*) — M. Delorme reprend la question de la prophylaxie de la fièvre typhoïde et répond à ses contradicteurs, en particulier à M. Vaillard, partisans de la doctrine des porteurs de bacilles.

Les théories lui importent peu; il se contente de partir comme base, de cette donnée, que la matière stercorale du typhoïdique est infectante. Puisqu'il est impossible de l'apseptiser dans l'organisme même, c'est en dehors de lui, en particulier dans l'eau, vecteur du contage, qu'il faut s'attacher à en paralyser l'action.

Les statistiques allemandes ont donné une grande force à la valeur de la prophylaxie nouvelle des porteurs de bacilles en affirmant que la morbidité typhoïdique, en Alsace-Lorraine et dans la Prusse rhénane, avait diminué de moitié. La lumière de ces chiffres n'est que vain mirage, car le résultat obtenu est dû à l'application des grandes mesures de prophylaxie générale (amélioration des eaux de boisson, de la voirie, des égoûts, etc...). En France, les mêmes travaux à eux seuls, avant qu'il soit question de la prophylaxie dite offensive, ont amené les mêmes, sinon de meilleurs effets.

C'est ainsi qu'à Toulouse, la morbidité typhoïdique est tombée, de 1888 à 1906, de 16 à 2,5 p. 1000, à Montauban, de 14,3 p. 1000 en 1885, à 3,41 p. 1000 en 1907, etc.

Ces résultats, infiniment supérieurs à ceux des Allemands, suffisent à faire douter de la valeur de la prophylaxie des porteurs de bacilles.

Grande délicatesse et incertitude des recherches, de l'avis même de ceux qui les pratiquent, élimination de l'armée d'un nombre assez élevé de gens bien portants (2,47 p. 100, si l'on en croit la statistique de Froch), sont des inconvénients de la nouvelle méthode que l'argumentation de M. Vaillard n'a pas entamés.

Mais M. Delorme insiste surtout sur l'insuffisance des moyens de combat contre les bacillifères et les difficultés de l'application de ces moyens. Les conférences dans les mairies sont d'une simplicité presque naïve. Une seule paraît logique, c'est l'isolement des bacillifères chroniques et sains, mesure draconienne que les Allemands ont pratiquée en Alsace-Lorraine, et qui serait inacceptable ailleurs! Peut-on penser qu'on puisse songer à tenir enfermés pendant des mois et des années comme des lépreux des gens bien portants sur la foi d'un seul examen bactériologique. Quelle responsabilité si celui-ci était précipité, insuffisant, de valeur scientifique douteuse! Et par la force des choses on est entraîné jusque-là. Atteinte à la liberté individuelle et sociale, charges excessives, sont des écueils de telle gravité qu'un Etat de l'Amérique a décidé déjà d'abandonner les mesures sanitaires de la prophylaxie typhique, telle que les partisans de la doctrine des porteurs de bacilles l'ont conçue.

D'un autre côté, M. Delorme s'élève contre l'extension demandée du nombre des fonctionnaires, inspecteurs départementaux d'hygiène, etc. C'est que, en effet, la bactériologie clinique qu'on pratique partout suffit le plus souvent à aider le praticien à faire les diagnostics.

M. Delorme cite, entre autres, l'histoire de l'épidémie récente de Cherbourg. Son origine fut recherchée par un groupe de savants de toutes spécialités. Il fut reconnu que l'infection était produite par deux typhoïsantes d'une ferme établie sur les bords de la Divette et dont on vidait et rinçait les vases et on lavait le linge dans cette rivière. L'enquête eût pu être menée par un praticien. C'est lui qui doit rester la cheville ouvrière de l'étendue de ces épidémies. De même pour les épidémies de Belfort, Vannes, Verdun. Le programme de la lutte antityphique est établi depuis longtempa. Il comporte avant tout l'amélioration du régime des eaux et de l'hygiène urbaine.

L'état de choses actuel ne peut durer. Il n'est pas admissible qu'on ne puisse et qu'on ne doive obtenir des villes de garnison qu'elles n'assurent pas la pureté de leur eau de boisson.

Au fond de cette controverse, on ne doit pas voir une dissertation théorique, mais une lutte entre une prophylaxie idéale et inapplicable de doctrinaires et la prophylaxie réalisable d'hygiénistes praticiens. L'esprit même de la prophylaxie des doctrinaires est intolérable. Le bon sens du public, dit M. Delorme dont toutes les paroles seraient à citer, est lassé de ces doctrines qui, sans cesse et en tout pays, inspirent la défiance pour tout ce qui nous entoure : toute eau est suspecte; si elle n'est pas éberthienne, elle est coli-bacillaire, donc suspecte; les aliments sont suspects, l'air, le baiser sont suspects. Leur prophylaxie est basée sur la peur. Le typhoïdique est partout, c'est le convalescent qu'on croyait guéri, c'est l'homme sain qui est contaminateur! Et quand ce n'est pas le spectre de la fièvre typhoïde qu'on évoque, c'est celui de la diphtérie, de la méningite cérébro-spinale!

Laissons de côté cette prophylaxie de théoriciens, dont le labeur peut être intéressant, mais qui font graviter toute l'hygiène autour d'un microscope. Entre l'Ecole allemande des Zettenkoffer et des Koch, et l'Ecole française des Colin et des Brouardel, il n'y a pas à hésiter. Il faut rester Français.

M. Delorme maintient ses conclusions premières et demande à l'Académie de les voter :

Les épidémies massives thyphoïdiques sont d'origine hydrique le plus souvent. Le salut est dans l'application immédiate des mesures d'hygiène générales qui relèvent de l'amé-

lioration du régime des eaux potables, de la voirie, etc.

Les villes du midi sont celles qui réclament le plus impérativement ces mesures.

La prophylaxie bacillifère est à reléguer à un rang secondaire.

Élections. — M. Lannelongue est élu vice-président; M. Weiss est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions de secrétaire annuel. MM. Chatin et Debove sont nommés membres du Conseil.

RENSEIGNEMENTS

Étudiant en médecine, ayant 16 inscriptions, externe des hôpitaux de province, désire trouver situation dans clinique ou maison de santé. — Prière de s'adresser M. M., 9, rue du Commandant-Rivière, Paris.

A. G., Comité d'assistance et de placement des veuves et orphelines. — I. Liste des emplois demandés. — 1. — Veuve de médecin, artiste miniaturiste, demande élèves. Portraits et enluminures : prix modérés.

2. — Veuve de médecin voudrait travaux d'écriture à faire chez elle.

4. — Veuve de médecin dirigeant à Paris un cours d'éducation (études classiques) et d'arts décoratifs, parlant anglais et allemand, demande élèves.

6. — Deux sœurs de médecin, âgées, l'une de trente-six ans, l'autre de vingt-sept, ayant leur brevet, demandent emploi d'institutrice pour jeunes enfants, ou de gouvernante, ou de dame de compagnie. De préférence en Bretagne.

7. — Fille de médecin, ayant maison de retraite pour personnes âgées et infirmes, demande pensionnaires. Prix modérés.

12. — Fille de médecin d'âge sérieux et d'excellente éducation, connaissant très bien la tenue d'une maison, désire situation de dame de compagnie, lectrice ou secrétaire. S'occuperait d'enfants. Treize ans de références parfaites. Très recommandée.

13. — Veuve de médecin demande à être employée *quelques heures par jour* dans une clinique parisienne de spécialités : larynx, oreilles, yeux, hydrothérapie.

16. — Veuve de médecin demande emploi *quelques heures par jour* dans clinique ou maison de santé à Paris. Très recommandée.

18. — Veuve de médecin, connaissant anglais et allemand, apte à diriger intérieur et à soigner malades, demande emploi. S'occuperait d'enfants.

19. — Veuve de médecin désire emploi d'infirmière ou travaux de couture.

21. — Fille de médecin, externe des hôpitaux, traduisant l'anglais, demande à faire des recherches bibliographiques ou travaux similaires.

22. — Veuve de médecin désire emploi de dame de compagnie auprès de jeunes filles à conduire dans le monde, ou étrangères.

23. — Veuve de médecin parlant et traduisant le russe et l'allemand, demande des leçons et des traductions.

25. — Veuve de médecin, quarante-deux ans, demande massages ou malades à garder.

26. — Veuve de médecin, quarante ans, désirerait accompagner malades aux eaux; s'occuperait d'enfants. Paris ou environs de préférence.

27. — Veuve de sociétaire, professeur de piano, désire élèves (Paris).

28. — Fille de médecin, connaissant très bien l'anglais, demande traductions.

29. — Fille de sociétaire décédé, désire emploi de dame de compagnie. S'occuperait d'enfants, donnerait des leçons de piano (Paris).

30. — Veuve de sociétaire, quarante-quatre ans, apte à diriger intérieur, désire emploi dans une clinique.

31. — Fille de sociétaire, trente-deux ans, désire emploi de dame de compagnie ou de gouvernante.

33. — Veuve de médecin, quarante ans, connaissant bien la tenue d'une maison, demande place de directrice d'une maison de santé.

34. — Veuve de sociétaire, vingt-huit ans, demande emploi dans clinique médicale ou chirurgicale.

35. — Veuve de médecin, masseuse diplômée, demande à faire des massages.

Sociétaire de la région du Nord demande situation médicale dans un sanatorium.

II. Offres. — *A.* Fille de docteur disposant d'un vaste immeuble dans une ville du Midi, à proximité de la montagne et de la mer, offre pension, local, service, à quelques veuves ou filles de docteurs peu fortunées. Elle serait disposée à créer, dans cet immeuble, une maison de retraite pour plusieurs proches parentes de médecins dépourvues de ressources suffisantes pour vivre confortablement chez elles.

B. Veuve de sociétaire reçoit à Nice, en hiver, quelques jeunes enfants ou jeunes filles (françaises ou étrangères) que les parents ne peuvent accompagner. Vie au grand air. Santé surveillée. Bonne hygiène. Education familiale et pratique. Villa particulière avec jardin et salle de bains. Conditions spéciales s'il y a lieu pour les jeunes filles appartenant au corps médical.

— Ecrire à M. le docteur Darras, trésorier général, 5, rue de Surène, à Paris, qui fournira renseignements.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS DES OTITES MOYENNES (1)

IV. Méningite aiguë. — Elle est moins fréquente que les complications précédentes. Elle peut survenir dans les otites aiguës ou chroniques, mais revêt dans le premier cas des allures beaucoup plus saisissantes. L'infection se fait soit par voie de propagation à travers la dure-mère ou le tegmen tympani, soit par voie sanguine.

Symptomes. — Le *début est brusque* le plus souvent, tapageur, par un frisson violent, une fièvre à 39-40 degrés. Puis en quelques heures apparaissent les signes caractéristiques, le *trépied méningitique* : céphalée avec photophobie, vertiges; vomissements bilieux, constipation.

Puis *suivant la localisation* surviennent des troubles divers. Si la méningite est localisée au niveau du tegmen tympani on a des paralysies oculaires, des troubles pupillaires. Si c'est l'étage postérieur du crâne on a plutôt de la raideur de la nuque et des troubles de la respiration et du pouls.

Mais le plus souvent la *méningite se généralise* et alors surviennent les signes banaux de méningite cérébro-spinale : somnolence, délire, ventre en bateau, contractions diverses, raie méningitique, dissociation du pouls, Cheyne-Stokes, incontinence d'urine et des matières. La mort survient plus ou moins vite au milieu de phénomènes épileptiformes dus à l'hypertension ou d'asphyxie par lésions bulbaires.

A côté de cette forme rapide, généralisée et purulente, on peut observer des *formes qui restent localisées* (Broca et Mau-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 140, p. 1761; 143, p. 1805.

brac) : ce sont surtout celles-là qui sont susceptibles de guérir par une intervention chirurgicale précoce.

Citons aussi : 1° les cas de *méningite séreuse* (Hermann-Lévi) caractérisée par des troubles méningitiques (céphalée, vertiges, raideur de la nuque, s. de névrite optique et troubles moteurs oculaires) persistant pendant des mois au cours d'une otorrhée chronique. Ces cas peuvent guérir spontanément ou se terminer par une méningite purulente; 2° les cas de *méningite fruste* (Mignon) : ptosis, paralysies oculaires, etc.

DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS DE L'OTITE. — L'apparition de toutes ces complications peut amener à résoudre, au cours d'une otite, des problèmes diagnostiques très variés et souvent complexes.

1. Il est rare tout d'abord que l'otite soit inconnue, mais dans toute manifestation d'infection cranienne il faudra rechercher systématiquement l'OTORRHÉE dans les antécédents et examiner l'oreille.

2. Le diagnostic de la MASTOÏDITE est généralement facile, cependant on pourra penser à :

1° Un *adéno-phlegmon rétro-auriculaire*. Il s'agit généralement d'un enfant ayant une infection du cuir chevelu (gourme-pédiculose), la pression de la mastoïde à la base n'est pas douloureuse.

2° La *périostite mastoïdienne de Duplay* que nous avons décrite efface le sillon rétro-auriculaire. Pour Broca et Lermoyez, d'ailleurs, il s'agit le plus souvent en réalité d'une antrite qu'il faut avoir soin de trépaner.

3° La *furonculose du conduit* donne une douleur pré et sous-auriculaire exagérée par la mastication et surtout par la traction du pavillon de l'oreille; le conduit est rétréci par des saillies bientôt acuminées sur une paroi œdématiée ; l'évolution se résout en deux ou trois jours par l'ouverture spontanée.

Il faudra encore savoir s'il s'agit d'une *mastoïdite aiguë ou d'une poussée aiguë au cours d'une mastoïdite chronique*, cette dernière supposant des lésions plus étendues de l'os.

3. La MASTOÏDITE CHRONIQUE peut être très difficile à dépister s'il y a fistule antérieure ou interne, surtout s'il n'y a pas fistule. Dans tous ces cas nous avons vu les services que peut rendre l'otoscopie et l'emploi de la canule d'Hartmann.

4. Les autres COMPLICATIONS INTRA-TEMPORALES offrent généralement peu de difficulté de diagnostic.

5. Pour les COMPLICATIONS INTRA-CRANIENNES il n'en va pas de même et dans beaucoup de cas à symptomatologie fruste réduite à un état subcomateux avec fièvre, on pourra souvent affirmer l'existence d'une infection profonde sans pouvoir préciser le genre et l'étendue de ces lésions.

L'ABCÈS EXTRA-DURAL sera la plupart du temps impossible à diagnostiquer. Luc attache une grosse importance à l'existence d'une douleur fixe localisée en dehors de la région mastoïdienne. C'est l'intervention qui le plus souvent amènera sur l'abcès par voie de lésions progressives.

6. La THROMBO-SINUSITE pourra par son signe d'infection sanguine faire penser au *paludisme*, à un début d'*érysipèle*, parfois à une *fièvre typhoïde*. L'existence d'une otite et de symptômes mastoïdiens laissera peu de place au doute.

Au cours de l'intervention la palpation, la ponction, puis l'ouverture du sinus renseigneront suffisamment.

7. L'ABCÈS ENCÉPHALIQUE est souvent très difficile à affirmer, l'absence de modifications du fond de l'œil est un gros argument contre son existence.

Si on hésite entre un abcès cérébral et une *méningite* il faudra se fonder sur le ralentissement du pouls pour l'abcès, l'origine aiguë, les troubles pupillaires, la température plus élevée, la constatation de polynucléaires et de microbes dans le liquide de ponction lombaire pour la méningite.

Dans certains cas on pourra avoir affaire à un *coma urémique*, à des *tubercules cérébraux*.

Souvent d'ailleurs il y aura en réalité concomitance d'abcès avec d'autres complications intra-craniennes.

Quant à la *localisation*, sauf certains cas, elle sera presque impossible ; les lésions guideront du reste généralement sur lui. On trouvera la dure-mère bombant sans battement et l'ouverture amènera l'issue du pus.

8. La MÉNINGITE peut être confondue avec les *symptômes méningés* si fréquents chez l'enfant, surtout dans l'otite aiguë et que la paracentèse fait disparaître entièrement.

La *méningite tuberculeuse* peut tromper dans les cas à évolution lente; la recherche des tubercules de la choroïde, la ponction lombaire en feront souvent justice.

La *méningite cérébro-spinale aiguë* épidémique ne pourra être soupçonnée au cours d'une otite qu'en cas d'épidémie.

TRAITEMENT. — Dans tous ces cas le traitement est avant tout *chirurgical*. Seule une intervention peut sauver le malade.

Dans la *mastoïdite aiguë*, une fois passé le début, où on peu essayer d'enrayer l'infection en ouvrant largement le tympan en nettoyant la caisse et en faisant de la réfrigération locale, il faut *trépaner* l'antre mastoïdien et les cellules mastoïdiennes infectées, et laisser largement ouvert. L'incision de Wilde qui se contente d'inciser l'abcès sous-périostique est absolument à rejeter.

Si c'est un Bezold, après trépanation on incise le phlegmon du cou au point déclive et on draine.

Dans la *mastoïdite chronique*, il faut faire un *évidement petro-mastoïdien* complet, ouvrant largement toute la mastoïde et la caisse et enlevant tout l'os nécrosé.

Dans la *mastoïde aiguë survenant dans une otorrhée chronique*, l'évidement complet est aussi nécessaire, à cause de l'étendue des lésions osseuses.

Pour les *complications intra-craniennes*, le diagnostic n'étant souvent pas précisé à l'avance, il faudra commencer par faire une trépanation mastoïdienne, puis *se laisser guider par les lésions* qui amèneront peu à peu jusqu'aux limites de l'infection.

L'*abcès extra-dural* se trahit soit pendant l'intervention par un écoulement de pus venant de la profondeur, soit après par l'absence de détente qui suivra l'intervention purement mastoïdienne. L'ouverture large du foyer et son curettage est le seul traitement possible.

Quand il y a *thrombo-sinusite* il faut : 1° ouvrir et désinfecter largement le foyer osseux; 2° lier la jugulaire interne en lieu sain et si possible réséquer la partie thrombosée s'il y en a; 3° dénuder largement le sinus pour se rendre compte de l'étendue de la thrombose; 4° ouvrir le sinus au point qui semble le plus malade (teinte jaunâtre là où il y a du pus); 5° curetter le foyer de thrombose en commençant par le bout jugulaire; 6° arrêter l'hémorragie qui se produit si on dépasse le thrombus par un bourrage de la cavité, avec des mèches aseptiques ou un peloton de catgut ébouillanté.

Les accidents généraux seront traités par une désinfection locale soigneuse et les injections d'électrargol.

Quand on soupçonne l'*abcès cérébral* au cours de la trépanation, il faut étendre la brèche au-dessus du conduit auditif, on arrive ainsi à découvrir la dure-mère dans la partie inférieure de la région temporale et à découvrir une collection située dans l'étage moyen ou dans l'étage postérieur du crâne.

Dans d'autres cas on sera conduit à la découvrir en arrière du sinus dans la fosse cérébelleuse et on arrivera sur un abcès cérébelleux.

Dans tous les cas, si on ne trouve pas l'abcès qu'on croit exister, on ponctionne au bistouri (Luc) la substance nerveuse.

Une fois l'abcès ouvert la difficulté est de drainer, un mauvais drainage entraînant la diffusion de l'encéphalite et la reprise des accidents. On pourra agrandir l'incision au thermo (Luc) et drainer soit avec un tube de caoutchouc, soit avec des mèches humides. Le pansement doit en tout cas être surveillé de près et souvent renouvelé.

Dans le cas de *méningite*, il faut opérer et opérer immédiatement, ouvrir la dure-mère et drainer au contact du foyer osseux après avoir lavé et désinfecté le plus possible.

En résumé, la règle à suivre dans le traitement de toutes ces complications est celle que Luc formule ainsi : « Suivre successivement la série des étapes sus-indiquées, en marchant à la recherche du pus et ne franchir l'une d'elles, pour passer à la suivante, que dans le cas où l'on n'y a pas trouvé le pus cherché; une fois le pus trouvé, l'évacuer et en assurer le drainage ultérieur, mais cela fait, n'aller plus loin que si, après un intervalle d'au moins vingt-quatre heures, les accidents persistent ou s'aggravent. »

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 147. — SAMEDI 25 & MARDI 28 DÉC. 1909. 82e ANNÉE. SAMEDI 25 & MARDI 28 DÉC. 1909. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 22 décembre 1909. — MM. Ramadier (Jacques), 10; Monbrun, 11; Stréhaïano, 4; Fouret, 5; Pompaneau, 12; Gassier, 11; de Barie, 8; Bodineau, 13; Bouttier, 8; Fey, 3.

Prochaine séance, mercredi 5 janvier 1910, à huit heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

Anatomie. — Séance du 23 décembre. — MM. Desaux et de Berne-Lagarde, 12; Lebas, 6; Gutmann, 13; Wiart et Lanos, 4; Desplas et Chauvet, 12; Bontemps, 4; Durand (Gustave), 8.

MM. les candidats sont prévenus que le jury de la section d'anatomie tiendra dorénavant ses séances : les lundis à cinq heures un quart, les jeudis à quatre heures et demie, les vendredis à cinq heures un quart, à la Charité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours pour deux places de médecin adjoint des hôpitaux de Bordeaux s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Petges et Denis.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale infantile s'est terminé par la nomination de M. le docteur Deladrière.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Le concours pour une place de préparateur d'histoire naturelle s'est terminé par la nomination de M. Tapon.

Le concours pour une place d'aide de physiologie s'est terminé par la nomination de M. Tresvaux du Fraval.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 23 décembre 1909 :

M. le médecin inspecteur général Chevasse, nouvellement promu, a été maintenu provisoirement dans ses fonctions de directeur de l'école du service de santé militaire. — Maintenu membre du comité technique de santé.

M. le médecin inspecteur Schneider, nouvellement nommé, a été maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du 20e corps d'armée.

M. le médecin inspecteur Landriau, nouvellement nommé, a été maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du 17e corps d'armée.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en bronze est décernée à M. le docteur Bonnard (de Bordeaux).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Lortet, doyen honoraire de la Faculté de Lyon; de MM. les docteurs Gaubert (de Paris), Targhetta (de Nice), Gargam (de Rouen).

CONFÉRENCES POUR L'INTERNAT DES ASILES DE LA SEINE par le docteur R. Benon, interne de la clinique des maladies mentales. La première conférence aura lieu le mardi 11 janvier, à quatre heure, 1, rue Cabanis.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1861.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Régimes alimentaires, par le docteur Marcel Labbé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-8 de 585 pages avec figures. — Prix : cartonné, 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Hygiène générale des villes, par Macé, Imbeaux, Bluzet et Adam. Grand in-8 de 711 pages avec figures. — Prix : broché, 12 francs; cartonné, 13 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Digestion et nutrition, par G.-H. Roger, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité. Gr. in-8 de XIV-624 pages, avec 33 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les Synthèses dans le groupe de l'indigo, par Em. Pozzi-Escot. (Collection : Les actualités scientifiques et biologiques.) In-18 de 108 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

La Théorie des ions et ses applications, par Em. Pozzi-Escot. (Collection : Les actualités scientifiques et biologiques.) Grand in-18 jésus de 94 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

ÉPILEPSIE ET DÉLIRE SANS AMNÉSIE

Par R. BENON,
Interne de la Clinique des maladies mentales, médecin-adjoint.

Travail de la Clinique des maladies mentales.
(Professeur Gilbert BALLET.)

L'épilepsie sans amnésie a fait l'objet de controverses intéressantes. MM. Hennocq (1), Régis (2), Tissié (3), Ducosté (4), Maxwell (5), etc., ont défendu énergiquement son existence dans leurs travaux et dans les congrès, cependant que d'autres auteurs, MM. Magnan (6), Voisin (7), Garnier (8), etc., considéraient l'amnésie comme le caractère fondamental de tous phénomènes comitiaux. Dans leur livre sur l'amnésie, MM. Dromard et Levassort (9) restent éclectiques. Voici une observation de troubles psychiques, aigus, hallucinatoires, post-épileptiques, non suivis d'amnésie.

OBSERVATION. — Sommaire : *Epilepsie. Convulsions dans l'enfance. Deux crises convulsives, l'une à dix-sept et l'autre à vingt-trois ans. Crises convulsives et absences fréquentes, à partir de vingt-six ans. Après certaines crises, état délirant aigu, hallucinatoire, illusionnel, sans confusion; cet état aigu terminé, il n'y a pas d'amnésie de reproduction, portant sur la période délirante.*

Le dernier accès hallucinatoire, qui a duré sept jours, a été précédé de trois crises convulsives, de nombreuses absences, et pendant deux jours la malade est restée assoupie, se plaignant de la tête. Comme les autres, quoique plus long, il n'a pas été suivi d'amnésie.

Mlle S..., vingt-neuf ans, originaire du Cantal, sans profession, vient en juin 1909 à la consultation du professeur Gilbert Ballet, à l'Asile clinique.

Antécédents héréditaires. — Son père, ancien cantonnier retraité, âgé actuellement de cinquante-sept ans, est un artério-scléreux, emphysémateux, alcoolique chronique. Sa mère, morte à cinquante-cinq ans d'une pneumonie, a eu quatre filles. L'aînée, âgée de trente-trois ans, a été atteinte, de vingt à vingt-deux ans, de tuberculose pulmonaire et considérée comme incurable ; cependant, elle a guéri, et, mariée à vingt-trois ans, elle a eu deux enfants : l'un est mort jeune de gastro-entérite; l'autre, chétif, est bien portant. La seconde est morte, à Paris, à trente ans, de tuberculose pulmonaire. La troisième est la malade. La quatrième est bien portante.

Il n'y aurait pas de maladies mentales ni nerveuses dans la famille.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein, à neuf mois la malade a eu de la fièvre et des *convulsions* : elle a présenté neuf crises convulsives dans une seule nuit. A la suite de cette encéphalite, elle est restée plus faible du côté gauche ; quand elle a commencé à marcher, à dix-huit mois, elle a boité durant quelques années. Du reste, vers la fin de sa deuxième année, elle a offert une autre crise convulsive, nocturne, avec émission de matières fécales.

Elle n'a plus eu de crises dans sa jeunesse.

Réglée à seize ans seulement, elle a été atteinte d'*anémie* avant et après l'apparition de la menstruation. Puis, elle est restée quatre à cinq ans sans voir ses règles. Elle était toujours fatiguée, ne jouait pas, était essoufflée au moindre mouvement.

Célibataire, elle est venue à Paris, avec quelques membres de sa famille, vers l'âge de vingt-deux ans ; par intervalles, elle retournait se reposer au pays (Cantal).

A l'école, la malade a peu travaillé; elle apprenait avec difficulté et n'a pu avoir son certificat d'études. Elle avait mauvais caractère; très coléreuse, elle « devenait toute noire » si on la contrariait; elle criait, trépignait, refusait de manger. Elle était aussi très susceptible, jalouse, méfiante, ombrageuse.

Plutôt prétentieuse, elle aurait voulu qu'on dise d'elle qu'elle était au travail la plus adroite, la plus habile, la plus intelligente.

Elle a toujours été peureuse : l'orage, un chien qui aboyait, un bruit quelconque inhabituel, la plongeait dans la terreur. La nuit, étant jeune, elle avait parfois des cauchemars, appelait sa mère. Il lui est arrivé une fois de se lever et de descendre de son lit : elle n'en garda aucun souvenir. Très émotive, elle avait une sensation de constriction à l'épigastre au moindre événement : pour ne citer qu'un exemple, la vue d'un enterrement la bouleversait : « Ça me serrait à l'estomac, dit-elle, çà me portait au cœur ; je me mettais à pleurer ; je ne pouvais pas manger. »

Histoire de la maladie. — Les premières crises convulsives de la malade datent de son enfance, à neuf mois et vers la fin de sa deuxième année. A dix-sept ans, en 1897, très anémique, elle eut une crise épileptique; elle s'est mordue la langue et a uriné au lit. A cette époque, la mort d'une petite nièce, un mois environ avant la crise, l'avait rendue triste : elle pleurait, ne causait plus, ne mangeait plus.

A vingt-trois ou vingt-quatre ans, en 1903 ou 1904, elle est restée, durant quelques jours, mal en train, fatiguée ; depuis, la famille a supposé qu'elle avait eu des crises convulsives nocturnes.

En juin 1906, à vingt-six ans, elle présente une crise comitiale typique : chute brusque avec cri, convulsions toniques, puis cloniques, émission d'urines, morsure de la langue, perte complète de connaissance durant deux heures, amnésie, etc.

A l'origine de cette crise, il y eut une émotion violente; on lui avait annoncé que le médecin avait dit de sa sœur, très malade, qu'elle allait mourir.

Après sa crise, revenue à elle, elle se débat, pousse des cris aigus, insulte les gens qui l'entourent, essaie de les mordre. Cet état d'excitation dure de quatre heures du soir à sept heures. Alors elle se calme, s'endort, et le lendemain tout a disparu. Elle se *rappelle* bien son agitation, les cris qu'elle a poussés, les insultes qu'elle a proférées, ses tentatives de morsure, etc.

En juillet 1906, elle a eu une nouvelle crise épileptique nocturne, mais non suivie d'agitation délirante. Depuis cette époque, elle présente tous les mois des absences. débutant d'après la malade par des contractions à la gorge; elle ne tombe pas; on remarque que ses yeux se révulsent en haut et en dehors; la crise durerait deux à trois minutes (?).

En décembre 1907, elle offre une crise comitiale, suivie d'une période d'excitation, au cours de laquelle elle manifeste — elle s'en souvient — une vive animosité contre son père. Puis elle entre dans un état d'hébétude, de somnolence.

---

(1) HENNOCQ. *De l'épilepsie avec conscience*, Th. de Lille, 1894.
(2) RÉGIS. *Congrès des aliénistes et des neurologistes de Bordeaux*, 1895, p. 245.
(3) TISSIÉ. *Idem*, p. 240.
(4) DUCOSTÉ. *L'épilepsie consciente et mnésique*, Th. de Bordeaux, 1899.
(5) MAXWELL. *L'amnésie et les troubles de la conscience*, Th. de Bordeaux, 1903.
(6) MAGNAN. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, recueillies par Briand, Legrain, Journiac, Sérieux, 2e édit., 1893 ; 1re partie 2e et 5e leçons.
(7) VOISIN. *Congrès des aliénistes et des neurologistes de Bordeaux*, 1895, p. 196.
(8) GARNIER. *Idem*, p. 235 et 246.
(9) DROMARD et LEVASSORT. *L'amnésie au point de vue séméiologique et médico-légal*, Alcan, 1907, p. 50.

5 mars 1908, elle a une nouvelle crise et reste deux heures sans connaissance. Revenue à elle, elle s'agite, et cette fois elle en veut particulièrement à sa sœur : elle voyait des gens qui parlaient de la tuer, et elle les injuriait. Elle en a gardé le souvenir.

En août 1908, à la campagne, elle a des crises nocturnes d'agitation délirante mnésique.

Au mois de décembre 1908, les crises, qui durent trois nuits, sont suivies d'une période d'excitation qui dure six jours : elle a peur qu'on lui fasse du mal, elle crie, elle menace, etc. ; elle se rappelle ses actes et paroles.

En mai-juin 1909, nouveaux accidents, les voici dans leurs détails. Ils débutèrent dans la journée du 26 mai 1909 : vers midi, la malade présenta du mâchonnement, puis des phénomènes hallucinatoires. Il lui semblait que « des comédiens faisaient du bruit autour d'elle..., que des pigeons (?) lui parlaient dans la tête ». Elle ne peut s'expliquer à ce sujet et dit que « ça lui résonnait à l'intérieur du crâne ».

Le 27 mai, le soir, en se déshabillant, avec sa sœur, elle se met à pâlir, mâchonner, les yeux hagards. Sa sœur lui demande si elle se trouve mal, elle répond : « Ne dis rien, papa entendrait (?). » Elle s'endort, et à minuit, elle a une *crise* comitiale. Au réveil, voyant son père, près de son lit, elle lui demande spontanément si elle a été malade.

Le 28 mai, elle va travailler, le matin, comme d'ordinaire : elle fait un ménage dans son quartier. Revenue chez elle, vers trois heures de l'après-midi, elle a dû avoir une *crise*, étant seule, car son père l'a trouvée étendue par terre. Fatiguée, elle a refusé de sortir, elle a dîné sans appétit. La nuit, à quatre heures du matin, elle a une *crise* convulsive.

Le 29 mai, elle reste alitée et n'a pas de crises.

Le 30 et le 31, elle a de courtes *absences* avec du mâchonnement.

Le 1er et le 2 juin, elle ne cesse de se plaindre : « Je deviendrai folle..., j'ai mal à la tête..., j'ai la tête « bête »..., ah! que je suis « bête »! » Assoupie, en général elle ne causait que si on lui posait des questions. Elle ne mangeait que si on la priait.

Le 3 juin, elle sort se promener avec son père. Assise avec lui sur un banc, elle crie tout à coup : « Papa ! regardez donc la Marie du pays... » et elle appelle : « Marie ! Marie ! » Elle croyait voir une personne connue. — Peu à peu elle se calme, puis, tout à coup, elle dit d'une femme assise près d'elle : « Regardez donc, papa, comme elle a des poux ! » et elle se sauve. C'était faux, dit le père. Au retour, devant la loge du concierge, elle a lancé à quelqu'un une grossièreté.

Le soir, elle accusait de la céphalée, de la fatigue; elle était pâle. Au moment de se coucher, en se déshabillant, vers neuf heures un quart, soudain, elle se retourne les yeux hagards et dit : « *Ah ! j'ai peur !* j'ai peur ! » Son regard, fixe, était dirigé du côté d'un Christ. Elle ne cesse d'appeler sa sœur : « Marguerite ! Marguerite ! — Qu'y a-t-il? — J'ai peur ! j'ai peur ! » Elle ne s'explique pas davantage, malgré des questions répétées. Elle a dit plus tard qu'elle avait vu le diable. Cet état dure deux à trois heures et elle s'endort.

Le 4, à son réveil, elle se met à se lamenter, à pleurer : « Ah ! que je suis malheureuse ! Quelles saletés vous m'avez faites pour me mettre dans cet état-là ! Ces médecins me feront mourir avec leurs médicaments ! Vous m'en faites voir, oui !... Vous voulez donc vous débarrasser de moi ?... C'est toujours à moi qu'on en veut !... Tout le monde me fait des misères... Ma mère me l'avait bien dit que j' « en » verrai, quand elle n'y serait plus ! On m'a ensorcelée avec ces drogues. » Dans la journée, elle continue à verser des larmes en gémissant. Elle ne dit pas qu'elle a peur. Mais, par intervalles, au moindre bruit — une voiture qui passe, un voisin qui parle — elle sursautait, craintive.

La nuit, elle ne dort pas : agitée, anxieuse, ses yeux étaient largement ouverts. Tout à coup, elle sautait, s'excitait, appelait son père « soixante-dix » — parce qu'il a participé à la guerre de 1870 sans doute, — sa sœur « la sainte Vierge » (elle a été religieuse), etc.

Le 5 juin, même état. Elle *reconnaît* le médecin qui vient la visiter. Il veut la piquer à la morphine; elle s'agite, crie, hurle, *mord* ceux qui la maintiennent et demande l'hôpital : « L'Hôtel-Dieu ! l'Hôtel-Dieu ! » Elle reconnaît aussi des cousins qui viennent la voir, mais elle refuse de les approcher et s'excite, s'ils avancent. Comme sa sœur leur causait à voix basse, elle leur crie : « Ne l'écoutez pas, ne croyez pas ce qu'elle dit. » Dans l'après-midi, elle entend dire que son père devrait aller se coucher; elle proteste et réclame vivement son père. En somme, quoique anxieuse et hallucinée, elle reste *attentive* aux événements qui se déroulent autour d'elle.

La nuit, elle fut un peu moins anxieuse, mais elle resta longtemps assise dans son lit ; elle ne reposa que quelques heures.

Quand elle se réveillait, elle disait à deux hommes qui la gardaient : « Tiens, vous voilà ! — Vous nous reconnaissez ? — Je vous crois que je vous reconnais ! »

Le 6 juin, les pleurs, les lamentations et les craintes persistent. La nuit, très excitée, elle ne dort pas.

Le 7 juin, elle entre à l'Asile clinique. A ce moment, elle est dans un état d'agitation anxieuse, avec idées délirantes et hallucinations.

Etat actuel, 7 juin. La malade, les cheveux sur les épaules, est sans cesse en mouvement; elle va, vient, se dissimule, a peur, est angoissée ; elle pousse par intervalles des cris de terreur. Elle profère des paroles qui expliquent son état : « Je le vois... là... là... du feu... Par toute la maison il y a des éclairs... J'ai vu un homme... J'ai vu l'échafaud aussi... on va me faire du mal... Aïe... aïe... ça me brûle... voilà du feu... on me fait du feu... ça descend dans le cou... hier déjà on m'a brûlée, dans une chambre... Mes yeux enflent. » Elle se déshabille et se met nue dans sa chambre : « Aïe... aïe... ça brûle. » Elle prend sa chemise du bout des doigts et dit qu'elle la brûle aussi.

La malade ne se laisse pas approcher : elle reconnaît le médecin et elle sait où elle est.

L'état physique général est précaire; la langue est rôtie.

8 et 9 juin. La malade présente la même agitation anxieuse, avec les mêmes idées délirantes, les mêmes hallucinations de la vue et de la sensibilité générale. Les hallucinations de l'ouïe paraissent exister aussi; mais elles sont difficiles à saisir et en tout cas beaucoup moins intenses et nombreuses que les autres.

10 juin. Ce matin, la malade est calme ; elle a bien dormi ; elle explique qu'on a voulu la brûler, mais, grâce au médecin, elle a été sauvée. Quelques infirmières l'ont frappée, mais elle ne dira pas qui c'est, « parce qu'il vaut mieux ne rien dire ».

13 juin. L'amélioration se confirme. La malade peut raconter son délire et elle parle exactement des endroits où on l'a conduite, ce qui indique bien qu'elle n'était pas désorientée dans le temps ni dans l'espace et qu'elle n'avait pas d'amnésie de fixation. Ainsi elle dit, lorsqu'on l'amène à l'amphithéâtre : « Je reconnais l'endroit, je me souviens d'être venue ici. Il y avait beaucoup de monde. J'avais peur. Je sais que je me suis mise nue. J'avais peur qu'on me coupe la tête. Je voyais du feu. Il me semble que j'entendais des personnes qui disaient : « On en viendra à bout. Ça sentait le soufre, etc. » On le voit, la malade était très richement hallucinée. Elle se souvient aussi qu'elle a mordu des personnes qui la maintenaient.

28 juin. Même état : S... se rappelle parfaitement son agitation, ses peurs, sa maladie. Elle peut être mise en liberté, guérie de son accès délirant.

La malade S..., qui a des crises convulsives comitiales, présente donc, après certaines de ces crises, des phénomènes délirants aigus, avec troubles psycho-sensoriels, non confusionnels et non amnésiques. Le dernier accès, de beaucoup le plus long, qui a duré sept jours, a été précédé de trois crises convulsives et d'absences classiques avec perte de souvenir.

A la suite de ces accidents comitiaux, la malade s'est plainte de maux de tête, de fatigue et enfin les troubles illusionnels, hallucinatoires, délirants, anxieux sont apparus et ils n'ont pas été suivis de troubles de la mémoire.

Une particularité de cet état délirant était que la malade, durant son agitation anxieuse, n'offrait ni désorientation dans le temps, ni désorientation dans l'espace, ni confusion. Elle savait où elle était, comment elle vivait; elle reconnaissait son entourage et les personnes qui la visitaient. Elle était attentive à ce qui se passait, faisait même des réflexions sur ce qui se déroulait ou se disait autour d'elle. Ce sont là les points les plus intéressants de notre observation, car ils témoignent de la conscience du sujet dans sa période anxieuse délirante.

Doit-on rapporter cet état aigu psychopathique à l'épilepsie?

Notre malade n'est pas une alcoolique chronique : elle n'en offre, du reste, aucuns stigmates. En revanche, son état délirant se rapproche beaucoup, cliniquement, de certains accidents subaigus d'origine éthylique.

La malade S... est une prédisposée. Elle a toujours été coléreuse, susceptible, jalouse, méfiante, plutôt prétentieuse. Très peureuse, elle a eu souvent des cauchemars. D'une grande émotivité, elle présentait, à la moindre contrariété, des phénomènes réflexes périphériques très intenses.

On peut se demander, dès lors, si les troubles délirants psycho-sensoriels qu'elle a manifestés après ses crises ne sont pas des épisodes aigus liés à son état constitutionnel. On pourrait ajouter encore que, pour les rapporter à l'épilepsie d'une manière catégorique, il aurait fallu des éléments confusionnels dans l'état morbide de notre malade.

Quoi qu'il en soit, les liens qui rattachent ici ces troubles aux attaques d'épilepsie sont indiscutables. Si ces troubles sont dans la maladie un simple épiphénomène, leur connaissance conserve, à cause de leur particularité (l'absence d'anémie), une grande importance, tant au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1909)

M. BARCAT présente deux cas d'**épithéliomas** remarquables par leurs grandes dimensions et dont la guérison a été obtenue par le radium. L'un d'eux, saillant au-dessus des téguments, a été traité par la méthode du rayonnement global; l'autre qui infiltrait la totalité du pavillon de l'oreille et dans lequel il importait de ménager les parties saines perdues dans la tumeur a été traité par le rayonnement ultra-pénétrant de Dominici, méthode grâce à laquelle l'oreille a repris une forme et des dimensions normales sans aucune altération des téguments ni perte de substance.

Exfoliation totale de l'épithélium urétral chez un blennophobe. — MM. Lucien JACQUET et LEBAR. Il n'existe pas, croient-ils, dans la littérature médicale de fait comparable à celui-ci : l'expulsion complète par la miction des membranes rubanées que voici, et qui ne sont autre chose que le moule épithélial complet de l'urètre. Ce tube membraneux, de 18 centimètres de long, répond exactement aux dimensions, au calibre et à la forme de l'urètre.

Histologiquement, c'est une membrane formée de cellules épithéliales en mosaïque. Enfin, le malade a rendu devant eux des fragments d'environ 9 ou 10 centimètres. Ces expulsions membraneuses se produisent depuis deux mois.

Cet homme, il y a sept ans, rendait déjà de minces pellicules membraneuses, et fut étudié par le docteur Géraud, qui constata dans la portion périnéale de l'urètre de petits placards où M. Abrami reconnut la présence d'un bacille diphtéritique. Aussi ces auteurs soupçonnèrent dans cette affection, alors à son début, une urétrite pseudo-membraneuse probablement diphtéritique, et instituèrent des pansements et des injections sous-cutanées de sérum de Roux, d'ailleurs sans le moindre résultat.

Or, il s'agit d'un malade qui, depuis vingt ans, époque où il contracta la chaudepisse, graduellement hanté par la blennophobie, n'a pas cessé un seul jour de se traiter, et a soumis son urètre à l'agression de tout ce qui existe, peut-on dire, dans la thérapeutique médicale et extra-médicale de la blennorragie.

En somme, exagération pure et simple, mais monstrueuse, de la desquamation urétrale normale, qui se renforce dans l'urétrite aiguë et chronique, et qui chez ce malade, est arrivée à la perfection et à l'absolu, au point de lui faire éliminer le moule de son urètre : le malade pisse littéralement son épithélium urétral au complet.

La tuberculo-réaction en médecine mentale. — MM. A. MARIE (de Villejuif) et BEAUSSART. Le docteur Marie a présenté l'an dernier à la Société, le résultat de ses recherches sur les aliénés tuberculeux, par la cuti, la sous-cuti et l'ophtalmo-réaction.

Parallèlement les auteurs ont cette fois expérimenté la séro-agglutination et la réaction de déviation du complément (procédé de Marmoreck) dans le but d'éclairer l'étiologie de certains états psychopatiques. Dans le tableau suivant, ils ont relaté les résultats positifs obtenus :

	Cuti-réaction.	Ophtalmo-réation.	Séro-agglutination.	DÉV. DU COMP. Sérum.	DÉV. DU COMP. Liquide.	Lymphocytose.
10 Mélancoliques	6	7	6	2		
5 Excités, persécutés	3	3	4	0		
4 Méningites tuberculeuses			4	4	3	4
2 P. G. à réaction de Wassermann négative			2	0	0	2
5 P. G. à réaction de Wassermann positive			1	0	0	5
10 Déments précoces			4	2	0	0
10 Idiots et imbéciles			2	1	0	0

Etant donné que l'ophtalmo, la cuti-réaction et la séro-agglutination donnent des résultats positifs avec la moindre lésion tuberculeuse, les auteurs signalent que d'une réaction sérique positive on ne peut tirer que cette conclusion que l'affection mentale se développe sur un fond tuberculeux sans

pouvoir affirmer qu'il existe entre les deux un rapport de cause à effet. Etant donné d'autre part que la séro-agglutination est négative la plupart du temps dans les tuberculoses graves, qu'avec la méthode de déviation du complément les résultats positifs ne croissent pas parallèlement avec l'intensité de l'intoxication tuberculeuse et que la production des anticorps subit des changements brusques, on ne peut appliquer la séro-réaction à l'étude de certains cas de confusion mentale aiguë.

La séro-réaction qui a fourni aux expérimentateurs des résultats positifs avec le liquide céphalo-rachidien des méningites tuberculeuses, a été muette en ce qui concerne des cas de P. G., où la syphilis était ou n'était pas décelée par la réaction de Wassermann. Les mêmes résultats négatifs ont été constatés dans la démence précoce, l'idiotie. La tuberculose ou n'était pas en cause dans l'étiologie de ces affections, ou bien les anticorps bacillaires étaient disparus ou n'étaient pas décelables.

Névralgies sciatiques traitées par les injections épidurales anesthésiques (méthode Sicard), avec la cocaïne à doses élevées et répétées. Résultats heureux dans des cas chroniques rebelles. — MM. G. Caussade et Pierre Queste attirent de nouveau l'attention sur cette méthode qui devrait être une méthode de choix et non d'exception. Aux cas déjà publiés (thèses de Brocard, Paris, 1901 et de Lacombe, 1902) ils ajoutent des observations concernant des cas suraigus, paroxystiques et rebelles, invétérés chroniques qui ont guéri parfois *très rapidement* ou même *immédiatement* par cette méthode en pratiquant une seule injection de 1 à 2 grammes de cocaïne. Mais en général surtout dans les cas chroniques, les doses doivent être répétées à intervalle de trois, quatre ou cinq jours ou même d'une semaime. Les auteurs insistent sur ce fait qu'il faut prendre pour guide de sa posologie la douleur et qu'il ne faut pas craindre d'injecter 6 ou 8 centigrammes de cocaïne ou de stovaïne en une seule fois.

Dans les névralgies sciatiques dites « rhumatismales » a frigore ou diathésiques, la guérison est *radicale*, curative et non pas seulement palliative comme dans les formes qui paraissent symptomatiques d'une manière plus évidente : syphilis, paludisme ou par compression. Parfois il y a un reliquat, les points inférieurs de Valleix (péronéo-tibial ou rétro-malléolaire) persistent. Dans ce cas il n'est pas nécessaire de renouveler les doses, ce reliquat disparaît après quelques semaines de traitement. Ce fait s'explique par la manière dont disparaît la douleur, c'est-à-dire que la douleur rétrocède de la racine de la cuisse vers l'extrémité inférieure de la jambe.

Les auteurs, même en se servant de doses élevées, n'ont constaté qu'une seule fois, sur plus de trente malades traités, un certain degré d'intoxication, d'ailleurs sans aucune gravité.

Erratum. — Dans la dernière séance, M. Milian a présenté une malade atteinte de manifestations syphilitiques multiples, traitée et guérie par l'hectine et non l'ectyl, ainsi que nous l'a fait dire une coquille typographique.

SOCIÉTÉS DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

(Première réunion annuelle.)

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE (MATIN)

CONSACRÉE A L'ÉTUDE DU ROLE DE L'ÉMOTION DANS LES ACCIDENTS NEUROPATIQUES ET PSYCHOPATIQUES]

Les deux Sociétés avaient désigné quatre rapporteurs, chargés d'élaborer un questionnaire qui servît de guide au débat : M. Janet, chargé de poser les problèmes physiologiques, attire l'attention sur trois points : 1° désignation de l'émotion; 2° analyse des symptômes considérés comme émotionnels; 3° évolution et transformations de l'émotion, l'émotivité. Ce qui intéresse le médecin, c'est l'émotion dépressive, l'émotion-choc. Il y a, dit-il, « des circonstances auxquelles l'individu n'est pas adapté par son organisation antérieure et auxquelles, pour une raison quelconque, il n'est pas capable de s'adapter actuellement, quoiqu'il perçoive ces circonstances et qu'il sente la nécessité de réagir. Dans ces cas, on observe, à la place de la réaction utile, un ensemble de troubles dans toutes les fonctions de l'organisme, et c'est cet ensemble de troubles survenant dans ces conditions que je propose de désigner par le mot émotion. » Les symptômes considérés comme émotionnels consistent en modifications des sentiments, en agitations ou dépressions intellectuelles, viscérales des fonctions motrices et particulièrement de l'action. L'état maladif commence quand les émotions ont une durée ou une intensité exagérées, ou se répètent trop fréquemment. L'émotion dépend surtout des efforts insuffisants d'adaptation du sujet. Plus l'individu a une volonté d'adaptation faible, quelle que soit la cause qui ait déterminé cet affaiblissement, plus il se trouve fréquemment en présence de circonstances difficiles pour lui ; il finit par se contrarier de tout, c'est-à-dire qu'il ne s'adapte plus à rien, qu'il a des efforts impuissants et de la dérivation à propos de tout. L'émotivité n'est que « la tendance à remplacer les opérations supérieures d'adaptation devenues impossibles par l'exagération des opérations inférieures, et surtout par de grossières agitations viscérales ». L'auteur rappelle, en outre, les théories de l'émotion et ajoute quelques mots sur sa localisation dans le temps et sur les fonctions.

M. Bonnier estime qu'il faudrait distinguer l'état psychique et la représentation que nous nous en faisons, et que, les troubles accusés par le sujet étant dus à une véritable « panne » du fonctionnement nerveux, il faudrait rechercher ce que le sujet a perdu, au moment de cet arrêt. — M. Vogt (de Berlin) pense qu'il faut distinguer l'inhibition produite par l'émotion, capable de guérison brusque, et celle de l'épuisement, qui, comme sa cause, ne peut disparaître que progressivement. — M. Dumas conteste que l'émotion soit une désadaptation : le sujet réagit, dans la colère, la réaction est même supérieure à l'émotion. M. Janet répond que l'émotion est conditionnée par une réaction insuffisante; lorsque le sujet peut réagir, elle cesse. Quant à la colère, elle ne représente pas une réaction supérieure ; le sujet se défendrait bien mieux s'il n'était pas en colère. — M. Ballet distingue l'émotion-choc et l'émotion de tendance, résultant de l'état cénesthésique produit par la satisfaction ou la non-satisfaction. — Les premières sont surtout importantes pour le médecin, déclare M. Babinski. — M. Déjerine, au contraire, estime qu'on ne peut séparer les deux sortes ; chez les neurasthéniques, il s'agit souvent d'émotions de tendances.

M. Hallion, chargé d'étudier les problèmes physiologiques, avait posé les trois questions suivantes : 1° La qualité de l'émotion, indépendamment de son intensité, a-t-elle une influence déterminante sur les troubles morbides consécutifs ? — 2° Les émotions que le sujet dissimule par un effort de volonté ont-elles des conséquences particulièrement graves? — 3° Existe-t-il des faits pathologiques tendant à montrer qu'en dehors de leurs effets mécaniques (hémorragie cérébrale), les troubles circulatoires d'origine émotionnelle peuvent à eux seuls engendrer des affections nerveuses? — Il est décidé que ces questions ne seront pas discutées à part, mais lorsqu'elles se poseront d'elles-mêmes, au cours de la discussion.

On aborde alors la discussion des questions de neurologie posées par M. Claude, le troisième rapporteur. La première est ainsi conçue : « Le mode d'action des émotions est subordonné à l'état d'émotivité du sujet. L'émotivité, étant considérée comme la manière de percevoir et d'exprimer les émotions, peut être troublée sous l'influence d'une disposition héréditaire ou acquise. La répétition des émotions modifie ainsi notablement l'émotivité. Doit-on donc admettre qu'il

existe toujours à l'origine des états névropathiques un trouble de l'émotivité plus ou moins latent, qui est la condition nécessaire pour que l'émotion puisse provoquer les symptômes névropathiques? » — Les avis une fois exprimés sur cette question, le président, M. BALLET, qui s'efforce de dégager, pour chaque point en cause, les résultats de la discussion, ne peut ici constater que des divergences : deux camps se trouvent en effet en présence. Les uns répondent par l'affirmative et pensent que l'émotion n'est suffisante que chez les prédisposés : telle est l'opinion de M. DÉJERINE, qui l'étend même aux névroses traumatiques. — M. SOLLIER émet un avis analogue, et oppose la fixation persistante d'une idée des hystériques aux oscillations perpétuelles entre l'état normal et pathologique des neurasthéniques : la différence de terrain explique les formes de l'émotivité. — MM. DUPRÉ et CLAUDE croient à la nécessité d'une prédisposition, et le dernier distingue la prédisposition héréditaire et l'acquise, celle-ci due au genre de vie, etc.

Au contraire des orateurs précédents, M. BABINSKI pense que, dans les émotivités tardives, dont M. DÉJERINE dit qu'il s'agit d'une manifestation tardive de la prédisposition, l'existence de celle-ci ne peut être démontrée. — M. DUPRÉ fait remarquer que, bien souvent, on ne peut rechercher la prédisposition avant l'état maladif, chez les aliénés, par exemple. On ne juge fréquemment de son existence que par ses effets. — M. JANET dit que, ce qu'il faudrait, c'est pouvoir déterminer chez un homme bien portant la direction des réactions émotives, ce que nous ne pouvons faire. — M. DÉJERINE, au contraire, a pu plusieurs fois prédire, d'après leurs tendances actuelles, quel serait plus tard l'avenir névropathique de sujets qu'il connaissait bien. — M. ROUBINOWITCH corrobore cette assertion en disant que, chez le même sujet, les réactions morbides sont toujours les mêmes, à propos des émotions, et rappelle l'exemple célèbre du maréchal de Turenne, luttant sans succès contre le tremblement qui le saisissait, malgré son courage, à chaque bataille. — M. BONNIER dit que les membres d'une même famille n'ont pas les mêmes tendances morbides, qu'on peut faire changer ces tendances, et rappelle qu'il a pu, par une simple cautérisation du trijumeau nasal, faire disparaître des états névropathiques anciens. Il estime que les états émotifs peuvent être créés par le surmenage de certains centres, l'ébranlement qui s'y produit devient chronique. — Pour M. BALLET, il convient de distinguer deux éléments : la prédisposition et l'intensité de l'émotion. Lorsque celle-ci est suffisante, elle peut se passer de la prédisposition; c'est ce qui arrive pour certaines névroses traumatiques. — M. DUPRÉ demande pourquoi, alors, deux sujets ne réagissent pas identiquement à la même cause? — M. CROCQ (de Bruxelles), qui partage l'avis de M. Ballet, explique la réaction différente par diverses conditions, l'état de fatigue, par exemple.

La deuxième question de M. CLAUDE est celle-ci : « L'émotion ne paraît pas créer l'état épileptique, qui est la conséquence d'altérations organiques ou de modifications humorales; mais elle est souvent notée comme la cause provocatrice des accès convulsifs ou des équivalents et se retrouve parfois, à l'origine du premier accident comitial, au même titre que les fatigues, les intoxications, etc. »

Ici encore, deux opinions se heurtent l'une à l'autre : M. DÉJERINE connaît quatre ou cinq cas, dans lesquels la première crise a succédé à une émotion. — M. JANET cite les faits suivants : un somnambule reçoit, en pleine crise de somnambulisme, un pot d'eau par la figure; il se réveille et, immédiatement, fait sa première crise d'épilepsie : c'est maintenant un épileptique banal, sans somnambulisme. Une hystérique, après une morsure soignée à l'Institut Pasteur, revient avec des crises épileptiques, mais sans manifestations hystériques. — M. CLAUDE, quoique convaincu de la nature organique de l'épilepsie, croit à l'origine émotive possible de la première crise. — Au contraire, M. ROUBINOWITCH rappelle qu'une enquête sur un grand nombre d'épileptiques l'a amené à des conclusions défavorables à l'émotion, qui ne se trouve comme cause immédiate que très rarement, et encore faut-il se méfier; deux fois il a pu reconnaître que l'émotion indiquée par la famille était, en réalité, postérieure à la première crise. — M. DUFOUR insiste sur la fréquence de convulsions infantiles chez les épileptiques : elles se produisent souvent lorsque l'enfant est en nourrice, et peuvent alors être ignorées. — M. DÉJERINE répond que bien des enfants ayant eu des convulsions n'ont pas d'épilepsie plus tard. — M. SOUQUES a vu des cas analogues à ceux dont parle M. Janet et croit qu'alors il y a coexistence d'hystérie et d'épilepsie : l'émotion guérit l'hystérie, l'épilepsie seule persiste. M. Crocq est du même avis.

La troisième question posée par le rapporteur soulève un débat des plus vifs; voici cette question : « L'émotion ne crée pas l'hystérie, mais peut provoquer la manifestation hystérique chez un sujet dont l'émotivité était préalablement troublée. Si l'on admet qu'un des caractères particuliers de l'état hystérique consiste dans la faculté d'isoler, amplifier et fixer à un degré excessif certaines sensations, certaines images, on comprend que l'hystérie puisse présenter d'une façon intense et prolongée les diverses expressions de l'émotion. En tout cas, il ne paraît pas douteux que certains accidents, rangés d'une façon unanime dans le cadre de l'hystérie, tels que crises convulsives, paralysies, contractures, puissent être produits par une émotion, en dehors de toute suggestion. »

L'origine émotive de la crise est d'abord soumise à la discussion. — M. DÉJERINE croit que la peur, à elle seule, peut déterminer la première crise, et connaît trois faits dans lesquels il pense qu'il n'y a pas eu suggestion. — M. RAYMOND partage cette opinion : il cite un malade qui, assistant à la leçon faite sur son cas, avait, en écoutant son histoire, tous les phénomènes prémonitoires d'une crise, et deux autres cas où le viol fut la cause des crises. — M. CLAUDE a observé une jeune fille qui, à la suite d'une discussion, eut une crise et présenta pendant quarante-huit heures de l'analgésie et des modifications des réflexes, puis tout rentra dans l'ordre. Il pense que l'émotion peut être la cause déterminante de certaines crises. — M. SOLLIER est de cet avis : la première crise peut être une syncope émotive, et les convulsions qui suivent, une réaction nerveuse. Les causes qui augmentent l'émotivité, l'approche des règles, les perturbations atmosphériques, augmentent aussi le nombre et l'intensité des crises. — M. BABINSKI, lui, pense que l'émotion peut augmenter la suggestibilité, déterminer certains phénomènes, tels que constriction de la gorge, tremblement, inhibition générale, mais non provoquer la grande crise de toutes pièces : la crise est affaire d'imitation, de suggestion; les grandes crises de l'hystérie cultivée ont disparu depuis que leur culture médicale a cessé; d'autre part, on ne peut jamais éliminer sûrement la suggestion : témoin un enfant atteint de crises et dont la mère affirmait qu'il ne pouvait y avoir suggestion d'imitation; or, l'enfant reproduisait les crises de la mère elle-même, à son insu. — M. JANET admet que l'émotion est la cause initiale, puis d'autres facteurs entrent en jeu pour déterminer la forme des réactions : associations d'idées, suggestion, imitation. Il cite le cas d'une jeune fille, surmenée par la préparation d'un examen : refusée, elle sort et se met à réciter son examen pendant quarante-huit heures de suite, puis guérit. — M. THOMAS demande si l'on peut appeler hystérique la crise nerveuse développée sous l'influence de l'émotion? — Non, répond M. BABINSKI, pour qu'on puisse lui donner ce nom, il faut qu'apparaissent certains caractères que l'on peut reproduire par suggestion,

tandis qu'on n'est pas maître des réactions émotives. — M. Dupré estime que la suggestion ne peut se développer que sur le terrain émotif.

DEUXIÈME SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE (SOIR)

La question des paralysies et contractures est maintenant abordée, et différents orateurs apportent des faits qu'ils interprètent comme d'origine émotive. M. Déjerine : une femme, voulant gifler son mari, reste contracturée dans cette position, avec anesthésie en manchette; un enfant, ayant vu son chien écrasé par un train, tombe, frappé d'astasie-aphasie; une jeune fille est atteinte de contracture des adducteurs, à l'occasion d'une tentative de viol. — M. Crocq : une femme voit une locomotive arriver à toute allure et s'arrêter juste contre le compartiment de chemin de fer où elle était assise : elle est atteinte de paralysie flasque, avec anesthésie complète. — M. Sollier : une femme heurte légèrement du genou une malle dans l'obscurité; le lendemain, elle avait une contracture. Un homme tombe d'un train et se relève sans mal, mais se trouve devant un autre train qu'il n'évite que par un bond en arrière : il est frappé de paraplégie. — M. Claude : en fuyant un galant trop entreprenant, une bonne campagnarde est prise de contracture du pied. — M. Ballet : une femme bien équilibrée est attaquée par un cambrioleur qui lui passe un lien autour du cou; elle fait une hémiplégie avec anesthésie sensitivo-sensorielle. — Même dans de semblables cas, réplique M. Babinski, on ne peut garantir l'absence de suggestion : une jeune fille fait une paraplégie en marchant sur un plot, mais elle avoue s'être rappelée à ce moment avoir entendu dire, auparavant, que les étincelles jaillies des plots pouvaient donner des paralysies; un enfant convalescent d'une pneumonie a une paraplégie avec anesthésie, mais, au premier essai de lever, il était tombé et le médecin avait parlé de myélite, puis le père, en explorant lui-même la sensibilité, avait créé l'anesthésie.

Puis la discussion s'attache, après avoir ainsi envisagé le rôle de l'émotion dans l'hystérie, à préciser celui de la suggestion. — L'idée, à elle seule, se demande M. Janet, est-elle suffisante pour créer des phénomènes pathologiques? Sur 817 hystériques qu'il a étudiées, 330 seulement étaient suggestibles, et encore dans une certaine mesure seulement : s'il est facile de reproduire une manifestation déjà éprouvée par le sujet, il est extrêmement difficile d'obtenir un symptôme nouveau; chez le même sujet, on peut réaliser certaines suggestions, celles qui ne gênent pas le sujet, tandis qu'on ne peut obtenir les phénomènes qui le gêneraient davantage. Enfin, il est très difficile d'obtenir par suggestion des manifestations morbides permanentes : le maximum a été de soixante jours dans les expériences de M. Janet; le plus souvent, la durée ne dépasse pas quelques heures ou jours. D'ailleurs, il faut se tenir en garde contre les simulateurs de la suggestion : ils ne sont pas moins réels que les autres. — M. Crocq déclare que le même hystérique, rebelle à la suggestion thérapeutique, se laissera cependant très aisément influencer par la suggestion à l'état de veille, par les influences extérieures. — M. Pitres (de Bordeaux) défend cette opinion que l'émotion est à la base de l'hystérie et de la psychasténie : la règle est que l'on entre dans ces deux névroses par l'émotion. — M. Babinski reconnaît qu'un phénomène est d'autant plus facile à produire par suggestion qu'il gêne moins le sujet; c'est pour cela que l'hémianesthésie est si facile à produire : il n'a jamais essayé de prolonger des troubles morbides plus d'une quinzaine de jours, parce que Charcot disait qu'il ne faut pas trop faire durer les manifestations de cet ordre; l'émotion est plus propre à guérir qu'à faire apparaître les phénomènes morbides. Enfin, il est difficile de toujours distinguer la simulation de la suggestion : les malades sont demi-simulateurs, demi-conscients; tel halluciné qui voit des flammes ne songe pas à fuir; le paralysé n'est pas très étonné de se voir guérir. — M. Thomas pense que les hystériques ne sont pas très émus par leur mal et veulent surtout intéresser. — M. Sollier répond à cela que, s'ils se désintéressent des parties atteintes, l'intérêt reparaît après guérison. — Et M. Déjerine et M. Dupré pensent que la suggestion n'agit qu'accompagnée d'émotion.

La séance se termine par une courte discussion de l'hémianesthésie. MM. Vogt, Souques, Dupré, Claude se rangent volontiers à l'opinion de M. Babinski et n'y voient qu'un phénomène pithiatique. — M. Déjerine est d'avis contraire : une femme, à la vue d'un rat, est prise d'une crise; le lendemain, il constate l'hémianesthésie. Il a de même vu survenir, sous ses yeux pour ainsi dire, une anesthésie en manchette. Il se demande pourquoi on ne peut produire d'hyperesthésie. — M. Sollier croit que les troubles dus à l'hémianesthésie sont plus réels qu'on ne le dit, et suffisants pour montrer à l'observateur le côté pris : il se demande pourquoi l'anesthésie n'atteint pas les deux cotés et cite le cas d'une femme qui, apprenant qu'elle est tuberculeuse, est prise de paralysie avec anesthésie; pourquoi pas de troubles respiratoires? — M. Pitres fait remarquer la grande rareté de l'hémianesthésie et demande pourquoi le même observateur crée ici l'hémianesthésie, là des îlots? — M. Janet dit que le médecin doit se tenir en garde contre lui-même et ne pas voir l'hémianesthésie là où elle n'est pas; cependant, elle peut exister sans suggestion médicale : une jeune fille, atteinte de rhumatismes, subit des pointes de feu aux genoux; c'est en les faisant que son médecin découvre l'hémianesthésie.

(L'ordre du jour étant loin d'être épuisé, une séance supplémentaire des deux Sociétés réunies a eu lieu le jeudi 16 décembre, à neuf heures du soir.)

TROISIÈME SÉANCE, JEUDI 16 DÉCEMBRE

M. Babinski, depuis la semaine dernière, a fait une enquête, pour essayer de mieux préciser le rôle de l'émotion dans la genèse des crises hystériques : il a interrogé les membres de l'Aéro-Club, qui ont pu contrôler chez un grand nombre de novices, l'effet des émotions de l'atterrissage des ballons, ainsi que les garçons d'amphithéâtre et du bureau des décès de divers hôpitaux. Tous ont été témoins de nombreuses manifestations émotives, mais ne se rappellent qu'un nombre infime de crises qui ressemblent d'ailleurs, le plus souvent à celles de l'épilepsie, plutôt qu'à celles de l'hystérie. — M. Babinski est même frappé de leur rareté, à la Salpêtrière, et insiste sur le contraste qui existait du temps de Charcot, entre l'abondance des crises dans les salles, et leur rareté à l'amphithéâtre où, cependant, ne manquaient pas les émotions. L'émotion, dit-il, peut bien diminuer la faculté de contrôle, et augmenter la suggestibilité, mais, ne crée pas la crise de toutes pièces. — M. Déjerine objecte que l'émotion créatrice des crises est celle du sujet qui n'a pas à lutter contre lui, mais est pris en pleine quiétude cérébrale, sans préparation. — M. Claude ajoute qu'il ne faut pas avoir en vue les grandes crises de l'hystérie de culture, mais que celles rapportées à l'émotion, sont bien plus simples, plus frustes. — M. Janet, se défie des observations collectives autant que M. Babinski se méfie des observations isolées : l'interrogateur ne peut-il suggestionner le sujet ? Il rapporte le cas d'une jeune fille, qui, en lisant une dépêche lui annonçant la mort de son fiancé, fut prise, disent les parents, de crise convulsive : M. Janet, à qui elle fut amenée, constata des signes d'hystérie manifeste. — M. Déjerine a constaté l'absence du réflexe plantaire dans quatre cas d'hémianesthésie hystérique où, dit-il, il n'y avait pas de raideur. — M. Babinski estime que le sujet peut parfaitement inhiber ce réflexe, à l'aide de con-

tractions légères qui ont très bien pu passer inaperçues à l'observateur.

La discussion s'engage alors sur le paragraphe 4 du questionnaire de M. CLAUDE, qui est ainsi conçu : « Les émotions pouvant créer une dépression passagère chez les sujets normaux, engendreront également chez certains individus les états dits neurasthéniques. Mais, qu'il s'agisse des formes fugaces et intermittentes ou des formes chroniques et graves de la neurasthénie, il ne semble pas que les émotions, si intenses et si répétées qu'elles puissent être, soient capables d'engendrer par leur seule action cette affection avec le cortège de symptômes qu'on lui attribue. Un fonds de débilité constitutionnelle, de dégénérescence physique ou psychique héréditaire paraît être toujours à la base de ces états neurasthéniques dans les formes chroniques. Dans les formes passagères, il y a peut-être lieu de ne mettre en cause qu'un trouble préalable de l'émotivité, acquis et transitoire chez certains sujets.

Deux problèmes sont en cause : 1° Quels phénomènes faut-il comprendre sous le nom de neurasthénie ? 2° L'émotion peut-elle les engendrer, et ce, chez tous ou seulement chez des prédisposés par leur émotivité antérieure ?

La neurasthénie, dit M. Claude, est essentiellement constituée par l'épuisement nerveux, avec sensation de fatigue, d'amyosthénie, de dépression, puis, s'ajoutent des préoccupations variables d'un sujet à l'autre, qui, suivant les sensations éprouvées, se greffent sur tel ou tel organe ; alors apparaissent des phobies, obsessions, de l'anxiété, la mélancolie, états mentaux sans limites précises. — MM. BALLET, DUPRÉ et BABINSKI estiment qu'il faut distinguer du phénomène essentiel, l'épuisement, les phénomènes secondaires, obsessions, etc. — Au contraire, M. DÉJERINE pense qu'ils font partie intégrante de la neurasthénie, et demande s'il existe un neurasthénique épuisé sans préoccupations morbides ? — Pour M. SOLLIER, les phénomènes secondaires font partie des phénomènes primitifs : c'est le côté psychique de l'épuisement nerveux, les différents troubles vont de pair, et ne peuvent être séparés les uns des autres.

M. DÉJERINE ajoute que les neurasthéniques sont très suggestionnables, avec un état mental différent de celui de l'hystérie. — M. SOLLIER les dit plus suggestionnables que les hystériques, mais, sur une question de M. Babinski, reconnaît que la suggestion n'a pas, sur l'épuisement, le même effet rapide que sur les manifestations hystériques, où il s'agit simplement d'un effet inhibitoire produit par l'émotion, et que l'on peut détruire plus rapidement qu'on ne remonte un épuisé. — M. BABINSKI observe que certains neurasthéniques sont réfractaires à tout traitement.

Dans quelles conditions l'émotion peut-elle déterminer la neurasthénie ? M. CLAUDE croit nécessaire un passé ayant troublé l'émotivité. — Pour M. DÉJERINE, l'émotion est la cause unique, et il a toujours trouvé des états émotifs antérieurs. — M. SOLLIER pense de même ; mais, tandis que M. DÉJERINE incrimine surtout l'émotion lente, il a vu l'émotion déterminer brusquement la neurasthénie et en cite un cas — M. BABINSKI croit qu'il y a des cas sans émotion occasionnelle.

La question prend un intérêt tout particulier, au point de vue pratique, à propos de la névrose traumatique, posée par le paragraphe 7 du questionnaire de M. CLAUDE. Les divers orateurs reconnaissent qu'en médecine légale, il faut considérer le traumatisme moral comme pouvant déterminer la neurasthénie. M. Claude fait remarquer qu'un passé émotif est toujours nécessaire, et M. DUPRÉ demande pourquoi, en présence d'une même émotion, les sujets réagissent différemment, sinon en vertu de leurs prédispositions ? — M. S. BALLET répond que les réactions varient suivant l'état du sujet au moment du traumatisme. — M. SOLLIER en donne un exemple bien saisissant : un officier fait plusieurs chutes de cheval ; suivant qu'il est ou non préoccupé, à ce moment, la neurasthénie apparaît ou manque, sans rapport avec la gravité du traumatisme physique.

Le paragraphe 5 : « L'émotion provoque certains accidents choréiformes, certaines myoclonies, au même titre que la suggestion, l'imitation. Elle ne détermine pas la chorée de Sydenham, mais elle en exagère nettement les symptômes », ne soulève aucune discussion.

A propos du paragraphe 6 : « L'émotion exagère les tics, mais ne les crée pas : elle peut placer le sujet dans des conditions d'opportunité pour la genèse des tics, qui résultent, en réalité, de perturbations mentales sur un terrain de dégénérescence. » — M. MEIGE déclare insoluble le problème de l'émotion chez les tiqueurs, et M. JANET pense qu'il ne faut pas trop exagérer son rôle : il rapporte, d'ailleurs, un cas de tic de reniflement se reproduisant à l'occasion des émotions importantes.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 13 décembre 1909, des récompenses honorifiques pour les soins ou les médicaments qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles :

Lettres d'éloges officiels (délivrées après dix années au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Durouaux (de Longuyon), Ponsard (de Saint-Remy-en-Bouzemont), Humbert (de Sermaize-les-Bains), Gay (de Bourbonne-les-Bains), Voinot (de Jussey), Dumas (de Faverney), Pize (de Quingey), Huth (d'Hérimoncourt), Truchon (d'Ambérieu), Démias (de Pont-d'Ain), Fusier (de Thoiry), Simon (de Blet), Carton (de Mehun-sur-Yèvres), Amelin (de Culan), Lagain (de Seurre), Semet (de Digoin), Roullet (de Bléré), Wegbecher (de Neuvy-le-Roi), Sendrier (de Savigné-sur-Lathan), Lebard (de Vatan), Radier (de Châteaubourg), Gallégari (de La Haye-du-Puits), Richard (de Sens-de-Bretagne), Le Chaix (d'Uzel), Gaultier (d'Evran), Estourneau de Tersannes (de Saint-Méen), Brechoteau (de Coëx), Pichat (de Mortagne-sur-Sèvre), Lavialle (de Bort), Puygauthier (de Saint-Apre), Louradour (d'Eygurande), Le Clère (de Mareuil), Barthout (de Saint-Sulpice-Laurière), Brunon (de Firminy), Arène (de Chambon-Feugerolle), Godonnèche (de Tauves), Pourtier (de Manzat), Godonnèche (de Latour), Jeanton (d'Issoire), Charmensat (d'Ardes), Berthail (de Firminy), Parlier (d'Allanche), Giraud (de la Verpillière), Rebillard (de Pont-de-Chéruy), Boël (d'Allevard), Riory (de Chabeuil), Mathieu (de Die), Rochier (de Nyons), Bec (de Fleurie), Vuillaume (de Beaujeu), Grandclément (de Villeurbanne), Albert (d'Amplepuis), Bergeret (de Bourgoin), Sauge (de Saint-Geoirs-en-Valdaine), Lafargues (de Saint-Gilles), Roques (de Barjac), Daudé (du Vigan), Maignot (du Pouzin), Guichard (de Saint-Henri), Morizot (d'Arles), Biau (de Labessonnié-Montredon), Gramboulan (de Nohic), Estradère (de Luchon), Lacq (de Nay), Boussumier (d'Aigrefeuille), Ménard (de Fouras), Labonda (de Bedous), Barincou (de Talence), Lacaze (de Pontoux), Rocher (de Gabarret), Lecuyé (de Bou-Mefda), Azam (de Tiaret), Lapin (d'El-Biar), Bordes (d'Essoyes), Michel (de Bourmont), Masson (d'Aix-en-Othe), Richard (de Joinville), Maillard (de Pagny-sur-Moselle), Rapp (de Cirey-sur-Vezouse).

Médailles de bronze (accordées après quinze années au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Boury (d'Issy-les-Moulineaux), Lavis (de Rueil), Langle (de Vincennes), Verdié (d'Arpajon), Mennessier (d'Alfortville), Couvreur (de Séclin), Pruvost (de Bourbourg), Gallo (de Festubert), Verdière (de Bertincourt), Mariage (de Bully-Grenay), Daire (de Saint-Sauflieu), Lévêque (de Montdidier), Menu (d'Hirson), Vandaele (de Fécamp), Béal (d'Argueil), Hommey (de Sées), Germont (de Passais), Chevallier (d'Ernée), Bruneau (d'Epernon),

Gibory (de Villers-en-Ouche), Petit (de Pont-sur-Yonne), Guillié (de Villeneuve-la Guyard), Lefèvre (de Fumay), Yon (de Gray), Charbonneau (de Genlis), Lallier (de Tannay), Perceau (de Nérondes), Le Cuziat (de Bégard), Couette (de Juvigny), Villedary (de Saint-Vincent-de-Connezac), Nanard (de Bourganeuf), Robert (de Saint-Jean-Soleymieux), Martial (de Paulhaguet), Janin (de Grand-Lemps), Saclier de Giverdey (de Tassin-la-Demi-Lune), Bineau (de Caluire), Magnan (de Die), Taulanne (du Luc), Belgodère (de Calvi), Pommier (des Saintes-Maries), Delarbre (de Vernoux), Patron (de Salindres), Bentkowski (de Saint-Jean-du-Gard), Guttierez (de Biarritz), Durand (de Maubourguet), Beaumont (de Geaune), Danvin (de Koléa), Creutz (d'Aïn-Témouchent), Vouillemin (de Bourmont), Pertat (de Joinville), Remy (de Dombasle-sur-Meurthe), Auber (de Saint-Denis de la Réunion), Pignolet de Fresnes (de Saint-André de la Réunion).

Médailles d'argent (accordées après vingt années au moins, de soins gratuits). — MM. les docteurs Vinaver (de Limay), Debrigode (de Taverny), Parsavant (d'Epinay), Heem (de Cassel), Dumont (de Marquion), Delplanque (de Montreuil-sur-Mer), Cayet (de Doullens), Asselin (de Ry), Rachet (de Honfleur), Brée (de Trévières), Breteau (de Bouloire), Bara (de Château-du-Loir), Janin (de Vertus), Perchet (d'Autet), Durand (de Fraize), Borne (de Saint-Hippolyte), Foucher (de Chinon), Gringoire (de Redon), Herland (de Paimpol), Bourigault (de Moisdon-la-Rivière), Chevreuil (de Sucé), Richard (de Guémené), Thomas-Duris (de Bugeat), Florentin (de Thenon), Gonçaix (de Felletin), Giraud (de Châtelus-Malvaleix), Mazin (de Solignac), Barban (de Chazelles-sur-Lyon), Boimond (de Saint-Jeoire), Villemus (de Trets), Costa (de Cassano), Latieule (de Bordeaux), Puéchagut (de Decazeville), Cartade (d'Estagel), Boixo (de Thuir), Jaymes (de Plaisance), Lévrier (d'Air-sur-l'Adour), Chevalier (de Macau), Coustou (de Gensac), Laventure (de Mercier-Lacombe), Giudicelli (de Marengo), Bossion (d'Inkermann), Benoît (d'Arba).

Médailles de vermeil (accordées après vingt-cinq années au moins de soins gratuits). — MM. les docteurs Serpaggi (de Pierrefitte), Pouillet (de Champigny), Castanéda y Campos (de Pontoise), Baron (de Saint-Maurice), du Souich (de Villeneuve-Saint-Georges), Lefèvre (de Sevran-Livry), Ducrocq (de Wicquinghem), Havez (de Bouchain), Dodeuil (de Ham), Verrier (de Molliens-Vidame), Mouton (du Sarp), Léon Roché (de Châtel-Censoir), Charles Roché (de Charny), Lecompte (de Fresnes-en-Woëvre), Brun (de Chalamont), Edouard (de Châtillon-sur-Chalaronne), Regnault (de Brinon-sur-Beuvron), Cuillon (de Saint-Loup), Rabasté (de Jugon), Lesdos (de Cherbourg), Poirault (de Mouilleron-en-Pareds), Chadirac (de Saint-Privat), Fleyssac (de Treignac), Roche (d'Oradour-sur-Vayres), Duverger (d'Aixe), Record (de Vélines), Desvergnes (de Verteillac), Rigodon (de Montbrison), Rouveix (de Saint-Germain-Lembron), Cassin (d'Andrézieux), Ruelle (de Commentry), Guy (de Bonneville), Thoviste (d'Amplepuis), Burgat (de Tassin-la-Demi-Lune), Robin (de Grand-Serre), Ogier (de la Verpillière), Bouvat (de Saint-Péray), Sicardon (de Cazères), Berguin (de Castelmoron), Finelli (de Tiarat), Piot (de Sainte-Barbe-du-Trélat), Duzan (de Saint-Leu), Guyot (d'Andelot).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 10 AU 20 JANVIER 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Sicard; — (2e série) : MM. Roger, André Jousset et Lœper; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 11 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Lecène et Lenormant; — (2e partie) : MM. Raymond, Gouget et Jeanselme; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 12 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Hartmann et Ombrédanne.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Lœper.

2e (1re série) : MM. Gariel, Langlois et Mulon; — (2e série) : MM. Gley, Desgrez et Branca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Delbet, Rieffel et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 14 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Lecène et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Maillard et Brumpt.

2e (1re série): MM. Ch. Richet, Remy et Nicloux; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et André Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pozzi, Demelin et Morestin; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Brindeau; — (3e série) : MM. Bar, Launois et Marion; — (4e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Retterer et Auvray.

4e : MM. Gilbert, Thoinot et Wurtz; — M. Carnot, suppléant.

Vendredi 14 janvier, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Nicolas, Hartmann et Couvelaire; — (2e partie) : MM. Blanchard, Sicard et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne; — M. Langlois, suppléant.

Samedi 15 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 12 janvier, à une heure. — M. Monier-Vinard. Sur un nouveau type de tumeur primitive du foie : l'hépatome. (MM. Gaucher, président; Segond, Legry et Pierre Duval.) — M. Laborie. L'aniite chancrelleuse. (MM. Gaucher, président; Segond, Legry et Pierre Duval.) — M. Bory. Etudes anatomo-pathologiques sur les artères, (MM. Gaucher, président; Segond, Legry et Pierre Duval.) — M. Bret. Traitement chirurgical des rétrécissements infranchissables de l'urètre. Procédé rapide pour la découverte du bout postérieur. (MM. Segond, président; Gaucher, Legry et Pierre Duval.)

Jeudi 13 janvier, à une heure. — M. Pichard. Etat actuel de la thérapeutique par l'étincelle de haute fréquence. (MM. Dieulafoy, président; Debove, Alb. Robin et Castaigne.) — M. Apostolides. Le syndrome de l'entéro-colite mucomembraneuse. Sa pathogénie, son traitement. (MM. Debove, président; Dieulafoy, Alb. Robin et Castaigne.) — M. Daniel. Colloïdes et eaux minérales. (MM. Alb. Robin, président; Dieulafoy, Debove et Castaigne.) — M. Durand. Etude sur un cas de linite plastique. (MM. Chantemesse, président; Pierre Marie, Chauffard et Jeanselme.) — M. Cantenot. Contribution à l'étude expérimentale clinique et thérapeutique de certaines néphrites médicamenteuses. (MM. P. Marie, président; Chantemesse, Chauffard et Jeanselme.) — M. Lancrenon. Contribution à l'étude de la néphrite blennorragique aiguë. (MM. Chauffard, président; Chantemesse, Pierre Marie et Jeanselme.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE

Exposition d'hygiène du Congrès international américain de Médecine et d'Hygiène, *à Buenos-Ayres, le 25 mai 1910*

Cette exposition a un programme des plus vastes, car il comprend toutes les branches intéressant l'hygiène sur toutes ses formes, habitations, alimentation, théâtres, sports, hydrothérapie, ÉLECTROTHÉRAPIE, CHIRURGIE, RAYONS X, HOPITAUX, PHARMACIE, incendie, sauvetage, etc.

Pour les programmes règlements, demandes d'admission et tous autres renseignements, s'adresser au Consulat général de la République Argentine à Paris, 91, boul. Haussmann.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

AVIS

Nos lecteurs trouveront, encartés au milieu de ce numéro, les TITRES *destinés à être placés en tête de la* GAZETTE DES HOPITAUX, *année 1909.*

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du jour de l'An, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — La prochaine séance de *pathologie* aura lieu le mercredi 5 janvier à la salle des Saints-Pères, à *quatre heures et demie* et non à huit heures et demie, comme il a été annoncé par erreur.

Anatomie. — Séance du 27 décembre. — MM. Rousseau (Ferdinand), 7; Netter, Amaudrut et Labourdette, 11; Pollet, 7; Bouvier, 10; Rousselot, 6; Hertz, 13; Malarte, 11.

Prochaine séance, jeudi 30 décembre, à cinq heures un quart, à la Charité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Montpellier. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Burgues, Rouvière, Dupas, Romieu, Baumel, Veissade, Delord, Tollez, Viau et Arrivat.

Externes provisoires : MM. Diffre, Albergué, Rocher, Ayme, Morel, Evesque.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Thèses récompensées pour l'année 1909 :

Médailles d'argent. — MM. Baudouin, Bello y Rodriguez, Blatter, Boudon, N. Fiessinger, Genevois, Mme Girard née Mangin, MM. Gougerot, Guyénot, Gy, Hautefort, Kahn, Paul Laffont, Mocquot, Sablé, Sézary, R.-V. Thomas.

Médailles de bronze. — MM. Paul Albert, Balthazarian, Buizard, Comandon, Delmazure, Robert Dupont, Georges Giraud, Raymond Koch, Krantz, Lemeland, Milbit, Moncany, Charles Moreau, Pacaut, Pernet, Perrin, Planson, Sourdat, Vergnes, Vouters.

Mentions honorables. — MM. Blanchetière, Bornait-Legueule, Boutin, Brothier, Cartier, Chochon-Latouche, Cordier, Faix, Farcy, Faroy, Max François, Masson, Paul Mathieu, Mirza Abbas Khan, Mohammed Hassan Khan, Moïn ol Atebba, Peigney, Pierre Petit, Poiteau, Quémin, Sautreaux, Streletski, Wallon.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Jarry, Lacronique, Troché et de Casabianca.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Prieur, Moreau, Barbès et Baur.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Barisien, Malaval, Merciolle, Bercle, Wavelet, Bonnette, Le Mitouard, Maffre, Verse, Marchet, Finot, Hirtz, Tardos, Chevron, Salmon et Saint-Paul.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Frécus, Sicre, Doche, Guiot, Plisson, Henry, Botte, Bodin, Gras, Chevrant, Ribaut, Lhomme, Lère, Pacalin, Gay-Bonnet, Beyne, Bergé, Miorcec, Gilet, Gaud, Pheulphin et Coissard.

MARINE. — M. Vincent (M.-R.), élève du service de santé de la marine, reçu docteur en médecine, est promu au grade de médecin de troisième classe.

SOCIÉTÉS DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE. — La séance commune à ces deux sociétés qui devait avoir lieu le jeudi 23 a été reportée au 13 janvier 1910.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul-Louis Boucher (de Corbeil) et Maynard (de Toulouse).

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

ET CORPS THYROÏDE

Par MM. Antonin PONCET et René LERICHE (1).

La tuberculose du corps thyroïde est une rare entité qu'on ne rencontre qu'exceptionnellement. Les observations s'en publient encore, elles se comptent.

Et, par contre, rien n'est si banal que la constatation de lésions thyroïdiennes *aspécifiques* chez les tuberculeux. Tous les cliniciens, tous les anatomo-pathologistes en ont rencontré, mais l'indifférence histologique de ces réactions les a fait tenir, par beaucoup, pour quantité négligeable.

Aujourd'hui, la notion de la tuberculose inflammatoire doit modifier un mode de jugement par trop analytique. Il faut être uniciste, en pareille matière, et voir, dans la tuberculose, l'agent causal des processus glandulaires bénins que l'on rencontre chez les tuberculeux.

Un pas dans ce sens a été, au reste, déjà fait. Les très intéressantes recherches de Roger et Garnier ont rattaché, à la lente action toxinienne, les scléroses de la thyroïde, si communes chez les bacillaires.

Mais ce n'est point encore assez. Le cadre doit être élargi. Il est, dans la tuberculose, d'autres lésions que la sclérose pure. Elles reconnaissent, elles aussi, pour cause, l'injure tuberculeuse; d'autre part, on trouve, dans son évolution, certains troubles fonctionnels qu'il est logique de rattacher au déficit thyroïdien, fonction de l'imprégnation par le bacille.

Ce sont ces lésions et ces troubles que nous voudrions indiquer ici. Leur analyse établit que, si l'édification spécifique est rare au corps thyroïde, la marque de la tuberculose inflammatoire y est courante, et qu'il suffit de l'y chercher pour l'y voir.

Quand l'éphémère passage du bacille ou la constante action des toxines a touché le tissu thyroïdien, la réaction glandulaire peut se produire *fonctionnellement* suivant deux modes, l'un par excès, l'autre, par défaut; *anatomiquement* la lésion créée, si lésion il y a, est atrophique ou proliférative. Nous ne voulons point chercher le parallélisme évolutif des deux tares, fonctionnelle et anatomique. Il existe vraisemblablement. Nous nous contenterons d'étudier, d'après ce que nous avons vu, les effets de la sclérose thyroïdienne des tuberculeux, les proliférations glandulaires localisées (goitre), ou diffuses (thyroïdite), d'origine tuberculeuse, et les relations du goitre exophtalmique avec la tuberculose.

1° Depuis les travaux de Roger et Garnier, auxquels nous faisions allusion plus haut, on connaît la constance de *la cirrhose thyroïdienne des phtisiques*.

Elle peut être précoce et l'on est en droit de se demander si, quand elle s'établit lentement, dans la période de croissance, elle n'intervient pas pour contribuer à la détermination de certaines morphologies squelettiques des tuberculeux.

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 28 décembre 1909.

Au premier abord, il ne le semble pas : l'animal jeune éthyroïdé, tout comme le crétin, est désormais un nain dont les os, arrêtés dans leur croissance cartilagineuse et périostique, gardent, toute la vie, l'aspect trapu et ramassé de la maquette originelle.

Le prétuberculeux est, suivant la doctrine hippocratique, un être élancé et gracile, aux membres trop longs, aux os fuselés, dont les formes aristocratiques sont à l'opposite des lourdeurs du « rabougri thyroïdien ». Mais le type inverse n'existe-t-il pas, n'y a-t-il pas un infantilisme paratuberculeux ou prétuberculeux, aux frontières du type thyroïdien? Des travaux modernes l'ont établi, aussi doit-on concevoir que les insuffisances thyroïdiennes prédisposent, elles aussi, à la phtisie.

Mais s'il en est ainsi, il nous semble qu'il faille substituer, à la théorie métaphysique de la prédestination, l'hypothèse physiologique d'une imprégnation précoce, agissant sur les glandes directrices de la croissance, déterminant, par les vices qu'elle engendre, les insuffisances squelettiques du prétendu prédestiné.

En réalité, il y a là une action complexe. Dans le modelage du squelette, la glande interstitielle génitale, à coup sûr, joue, comme l'ont montré Ancel et Bouin, un rôle dominant; c'est elle qui détermine les constantes osseuses de chaque sexe. Son action, conjuguée avec celle de la glande thyroïde, guide la croissance dans le chemin d'une hérédité de vieille date.

Chez certains tuberculeux, stérilisée, comme peut l'être la glande thyroïde, par la tuberculose inflammatoire, elle devient inférieure à sa tâche. Dès lors, rien ne s'oppose plus à ce que soit modifiée l'harmonie squelettique préétablie; la sclérose de l'interstitielle génitale commandant les statures élancées, l'atrophie thyroïdienne conduisant à un nanisme relatif.

Bref, il semble que ces deux insuffisances, thyroïdienne et testiculaire, règlent, à elles deux, en bonne part, l'habitus squelettique des tuberculeux-nés et des tuberculeux précoces.

Telle est la première conséquence de la tuberculose inflammatoire thyroïdienne.

Plus tard, dans la vie, chez l'adulte, la paresse thyroïdienne des tuberculeux est plus facile à reconnaître. Il est probable qu'elle cause, en partie, tout au moins, certaines obésités, certains troubles trophiques cutanés, ou encore, certains de ces phénomènes circulatoires périphériques si fréquents : la cyanose, par exemple; un mécanisme inverse d'activité exagérée étant peut-être à la base de certaines tachycardies.

En somme, la tuberculose inflammatoire est capable de créer toute la menue monnaie de l'hypothyroïdie, telle que l'ont isolée Hertoghe, puis Léopold-Lévi et H. de Rothschild.

Mais parmi les syndromes d'hypothyroïdie, faut-il comprendre le rhumatisme tuberculeux (1)?

(1) *Le Rhumatisme tuberculeux*, par MM. Antonin Poncet et René Leriche. Paris, O. Doin, éditeur, 1909.

On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, des liens rattachant le rhumatisme et le corps thyroïde.

Indépendamment des recherches de Vincent, de Claisse, de Sergent, Lévi et de Rothschild constatent la fréquente coexistence des rhumatismes chroniques et de l'insuffisance thyroïdienne, notent les bons effets de l'opothérapie thyroïdienne chez les rhumatisants, et concluent au rhumatisme thyroïdien, fût-il chez des tuberculeux. Ménard, dans sa thèse, a parfaitement posé les étapes de cette intéressante conception.

Que le rhumatisme thyroïdien existe, nous en sommes a priori convaincus. Comme toute intoxication, l'intoxication thyroïdienne par défaut, peut léser fortement les articulations. Mais nous pensons, et nous l'avons déjà dit, que dans la théorie ainsi échafaudée, il manque un échelon.

Quel est le motif de l'insuffisance thyroïdienne? Celle-ci en soi n'existe pas. Elle n'est qu'un aboutissant des traumatismes chirurgicaux, ou infectieux.

Il faut, quand on parle de rhumatisme thyroïdien, chercher la cause de l'hypothyroïdie que l'on constate. Elle n'est habituellement, selon toute vraisemblance, qu'une résultante d'états infectieux. Les recherches de Roger et Garnier, celles de de Quervain, le font comprendre aisément. Et dès lors, quand le rhumatisme thyroïdien se voit chez un tuberculeux, nous croyons qu'il faut le considérer comme une simple modalité de la tuberculose inflammatoire. L'infection originelle a stérilisé partiellement la glande thyroïde dont l'insuffisance sécrétoire a fâcheusement réagi sur les articulations. Le rhumathisme est thyroïdien mais le thyroïdisme est d'essence tuberculeuse. L'opothérapie améliore le malade, mais ce n'est là qu'une heureuse médication symptomatique.

2° Après la sclérose, la lésion thyroïdienne la plus banale chez les tuberculeux, c'est *le goitre*, *l'adénome*, avec toutes ses modalités évolutives.

En 1906, nous avons attiré l'attention sur cette coïncidence fréquente du goitre et de la tuberculose (1), mais on n'a point voulu juger cette coïncidence à sa valeur réelle. Et pourtant, alors que l'adénome s'affirme, de plus en plus, aujourd'hui, comme une prolifération typique, engendrée par une irritation prolongée, est-il donc surprenant de penser que l'irritation continue du bacille ou de ses toxines met en mouvement l'hypergenèse glandulaire?

Vraiment, nous comprenons mal que cette idée puisse étonner.

Et si l'on songe qu'au voisinage de tous les foyers tuberculeux, dans les glandes, les productions adénomateuses sont d'observation banale, on sera conduit à penser que l'hypothèse est, d'emblée, bien proche de la vérité.

Au reste, quoi qu'on en dise, les coïncidences méritent toujours d'être retenues. Elles sont le fondement de cette méthode numérique de Louis, dont le professeur Chauffard rappelait récemment les brillants résultats (1). Leur valeur finit toujours par s'imposer.

(1) A. Poncet et R. Leriche. Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique. Adénomes du sein, du corps thyroïde, etc., d'origine tuberculeuse, *Acad. de méd.*, 10 avril 1906.



Fig. 1. — *Goitre parenchymateux d'origine tuberculeuse.* — Chez cette jeune fille, âgée de quinze ans, un goitre parenchymateux apparut il y a trois ans, dans la convalescence d'une bronchite suspecte, peu après l'éclosion d'adénites cervicales bacillaires. Sur la photographie, on aperçoit, de chaque côté du cou, la saillie de quelques ganglions (G. Cotte. In *Lyon méd.*, 4 juin 1903).

A ce titre, nous dirons donc, simplement, pour fortifier nos conclusions antérieures, que nous avons, depuis trois ans, systématiquement cherché la tuberculose chez les goitreux. Sur douze goitres simples énucléés par nous dans ce laps de temps, sept étaient apparus chez des tuberculeux frustes ou des scrofuleux guéris ; la plus âgée de nos opérées tuberculeuses avait trente-quatre ans. Il s'agissait, dans tous ces cas, d'adénome thyroïdien pur ; aucune de ces tumeurs ne renfermait de cellules géantes ou de productions folliculaires.

Dans le même ordre d'idées, A. Pic et M. Piéry ont noté, en examinant, par séries, des jeunes filles candidates à des emplois administratifs, la fréquence du syndrome suivant qui ne nous a point surpris : petit goitre, scoliose légère, albuminurie intermittente, etc., tuberculose du sommet.

Aussi bien, nous pensons que la tuberculose inflammatoire, localisant son action irritative sur l'épithélium thyroïdien, met en mouvement la prolifération glandulaire et engendre ainsi toutes les modalités si banales de l'adénome bénin.

3° En d'autres circonstances, et sans que l'on puisse saisir le pourquoi de ce mode d'action différent, la tuberculose crée des lésions thyroïdiennes diffuses, dont l'allure subaiguë prend le masque de la *thy-*

(1) Chauffard. Louis et la méthode numérique en médecine, *Presse méd.*, 20 oct. 1909.

roïdite non suppurative. Nous avons noté plusieurs fois, chez des tuberculeux rhumatisants, un gonflement thyroïdien passager analogue à ce que réalise le « signe de Vincent », dans le rhumatisme articulaire aigu.

La réaction thyroïdienne peut dépasser les limites de la simple congestion. Nous lui avons vu réaliser le tableau clinique de la *thyroïdite ligneuse cancériforme*. Cette observation mérite d'être rapportée :

Un jeune homme de seize ans et demi, sans hérédité goitreuse et venu d'un pays où le goitre n'est point endémique, entre dans notre service, au mois de juin 1908, pour une volumineuse tumeur du cou. Celle-ci est apparue progressivement depuis six mois, sans aucune réaction générale. Elle débuta sur la ligne médiane, au-devant de la trachée. Peu à peu, elle s'est étendue des deux côtés, amenant une dyspnée marquée. Dans les quinze jours précédents, la marche s'en est accélérée, la tumeur, sans cause appréciable, a triplé de volume, des douleurs sont apparues dans la région cervicale, la gêne respiratoire s'est beaucoup accrue.



Fig. 2. — *Thyroïdite ligneuse, cancériforme, d'origine tuberculeuse.*

A l'examen du cou, le 18 juin, nous trouvons une grosse hypertrophie thyroïdienne, diffuse, allant du sternum aux cornes de l'os hyoïde, bridée, latéralement, par les muscles sterno-mastoïdiens qu'elle soulève. Cette masse est dure, ligneuse, chaude à la main, immobile et fixée. Le cou mesure 41,5 de circonférence. La dyspnée est vive, s'exagère au moindre effort; il y a du tirage et du cornage; on note, en outre, un peu d'exophtalmie et une légère inégalité pupillaire.

Il n'existait pas d'adénopathie; l'examen viscéral était négatif. En dehors d'un kyste synovial du poignet, ce jeune homme n'offrait aucune tare.

Le diagnostic anatomique n'était pas douteux. Il s'agissait manifestement d'une thyroïdite ligneuse; mais quel en était le point de départ? L'évolution relativement rapide, l'âge du malade, nous firent songer à une réaction inflammatoire du corps thyroïde; nulle infection générale ne la conditionnait en apparence. Le sujet était un peu malingre. Le *séro-diagnostic tuberculeux positif* nous fit supposer qu'il s'agissait peut-être bien là d'une variété singulière d'imprégnation tuberculeuse. Pénétrés de cette idée, nous prescrivîmes, sans succès, un traitement médical : l'ingestion d'iodothyrine, des frictions mercurielles sur le cou ne modifièrent, de façon appréciable, ni les troubles fonctionnels, ni l'état local. Aussi, nous décidâmes une intervention simple et aussi conservatrice que possible. Le 11 juillet, nous fîmes une simple libération de la trachée par section de l'isthme et résection d'une très minime partie de tissu thyroïdien à ce niveau. Les tranches de section, après hémostase, furent tamponnées à la gaze.

L'amélioration fut rapide, la tumeur rétrocéda et, le 5 août, le jeune malade partait chez lui, complètement guéri, n'ayant plus le moindre trouble fonctionnel. Son corps thyroïde était revenu à la normale et la circonférence du cou avait retrouvé un chiffre satisfaisant.

L'examen histologique du tissu thyroïdien révéla une sorte de cirrhose avec réaction épithéliale et infiltration leucocytaire du troma. Il n'y avait ni bacilles ni follicules. *L'inoculation au cobaye* fut négative.

Une telle observation ne doit point surprendre.

Roger et Garnier, de Quervain ont noté la possibilité d'une sclérose hypertrophique thyroïdienne chez les tuberculeux. En pareille occurrence, à côté des vésicules thyroïdiennes étouffées par la prolifération conjonctive, on a trouvé des vésicules en prolifération active (1), avec un épithélium pluristratifié, dessinant des festons en saillie dans le bloc colloïde central, comme s'il s'agissait d'une réaction inflammatoire et congestive de l'épithélium sécréteur, d'une véritable sclérose hypertrophique. Il n'y a pas grande différence histologique entre de tels cas et celui que nous avons observé.

4° Au rebours de ce dernier fait, doivent prendre place les *goitres exophtalmiques*. Ceux-ci semblent, maintes fois, rattachables à l'infection tuberculeuse, comme nous allons le voir. Nous parlons ici aussi bien des goitres exophtalmiques vrais que des goitres basedowifiés.

Pour être bien compris, nous croyons utile de partir de données précises et d'établir, tout d'abord, ce que sont, pour nous, les relations de la maladie de Basedow et du goitre basedowifié.

En clinique et en thérapeutique, la distinction se fait aisément entre les deux. Pathogéniquement, il n'en va plus de même; la question est souvent considérée comme insoluble : car, si entre l'une et l'autre, il y a des termes de passage qui relient les deux extrêmes, il est incontestable, pourtant, que l'un n'est pas la même chose que l'autre.

Il nous semble, cependant, qu'il est assez facile de s'entendre si l'on part de cette notion fondamentale : que le goitre exophtalmique est une maladie thyroïdienne.

Normalement, la sécrétion thyroïdienne est équilibrée suivant les besoins organiques, ceci, pour chaque individu et pour chaque étape de la vie. Toute atteinte du corps thyroïde peut la troubler, soit en exagérant sa production, soit en adultérant ses éléments. Cette atteinte est quelquefois indirecte et vient par voie *nerveuse*; c'est le cas des goitres exophtalmiques rares où la dysthyroïdisation relève d'une lésion nerveuse centrale (tumeur du corps restiforme, etc.).

Le plus habituellement, elle est *directe* et frappe

(1) L. Bérard, dans son beau livre, en figure un cas très démonstratif, in *Maladies du corps thyroïde*, p. 115, fig. 29. — Paris, Baillière.

droit au corps thyroïde, en plein parenchyme. Elle peut, dans ce cas, être *locale* ou *diffuse*.

Locale, elle agit mécaniquement en quelque sorte : ainsi fait un adénome thyroïdien enkysté jouant, au sein de la glande, le rôle d'épine irritative. En pareil cas, le goitre est antécédent au basedowisme, on dit qu'il se basedowifie. Curieuse erreur qui se perpétue fâcheusement pour la compréhension des choses : ce n'est pas lui qui est basedowifié; il est basedowifiant et c'est le reste de la glande qui est basedowifié.

Le trouble sécrétoire ainsi produit peut être léger, ou au contraire intense. A son degré le plus bas, il se traduit par l'étrangeté du regard, l'éclat des yeux, etc.; quand il est très marqué, on ne saurait, cliniquement, le différencier du goitre exophtalmique vrai. Seuls les caractères anatomiques de la lésion thyroïdienne primitive l'en séparent.

L'*atteinte peut être diffuse*, insaisissable, chirurgicalement parlant ; une infection, une intoxication, le rhumatisme, la grippe, la tuberculose vient toucher le corps thyroïde et le déséquilibre; la sécrétion viciée donne naissance, directement, ou par l'intermédiaire des nerfs, du sympathique surtout, le syndrome de Graves.

Le goitre exophtalmique est bien toujours une maladie thyroïdienne, mais une maladie dont le *primum vomens* échappe personnellement à l'action thérapeutique directe. Il en est là comme de toutes les infections. Les mouvements organiques qu'elles déchaînent ne peuvent pas toujours être arrêtés; on n'est jamais assuré d'en être maître; et bientôt la lésion primitive est, elle-même, créatrice de troubles secondaires qui font une maladie nouvelle. Ainsi la thyroïdite latente, conséquence d'une infection larvée, produit un goitre exophtalmique, entité bruyante, seule sensible, de prime abord, difficile à enrayer, puisqu'elle n'est qu'effet secondaire.

On saisit, maintenant, pourquoi les goitres exophtalmiques vrais, tout en restant identiques, à certains égards, aux goitres basedowifiés, en sont, pourtant, foncièrement différents.

Les uns et les autres résultent d'une dysthyroïdie, mais elle relève, ici, d'une irritation mécanique par un noyau adénomateux qui fait corps étranger, là, d'une inflammation parenchymateuse diffuse, d'une thyroïdite chronique.

Or, ces deux formes que relient cliniquement bien des modalités transitionnelles, *la tuberculose peut les produire toutes deux.*

Elle peut être à l'origine d'un goitre qui basedowifiera, par action de voisinage, le tissu thyroïdien ambiant : elle peut, en provoquant une poussée congestive dans un kyste thyroïdien au repos, déclancher une dysthyroïdisation prête à éclore : elle peut, enfin, créer, de toutes pièces, le goitre exophtalmique vrai.

Nous pourrions rapporter des faits cliniques à l'appui de chacune de ces propositions. Nous avons eu l'occasion plusieurs fois, avec Delore, d'opérer des goitres basedowifiants chez des tuberculeux. Mais nous ne voulons insister ici, que sur les relations du goitre exophtalmique vrai et de la tuberculose.

La question n'est pas absolument nouvelle. Elle peut, aujourd'hui, être entièrement résolue, grâce à la notion de la tuberculose inflammatoire. Les cas sont rares, en effet, où la preuve de l'origine tuberculeuse sera faite.

Dès 1899, Gilbert et Castaigne (1) rapportaient un fait très significatif à cet égard. Chez une de leurs malades, morte, à quarante-deux ans, tuberculeuse et diabétique, avec un syndrome de Basedow complet, ils trouvèrent, histologiquement, des follicules tuberculeux typiques et des bacilles de Koch dans le corps thyroïde. Le plus habituellement, il n'en est pas ainsi, la signature histologique manque dans la glande déséquilibrée. Ainsi en était-il dans le cas observé, en 1904, par Laignel-Lavastine et Bloch (2). Les symptômes du goitre exophtalmique étaient apparus à la suite d'une tuberculose pulmonaire ; la thyroïde présentait, juxtaposés, les caractères de la thyroïde des tuberculeux et ceux de la thyroïde des basedowiens. Il n'y avait pas de lésions spécifiques : toutefois, cliniquement et logiquement, la causalité tuberculeuse paraissait évidente. Les auteurs fortifiaient, au reste, leurs conclusions en rapportant l'histoire clinique d'une malade de Raymond, qui, ancienne pleurétique, vit apparaître un goitre exophtalmique en coïncidence avec une poussée de pleurésie sèche au sommet gauche. Le syndrome basedowien diminua quand disparut la pleurésie, et réapparut, mais atténué, quelques mois plus tard, quand évolua une nouvelle poussée de pleuro-tuberculose.

Plus récemment, Mantoux et G. de la Roche (3) ont observé une femme de quarante et un ans, tuberculeuse depuis vingt-deux ans, qui fut prise de basedowisme fruste, sans goitre. De même, Ramond et Bloch (4) ont cité l'histoire curieuse d'un homme de trente-trois ans, qui, ancien coxalgique, était atteint, depuis deux ans, d'une tuberculose pulmonaire en marche, lorsqu'apparut un goitre diffus, accompagné de tous les signes fonctionnels de la dysthyroïdisation. Pendant six ans, la maladie thyroïdienne persista, puis elle disparut rapidement, au moment où la maladie pulmonaire prit une marche rapide.

De même, G. Mouriquand et Bouchut (5) ont publié l'observation d'un rhumatisant tuberculeux, qui fit un goitre exophtalmique grave en suite de sa maladie articulaire.

En Allemagne, Hufnagel (6), en Hongrie, tout récemment, Hollos (7), dans son intéressant ouvrage sur les intoxications tuberculeuses, ont rapporté des faits concluants, dans le même sens, si bien qu'aujourd'hui, on peut dire, avec certitude, que, de toutes les infections capables de produire le goitre

---

(1) Gilbert et Castaigne. *Soc. de biol.*, 3 juin 1889.

(2) Laignel-Lavastine et Bloch. *Arch. gén. de méd.*, 1904, p. 2456.

(3) Mantoux et G. de la Roche. *Tribune méd.*, 27 juin 1905.

(4) Ramond et Bloch. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 4 déc. 1908.

(5) G. Mouriquand et Bouchut. *Lyon méd.*, 2 fév. 1908.

(6) Hufnagel. *Münch. med. Wochens.*, 1908, p. 2392.

(7) Hollos. *A Gumokoros intoxications*, 1909.

exophtalmique, celle dont l'influence causale est la plus nettement établie est, certainement, l'infection tuberculeuse.

Telle est notre conviction et, pour notre part, nous avons, à maintes reprises, attiré l'attention sur ces faits et cherché à établir la causalité par d'autres déjà signalée. Notre élève Dumas (1), en 1907, consacrait sa thèse inaugurale à l'étude de cette question. Plus récemment, H. Alamartine (2) rapportait, à notre instigation, des observations cliniques démonstratives.

Quelques-unes de ces observations manquent d'examen histologique indiquant l'absence de signature anatomique des lésions thyroïdiennes. Il n'en va pas de même dans le cas suivant que nous avons récemment observé.

Une jeune fille de dix-sept ans entre dans notre service, en septembre dernier, pour un goitre exophtalmique grave dont elle souffre depuis l'âge de neuf ans. L'exophtalmie est considérable, le pouls à 140, le tremblement menu n'est pas très intense; le corps thyroïde est uniformément hypertrophié, sans noyaux isolables. La jeune malade, dont une sœur est morte de méningite, est chétive; ses deux sommets présentent des lésions de tuberculose discrète; son séro-diagnostic tuberculeux est positif. Nous pratiquons une hémithyroïdectomie dont les suites sont satisfaisantes, l'exophtalmie diminue, le tremblement disparaît, le pouls tombe à 100 et s'y maintient, l'état général se relève et cette enfant, qui vint à l'hôpital apportée sur un brancard, peut circuler, au bout d'un mois, sans fatigue. Dans la convalescence, elle fait, à deux reprises, une poussée subaiguë de rhumatisme tuberculeux polyarticulaire des genoux et des cous-de-pied qui rétrocèdent sous l'action d'un traitement général. L'hémithyroïde enlevée ne présentait pas trace de follicules tuberculeux, ni de bacilles.

Il nous semble, cependant, que seule la tuberculose fut en jeu dans ce cas, cette jeune malade était en état d'imprégnation tuberculeuse, ainsi que l'indiquait son séro-diagnostic, son infantilisme, sa maladie thyroïdienne, comme son atteinte articulaire en furent les premières traductions cliniques ; étant donnée sa misère sociale, il est à craindre que l'avenir n'en fasse connaître de plus virulentes.

Aussi bien croyons-nous pouvoir conclure, en terminant, que la tuberculose inflammatoire est à l'origine d'un grand nombre d'états thyroïdiens.

Par irritation ou par sclérose, elle peut provoquer toutes les dysthyroïdisations connues, par défaut ou par excès, et dans nombre de cas, celles-ci doivent être tenues pour d'anormales manifestations d'une intoxication tuberculeuse à dépister.

(1) Dumas. Th. de Lyon, 1907.
(2) H. Alamartine. *Bull. méd.*, 16 sept. 1909.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE)

Prix décernés en médecine, chirurgie et physiologie pour 1909 :

Médecine et chirurgie. — PRIX MONTYON. — Trois prix de 2500 francs chacun sont décernés : 1° à M. G. Neumann, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, pour ses études sur la famille des Ixodidés ; 2° à M. le docteur Ch. Nicolle (de Tunis) : « le Kala-azar infantile »; 3° à M. le docteur J. Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et M. L. Tribondeau (de Bordeaux), pour leurs travaux relatifs aux rayons de Röntgen et à la fulguration. — Trois mentions de 1500 francs chacune sont accordées : 1° à M. le docteur G. Moussu, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, pour ses « Recherches sur la tuberculose du bétail » ; 2° à MM. les docteurs H. Truc, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et P. Chavernac (de Marseille) : « Hygiène oculaire et inspection oculistique des écoles »; 3° à MM. Ch. Porcher, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, et Ch. Hervieux, chef des travaux à ladite Ecole : « Recherches sur l'indol et quelques-uns de ses dérivés ». — Une citation est accordée à MM. les docteurs Henri Claude, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Jean Camus (de Paris) : « Précis de pathologie générale ».

PRIX BARBIER (2000 francs). — Le prix est partagé entre M. L. Launoy, pour une série de travaux sur la sécrétion pancréatique et l'autolyse de divers organes, et M. J. Lesage (de Buenos-Ayres) : «Recherches expérimentales sur le maté».

PRIX BRÉANT (100000 francs). — Ce prix, destiné à récompenser celui qui aura trouvé le moyen de guérir le « choléra asiatique » n'est pas décerné. — Un prix de 4000 francs est décerné à M. le docteur W. M. Haffkine, pour ses travaux sur la « vaccination du choléra et de la peste bubonique ». — Une mention de 1000 francs est accordée à M. le docteur L. Rénon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris : « Traitement pratique de la tuberculose pulmonaire ».

PRIX GODARD (1000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur A. Pousson, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux : « Chirurgie des néphrites ». — Une mention très honorable est accordée à M. le docteur J.-L. Chirié (de Paris) : « Recherches expérimentales sur l'éclampsie ; hypertension artérielle et accès éclamptiques; rapports de l'hypertension avec les accidents, les lésions, le traitement de l'éclampsie puerpérale ».

PRIX DU BARON LARREY (750 francs). — Ce prix est décerné à M. le docteur Niclot, médecin major de première classe à Oran : « Anophélisme et paludisme; quatre années d'études comparatives dans la division d'Oran ». — Une mention très honorable est accordée à M. le médecin principal Dupard et M. Lepourcelet : « Contribution à l'étude de la viande dans l'armée ».

PRIX BELLION (1400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Ch. Nicolas (de Lifou) : « Hygiène publique et privée des Canaques et des îles Loyalty ».

PRIX PARKIN (3400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur A. Cartaz (de Paris) : « De l'emploi de l'acide carbonique dans les affections du nez et de la gorge ».

Physiologie. — PRIX MONTYON (750 francs). — Le prix est partagé entre M. le docteur Ch. Dhéré, professeur à l'Université de Fribourg (Suisse) : « Recherches spectrographiques sur l'absorption des rayons ultra-violets par les albuminoïdes, les protéides et leurs dérivés »; et M. le docteur E. Pozerski (de Paris) : « Contribution à l'étude physiologique de la papaïne ».

PRIX PHILIPPEAUX (900 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Abelous, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, et E. Bardier, professeur agrégé à ladite Faculté, pour leurs travaux sur « l'action hypertensive des urines et l'urohypertensine ».

PRIX LALLEMAND (1 800 francs). — Le prix est partagé entre M. le docteur A. Pettit (de Paris), pour sa description d'encéphales de cétacés, et M. le docteur G. Roussy (de Paris) : « La couche optique ; le syndrome thalamique ».

PRIX LA CAZE (10000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Delezenne (de Paris).

Statistique. — PRIX MONTYON (1 000 francs). — Le prix est décerné à M. L. de Goy (de Paris). — Une mention honorable (500 francs) est accordée à M. le docteur Ausset, ancien professeur à la Faculté de médecine de Lille : « Le bilan des consultations de nourrissons et des Gouttes de lait ». — Des citations très honorables sont accordées à M. le docteur Broquin-Lacombe (de Troyes) : « Etude démographique de la ville de Troyes », et à M. R. Risser (de Paris).

PRIX LANNELONGUE. — Le prix est attribué à Mmes Cusco et de Nabias.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1910, 1911, 1912, 1913

Prix annuels.

MÉDECINE ET CHIRURGIE

PRIX MONTYON (2 500 francs, mentions de 1 500). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes les plus utiles relatives à *l'art de guérir.*

PRIX BARBIER (2 000 francs). — A l'auteur d'une découverte précieuse dans les *Sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique*, et dans la *Botanique ayant rapport à l'art de guérir.*

PRIX BRÉANT (100 000 francs). — « A celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. » (Voir pour les détails *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1909, n° 25, p. 1311.)

PRIX GODARD (1 000 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

PRIX LARREY (750 francs). — Au médecin ou chirurgien des armées de terre ou de mer, auteur du meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

PRIX BELLION (1 400 francs). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes « surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine ».

PRIX MÈGE (10 000 francs). — Le docteur J.-B. Mège a légué à l'Académie « 10 000 francs à donner en prix à l'auteur qui aura continué et complété son « Essai » sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours ».

PHYSIOLOGIE

PRIX MONTYON (750 francs). — A un ouvrage de physiologie expérimentale, manuscrit ou imprimé.

PRIX PHILIPPEAUX (900 francs). — Physiologie expérimentale.

PRIX LALLEMAND (1 800 francs). — Destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots ».

Prix proposés pour 1910.

PRIX LECONTE (50000 francs) [Triennal]. — Aux auteurs de découvertes nouvelles et capitales en mathématiques, physique, chimie, histoire naturelle, sciences médicales. — Ne peut être partagé.

PRIX DUSGATE (2500 francs). — Au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

PRIX POURAT (1 000 francs). — *Action qu'exercent les rayons X et les rayons du radium sur le développement et la nutrition des cellules vivantes.*

PRIX MARTIN-DAMOURETTE (1 400 francs) [Biennal]. — A l'auteur d'un ouvrage de physiologie thérapeutique.

Prix proposés pour 1911.

PRIX SERRES (7500 francs). — Au meilleur ouvrage sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

PRIX CHAUSSIER (10000 francs). — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique, qui aura paru dans les quatre années qui auront précédé le jugement de l'Académie.

PRIX JEAN REYNAUD (10000 francs). — Décerné « à une œuvre originale, élevée et ayant un caractère d'invention et de nouveauté » ou « à quelque grande infortune scientifique, littéraire ou artistique ». — Ne peut être partagé.

PRIX POURAT (1000 francs). — Prix de 1909 prorogé pour 1911 : *De l'origine des antiferments.*

Prix de 1911 (1 000 francs) : *Influence des éléments minéraux et en particulier du calcium sur l'activité des diastases digestives.*

Prix proposés pour 1912.

PRIX POURAT (1 000 francs). — *Apporter des documents nouveaux sur l'utilisation et l'assimilation des albuminoïdes de la ration alimentaire.*

PRIX MARTIN DAMOURETTE (1 400 francs). — Voir plus haut.)

PRIX LA CAZE (10 000 francs). — Décerné aux ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie.

PRIX BORDIN [sciences physiques] (3 000 francs). — *Recherche sur le déterminisme de la sexualité chez les êtres vivants.*

Prix proposés pour 1913.

PRIX PARKIN (3400 francs). — Sur les effets de l'action volcanique dans la production de maladies épidémiques dans le monde animal et le monde végétal, et dans celle des ouragans et des perturbations atmosphériques anormales.

PRIX LECONTE. — (Voir plus haut.)

Prix généraux (annuels).

PRIX TRÉMONT (1 100 francs). — Destiné à aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien, auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

PRIX LANNELONGUE (2000 francs). — Donné au choix de l'Académie et sur la proposition de la Commission administrative à une ou deux personnes au plus, dans l'infortune, appartenant elles-mêmes, ou par leur mariage, ou par leurs père et mère au monde scientifique, et de préférence au milieu scientifique médical.

PRIX SAINTOUR (3000 francs). — Décerné dans l'intérêt des sciences.

Conditions communes à tous les concours.

Les pièces manuscrites ou imprimées destinées aux différents concours doivent être adressées au secrétariat de l'Institut avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel elles sont présentées.

L'anonymat qui était obligatoire pour certains concours est devenu maintenant *facultatif.*

Les ouvrages imprimés doivent être en double exemplaire.

Une analyse succincte doit indiquer la partie du travail où se trouve exprimée la découverte sur laquelle est attirée l'attention de l'Académie.

Les ouvrages et manuscrits ne sont pas rendus, les auteurs ont la liberté d'en faire prendre copie au secrétariat.

Nul ouvrage ne peut être présenté la même année à deux concours de l'Institut.

La clôture de tous les concours a lieu le 31 décembre de l'année qui précède celle où le concours doit être jugé.

Nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie

s'il n'a été jugé digne de recevoir un PRIX. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements ou des mentions n'ont pas droit à ce titre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1909)

Kystes hydatiques du foie. — M. F. LEGUEU communique les résultats de sa pratique; sur 12 kystes du foie il dut recourir 5 fois à la marsupialisation, le kyste étant suppuré, et dans deux cas il eut à la suite une fistule biliaire grave qui se ferma cependant spontanément.

Dans sept cas, il pratiqua le formolage et la réduction sans drainage.

Dans un cas il y eut insuccès; bien que la poche ne fût pas très considérable, elle s'infecta ultérieurement et on dut la rouvrir et la drainer vingt jours après la première opération. La malade guérit cependant.

Chez une autre malade une récidive se produisit deux ans après la première opération; il fallut une nouvelle intervention et il y avait une nouvelle tumeur à la place de la première; peut-être ici s'agit-il d'un kyste multiple dont une poche avait passé inaperçue lors de la première opération.

M. Legueu a observé deux autres cas de kystes multiples. Dans le premier, le second kyste de volume considérable fut ouvert pendant les manœuvres qui avaient pour but et pour effet de débarrasser la première tumeur de sa membrane fertile. La seconde poche remontait dans le thorax et fut drainée. La malade guérit.

Par opposition à cette observation dans laquelle les kystes multiples étaient adjacents, M. Legueu rapporte un autre fait plus complexe dans lequel les kystes étaient éloignés. Dans ce cas, sur un malade qui présentait un gros développement de la partie supérieure de l'abdomen, on trouvait par la laparotomie médiane un grand kyste à la face inférieure du lobe gauche; il fut traité par le formolage et la réduction sans drainage.

La tuméfaction n'ayant pas diminué, on chercha un autre kyste par la laparotomie latérale antérieure; une ponction montra un kyste dans le foie de ce côté. L'incision détermina une hémorragie grave qu'on eut quelque peine à arrêter; une fois la poche réduite, le saignement continua dans la poche et le malade mourut.

A l'autopsie, on put vérifier qu'une poche existait à la face inférieure du lobe gauche, l'autre était à la face supérieure du lobe droit. On avait abordé la seconde poche d'un côté où elle était trop recouverte de tissu hépatique; il y aurait donc intérêt à faire à l'avance le diagnostic de ces kystes multiples quand ils sont éloignés, afin d'aborder chacun d'eux par la meilleure voie qui leur convienne.

Ostéotomie sous-trochantérienne dans la luxation congénitale de la hanche. — M. KIRMISSON fait un rapport sur une observation de M. Coville. Il rappelle avoir fait, pour la première fois, cette opération en 1892. Voici l'observation de M. Coville. Jeune fille de quatorze ans, atteinte d'une double luxation congénitale de la hanche, avec inversion des deux genoux rendant la marche impossible. M. Coville opère le côté gauche. Il fit l'ostéotomie sous-trochantérienne et plaça le membre dans un appareil permettant l'extension. Le résultat fut satisfaisant et se maintient encore deux ans et demi après l'opération. Cette malade peut maintenant marcher.

Bien que dans ces cas il n'y ait pas de réduction de la luxation, on conçoit aisément que par suite du changement de direction donné à l'axe du membre, la tête fémorale trouve un point d'appui plus solide.

Contusion de l'abdomen, hémorragie mortelle. — M. SOULIGOUX analyse une observation de M. Lafourcade (de Bayonne). Un jeune homme de vingt-deux ans reçoit une violente contusion sur le ventre. Il est pris d'une douleur syncopale et de vomissements et est aussitôt transporté à l'hôpital. Le pouls est à 72, le facies normal, le ventre n'est pas douloureux à la pression, il y a cependant de la défense musculaire. M. Lafourcade fait aussitôt la laparotomie et trouve une double perforation de l'intestin grêle; il y a aussi une plaie du mésentère; il y avait des gaz et des matières fécales dans la cavité abdominale; lavage, drainage, le malade guérit.

Peu de temps après, il souffrit dans le ventre, et le 25 décembre 1909, sept mois après, il fut pris brusquement d'une douleur plus violente sans vomissements. On pensa à une nouvelle perforation intestinale, mais l'état général s'aggrava et le malade succomba douze heures après les premiers accidents. A l'autopsie on trouva des anses intestinales dilatées; on ouvrit ces anses et on donna issue à une grande quantité de sang. A 25 centimètres environ de l'iléon, on trouva une bride et deux étranglements avec torsion du mésentère. En somme, ce malade a succombé à une torsion du mésentère avec hémorragie intra-intestinale.

Ce fait est intéressant, d'abord en raison de l'efficacité d'une intervention précoce dans un cas de perforation intestinale, en outre au point de vue de cette torsion totale du mésentère qui a entraîné une hémorragie intestinale mortelle.

M. Souligoux a recherché les cas analogues. Il a pu réunir environ 55 cas de torsion du mésentère telle que l'a décrite M. Delbet. Dans plusieurs de ces cas on a trouvé une oblitération du tronc de la mésentérique supérieure.

Kyste dermoïde. — M. LAUNAY fait un rapport sur une observation de M. Schmidt (de Nice) relative à une femme de cinquante-trois ans qui présentait une tumeur abdominale. Cette malade n'avait plus ses règles depuis quelques mois. Elle avait subi un traitement par les courants électriques à la suite duquel le ventre avait augmenté de volume et était devenu plus douloureux. A l'examen, le ventre était distendu, fluctuant par place, la malade avait un cœur mou, de la bronchite chronique, un état général très mauvais. On établit un traitement reconstituant et on attend quelques jours. On fait la laparotomie et on trouve un kyste volumineux, sans pédicule ovarique, fixé par sa partie supérieure au mésentère par une adhérence dure, solide; il y avait d'autres kystes adhérents au mésentère. Les suites de l'opération furent simples, la malade guérit.

Rupture spontanée des voies biliaires. — M. ROUTIER rapporte deux cas de rupture spontanée des voies biliaires chez des lithiasiques. Une femme de cinquante-six ans qui avait eu des crises hépatiqu s est prise de symptômes d'occlusion intestinale aiguë; elle avait 39°7, le pouls misérable, des vomissements, les urines noires. On la met à la diète hydrique, à la glace sur le ventre et aux lavements froids. Le lendemain elle avait 120 pulsations, 38 degrés, pas de gaz, pas de selles. M. Routier fait une laparotomie latérale et donne issue à un litre et demi de bile verte et visqueuse. L'intestin nageait dans ce liquide bilieux; la vésicule biliaire était grosse et tendue; elle contenait du liquide et des calculs; M. Routier l'ouvrit, y trouva du liquide noirâtre et 375 calculs; il fit un lavage soigné et termina l'opération sans trouver le point de rupture. Drainage de la vésicule, suites simples, guérison.

M. Routier rapporte une seconde observation semblable et rapproche de ces faits les cas analogues de Quénu, de Maire, de Keer, etc.

Le fait curieux dans ces cas c'est qu'on ne trouve pas généralement, même à l'autopsie, le point de rupture.

M. QUÉNU pense que ces faits sont plus fréquents qu'on

ne croit et croit devoir attribuer la rupture à la présence des calculs dans les voies biliaires.

Elections. — M. Jalaguier est nommé vice-président pour l'année 1910; MM. Hartmann et Potherat sont nommés secrétaires annuels.

Sont nommés membres correspondants : MM. Bégouin (de Bordeaux), Ferron (de Laval), Lafourcade (de Bayonne), Pfihl (de la marine), Rouvillois (de l'armée), Lefort (de Lille).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 30 oct. 1909.) PEARSON : Etat sanitaire du Haut-Katanga en 1908. — WEEKERS : Nouvelle pathogénie des phlyctènes oculaires. — HERMAN : Agglutination du bacille d'Eberth dans la tuberculose. — C. MOREAU : Nouvelle opération pour la cure du prolapsus utérin. — DEPAGE : A propos d'une série de sept cas de cæcectomie avec sept guérisons. — (27 nov.) R. SAND : Anatomie pathologique et étiologie de l'artério-sclérose. — SPRUYTE : Le Chinois, régime, hygiène, mentalité. — ROUFFART : Contribution à l'étude de la grossesse ovarienne. — GALLEMAERTS : A propos d'un corps étranger intra-oculaire. — LAUWERS : Inondation péritonéale et hématocèle. — GORIS : Prosopodiachise. Méthode pour opérer en une séance tous les sinus de la face.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXI, nº 16, 14 oct. 1909.) Homer B. SMITH : Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. — Oliver C. SMITH : Néoplasmes du pénis, scrotum, torticolis et cordon. — Robert Holmes GREENE : Sur les tumeurs de la prostate et de la vessie. — J. Beutler SQUIER : Néoplasmes du rein et de l'uretère (avec 4 tableaux). — Lincoln DAVIS : La cystoscopie dans les tumeurs des voies urinaires. — (Nº 17, 21 oct.) Frederick T. LORD : Etudes sur les bases du diagnostic de certains états pulmonaires et pleuraux normaux et anormaux. — A. T. CABOT : Rapports sur les travaux accomplis dans la lutte contre la tuberculose dans le Massachussets pendant l'année passée. — Alfred WORCESTER : Sur la nécessité de procurer des emplois appropriés aux tuberculeux pulmonaires. — Carl A. ALLEN : Un programme pour l'organisation de sociétés antituberculeuses dans les petites villes et bourgs. — J. Ewing MEARS : L'asexualisation considérée comme un moyen de guérison de certaines formes de dégénérescence mentale, morale et physique. — Arthur K. STONE : L'emploi de la strophantine intra-veineuse dans les cas de rupture de la compensation dans les affections cardiaques. — (Nº 18, 28 oct.) Charles W. ELIOT : Les résultats des recherches médicales avec l'emploi de l'anesthésie et de l'asepsie. — J. Dellinger BARNEY : Epididymite aiguë gonococcique traitée par la méthode de Bier (3 fig.). — Théodore Chapin BEEBE : Le traitement opsonique de la pyorrhée alvéolaire. — Fielding H. GARRISON : La maladie des noms propres dans la littérature médicale. — Frank E. LESLIE : Une épidémie d'ictère catarrhal (avec 1 tableau). — Mark H. ROGERS : Le relâchement des ligaments du genou chez l'enfant. — Henry O. FEISS : Sur l'emploi du terme « pied plat » avec une note sur la classification diagnostique des difformités habituelles du pied chez l'adulte. — (Nº 19, 4 nov.) Arthur L. CHUTE : Le diagnostic de la tuberculose rénale (3 tracés). — Lincoln DAVIS : Pathologie et pathogénie de la tuberculose rénale. — Richard F. O'NEIL : Remarques sur le pronostic et le traitement de la tuberculose rénale. — F. B. LUND : Observations montrant les difficultés du diagnostic de la tuberculose rénale. — J. C. HUBBARD et A. R. KIMPTON : Comparaison des différentes méthodes de transfusion directe du sang. — A. L. PATCH : Empoisonnement par le plomb au moyen d'un siphon à soda (2 fig.).

Centralblatt für innere Medizin. — (Nº 48, 27 nov. 1909.) GRINIBACH : Sur les maladies pneumatiques.

Clinique. — (Nº 48, 26 nov. 1909.) GARDNER et DARVILLERS : La stérilité des criminels et des dégénérés, assurée par la résection des canaux déférents. — PISSAVY : Pathogénie des péritonites infectieuses. — CHAILLOU : Le type cérébral. — SABOURAUD : Trichomanie et tricophobie.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (Nº 41, 14 oct. 1909.) SCHOLTZ : Les principes du traitement de l'eczéma. — VULPIUS : Sur la valeur de l'appareil portatif orthopédique. — MIEKLEY : Sur l'action de l'atoxylate de mercure sur la syphilis humaine. — JAEGER : Sur la rétention des chlorures dans les maladies des voies urinaires pendant la grossesse. — ROSENHAUPT : Injections rectales de solutions salées comme traitement spécifique du spasme pylorique des nourrissons. — SEEFISCH : Un cas de grands kystes du mésentère chez un enfant de quatre ans. — TESKE : Appareil de fracture du radius en position de correction typique avec une bande empesée. — RICHTER : Blessure du nerf médian sous le ligament transverse du carpe non blessé et paralysie de la main par corps étranger. — MEYER : Sur l'emploi de la coryfine en rhino-laryngologie. — (Nº 42, 21 oct.) VEIT : Le traitement du bassin rétréci et particulièrement indications des opérations élargissant le bassin. — HOCHHAUS : Indications et technique de la ponction pleurale. — KRAUSE : Sur la connaissance de l'épidémie westphalienne de paralysie infantile. — KRAUSE et ERNST : Sur l'étiologie de la paralysie infantile aiguë épidémique. — KELLNER, CLEMENZ, BRÜCKNER et RAUTENBERG : Réaction de Wassermann dans l'idiotie. — BRÜNING : Pneumonie infantile et sérum antipneumococcique. — RŒPKE : Résultats du traitement de la tuberculose par le sang immunisé. — WEICKER et BAUDELEIR : Sur I. K. — OPPENHEIMER : Une tentative de représentation objective de l'état de la nutrition. — HIRSCH : Sur le placenta prævia. — (Nº 43, 28 oct.) H. KÜMMEL : Nouvelles recherches sur le lever précoce des laparotomisés pour assurer et abréger le processus de guérison. — JOCHMANN : Sur l'importance pronostique et diagnostique de la teneur en antitrypsine du sérum humain. — NŒGGERRATH : Recherches sérologiques sur la théorie de la nutrition des nourrissons. — STERTZNIG : Mesures comparatives de la pression sanguine au moyen de la méthode de palpation et d'auscultation. — HARRAS : Déchirure du gros intestin dans les fractures du bassin. — SELBA : Contribution à l'étude de la hernie étranglée de la ligne blanche. — SAMUEL : Sur la facilitation de l'accouchement par les procédés non opératoires. — DURLACHER : Dédoublement du canal utéro-vaginal avec atrésie et pyocolpos du vagin droit.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (Nº 43, 24 oct. 1909.) FISCHER : Sur la périostite suppurée odontogène du maxillaire inférieur. — KOCH : Comment peut-on prévenir le tétanos et la rage? — (Nº 44, 31 oct.) VON PECHY : Le traitement de la tuberculose avec des substances spécifiques atténuées. — LENDVAI : L'éducation des enfants et la protection des enfants. — (Nº 45, 7 nov.) HALASZ : Sur un abcès extra-dural causé par une ostéite mastoïdienne. — LENDVAI : Education infantile et protection de l'enfance. — (Nºs 46 et 47, 14 et 23 nov.) O. KUTHY : Progrès dans le diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire. —

(N° 48, 28 nov.) KUTHY : Progrès dans le diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire.

Presse médicale. — (N° 82, 13 oct. 1909.) Th. JONNESCO : La rachianesthésie générale. — (N° 83, 16 oct.) A. COYON et N. FIESSINGER : Infection secondaire à staphylocoque doré dans un pyopneumothorax tuberculeux. Etude des réactions digestives des leucocytes. — (N° 84, 20 oct.) CHAUFFARD : Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. Louis et la méthode numérique en médecine. — G. SCHREIBER : Critique de la théorie lordotique de l'albuminurie orthostatique. — (N° 85, 23 oct.) E. FORGUE et G. MASSABUAU : La forme hypertrophique pseudo-néoplasique de la tuberculose des gaines tendineuses. — P. LECÈNE : Intervention chirurgicale sur l'hypophyse dans un cas d'acromégalie. — L. BRUANDET : Anatomie vivante : la région cubitale du poignet. — (N° 86, 27 oct.) SPILLMANN et J. PARISOT : Le traitement des néphrites par le sérum de veine rénale. — (N° 87, 30 oct.) P. LE NOIR et J. CAMUS : Contagion de la tuberculose par les poussières sèches. — A. LAFFONT : Télangiectasie héréditaire hémorragique et angiomatose miliaire. — H. LABBÉ et H. VITRY : L'indosé urinaire chez les diabétiques. — M. MAYER : Contribution à l'étude de l'adhésion moléculaire et de son intervention dans divers phénomènes biologiques. — (N° 88, 3 nov.) TRIBOULET : Exploration clinique des voies biliaires et de l'intestin par la réaction du sublimé acétique dans les selles. — A. SÉZARY : Sur la pathogénie du tabes et des affections parasyphilitiques en général. — H. VENNIN : Compas goniomètre pour la mensuration des angles en clinique.

Therapie der Gegenwart. — (Oct. 1909.) Ernst MAGNUS-ALSLEBEN (de Bâle) : Sur les vieilles et nouvelles indications de la cure de lait. — Friedrich Wilhelm STRAUCH : Détermination de l'air résiduel chez les emphysémateux et considération particulière de l'opération de W. A. Freundschen. — W. A. BŒKELMAN : Un cas de leucémie à cellules variées traitée par les rayons Röntgen. Influence de ces rayons sur la composition du sang et de l'urine. — W. KLINK : L'épidémie survenue d'appendicites. — Wilhelm STERNBERG : Signification de la cuisine diététique dans la diète modérée (avec illustrations). — (Nov.) A. ALBU : Engraissement par la diète végétale. — Hans OHNACKER : De l'étiologie et de la prophylaxie de la maladie sérique (avec une figure). — H. KLEMPERER : Remarques sur l'article de Christoph Müller. — C. ADAM : Contributions au diagnostic et au traitement des lésions oculaires. — KEMEN : Résultats des bains de Kreuznach avec émanations de radium et l'emploi local de préparations radiolisées. — (Déc.) Fedor KRAUSE : De la formation d'une couenne sur la moelle dorsale (méningite fibreuse chronique) (avec quatre illustrations). — D. GERHARDT : Du diagnostic différentiel et du pronostic de la pneumonie tuberculeuse (pseudo-lobaire). — Max MICHAELIS : De l'étiologie et du traitement de l'angine de poitrine vraie. — O. V. HERFF : La désinfection acétone-alcool. — Leo JACOBSOHN : Rapport sur l'infection, sa découverte, son traitement.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 45, 11 nov. 1909.) KÖSSLER et NEUMANN : Index opsonique et traitement de la tuberculose. — LINDNER : Tentatives de transmission de blennorrhée des nouveau-nés sans gonocoques à des singes. — LICHTENSTERN et KATZ : Recherches expérimentales sur la fonction rénale. — VETTER VON DER LILIE : Sur la casuistique des luxations. — GUASTALLA : Flagellés dans l'intestin humain. — PETERS : Sur le sclérome et l'ostéome de la trachée. — (N° 46, 18 nov.) V. EISELSBERG : Sur le traitement du goitre par les rayons Röntgen. — SCHUR : Sur une nouvelle réaction de l'urine. — HOFBAUER : Sur l'étude des troubles respiratoires d'origine cardiaque. — SPITZY : Progrès dans la chirurgie des nerfs périphériques. — WIDOWITZ : Sur les nouvelles atteintes de maladies infectieuses. — LŒBBECKE : Contribution à l'étude de l'hématomyélie. — KRAUS : Contribution au diagnostic de certaines névroses cardiaques. — (N° 47, 25 nov.) K. LANDSTEINER : Les théories de la formation des anticorps. — STOPEZANSKI : Remarques sur le diagnostic de la syphilis au moyen de la réaction de Wassermann. — RODELLA : Etudes sur la putréfaction intestinale. — FOGES et JUNGMANN : Traitement par la lumière par voie rectale et vaginale. — KATOCHVIL : Sur la technique de la désinfection de la peau. — SCHWARZ : Remarques sur le traitement du goitre par les rayons Röntgen. — GÖTZL : Sur les atteintes répétées de maladies infectieuses.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE LA ROTULE

ÉTIOLOGIE. — Les fractures de la rotule sont relativement rares; elles entrent pour 2 p. 100 dans la totalité des fractures.

Elles ne sont guère plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, mais se font le plus souvent entre vingt et quarante ans.

MÉCANISME. — Il faut distinguer les fractures de cause directe et de cause indirecte.

I. **Les fractures directes** sont plus rares, elles sont produites par un choc violent, un coup de pied de cheval, un coup de feu. Le mécanisme en est facile à saisir.

II. **Les fractures indirectes** constituent de beaucoup la majorité des cas. Un homme tombe, de sa hauteur le plus souvent; on constate après qu'il a la rotule cassée. Comment et quand s'est faite la rupture?

Nous ne parlerons pas de la théorie d'Hevin d'après lequel le choc du sol frappant la rotule qui porte à faux entre les condyles fémoraux et le tibia, la briserait entre ces deux points. Sauf dans les cas de chute en avant avec genou en extension, c'est la tubérosité antérieure du tibia et non la rotule qui touche le sol. Deux théories sont seules en présence, dont chacune peut s'appliquer à une partie des cas.

1° THÉORIE DE LA CHUTE SUR LE GENOU (Sansom). — Dans la chute, le genou est en demi-flexion; la rotule appuie par son milieu sur la surface fémorale; le quadriceps contracté immobilise son pôle supérieur. Au moment du choc sur le genou, la flexion s'exagère brusquement et brusquement le ligament rotulien tire sur le pôle inférieur de la rotule qui se brise sur le fémur comme un bâton qu'on rompt sur le genou. L'os se casse au moment du choc.

2° THÉORIE DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE. — Le sujet tombe en avant, plus souvent en arrière, et fait un violent effort de redressement. Le genou étant en demi-flexion, le ligament rotulien fixe le pôle inférieur de la rotule qui appuie encore par son milieu sur la surface fémorale. Dans l'effort le quadriceps se contracte brusquement et arrache ou brise la rotule (la fracture est rare dans l'extension). L'os se casse avant le choc et c'est la fracture qui détermine la chute.

Le *rôle de la contraction du quadriceps* est donc important dans les deux cas. Dans le premier elle agit comme résistance immobilisatrice. Dans le second comme puissance fracturante.

Après la fracture, quand le blessé essaie de se relever elle aggrave les lésions en exagérant les ruptures fibreuses péri-rotuliennes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — I. **Fractures directes.** — Elle est généralement grave, parfois ouverte, d'où des complications septiques articulaires possibles.

Le trait peut être transversal, le plus souvent il est irrégulier, étoilé, c'est une fracture *comminutive* à quatre ou cinq fragments.

La fracture verticale est exceptionnelle. On cite un cas de fracture incomplète.

II. **Fractures indirectes.** — Le TRAIT DE FRACTURE est transversal et horizontal. Il siège en général au-dessous du milieu, donnant un grand fragment supérieur et un petit fragment inférieur; mais on le trouve à tous les niveaux.

L'ÉCARTEMENT DES FRAGMENTS est immédiat, de 1 à 3 centimètres dans la plupart des cas. Il est dû à et varie avec : 1. le degré de flexion du genou au moment et après la chute; 2. la tonicité du triceps dans les heures qui suivent; 3. l'épanchement sanguin intra-articulaire et 4. surtout l'étendue des déchirures ligamenteuses (aponévroses pré et périrotuliennes, ailerons, expansions des vastes).

La BASCULE DES FRAGMENTS en avant est constante, surtout pour l'inférieur dont la tranche de section vient se placer souvent sous la peau.

L'INTERPOSITION FIBREUSE est constante aussi et importante au point de vue de l'évolution du cal. Les aponévroses pré et péri-rotuliennes déchirées (généralement pas à la même hauteur que l'os), déchiquetées, se recroquevillent dans les irrégularités des surfaces de fracture.

L'ARTICULATION enfin est *ouverte* largement, ce qui donne une gravité particulière à la fracture et à toute intervention tentée contre elle.

SYMPTOMES. — I. **Commémoratifs.** — Le blessé est *tombé*; il a ressenti à ce moment une *douleur* vive. Parfois il a perçu un *craquement* sec. Mais surtout il a essayé de se relever et n'a pas pu marcher; cependant on cite certains cas où le malade a pu se tenir debout et même marcher à reculons, à petits pas ou en tenant son genou.

II. **Examen fonctionnel.** — On constate en tout cas de l'*impotence* : le malade peut lever la cuisse et le genou avec un peu de peine; il lui est impossible de détacher le talon du plan du lit (le quadriceps est donc rompu en un point quelconque).

Ces tentatives réveillent une *douleur* généralement peu intense, qui reste sourde ou nulle au repos.

III. **Examen physique.** — A l'INSPECTION, le genou est gonflé, globuleux (hémarthrose). On peut voir dans les premières heures une rainure transversale interfragmentaire, pour peu qu'il y ait de l'écartement. Une ecchymose apparaît ensuite à ce niveau et se diffuse rapidement sur toute la région.

A la PALPATION, on sent une *gouttière transversale* plus ou moins large sur la face antérieure de la rotule. Elle augmenterait à la flexion, mais il ne faut pas faire ce mouvement qui aggraverait les lésions.

L'écartement des fragments entraîne une augmentation de hauteur de la rotule.

La *douleur à la pression* est nette sur le trait de fracture, mais peu intense en général.

La *mobilité anormale* est un des signes les plus importants : on saisit entre deux doigts chacun des deux fragments et on les mobilise en sens contraire dans le sens transversal.

Cette manœuvre peut donner de la *crépitation*, dans les cas rares où il y a très peu d'écartement.

Parfois l'épanchement articulaire et l'œdème péri-articulaire masquent beaucoup les symptômes. Il faudra rechercher surtout la mobilisation des fragments et l'impotence fonctionnelle. Au besoin on ponctionnera l'hémarthrose.

DIAGNOSTIC. — Il est en général facile. On ne pourra guère penser qu'à : 1° Une *rupture du ligament rotulien ou du tendon quadricipital* qui donnent la même impotence, mais on précisera par la douleur à la pression le point de rupture.

2° Une *hémorragie dans la bourse prérotulienne* ou une *hémarthrose traumatique* ne donnent ni rainure, ni mobilité anormale, ni impotence absolue.

ÉVOLUTION. — C'est ce qui fait le gros intérêt des fractures rotuliennes.

1° Autrefois dans la plupart des cas et aujourd'hui dans ceux où on n'a pas suturé la rotule, le cal osseux ne se fait pas, mais il se fait un CAL FIBREUX. Cette cicatrisation fibreuse est due : 1. à l'écartement des fragments; 2. à l'interposition entre les fragments bien rapprochés de débris aponévrotiques qui empêchent le travail d'ossification.

2° L'ALLONGEMENT SECONDAIRE DE CE CAL est la règle. Le fragment supérieur tiré par le quadriceps remonté ; le cal s'étire, épais aux extrémités, mince au milieu ; il peut atteindre 10 centimètres et plus.

3° L'IMPOTENCE FONCTIONNELLE est le résultat de cette mauvaise consolidation. Chaput en a bien montré certains points.

1. Tous les mouvements sont gênés par l'*arthrite plastique* ankylosante si fréquente après la fracture.

2. L'extension est gênée : a. par l'*affaiblissement du quadriceps* raccourci, atrophié, parfois réduit en bas à une lame fibreuse ; b. par l'*allongement du cal.*

3. L'extension est gênée par : a. la *rétraction de la jugulaire rotulienne* normalement élastique qui a été déchirée et transformée en tissu de cicatrice : la rotule passe frottement sur le fémur;

b. La *longueur du cal.* Pour Chaput les cals longs (5 à 10 centimètres) et les cals courts (moins de 2 centimètres) ne gênent pas.

Les cals moyens (2 à 5 centimètres) sont gênants parce que dans ces cas l'extension amène le bord postérieur du fragment supérieur hypertrophié en un *tubercule d'arrêt* à buter sur le bord supérieur de la trochlée fémorale hypertrophiée en une *crête articulaire.*

4° On peut observer encore à la suite : 1. Une *rupture du cal fibreux* dans le premier mois après l'enlèvement de l'appareil;

2. La *fracture itérative de la rotule*, généralement à côté du premier trait (on a vu ainsi des rotules en trois ou quatre morceaux);

3. La *fracture de l'autre rotule* favorisée par l'affaiblissement fonctionnel de l'autre membre (à rapprocher : les *fractures simultanées* des deux rotules qui se font en réalité à quelques secondes ou minutes d'intervalle).

PRONOSTIC. — Il ne peut être grave au point de vue fonctionnel que par défaut de traitement.

TRAITEMENT. — On a inventé successivement, avant la période chirurgicale, une centaine d'appareils pour les fractures de la rotule. Nous citerons seulement les griffes de Malgaigne.

Le seul traitement rationnel aujourd'hui est le *traitement opératoire* qui permet d'opérer la coaptation, de vider l'hémarthrose, de prévenir l'atrophie musculaire et les raideurs articulaires.

INTERVENTION. — La plus rigoureuse *asepsie* est requise pour les instruments et les mains des chirurgiens ; il faudra se méfier de la peau ; la suture de la rotule est plus grave qu'une laparotomie.

On *ouvre* par une incision concave en haut sous la rotule ou mieux transversale sur la rainure interfragmentaire. On *évacue les caillots* et le sang.

On *coupe tous les lambeaux aponévrotiques* et on nettoie soigneusement la tranche des fragments.

On *suture* alors : on peut employer deux fils d'argent verticaux passant obliquement dans chaque fragment (Lucas-Championnière); ou un fil passant transversalement dans les deux fragments et tordu sur le côté. On peut faire le cerclage (Berger) en passant le fil dans les tissus aponévrotiques tout autour des fragments (surtout quand il y a des fragments multiples) ; ou l'hémi-cerclage (Quénu) : le fil passe dans un des fragments et autour de l'autre (plus petit ou subdivisé).

Dans tous les cas il faut *suturer* au catgut les *aponévroses* sur les côtés et la face antérieure de la rotule.

SUITES OPÉRATOIRES. — On immobilise pendant dix à douze jours dans une gouttière plâtrée. Puis la réunion cutanée étant faite on commence du massage de la cuisse en maintenant la rotule et de la mobilisation latérale de la rotule. On fait lever au bout de vingt jours et on commence alors une mobilisation très prudente de l'articulation. Une flexion précoce rompt le cal.

Le rétablissement complet de la fonction demande en général trois mois.

TABLE DES MATIÈRES

1909

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1909

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE